



# Abscesos y fístulas anorrectales

Ulises Rodríguez-Wong\*

## RESUMEN

Un absceso anorrectal corresponde a una acumulación de material purulento en una región o espacio cercano al ano o al recto y puede drenar su contenido a través de un orificio en la piel perianal o en la mucosa rectal, con lo que puede dar origen a la formación de una fístula. La mayoría de los abscesos anorrectales tienen un origen criptoglandular (90 a 97%). La principal complicación del drenaje de un absceso anorrectal es la formación de una fístula, que se presenta en 60% de los casos. El tratamiento de las fístulas anorrectales es quirúrgico y está determinado por la clasificación preoperatoria de la fístula y por la relación de su trayecto con los esfínteres del ano.

**Palabras clave:** Abscesos, absceso anorrectal, fístula, fístulas anorrectales, fistulectomía, fistulotomía.

## ABSTRACT

Ano-rectal abscess corresponds to an accumulation of purulent material in a region or space close to the anus or rectum and its contents may be drained through a hole in the perianal skin or to the rectal mucosa, and can thus give rise to the formation of a fistula. Most ano-rectal abscesses have cryptoglandular origin (90 to 97%). The main complication of drainage of an ano-rectal abscess is the formation of a fistula, which occurs in 60% of cases. The treatment of ano-rectal fistula is surgical and is determined by the preoperative classification of fistula and its relationship with anal sphincters.

**Key words:** Abscesses, ano-rectal abscess, fistula, ano-rectal fistulae, fistulectomy, fistulotomy.

## INTRODUCCIÓN

Un absceso anorrectal corresponde a una acumulación de material purulento en una región o espacio cercano al ano o al recto y puede drenar su contenido a través de un orificio en la piel perianal o en la mucosa rectal, pudiendo de esta manera dar origen a la formación de una fístula,<sup>1</sup> la cual corresponde a un conducto de paredes fibrosas que comunica a la cripta anal que le dio origen con la piel perianal o con el recto; el orificio localizado en la cripta se denomina primario y el cutáneo o mucoso, orificio secundario.<sup>2</sup> Por lo que los abscesos anorrectales y las fístulas anorrectales constituyen un padecimiento asociado y evolutivo, el primero como la forma aguda y el segundo como la fase crónica.

Con respecto a su etiología, en 1878 Chiari postuló la teoría del origen criptoglandular, la cual señala que la cripta anal sufre una infección y se obstruye, con la participación generalmente de enterobacterias. En los abscesos que

se originan en la piel perianal, las infecciones pueden ser desencadenadas por otros grupos de bacterias como el *Staphylococcus*.

Se presenta en este artículo una revisión de los aspectos fundamentales de incidencia, signos y síntomas, diagnóstico y tratamiento de los abscesos anorrectales.

## EPIDEMIOLOGÍA

Los abscesos y las fístulas anorrectales son enfermedades comunes, aunque existen pocos datos sobre su frecuencia.

La mayor incidencia de los abscesos anorrectales ocurre en la tercera y cuarta décadas de la vida. Su frecuencia es mayor en los hombres que en las mujeres (de 2:1 a 3:1). En aproximadamente 30% de los pacientes con abscesos anorrectales existe una historia previa de abscesos similares que se resolvieron espontáneamente o que requirieron intervención quirúrgica.

Parece haber una mayor incidencia de abscesos y fístulas anorrectales durante las estaciones de primavera y verano. Los abscesos perianales se presentan también en infantes, en este grupo de edad generalmente el drenaje simple

\* Colo-proctólogo y Cirujano Gastroenterólogo. Profesor de Cirugía II, Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de la UNAM.

es suficiente para resolver esta condición, requiriéndose rara vez de alguna intervención quirúrgica.

## ETIOLOGÍA

Los abscesos anorrectales se denominan primarios o inespecíficos cuando tienen un origen criptoglandular; y secundarios o específicos cuando se relacionan con otras enfermedades, como la enfermedad de Crohn, tuberculosis, traumatismos, cirugía anorrectal previa, cáncer anal o rectal, radiación, linfomas, leucemias, entre otras causas. En los casos de abscesos de localización pelvirrectal se deben descartar otras alteraciones como la salpingitis o enfermedad diverticular complicada.

