

Cirugía y Cirujanos

Volumen 73
Volume

Número 5
Number

Septiembre-Octubre 2005
September-October

Artículo:

Alternativas en el tratamiento quirúrgico de los abscesos anales

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



medigraphic.com

Alternativas en el tratamiento quirúrgico de los abscesos anales

Dr. Luis Charúa-Guindic,* Dr. José Ángel Cantú-Marroquín,* Dra. Rosa Martha Osorio-Hernández,* Dra. Teresita Navarrete-Cruces,* Dr. Octavio Avendaño-Espinosa*

Resumen

Introducción: el absceso anal es una colección purulenta localizada en alguna de las regiones vecinas del ano y recto.

Objetivo: mostrar la experiencia en el manejo de los abscesos anales en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México.

Material y métodos: es un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo en pacientes portadores de absceso anal. Se analizó el periodo de enero de 1998 a diciembre de 2002.

Resultados: se otorgaron 9,233 consultas de primera vez; 241 cumplieron los criterios de inclusión; 197 (81.74 %) correspondieron al sexo masculino y 44 (18.25 %) al femenino. El absceso perianal se presentó en 156 pacientes (64.73 %), el isquierorrectal en 51 (21.16 %), en herradura en 17 (7.05 %), el interesfintérico en 14 (5.80 %) y el supranelevador en tres (1.24 %).

Conclusiones: 96.68 % de los abscesos anales son inespecíficos. El simple drenaje es una adecuada conducta inicial; 73 % de los pacientes fue atendido en el consultorio en forma ambulatoria. El síntoma más constante fue el dolor en 99 % de los pacientes. En cuanto a su clasificación, el perianal y el isquierorrectal fueron los más frecuentes; en esta serie no hubo mortalidad.

Palabras clave: absceso anal, drenaje, fistulotomía primaria.

Summary

Introduction: Anal abscess is a pus collection localized in some of the regions around the anus and rectum. We reviewed the experience in the management of abscesses in the Coloproctology Unit at the Gastroenterology Service in the General Hospital of Mexico.

Material and methods: This is a retrospective, longitudinal and descriptive study in patients diagnosed as carriers of an anal abscess during the period from January 1998 to December 2002.

Results: During this period, 9,233 first consultations took place, 241 fulfilled inclusion criteria; 197 (81.74%) were male and 44 (18.25%) were female. Perianal abscess affected 156 patients (64.73%), 51 ischiorectal abscess (21.16%), 17 horseshoe (7.05%), 14 intersphincteric (5.80%) and 3 had supranelevator abscess (1.24%).

Conclusions: There were 96.68% nonspecific anal abscesses. Simple drainage is an initial adequate management. Most patients (73%) were attended in the office. Pain was the most common symptom (99%). Perianal and ischiorectal localizations were the most frequently classified and there was no mortality.

Key words: Anal abscess, drainage, primary fistulotomy.

Introducción

El absceso anal es una patología relativamente frecuente para el cirujano, en especial en los servicios de urgencias de cualquier hospital del mundo.

El absceso y la fistula anal son dos fases de un mismo padecimiento; el primero es la aguda o inicial y la segunda, la crónica.

El absceso es una colección purulenta localizada en alguna de las regiones vecinas del ano y recto que pueden vaciar su contenido a través de un orificio situado en la piel anal, perianal o en la mucosa rectal.¹

La fistula es un conducto de paredes fibrosas infectadas que comunica una cripta anal con la piel o con la luz del recto; el orificio localizado en la cripta se denomina primario o interno y el cutáneo o mucoso, secundario; en el orificio primario se origina el proceso.²

Desde los más antiguos escritos médicos se han encontrado vestigios mencionando los abscesos y fistulas anales. Hipócrates escribió en el siglo V a. C. acerca de su manejo, preconizando la forma abierta y advirtió que “de no hacerse así los pacientes morirían”.

* Unidad de Coloproctología, Servicio de Gastroenterología, Hospital General de México.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Luis Charúa-Guindic,

Unidad de Coloproctología, Hospital General de México,
Dr. Balmis 148, Col. Doctores, Deleg. Cuauhtémoc,
06720 México, D. F.

Tel.: 5999 6133, extensión 1045.

