

Cirujano General

Volumen
Volume 26

Número
Number 2

Abril-Junio
April-June 2004

Artículo:

Tratamiento quirúrgico de los abscesos perianales: inicialmente, ¿sólo drenaje?

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

**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

Tratamiento quirúrgico de los abscesos perianales: inicialmente, ¿sólo drenaje?

Surgical treatment of perianal abscesses: initially, only drainage?

Dr. Israel Oliver García, Dra. Ana Fernández Frías, Dr. Javier Lacueva Gómez, Dr. David Costa Navarro, Dr. Rafael Calpena Rico

Resumen

Objetivo: Evaluar la efectividad de dos tratamientos quirúrgicos en los abscesos perianales: drenaje simple y drenaje más tratamiento del trayecto fistuloso en un solo tiempo.

Sede: Hospital General Universitario de Elche.

Diseño: Estudio retrospectivo.

Análisis estadístico: Para comparar el contraste de hipótesis de independencia entre el tipo de tratamiento y las variables estancia, recidiva y continencia, la prueba estadística utilizada fue la Chi-square de Pearson. La significación estadística se estableció para una $p < 0.05$.

Pacientes y métodos: En el grupo A, se incluyeron aquellos pacientes a los que se trató simultáneamente el absceso y el trayecto fistuloso ($N=137$). En el grupo B sólo a los que se trató el absceso ($N=183$). En 23 pacientes asignados inicialmente al grupo A sólo se pudo realizar drenaje simple del absceso debido a la imposibilidad de localizar el orificio interno de la fístula.

Resultados: Cuando sólo se drenó el absceso, el 71% de los pacientes se fueron de alta durante las primeras 24 horas ($p < 0.001$). Mientras en el grupo A el total de recidivas fue del 2%, en el grupo B aumentó hasta el 20% durante el año de seguimiento ($p < 0.001$). Igualmente, las mayores tasas de incontinencia se objetivaron en aquellos pacientes a los que se trató de forma simultánea el absceso y el trayecto fistuloso ($p < 0.001$).

Conclusión: Si no se localiza el orificio interno o gran parte del esfínter se encuentra afectado, es preferible drenar sólo el absceso y tratar el trayecto fistuloso en un segundo tiempo.

Palabras clave: Absceso perianal, fístula perianal, incontinencia, recidiva, tratamiento quirúrgico.

Cir Gen 2004;26: 107-109

Abstract

Objective: To assess the efficacy of two surgical treatments for perianal abscesses: simple drainage and drainage plus treatment of the fistulous tract in one surgical time.

Setting: University General Hospital of Elche, Spain.

Design: Retrospective study.

Statistical analysis: Pearson's chi square test was used to compare the independence hypothesis contrast between type of treatment and hospital stay, recurrence, and continence. Statistical significance was set at $p < 0.05$.

Patients and methods: Group A included patients treated simultaneously for the abscess and the fistulous tract ($n = 137$), and Group B corresponded to those patients treated only for the abscess ($n = 183$) – In 23 patients, assigned initially to group A, only simple drainage of the abscess could be performed because the internal orifice of the fistula could not be localized.

Results: When only the abscess was drained, 71% of patients were discharged during the first 24 hours ($p < 0.001$). Whereas group A presented 2% of recurrences, in group B these increased up to 20% during the year of follow-up ($p < 0.001$). Likewise, the largest rates of incontinence were observed in those patients treated simultaneously for the abscess and the fistulous tract ($p < 0.001$).

Conclusion: If the internal orifice is not localized or a large part of the sphincter is affected, it is preferable to drain only the abscess and treat the fistulous tract in a second surgical time.

Key words: Perianal abscess, perianal fistula, incontinence, anal-rectal abscess fistulae, surgical treatment.

Cir Gen 2004;26: 107-109

Hospital General Universitario de Elche, España.

Recibido para publicación: 18 de octubre de 2003.

Aceptado para publicación: 1 de diciembre de 2003.