La mayoría de los abscesos anorrectales tienen un origen criptoglandular (90 a 97%). Las criptas anales pueden obstruirse por traumatismos, cuerpos extraños o materia fecal.<sup>2</sup> Nesselrod postuló tres etapas en la formación del absceso, en la primera el material infectante de las heces penetra en las criptas; éstas, a manera de embudo, permiten que dicho material llegue a las glándulas; en la segunda etapa la infección se propaga a los tejidos perianales, perirrectales, o ambos, y en la tercera se forma el absceso en alguno de los espacios perianales y perirrectales (Figura 1); también existen otros factores involucrados como la virulencia bacteriana y el estado inmunológico del paciente.<sup>3</sup>

De acuerdo con el espacio que afectan, los abscesos se clasifican en: interesfintéricos, perianales isquiorrectales, submucosos, pelvirrectales, o bien, puede haber afectación de más de un espacio, como ocurre en los abscesos en herradura. El tipo de absceso más frecuente es el perianal,

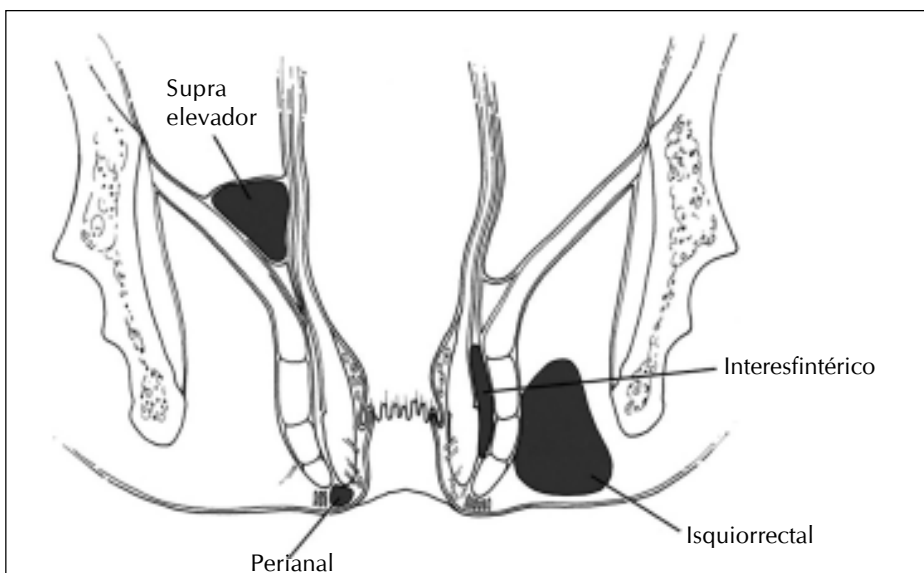
seguido por el isquiorrectal. Los menos frecuentes son los supra-elevadores.<sup>2</sup>

Las fístulas se clasifican según la trayectoria que siguen a través de estos espacios y la relación que guardan con respecto a los esfínteres anales; la clasificación actualmente más utilizada es la de Parks,<sup>4</sup> en la cual se consideran cuatro tipos principales de fístulas (Cuadro 1).

- **Interesfintérica.** Es la variedad más frecuente, su trayecto se ubica entre los dos esfínteres, y por lo general el orificio secundario se encuentra en la piel perianal; sin embargo, hay algunos casos en los que se puede asociar un trayecto ciego alto, o bien, abrirse en la parte baja del recto con o sin orificio perianal.
- **Transesfintérica.** En este tipo de fístulas el trayecto pasa a través del esfínter externo, ya sea a nivel bajo o alto, sin involucrar el músculo puborrectal; cuando aparece una ramificación alta se considera como de variedad compleja.

**Cuadro 1.** Clasificación de Parks de las fístulas anorrectales.

1. Fístulas interesfintéricas.  
El trayecto atraviesa sólo el esfínter anal interno.
2. Fístulas transesfintéricas.  
El trayecto atraviesa ambos esfínteres.
3. Fístulas supraesfintéricas.  
El trayecto atraviesa por encima del esfínter externo.
4. Fístulas extraesfintéricas.  
El trayecto va por fuera de los esfínteres.



**Figura 1.** Tipos de abscesos anorrectales.

- **Supraesfintérica.** De igual manera que las fístulas anteriores, inicia en la línea pectínea, pero en este caso el trayecto asciende y pasa por encima del músculo puborrectal, para finalmente descender a través de la fosa isquiorrectal hasta llegar a la piel perianal, puede haber también una ramificación supraelevadora.
- **Extraesfintérica.** En este tipo de fístulas el trayecto va desde la piel perianal o perineal, atraviesa la fosa isquiorrectal y los músculos elevadores del ano llegando finalmente a la luz del recto. Hay cuatro causas descritas en la formación de estas fístulas:
  - a) Infección criptoglandular.
  - b) Trauma.
  - c) Enfermedad inflamatoria que afecta la región anorrectal.
  - d) Enfermedad inflamatoria intra-abdominal que drena hacia la piel, siendo la más común la ocasionada por enfermedad diverticular complicada (1 al 7%).