E-mail: luischarua@hotmail.com

Recibido para publicación: 07-12-2004

Aceptado para publicación: 26-04-2005

Actualmente existen varias teorías para explicar el origen del absceso anal en los casos en que no hay patología subyacente, siendo la teoría de origen criptoglandular la más aceptada, descrita por primera vez por Chiari en 1878³ y ampliada por Herrmann y Desfosses en 1880.⁴

Hay varias clasificaciones de los abscesos anales; la más empleada es la que los designa de acuerdo con los espacios en donde se desarrollan; los espacios son perianal, interesintérico, interesintético o supraelevador (figura 1).²

El objetivo de este trabajo es conocer la frecuencia, localización, evolución, tipo de manejo y complicaciones del absceso anal en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México.

Material y métodos

Estudio retrospectivo, observacional y transversal, realizado en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México. Se analizó el periodo comprendido de enero de 1998 a diciembre de 2002.

Se capturaron las variables en una hoja de recolección de datos en donde se incluyó edad y sexo del paciente, evolución del padecimiento, cuadro clínico, clasificación del absceso, localización, patología asociada, forma como se llevó a cabo el diagnóstico, manejo quirúrgico, evolución posoperatoria, complicaciones y manejo.

Se incluyeron todos los pacientes que acudieron por primera vez a la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México con el diagnóstico de absceso anal y que fueron atendidos quirúrgicamente en cualquiera de sus modalidades, con un seguimiento no menor de dos meses. Los criterios de exclusión fueron:

- a) Pacientes atendidos en otro hospital o servicio.
- b) Pacientes con expediente incompleto.
- c) Pacientes con un seguimiento menor a dos meses posterior al drenaje del absceso anal.

La mayoría de los abscesos perianales o isquierrectales fueron atendidos quirúrgicamente en el consultorio. Los abscesos más extensos, en herradura, los interesintéricos y los supraelevadores fueron atendidos en quirófano, bajo anestesia general o bloqueo epidural. En estos abscesos se utilizaron dos modalidades quirúrgicas. La primera es muy similar a la realizada en cirugía de consultorio, pero haciendo una debridación más amplia del tejido necrótico y lavado de la cavidad residual. La otra es el drenaje del absceso con fistulotomía primaria.⁵ Esta técnica quirúrgica consiste en identificar el orificio fistuloso primario. Si éste se localiza, con ayuda del gancho de criptas se introduce en la cripta correspondiente y se secciona con el electrobisturí. Si no se identifica el orificio fistuloso primario, se debrida el absceso y se



Figura 1. Sitios de formación de absceso en la región anorrectal.
a) Perianal, b) Interesintérico,
c) Supraelevador, d) Isquierrectal.

introduce un estilete para identificar el trayecto fistuloso, pasándolo con sumo cuidado para evitar crear una falsa vía. Se continúa con la incisión hasta dejar ampliamente debridado el absceso, seguido por el destechamiento de la fistula.

Resultados

Con base en los archivos de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, en el periodo señalado se otorgaron 9,233 consultas de primera vez; de ellas, en 291 (3.15 %) se diagnosticó absceso anal, pero sólo 241 cumplieron los criterios de inclusión; 197 (81.74 %) correspondieron al sexo masculino y 44 (18.25 %) al femenino, con un rango de edad entre 15 y 80 años y una media de 35 años.

El grupo de edad de más alto riesgo para el sexo masculino fue el de 31 a 40 años con 66 pacientes (33.5 %), seguido por el de 41 a 50 años con 51 (25.88 %); en las mujeres, el grupo de mayor riesgo fue entre los 21 y 30 años y de 41 a 50 años con 13 casos (29.43 %) cada uno. Los meses del año en que se presentaron más casos de abscesos anales en los varones fueron julio y agosto con 25 y 22 pacientes, respectivamente; en las mujeres fue el mes de agosto con ocho.

De los 241 pacientes, 110 (45.64 %) contaban con antecedentes personales patológicos diversos, entre los que destacan en los varones, la diabetes melitus en 36 pacientes (32.72 %), cirugía proctológica previa en 22 (20.0 %) y el sida o la infección por VIH en 20 (18.18 %). En las mujeres, la cirugía proctológica previa en 10 pacientes (9.09 %) y la diabetes melitus en nueve (8.18 %).

En ocho (3.31 %) de los 241 pacientes el absceso se clasificó como específico; de ellos, cinco fueron por adenocarcinoma de recto, dos por enfermedad de Crohn y uno por tuberculosis.

