

Revista Médica del Hospital General de México

Volumen
Volume **67**

Número
Number **3**

Julio-Septiembre
July-September **2004**

Artículo:

Frecuencia de fistula anal secundaria a drenaje quirúrgico de absceso anal en el consultorio

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Sociedad Médica del Hospital General de México, AC

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



Frecuencia de fístula anal secundaria a drenaje quirúrgico de absceso anal en el consultorio

Luis Charúa Guindic,* Nery Esther Fierros García,* Octavio Avendaño Espinosa*

RESUMEN

De acuerdo con la teoría criptoglandular, más del 95% de los abscesos anales son producidos por infección de las glándulas anales. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de la fístula anal, posterior a la incisión y drenaje del absceso anal en el consultorio. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y transversal, realizado en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, en el periodo comprendido de enero de 2000 a diciembre de 2002. **Resultados:** Se incluyeron un total de 112 pacientes. El rango de edad fue 15 a 80 años con una media de 33 años; la mayor incidencia se ubicó entre la tercera y cuarta décadas de la vida. Predominó el sexo masculino con una relación de 4:1. El absceso perianal se presentó en 85 pacientes (75.89%), el isquiorrectal en 24 (21.43%) y el interesfintérico en tres (2.68%). En 74 pacientes (66.07%) se desarrolló fístula anal después del drenaje quirúrgico con un seguimiento no menor de seis meses. **Conclusiones:** El simple drenaje de un absceso anal es un procedimiento factible en el consultorio y el 66.07% de los pacientes que fueron tratados con drenaje formaron la fase crónica de la enfermedad que es la fístula anal.

Palabras clave: Absceso anal, fístula anal, drenaje quirúrgico.

ABSTRACT

According to the cryptoglandular theory, more than 95% of anal abscesses are produced by infection of the anal glands. Objective: The goal of the present investigation is to determine the frequency of anal fistula after drainage of the anal abscess at clinic. Material and methods: It is a retrospective, observational and transversal study, performed at the Coloproctology Unit of the Gastroenterology Service in the General Hospital of Mexico City, between January 2000 and December 2002. Results: 112 patients were included between 15 and 80 years old. The higher incidence was in the third and fourth decades of age with predominance in the male in a relation of 4:1. Localization of the abscess was perianal in 85 patients (75.89%), ischiorectal in 24 (21.43%) and intersphincteric in 3 (2.68%). There was no suprasphincteric abscess in this series. In 74 of this patients (66.07%) an anal fistula developed after the surgical drainage in a follow up of 6 months or more. Conclusions: The drainage of the anal abscess is a procedure that can be done on ambulatory basis in the office, although 66.07% of anal abscesses treated with just drainage in this series developed an anal fistula.

Key words: Anal abscess, fistula in ano, surgical drainage.

INTRODUCCIÓN

Desde los más antiguos escritos médicos se han encontrado vestigios que mencionan los abscesos y fístulas anales. En el siglo V, a. C., Hipócrates escribió sobre el tratamiento, preconizando la forma abierta, y advirtió que "de no hacerse así, los pacientes morirían".

En el siglo XIV, John Ardene, avanzó en el conocimiento y tratamiento de la enfermedad, siendo válido hasta la actualidad. Estos documentos se encuentran en el archivo del Museo Británico a partir de 1910 gracias a D'ary Power.¹

En el siglo XVII, Félix, médico de la Corte del rey Luis XIV, retomó los principios postulados por Hipócrates y practicó con reos de las cárceles de París para tratar después al rey.²

Actualmente existen varias teorías para explicar el origen del absceso anal en los casos en que no hay patología subyacente. La teoría de origen criptoglan-

* Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O.D.

dular es la más aceptada. Fue descrita por primera vez por Chian en 1878 y ampliada por Herrmann y Desfosses en 1880.¹⁻⁴

Más recientemente, Klosterhalfen y colaboradores examinaron 62 especímenes de necropsias con métodos de tinción inmunohistológica convencional y especial y confirmaron que las glándulas anales podrían ser el asiento anatómico de los abscesos anales y en secundariamente de las fistulas anales.⁵ En nuestro medio más del 95% de los abscesos anales son producidos por infección de las glándulas anales.¹⁻⁶ El tratamiento clásico ha sido la simple incisión y el drenaje,¹⁻¹¹ sin embargo, hasta 70% de los abscesos anales recurren o forman la fase crónica de la enfermedad, que es la fistula anal.⁶ Esto ha llevado a que algunos cirujanos prefieran, además de la incisión y drenaje, practicar una fistulotomía primaria en la fase aguda de la enfermedad;^{4,6,7,11} en cambio, otros argumentan que es innecesario someter a estos pacientes a posibles riesgos de sufrir alteraciones de continencia anal.^{10,12} Se desconoce porqué en algunos pacientes, después del drenaje del absceso, se forma una fistula anal y en otros no.^{1,3,5} Existen controversias sobre el tratamiento adecuado del absceso anal, en particular, entre el simple drenaje *versus* drenaje y fistulotomía primaria.^{4,5,10-13}