### SIGNOS Y SÍNTOMAS

El dolor es el síntoma principal, por lo general es muy intenso e incapacitante, de tipo punzante y que se intensifica al sentarse, deambular, toser o estornudar. Se puede presentar una zona de inflamación dolorosa, con hipertermia e hiperemia local; también se puede agregar supuración transanal, fiebre y rectorragia (Figura 2). El estado general no se encuentra afectado, a menos que coexistan otras enfermedades como diabetes o estados de inmunosupresión; en estos enfermos la evolución es muy rápida y grave,<sup>5</sup> pudiendo extenderse en todo el periné, dando lugar a una gangrena de Fournier, que puede poner en riesgo la vida del paciente.

En los casos en los que ya se ha establecido una fístula la molestia más frecuente es la presencia de uno o varios orificios en la periferia de la apertura anal por los cuales drena secreción purulenta en forma continua o intermitente, rara vez se expulsa gas o materia fecal durante la defecación a través de estos orificios; la presencia de secreción o heces irrita la piel y ocasiona escozor y prurito. El dolor por lo general es poco intenso; sin embargo, en los casos en los que hay alguna ramificación sin drenaje libre la molestia puede ser constante y progresiva, cuando también se ocluyen los orificios secundarios perianales reaparecen síntomas y signos similares a los del absceso anorrectal.<sup>6</sup>

### DIAGNÓSTICO

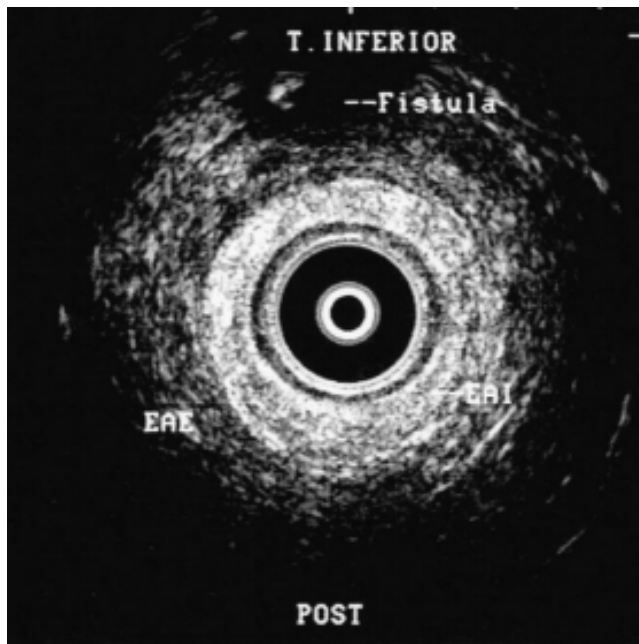
El interrogatorio y la exploración proctológica son fundamentales en el caso de los abscesos anorrectales, es ne-

cesario descartar antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal, diabetes mellitus o enfermedades inmunosupresoras. Para la exploración el paciente debe ser colocado en una posición que permita una inspección y una palpación adecuadas, si no se cuenta con mesa de exploración proctológica, se recomienda la posición de Sims con buena iluminación; se debe iniciar con la inspección de la región perianal, perineal, glúteos y región sacrocóccigea; por lo general se observa una tumefacción con hiperemia local, a la palpación puede haber hipertermia y la tumefacción puede ser fluctuante y muy dolorosa. Durante el tacto rectal se deben buscar puntos de abombamiento y dolor en el conducto anal y parte baja del recto; en ocasiones el guante sale manchado con material purulento, en algunos pacientes se puede realizar anoscopia, maniobra que permite observar la cripta afectada drenando al nivel de la línea dentada. En la actualidad el ultrasonido endoanal y endorrectal, la tomografía computada y la resonancia magnética, permiten evaluar la extensión y profundidad de los abscesos. Se debe hacer diagnóstico diferencial con otros procesos supurativos.