Cuadro I. Clasificación de los abscesos anales

Tipo de absceso	n	%
Perianal	156	64.73
Isquierdorctal	51	21.16
Interesfintérico	14	5.80
Supraelevador	3	1.24

Los signos y síntomas encontrados en pacientes con absceso anal, en orden de frecuencia fueron dolor en 239 pacientes (99.17 %), tumoración en 215 (89.21 %), fiebre en 97 (40.24 %), rubor en la piel en 57 (23.65 %), escalofrío en 48 (19.91 %) y salida de material purulento a través del ano en seis (2.48 %).

El diagnóstico se estableció clínicamente en 239 pacientes (99.17 %) y sólo en dos (.82 %) con ultrasonido endorrectal.

Los abscesos anales se clasificaron como se muestra en el cuadro I, y su localización se indica en el cuadro II.

En 38 pacientes (15.76 %), por presentar infección extensa, celulitis, diabetes mellitus descompensada o sida, hubo necesidad de emplear antibióticos; en 19 se utilizó ciprofloxacina, a dosis de 500 mg por vía oral, cada 12 horas por cinco días; en 12 se instituyó doble cobertura de antibióticos con amikacina a dosis de 500 mg por vía intravenosa, cada 12 horas por siete días, y metronidazol a dosis de 500 mg por vía intravenosa, cada 8 horas por cinco a siete días. En siete pacientes se utilizó ertapenem, a dosis de 1 g por vía intravenosa, cada 24 horas por cinco a siete días.

En 176 pacientes (73.02 %) el absceso fue drenado en el consultorio; de ellos, en 126 (71.59 %) no fue necesario el uso

Cuadro II. Localización de los abscesos

Localización	n
Lateral izquierdo	81
Posterior	76
Lateral derecho	53
Anterior	31

de anestésico; 65 pacientes fueron llevados a quirófano, a 48 de éstos se les practicó drenaje del absceso y lavado de la cavidad residual y en 17, drenaje y fistulotomía primaria; 12 pacientes fueron reoperados: cuatro por nueva formación del absceso y en ocho fue necesario realizar en el quirófano, bajo anestesia, lavado quirúrgico y resección de tejido necrótico; tres de ellos, en dos ocasiones.

Se hospitalizaron 68 pacientes, de los cuales 30 se dieron de alta hospitalaria al día siguiente de la cirugía, sin complicación agregada; ocho más fueron dados de alta a las 48 horas; el resto, entre tres y 10 días, todos en buenas condiciones, para continuar la recuperación en el domicilio.

Discusión

El absceso anal ocurre con más frecuencia en hombres que en mujeres, con un rango de 4:1 respectivamente; se presenta con mayor frecuencia entre los 30 y los 50 años de edad, con mayor incidencia en verano y otoño, lo que coincide con este estudio.⁶ Algunos autores han explicado esta incidencia debiendo a que los hombres, en general, son menos cuidadosos de



Figura 2. Entrada de la infección a través de la cripta.



Figura 3. Infección de la glándula y formación de absceso.



Figura 4. Dirección de la diseminación de la infección.

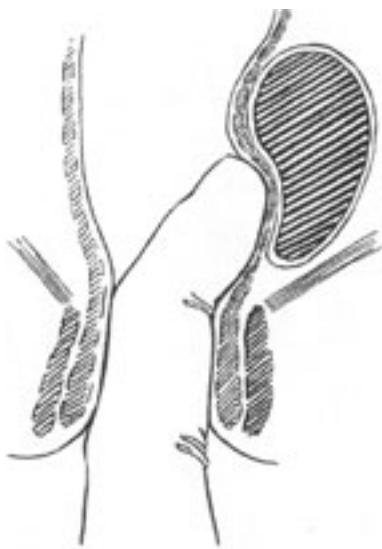


Figura 5. Palpación de un absceso supranelevador.

la limpieza anal, al tipo de ropa interior utilizada, que es más áspera y provoca mayor fricción en la piel perianal, factores que aunados al tipo de trabajo, a menudo más duro, generan mayor sudoración en la región anal.⁴

Diversas condiciones pueden originar abscesos anales y se clasifican en específicos e inespecíficos, siendo éstos últimos los más frecuentes.

La teoría de que los abscesos anales son de origen criptoglandular está sustentada no solamente en bases anatómicas, sino también en que en la mayoría de los abscesos anales el orificio primario se encuentra en la línea anorrectal (figura 2).

Según el camino que tome el proceso infeccioso, producirá un absceso perineal, isquiorrectal, interesfintérico o supranelevador (figuras 3 y 4). Los tres primeros están situados por abajo del diafragma muscular de la pelvis (elevadores del ano) y son abscesos infradiafragmáticos. El último, afortunadamente el menos frecuente de los abscesos, se localiza por arriba del diafragma muscular pélvico, es supradiafragmático.