Dado que la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México no cuenta con un quirófano propio y debido a la gran cantidad de pacientes que son atendidos, se manejan los abscesos perianales e isquierorrectales en forma ambulatoria, en el consultorio, con anestesia local y en algunos casos sin ella, practicando una incisión y drenaje del absceso. El drenaje siempre se realiza lo más cercano al ano, para que, en caso de formarse una fistula, sea lo más corta posible; no siempre la zona más fluctuante es la mejor.^{3,5,6,11}

El objetivo del presente estudio fue determinar la frecuencia de la fistula anal posterior al drenaje del absceso anal en consultorio.

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 2000 a diciembre de 2002.

Se captaron las variables en hoja de recolección de datos en donde se incluyó: edad y sexo del pa-

ciente, evolución del padecimiento, cuadro clínico, clasificación del absceso, localización, patología asociada y porcentaje de enfermos que formaron la fase crónica, que es la fistula anal.

Se incluyeron a todos los sujetos 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 de tipo perianal o isquierorrectal y que fueron atendidos en forma ambulatoria, en el consultorio, y que tuvieron un seguimiento no menor de seis meses.

Los criterios de exclusión fueron: a) pacientes atendidos en otro hospital o servicio; b) casos con expediente incompleto; c) enfermos atendidos en forma no ambulatoria; d) abscesos interesintéricos y supraelevadores y e) sujetos con un seguimiento menor a seis meses después del drenaje del absceso anal.

La técnica quirúrgica para el drenaje del absceso anal se realiza en posición proctológica, previa antisepsia de la región. Se efectúa una incisión con bisturí en sentido del eje mayor del absceso o en forma de cruz; esto se puede realizar con anestesia local o no. Cuando el cirujano observa que es inminente que el absceso está por drenarse espontáneamente, no se infiltra con anestésico local, ya que el dolor que produce la aplicación del anestésico es mayor que la simple incisión. Una vez que el material purulento sale, se deja una canalización de tipo Penrose, que se retira a las 48 horas.

El material requerido es una hoja de bisturí, una ampolla de lidocaína al 1 o 2%, una jeringa de 3 mL, una aguja del número 25 G x 16 mm, una pinza de Kelly, gasas y en algunos casos un Penrose de 1/4.

Las indicaciones médicas posteriores al drenaje son: 1) analgésicos de tipo ketorolaco, 30 mg por vía intramuscular, dosis única; 2) continuar, por vía oral, con 10 mg de ketoroloco cada seis horas, por razón necesaria; 3) sediluvios con agua tibia tres o cuatro veces al día durante ocho a 10 minutos por cinco o seis días; 4) dieta normal sin irritantes; 5) reposo relativo y 6) cita para revisión en el consultorio entre las 48 a 72 horas.

El uso de antibióticos sólo está indicado en los casos en los que la infección de los tejidos blandos es extensa y afecte el perineo, la ingle, el muslo o la pared abdominal. También está indicado en pacientes diabéticos con celulitis extensa, sujetos con enfermedad cardiaca valvular, en enfermos inmunocomprometidos y en sujetos con SIDA. Se utilizan antibióticos de amplio espectro, tanto para anaerobios como para aerobios, y se

administran posteriormente al drenaje durante cinco a siete días.¹⁴

Los antibióticos utilizados son los de amplio espectro, como la ciprofloxacina a dosis de 500 mg, por vía oral, cada 12 horas por cinco a siete días.

RESULTADOS

De enero de 2000 a diciembre de 2002, fueron atendidos 4,370 pacientes que consultaron por primera vez en la consulta externa de la Unidad de Coloproctología; a 223 (5.10%) se les diagnosticó absceso anal, de los cuales 112 cumplieron los criterios de inclusión.