En el caso de las fístulas anorrectales el cuadro clínico se caracteriza por la presencia de uno o varios orificios secundarios perianales; sin embargo, es conveniente realizar una exploración proctológica completa con la finalidad de localizar la cripta primaria que dio origen a la infección; asimismo, se debe realizar una palpación cuidadosa de la región perianal para identificar el trayecto fistuloso.



**Figura 2.** Secreción purulenta transanal en paciente con absceso anorrectal



**Figura 3.** Ultrasonido endo-anal en paciente con trayecto fistuloso.

Según la regla de Goodsall, si se coloca al paciente en decúbito ventral y se traza una línea horizontal que divida el ano a la mitad, los orificios fistulosos secundarios que se localicen hacia adelante tendrán un trayecto recto hacia el conducto, y los que se encuentren arriba o por detrás serán generalmente curvos y con dirección a la cripta posterior, esto se debe a que los trayectos fistulosos siguen la dirección de los vasos linfáticos de esta región. La excepción la constituyen los orificios fistulosos secundarios anteriores localizados a más de 3 cm del margen anal y orificios secundarios múltiples; en estas situaciones, los orificios primarios suelen ubicarse en las criptas posteriores.

El ultrasonido endo-anal (Figura 3) y la resonancia magnética permiten determinar la complejidad de la fístula, encontrar cavidades o trayectos no aparentes clínicamente, y localizar el orificio primario. En algunas ocasiones puede haber dificultad para diferenciar entre los trayectos y la fibrosis en pacientes que ya han sido intervenidos quirúrgicamente. La fistulografía es un estudio que se considera de poca utilidad.

## TRATAMIENTO

El absceso anorrectal constituye una emergencia y el tratamiento de elección es la incisión y el drenaje; en el caso de abscesos perianales o isquiorrectales que son palpables y presentan fluctuación se puede realizar una

incisión con anestesia local en forma radiada y lo más cercano posible a la apertura anal, ya que en caso de que se desarrolle una fístula, ésta se presentará con un trayecto corto y más fácil de resolver;<sup>7</sup> cuando el absceso anorrectal no es palpable en la región perianal y el paciente refiere dolor intenso durante la exploración, se recomienda el tratamiento bajo anestesia y en el quirófano, en este caso se realiza el destechamiento del absceso con la resección de la cripta primaria, también se recomienda la exploración digital del absceso para evitar dejar septos internos. Cuando existen abscesos supraelevadores es conveniente descartar que no estén originados por un proceso intraabdominal.

Los antibióticos sólo están indicados en los casos en los que la infección de tejidos blandos es extensa y abarca el periné u otras regiones más distales al sitio inicial de la infección; también se indican en pacientes con enfermedad valvular cardíaca, con prótesis óseas, diabéticos, inmunocomprometidos, y en enfermos con SIDA. En estos casos se recomienda el empleo de antibióticos de amplio espectro tanto para aerobios como para anaerobios, y durante un lapso de siete días después del drenaje amplio del proceso infeccioso.<sup>1</sup>

La principal complicación del drenaje de un absceso anorrectal es la formación de una fístula, que se presenta en 60% de los casos.

El tratamiento de las fístulas anorrectales es quirúrgico y está determinado por la clasificación preoperatoria de la fístula y por la relación de su trayecto con los esfínteres del ano;<sup>5</sup> los principales riesgos en el tratamiento de las fístulas anorrectales son la recurrencia de las mismas y la incontinencia fecal.

En las llamadas fístulas simples interesfintéricas o con un trayecto transesfintérico bajo, la mayoría de los autores recomienda realizar una fistulotomía, que implica la resección de la pared anterior del trayecto fistuloso, permitiendo que la pared posterior del mismo mantenga unido el tejido muscular del complejo esfinteriano. Otra alternativa que se utiliza es la fistulectomía que consiste en la resección completa del trayecto fistuloso; sin embargo, esta segunda alternativa parece tener un mayor riesgo de incontinencia fecal.<sup>8</sup>

En el tratamiento de fístulas complejas, fístulas altas y las relacionadas con enfermedad inflamatoria intestinal se han descrito otros procedimientos de tratamiento quirúrgico entre los que se encuentran el adhesivo de fibrina,<sup>9</sup> el tapón realizado con fibras de colágeno de la submucosa de intestino de cerdo<sup>10</sup> y el avance de colgajos endorrectales y endoanales.<sup>11</sup>