Los abscesos perianales e isquiorrectales son las variedades más frecuentes y producen un cuadro clínico muy aparatoso, que se inicia con dolor leve localizado en el ano o sus alrededores, cuya intensidad aumenta gradualmente y alcanza su máximo entre cuatro y siete días; es constante de día y de noche, aumenta al estar sentado o en movimiento y por lo regular se agudiza con la evacuación. El dolor es de carácter pulsante; suele haber astenia, adinamia, fiebre y escalofrío.⁷

En la exploración proctológica se encuentra tumoración de superficie tensa, lisa, brillante y enrojecida, de tamaño y forma variables; en algunos casos se puede observar una pequeña elevación blanquecina que representa el punto por el que probablemente drenará el absceso. La palpación precisa sus límites,

netos o difusos, según su fase de desarrollo; la presión produce dolor intenso y algunos pacientes no toleran que se les toque. La endoscopia está contraindicada en ese momento, porque, además de no proporcionar datos importantes para el diagnóstico, produce en el enfermo sufrimiento innecesario.

En general el diagnóstico es sencillo, pero hay casos en que el absceso no ha alcanzado desarrollo suficiente para formar una tumoración identificable, ni por inspección ni por palpación, y lo único que se logra descubrir es una zona dolorosa imprecisa. Si a la palpación externa no se encuentra una zona dolorosa o indurada, se puede practicar un tacto rectal, que puede descubrir un absceso localizado en el conducto anal.

En los abscesos interesfintéricos puede no haber inflamación o induración en la región perianal. El tacto rectal es sumamente doloroso y la mayoría de las veces es imposible practicarlo sin anestesia.

En los abscesos supranelevadores, la sintomatología es la de una infección banal: escalofrío, febrícula, malestar general y astenia; días más tarde se agrega dolor leve o sensación de "estorbo" o "tumor" a nivel del recto. Estos abscesos no dan manifestaciones externas. El tacto rectal descubre una tumoración renitente, lateral o posterior, que rechaza la pared del recto hacia su luz (figura 5).

El diagnóstico de un absceso anal se establece en la mayoría de los casos por la historia clínica y la exploración proctológica. En raras ocasiones esto no es posible debido al dolor o a la localización. Por lo anterior, se puede practicar ultrasonido endoanal (figura 6)^{8,9} o resonancia magnética (figura 7),¹⁰ para facilitar la localización del absceso y, por consiguiente, precisar su manejo. En este estudio, sólo en dos casos fue necesario el ultrasonido endoanal para establecer el diagnóstico.

Existen otros padecimientos que producen abscesos en la región anal, perianal o rectal, que tienen como característica la

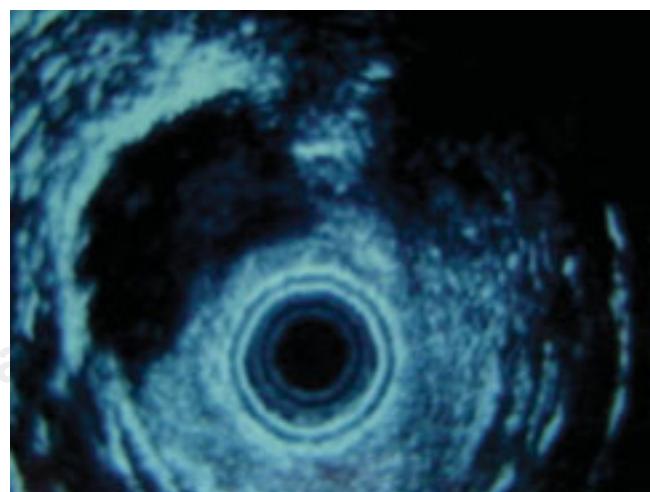


Figura 6. Absceso anal demostrado por ultrasonido endoanal.