Correspondencia: Dr. Israel Oliver García. Camí de l'Almazara No. 11 Elche (03202). España

Teléfono: +34 966 679377 Fax: +34 966 679 377

E-mail: israel.oliver@umh.es

Introducción

Los abscesos perianales representan la afección proctológica de tratamiento quirúrgico inmediato más frecuente en un Servicio de Urgencias, pudiendo ser la primera causa de atención quirúrgica en un hospital.¹ Se presentan con mayor frecuencia entre los 20 y 50 años y la proporción entre hombres y mujeres es de 5 a 1.

Mayoritariamente, se originan de una infección criptoglandular anal y su diseminación posterior origina en muchos casos un trayecto fistuloso. El drenaje exclusivo representa el tratamiento más frecuentemente utilizado por su sencillez y baja morbilidad, presentando, sin embargo, un porcentaje variable de recidivas.² Por otra parte, el tratamiento del absceso y del trayecto fistuloso en un solo tiempo es controvertido debido a las altas tasas de incontinencia asociada tras la cirugía.³

Por ello, hemos realizado un estudio retrospectivo con el propósito de evaluar la efectividad y morbilidad del tratamiento mediante drenaje simple del absceso con o sin tratamiento del trayecto fistuloso.

Pacientes y métodos

a) Pacientes

Entre enero de 1998 y enero de 2001, en el Hospital General Universitario de Elche, que atiende una población de 260,000 habitantes, se analizaron de forma retrospectiva un total de 320 pacientes con abscesos de la región anal tratados quirúrgicamente. Se trataron 253 varones y 67 mujeres, con una edad media de 46.5 años [19-89 años]. Atendiendo a su localización, los abscesos perianales puros fueron los más frecuentes con 195 pacientes (61%), seguidos de los isquiorrectales con 86 (27%) e interesfinterianos con 39 (12%).

Del total de pacientes (320), 183 integraron el grupo de drenaje exclusivo del absceso (grupo B) y 137 el grupo de drenaje del absceso más tratamiento de la fístula (grupo A), ya que en 23 pacientes -asignados inicialmente al grupo A- sólo se pudo realizar drenaje simple del absceso debido a la imposibilidad de localizar el orificio interno de la fístula.

Para la evaluación de la continencia anal se utilizó la prueba de Pescatori⁴ antes y después de la intervención quirúrgica. Todos los pacientes fueron evaluados por un mismo facultativo al mes, tres meses, seis meses y año de la intervención. La clasificación de los abscesos y fístulas se realizó según la propuesta por Parks, Gordon y Hardcastle.⁵ El estudio fue aprobado por el comité de ética y ensayos clínicos de nuestro hospital.

b) Técnica quirúrgica

Se realizaron dos tipos de tratamiento: del absceso y trayecto fistuloso (grupo A) y del absceso exclusivamente (grupo B).

En el grupo A, con el paciente en posición de litotomía, inicialmente se realizó un tacto rectal seguido de una exploración endoanal con ayuda del retractor de Parks. También realizamos presión sobre el absceso con el propósito de localizar el orificio interno. Si éste se localiza, con ayuda de un estilete y evitando maniobras

forzadas que pudieran crear una falsa vía, identificamos todo el trayecto fistuloso incluyendo ambos orificios (interno y externo). En fístulas subcutáneo-mucosas, inter-esfinterianas o trans-esfinterianas bajas se realizó drenaje más "puesta a plano" de la misma (fistulotomía). En fístulas trans-esfinterianas altas, supra-esfinterianas o extra-esfinterianas se colocaron sedales para la realización de fistulotomía diferida y progresiva.

En el grupo B se realizó el drenaje simple del absceso mediante incisión amplia, arciforme y vertical, en el punto de máxima fluctuación. En este grupo se incluyeron todos aquellos pacientes con factores de riesgo: colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, diabetes mellitus e inmunodeficiencia.

c) Análisis estadístico

Para comparar el contraste de hipótesis de independencia entre el tipo de tratamiento y las variables estancia, recidiva y continencia, la prueba estadística utilizada fue la "Chi-square" de Pearson. La significación estadística se estableció para una $p < 0.05$.