El rango de edad de estos 112 pacientes fue entre 15 y 80 años (media de 33 años). La mayor incidencia se ubicó entre la tercera y cuarta décadas de la vida, con 31 y 42 casos respectivamente. La distribución por género fue 92 pacientes (82.15%) hombres y 20 (17.85%) mujeres; el predominio fue marcadamente masculino con una relación hombre:mujer de 4:1. Cuarenta y nueve enfermos (43.75%) tuvieron otra patología asociada (*Cuadro I*).

Los signos y síntomas encontrados en pacientes con absceso anal, en orden de frecuencia fueron: dolor en los 112 casos (100%), tumoración en 104 (92.85%), fiebre en 36 (32.14%), escalofríos en 23 (20.53%), rubor en la piel en 23 (20.53%) y salida de material purulento a través del ano en tres (2.67%). La localización del absceso anal fue: lateral izquierdo en 37 sujetos, posterior en 31, lateral derecho en 29 y anterior en 15.

En cuanto a su clasificación, se presentó absceso perianal en 85 pacientes (75.89%), absceso isquiorrectal en 24 (21.43%), y absceso interesfintérico en

tres (2.68%). En esta serie no hubo casos de absceso supraesfintérico.

Se utilizó anestesia local en 103 sujetos (91.96%) y en los restantes no se aplicó por ser inminente la apertura espontánea, ya que su aplicación es más dolorosa que la debridación con bisturí.

En cinco pacientes, por presentar infección extensa y ser diabéticos, hubo necesidad de emplear antibióticos; en todos se utilizó ciprofloxacina, a dosis de 500 mg por vía oral, cada 12 horas por cinco días, con buena respuesta al tratamiento.

De los 112 pacientes estudiados, 74 (66.07%) desarrollaron fístula anal después del drenaje en un seguimiento no menor de seis meses.

DISCUSIÓN

En la unión anorrectal se encuentran las criptas anales; son pequeñas bolsas de forma triangular, abiertas hacia arriba, de base superior y vértice inferior, similares a las válvulas sigmoideas del corazón; su número varía entre siete y 11 y se alternan con las papilas anales, que son pequeñas elevaciones de mucosa, generalmente imperceptibles a simple vista. Estas criptas anales se prolongan hacia los tejidos subcutáneos por conductillos que se ramifican a profundidades variables para constituir las glándulas anales; la mayor parte de ellas tienen situación subcutánea, pero algunas perforan el esfínter interno e incluso llegan a la capa interesfinteriana; su dirección es siempre hacia abajo y sólo por excepción se dirigen hacia arriba; es muy raro que penetren al esfínter externo. La obstrucción de estos conductillos glandulares, secundaria a materia fecal, inflamación, cuerpos extraños o traumatismo, da lugar a estasis e

Cuadro I. Patología asociada a absceso anal.

Patología asociada	n	%
Diabetes mellitus	24	48.98
Hipertensión arterial sistémica	9	18.37
Alcoholismo	7	14.29
Toxicomanías	2	4.08
Secuelas de poliomielitis	1	2.04
Cáncer cervicouterino	1	2.04
Hepatitis	1	2.04
Posoperado de hemorroidectomía	1	2.04
Asma	1	2.04
Varicela	1	2.04
VIH +	1	2.04
Total	49	100.00

infección secundaria y, debido a que el conducto está epitelizado, favorece la cronicidad de la infección e interfiere con la cicatrización.^{1,5}

La teoría de que los abscesos anales son de origen criptoglandular está sustentada no solamente sobre bases anatómicas, sino también en el hecho de que en la mayoría de los abscesos anales el orificio primario se encuentra a nivel de la línea anorrectal.

Los abscesos anales generalmente se clasifican según su lugar de origen en los diferentes espacios en: perianales, isquiorrectales, interesfintéricos y supraelevadores.¹

Los abscesos perianales e isquiorrectales son las variedades más frecuentes y producen un cuadro clínico muy aparatoso; se inicia con dolor leve, localizado en el ano o sus alrededores, que aumenta gradualmente y alcanza su máximo entre cuatro a 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 fiebre y escalofrío.

En la exploración proctológica se encuentra una tumoración de superficie tensa, lisa, brillante y enrojecida, de tamaño y forma variable; 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 despierta 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 descubriera 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 en la mayoría de los casos es imposible practicarlo sin anestesia.