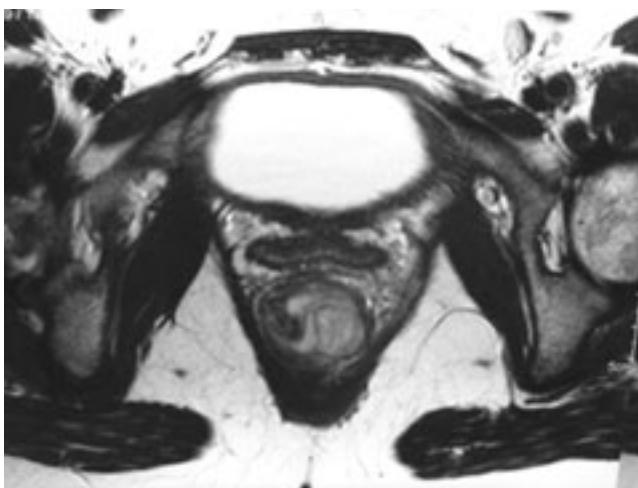


Figura 7. Absceso anal confirmado por resonancia magnética.

ausencia de comunicación del absceso con una cripta anal; a éstos se les denomina abscesos específicos, entre ellos figuran los que pueden ser causados por tuberculosis, linfogranuloma venéreo, colitis ulcerosa crónica inespecífica, enfermedad de Crohn, enfermedad pilonidal, hidradenitis supurativa, actinomicosis, forunculosis, quiste sebáceo infectado, cuerpos extraños, enfermedad diverticular del colon, laceración obstétrica, osteomielitis de los huesos pélvicos, entre otros. En relación con lo anterior, en esta serie el absceso anal se presentó por causa específica en ocho pacientes; de ellos, el cáncer de recto que desciende al conducto anal y a la región perianal sigue siendo la causa más frecuente de los abscesos anales específicos, seguido por la enfermedad de Crohn, que afortunadamente sigue siendo rara en nuestro medio.

El absceso, cualquiera que sea su etiología, requiere incisión y drenaje inmediatos; la resolución definitiva del problema dependerá del tratamiento específico de la causa subyacente.

El absceso debe ser considerado una emergencia y los estándares de oro en el tratamiento siguen siendo la incisión y el drenaje, sin embargo, son necesarias ciertas consideraciones dependiendo de su evolución y localización.

En los abscesos infradiafragmáticos, cuando son evidentes y presentan fluctuación, se puede hacer una incisión bajo anestesia local lo más cercana al ano, ya que de desarrollar una fistula anal el trayecto será más corto (figura 8).

Si el absceso anal no es evidente o el paciente presenta dolor tan intenso que impide su exploración, entonces debe realizarse el drenaje en quirófano bajo anestesia.

Siempre que se drena un absceso debe revisarse la cavidad digitalmente o con algún instrumento para verificar que no existan tabiques intracavitarios (figura 9), así se garantiza la adecuada evacuación del material purulento. La cavidad debe ser irrigada con solución salina o algún antiséptico; por

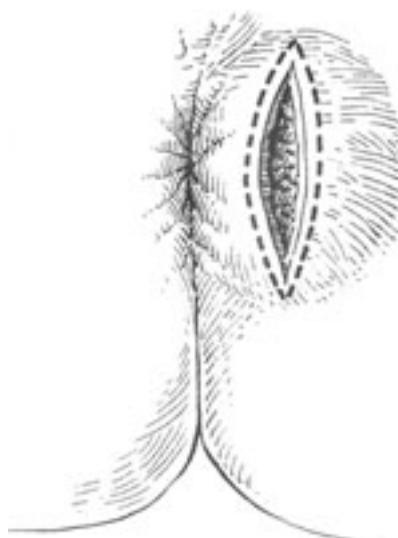


Figura 8. Incisión longitudinal de un absceso.

último, se debe asegurar que la incisión evacuadora del absceso sea adecuada con el fin de facilitar el continuo drenaje de los detritus celulares hasta la curación. Esto se logra ampliando la herida tanto como sea necesario, siguiendo el eje mayor del absceso; se deja un drenaje Penrose para evitar que se cierre el orificio en forma prematura. Esta canalización se puede retirar entre el tercer o cuarto día.

En los abscesos supraesfintéricos son necesarias ciertas consideraciones antes de realizar el drenaje, ya que hay que asegurarse primero que no son originados por procesos intraabdominales, en cuyo caso su abordaje no debe realizarse por vía perianal.



Figura 9. Destrucción digital de tabiques intracavitarios.



Figura 10. Canalización de absceso supranelevador.

El absceso supranelevador laterolateral o retrorrectal se debe abordar por una incisión posterolateral de 1 cm de longitud en la región perianal. Se introduce una pinza recta y larga a través de la incisión cutánea hasta llegar a la cavidad del absceso; la pinza debe ser guiada por el dedo índice de la otra mano del cirujano, introducido en el recto y en contacto con la prominencia formada por el absceso (figura 10). Al final se coloca una canalización Penrose.