Resultados

La técnica anestésica practicada en la mayoría de los casos fue la sedación [263 (82%)], seguida de la anestesia locorregional [52 (16%)]. En pocas ocasiones, fue necesaria la anestesia general con intubación orotraqueal [4 (1%)]. La anestesia local pura sólo fue utilizada en 1 paciente (0.3%) con gran comorbilidad asociada.

En todos los pacientes del grupo A (137) se localizó y trató el trayecto fistuloso: 83 (60%) fístulas subcutáneo-mucosas y 31 (23%) trans-esfinterianas bajas, en las que se practicó drenaje del absceso y fistulotomía, y 23 (17%) fístulas trans-esfinterianas altas que se trataron con drenaje y colocación de sedal. No hubo ninguna fístula extra-esfinteriana.

En todos los pacientes del grupo B (183), se realizó drenaje simple del absceso con desbridamiento y lavado de la cavidad residual.

Del total de pacientes del grupo B, 130 (71%) se fueron de alta durante las primeras 24 horas. Por el contrario, 103 pacientes (75%) del grupo A permanecieron ingresados al menos 48 horas en el hospital ($p < 0.001$).

Durante el seguimiento se evidenciaron un total de 40 recidivas (12%), de las cuales 8 (20%) fueron diagnosticadas durante la primera visita (<30 días) y 32 (80%) de forma tardía (>30 días). Asimismo, las recidivas estuvieron relacionadas con el tipo de técnica quirúrgica empleada ya que 37 se circunscribieron al grupo B (absceso) y 3 al grupo A (absceso y fístula) ($p < 0.001$) (**Cuadro I**).

En cuanto a la incontinencia, del total de pacientes intervenidos (320), 33 (10%) manifestaron escape involuntario y transitorio de gases durante el año de seguimiento. Ningún paciente resultó incontinente para heces. Igualmente, la incontinencia estuvo relacionada con el tipo de técnica quirúrgica empleada: 28 pacientes incontinentes en el grupo A [20 sedales (71%) y 8 fistulotomías (29%)] y 5 en el grupo B ($p < 0.001$) (**Cuadro I**). De éstos, dos tenían enfermedad de Crohn, uno colitis

Cuadro I. Tasas de recidiva e incontinencia según el tratamiento realizado.

Tratamiento	Recidiva	Incontinencia*
Drenaje (B) (N=183)	37 (20%)	5 (3%)
Drenaje + Tto. Fístula (A) (N=137)	3 (2%)	28 (20%)

* Incontinencia transitoria exclusiva para gases.

ulcerosa y otro estaba en tratamiento quimioterápico por un linfoma.

Discusión

En nuestro medio el absceso perianal es la infección supurativa más frecuente de dicha región (más del 50% de los casos), seguido del isquiorrectal. Esta última es una infección potencialmente grave cuya progresión puede originar un absceso en herradura o una gangrena de Fournier.⁶

Actualmente persiste la controversia referida al tratamiento primario o no de las fístulas en los abscesos de la región anal. Mientras Isbister⁷ defiende inicialmente el drenaje simple del absceso por la sencillez, rapidez y menor morbilidad de la técnica, otros autores como Ho et al³ aconsejan el tratamiento del absceso y trayecto fistuloso en un solo tiempo ya que reduce significativamente los índices de recurrencia sin añadir una alta morbilidad.

El porcentaje de recidivas referido en las principales series varía entre un 6.5%⁸ y un 40.5%⁹ en función de la técnica quirúrgica empleada. El observado por nosotros durante el año de seguimiento es de un 20% en los pacientes tratados con drenaje simple (grupo B) y de un 2% cuando se añade el tratamiento de la fístula (grupo A). Es decir, un porcentaje ostensiblemente menor si se compara con el de las series más importantes.