El absceso anal es una patología relativamente frecuente en la práctica cotidiana en los Servicios de Urgencia y en especial para el cirujano.¹⁵ En la actualidad sigue existiendo controversia en cuanto

a su manejo quirúrgico. La mayoría de los autores mencionan que la simple incisión y drenaje son suficientes, otros opinan que lo ideal es identificar la cripta que originó el absceso y destruirla para evitar a lo máximo que sea posible la formación de una fístula.^{5,8,10-14} Otra de las controversias está en relación con el sitio de atención, unos prefieren hacerlo en consultorio, con anestesia local y otros, en una sala de operaciones con anestesia regional o general.^{4,8,10,12,14}

En este estudio, al igual que en otras series, el absceso anal se presenta con mayor frecuencia entre la tercera y cuarta décadas de la vida, con un predominio del sexo masculino en relación de 4:1.^{10,11,14} Algunos autores han explicado esta incidencia debido a que los hombres, en general, son menos cuidadosos de la limpieza anal, al tipo de ropa interior utilizada, que es más áspera, y por ello provoca una mayor fricción en la piel perianal, que aunados al tipo de trabajo, a menudo más duro, generan una mayor sudoración en la región anal.¹⁶

De los abscesos anales, el más frecuente es el perianal seguido por el isquiorrectal.^{1,11,14-16} Se desconoce porqué algunos abscesos forman una fístula y otros no. Los cirujanos han dado diversas explicaciones, algunas tan poco satisfactorias como la de que los tejidos adiposos alrededor del ano tienen muy escasa resistencia a la infección; otros la han relacionado con el tipo de flora bacteriana encontrada en el material purulento.¹⁷

Los médicos de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México consideramos que los abscesos perianales e isquiorrectales 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.

CONCLUSIONES

Se puede concluir que: a) el simple drenaje de un absceso anal es una adecuada conducta inicial; b) es un procedimiento factible en consultorio; c) los costos de atención médica son mínimos, por no requerir hospitalización, atención en quirófanos ni servicio del anestesiólogo; d) su atención es inmediata y e) el 66.07% de los pacientes que fueron atendidos con simple drenaje formaron la fase crónica de la enfermedad que es la fístula anal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Corman ML. Colon & rectal surgery. 4th ED. New York: Lippincott-Raven, 1998; 224-237.
2. Da Silva JH. *Manual de coloproctología*. São Paulo: Zeppe-lín Editorial, 2000; 185-193.
3. Saclarides B. Evolving trend in the treatment of anorectal diseases. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1245-1252.
4. Schouten WR, van Vroonhoven TJMV. Treatment of anorectal abscess with or without primary fistulectomy: Results of prospective randomized trial. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 60-63.
5. The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for treatment of fistula-in-ano. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 1361-1371.
6. Avendaño EO. *Proctología*. México, DF: Impresiones Modernas, 1968; 64-80.
7. 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: 60-63.
8. Tang CL, Chew SP, Seow-Choen F. Prospective randomized trial of drainage alone vs drainage and fistulotomy for acute perianal abscesses with proven internal opening. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 1415-1417.
9. Vasilevsky CA, Gordon PH. The incidence of recurrent abscesses or fistula in anus following anorectal suppuration. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 126-130.
10. Beck DE, Wexner SD. *Fundamentals of anorectal surgery*. 2nd ed. London: Saunders, 1998; 153-173.
11. Phillips RKS, Luniniss PJ. *Anal fistula: Surgical evaluation and management*. London: Chapman & Hall Medical, 1996; 177-182.
12. Hämäläinen S. Incidence of fistulas after drainage of acute abscess of ano. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 1357-1362.
13. Garcia-Aguilar J, Belmonte MC, Wong D. Anal fistula surgery. Factors associated with recurrence and incontinence. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 723-729.
14. Goldberg SM, Gordon HP, Nivatvongs S. *Fundamentos de cirugía anorrectal. Abscesos anorrectales y fístula anal*. México, DF: Limusa, 1990; 139-167.
15. Phillips KSR, Luniniss JP. Anorectal sepsis. In: Nicholls RJ, Dozois RR. *Surgery of the colon & rectum*. New York, NY: Churchill Livingstone, 1997; 255-284.
16. Goligher J, Duthie H, Nixon H. *Cirugía del ano, recto y colon. Absceso anorrectal*. Barcelona: Editorial Masson, 1998; 159-168.
17. Grace RH, Harper IA, Thompson RG. Anorectal sepsis: microbiology in relation to fistula-in-ano. *Br J Surg* 1982; 69: 401-403.

Correspondencia:

Dr. Luis Charúa Guindic
Hospital General de México, O. D.
Unidad de Coloproctología
Dr. Balmis 148
Col. Doctores.
06720 México, D.F.
Tel: 5999-61-33, ext. 1045