En este estudio, cerca de 75 % de los abscesos anales fue drenado quirúrgicamente en forma ambulatoria, por lo que los médicos de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México consideramos que los abscesos perianales e isquierorrectales pueden ser atendidos en primera instancia en el consultorio, con anestesia local o no, con una incisión lo suficientemente grande para permitir el drenaje del material purulento del absceso. El tratamiento consecutivo dependerá de la respuesta posterior al drenaje.

Respecto al uso de antibióticos, sólo está indicado en los pacientes en los que la infección de los tejidos blandos es extensa y afecte el periné, la ingle, el muslo o la pared abdominal. También está indicado en pacientes diabéticos con celulitis extensa, pacientes con enfermedad cardiaca valvular, prótesis óseas, en pacientes immunocomprometidos y en enfermos de sida. Se utilizan antibióticos de amplio espectro tanto para anaerobios como para aerobios y se administran posteriormente al drenaje de cinco a siete días.¹¹

La complicación más frecuente del drenaje de un absceso anal es la formación de una fistula anal. Según diversos autores, ésta se puede presentar hasta en 66 % de los casos,^{6,12} siendo el absceso isquierrectal el que más la produce. La presencia de enterobacterias en el cultivo de pus del absceso tiene valor pronóstico e indica posible desarrollo de una fistula anal.⁴

La recurrencia del absceso anal puede presentarse como complicación de un manejo aparentemente exitoso de un abs-

ceso anal; puede deberse a que no se hizo un debridamiento adecuado de los tabiques intracavitarios o al cierre prematuro del sitio de drenaje, que en esta serie se presentó en cuatro pacientes (1.65 %).

Otras complicaciones, aunque de menor frecuencia, son hemorragia, incontinencia anal, trombosis hemoroidal, celulitis, impactación fecal, fisura anal y cicatrización inadecuada.

Conclusiones

El 96.68 % de los abscesos anales atendidos en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México es inespecífico, es decir, de origen criptoglandular. El simple drenaje de un absceso anal es una adecuada conducta inicial. El 73 % de los pacientes fue atendido en el consultorio, en forma ambulatoria. El síntoma más constante fue el dolor en 99 % de los pacientes. En cuanto a su clasificación, el perianal y el isquierrectal fueron los más frecuentes. En esta serie no hubo mortalidad.

Referencias

- Phillips RKS. Anal fistula: evaluation and management. In: Colorectal Surgery. 2nd ed. London: WB Saunders Company Limited;2002. pp. 299-328.
- Corman ML. Colon & Rectal Surgery. 4th ed. New York: Lippincott-Raven;1998. pp. 224-237.
- Nelson R. Abscesos y fistulas anorrectales: ¿qué se sabe al respecto? McGraw-Hill Interamericana. Clin Quir Norteamer 2002;6:1101-1111.
- Goligher J, Duthie H, Nixon H. Absceso anorrectales. En: Cirugía del ano, recto y colon. Barcelona: Editorial Masson, S.A.;1998. pp. 159-168.
- Oliver GI, Fernández FA, Lacueva GJ, Costa ND, Calpena RF. Tratamiento quirúrgico de los abscesos perianales: inicialmente, ¿sólo drenaje? Cirj Gen 2004;26:107-109.
- Charúa GL, Fierros GNE, Avendaño EO. Frecuencia de fistula anal secundaria a drenaje quirúrgico de absceso anal en el consultorio. Rev Med Hosp Gen Mex 2004;67:130-134.
- Phillips KSR, Lunniss JP, Anorectal sepsis. In: Nicholls RJ, Dozois RR. Surgery of the Colon and Rectum. New York: Churchill Livingstone;1997. pp 255-284.
- Law PJ, Talbot RW, Bartram CI, Northover JMA. Anal endosonography in the evaluation of perianal sepsis and fistula-in-anus. Br J Surg 1989;76:752-755.
- Choen S, Burnett S, Bartram CI, Nicholls RJ. A comparison between anal endosonography and digital examination in the evaluation of anal fistulae. Br J Surg 1991;78:445-447.
- Lunniss PJ, Barker PG, Sultan AH. Magnetic resonance imaging of fistula-in-anus. Dis Colon Rectum 1994;37:708-718.
- Rosen L. Anorectal abscess-fistulae. Surg Clin North Am 1994;74:1293-1308.
- Tang CL, Chew SP, Choen S. Prospective randomized trial of drainage alone vs. drainage and fistulotomy for acute perianal abscess with proven internal opening. Dis Colon Rectum 1996;39:1415-1417.