La utilización de setones o sedales continúa siendo una opción en el tratamiento de fístulas transesfintéricas altas,



en aquéllas fístulas en donde el trayecto involucra más de la mitad del complejo esfinteriano y en las fístulas transesfintéricas anteriores en las mujeres;<sup>12</sup> el setón puede usarse como instrumento de drenaje o como instrumento de corte. El setón de corte produce una fistulotomía por etapas; después de introducir el setón a través del trayecto fistuloso se permite la formación de fibrosis durante un periodo de seis a ocho semanas, después de lo cual se secciona el músculo que rodea al sedal, los índices de recurrencia con este procedimiento varían de 3 a 9%.<sup>13</sup> Por ello, la colocación de sedal ha sido considerada por algunos autores como una buena opción para las fístulas con importante compromiso esfinteriano o en pacientes propensos a la incontinencia.<sup>14</sup>

### CONCLUSIONES

Los abscesos y las fístulas anorrectales constituyen un padecimiento frecuente dentro de las enfermedades de esta región. Se debe realizar un diagnóstico oportuno para ofrecer al paciente mejores resultados terapéuticos.

El ultrasonido endo-anal y la resonancia magnética permiten determinar la complejidad de la fístula, encontrar cavidades o trayectos no aparentes clínicamente, y localizar el orificio primario.

El absceso anorrectal constituye una emergencia y el tratamiento de elección es la incisión y el drenaje; en el caso de abscesos perianales o isquiorrectales que son palpables y presentan fluctuación se puede realizar una incisión con anestesia local en forma radiada y lo más cercano posible a la apertura anal, ya que en caso de que se desarrolle una fístula, ésta se presentará con un trayecto corto y más fácil de resolver.

La principal complicación del drenaje de un absceso anorrectal es la formación de una fístula, que se presenta en 60% de los casos.

El tratamiento de las fístulas anorrectales es quirúrgico y está determinado por la clasificación preoperatoria de la fístula y por la relación de su trayecto con los esfínteres del ano.

### REFERENCIAS

1. Rosen L. Anorectal abscess-fistulae. *Surg Clin N Am* 1994; 74: 1293-308.
2. Phillips RKS. Anal fistula: evaluation and management. In: *Colorrectal Surgery*. 2nd ed. London: WB Saunders Company Limited; 2002, p. 299-328.
3. Nesselrod JP. Pathogenesis of common anorectal infections. *Am J Surg* 1954;88(5):815-7
4. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula-in-ano. *Br J Surg* 1976; 63: 1-12.
5. Rizzo JA, Naig AL, Johnson EK. Anorectal abscess and fistula-in-ano: Evidence-based management. *Surg Clin N Am* 2010; 90: 45-68.
6. Hamadani A, Haigh PI, Liu IL, et al. Who is at risk for developing chronic anal fistula or recurrent anal sepsis after initial perianal abscess? *Dis Colon Rectum* 2009;52:217-21
7. Rodríguez-Wong U. Enfermedades anorrectales. En: Campos SF, Gutiérrez-Arrubarena Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo. 4a. Ed. El Manual Moderno; 2012, p. 529-40.
8. Kronborg O. To lay open or excise a fistula-in-ano: a randomized trial. *Br J Surg* 1985; 72: 970.
9. Hammond TM, Grahn MF, Lunniss PJ. Fibrin glue in the management of anal fistulae. *Colorectal Dis* 2004; 6: 308-19.
10. Robb BW, Vogler SA, Nussbaum MN, et al. Early experience using porcine small intestinal submucosa to repair fistulas-in-ano. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 565-60.
11. Sonoda T, Hull T, Piedmonte MR, et al. Outcomes of primary repair of anorectal and rectovaginal fistulae using endorectal advancement flap. *Dis Colon Rectum* 2002;45:1622-8.
12. Rodríguez Wong U. Uso del sedal en el tratamiento de las fístulas anales. *Rev Hosp Jua Mex* 1998; 65(4):99-101
13. García-Aguilar J, Belmonte C, Wong WD, et al. Cutting seton versus two-stage seton fistulotomy in the surgical management of high anal fistula. *Br J Surg* 1998; 85: 243-245.
14. Astiz JM, Beraudo M, Tinghitella G, Chiurco L, Kushinacayó M. Abscesos y fístulas anorrectales. *Rev Argent Cirug* 2007; 92 (3-4): 146-54.

Solicitud de sobretiros:

**Dr. Ulises Rodríguez-Wong**

Tepic 113-611, Col. Roma sur. C.P. 06760,

México, D.F. Tel.: 5264-8266, 5264-8267.

Correo electrónico: ulisesromed@prodigy.net.mx