Las altas tasas de incontinencia descritas por algunos autores, cuando se añade el tratamiento del trayecto fistuloso, ha hecho que mayoritariamente se recomiende el drenaje aislado del absceso como tratamiento de elección.¹⁰ Sin embargo, con base en nuestro estudio, en pacientes seleccionados la puesta a plano o fistulotomía en fístulas subcutáneo-mucosas o cuando existe afectación muy distal del aparato esfinteriano muestra una baja tasa de incontinencia ocasional y transitoria a gases. Por el contrario, en pacientes con fístulas trans-esfinterianas altas o supra-esfinterianas -donde está afectada una parte importante del aparato esfinteriano- a pesar de la fistulotomía diferida progresiva, la tasa de incontinencia total es todavía elevada en las diferentes series.¹¹

A diferencia de Hyman,¹² partidario del empleo de la anestesia general, hemos preferido utilizar la anestesia loco-regional o la anestesia local combinada con la sedación del paciente. Ambas técnicas permiten una exploración anorrectal comparable desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico. Además, presentan la ventaja

de una menor relajación esfintérica (contribuyendo a su correcta identificación) y añaden la posibilidad de obviar o acortar la hospitalización del paciente. Por el contrario, rechazamos la utilización de la anestesia local, a pesar de haber sido utilizada en un paciente, dada la imposibilidad de realizar una buena exploración del mismo y, por tanto del tratamiento de la fístula subyacente.

Por último, otro aspecto de gran importancia para un mejor resultado es el seguimiento personalizado de estos pacientes, supervisando las curas y comprobando la evolución de las heridas.¹³ Así, Saino ha comprobado que las curas postoperatorias inadecuadas o el cierre precoz de las heridas son, junto con el no tratamiento del orificio interno, las principales causas de la persistencia o recidiva de esta enfermedad.¹⁴

Conclusión

Parece lógico pensar que la técnica quirúrgica de elección es aquella que ofrece una recidiva menor sin afectación de la continencia esfinteriana del paciente. Así, a tenor de nuestros resultados, en fístulas subcutáneo-mucosas, inter-esfinterianas o trans-esfinterianas bajas se puede realizar de forma primaria una puesta a plano de la misma (fistulotomía) con una morbilidad postoperatoria relativamente baja y transitoria. Sin embargo, en fístulas complejas o cuando no se localiza fácilmente el orificio interno, es preferible drenar sólo el absceso y tratar de forma diferida el trayecto fistuloso.

Referencias

1. Fielding MA, Berry AR. Management of perianal sepsis in a district general hospital. *J R Coll Surg Edinb* 1992; 37: 232-4.
2. Parks AG. Pathogenesis and treatment of fistula-in-ano. *Br Med J* 1961; 1: 463-9.
3. Ho YH, Tan M, Chui CH, Leong A, Eu KW, Seow-Choen F. Randomized controlled trial of primary fistulotomy with drainage alone for perianal abscesses. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 1435-8.
4. Pescatori M, Anastasio G, Bottini C, Mentasti A. New grading and scoring for anal incontinence. Evaluation of 335 patients. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 482-7.
5. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula-in-ano. *Br J Surg* 1976; 63: 1-12.
6. Nix P, Stringer MD. Perianal sepsis in children. *Br J Surg* 1997; 84: 819-21.
7. Isbister WH. A simple method for the management of anorectal abscess. *Aust N Z J Surg* 1987; 57: 771-4.
8. Rosen L. Anorectal abscess-fistulae. *Surg Clin North Am* 1994; 74: 1293-308.
9. Schouten WR, van Vroonhoven TJ. Treatment of anorectal abscess with or without primary fistulectomy. Results of a prospective randomized trial. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 60-3.
10. Cox SW, Senagore AJ, Luchtefeld MA, Mazier WP. Outcome after incision and drainage with fistulotomy for ischiorectal abscess. *Am Surg* 1997; 63: 686-9.
11. Doberneck RC. Perianal suppuration: results of treatment. *Am Surg* 1987; 53: 569-72.
12. Hyman N. Anorectal abscess and fistula. *Prim Care* 1999; 26: 69-80.
13. Deroide G, Deroide JP. Fistules et abcès de l'anus: aspects diagnostiques et principes thérapeutiques, en dehors de la maladie de Crohn. *J Chir (Paris)* 2000; 137: 83-92.
14. Saino P. Fistula-in-ano in a defined population. Incidence and epidemiological aspects. *Ann Chir Gynaecol* 1984; 73: 219-24.