

**Revista Mexicana de Coloproctología**  
**Enfermedades del ano, recto y colon**

**Volumen 11**  
*Volume*

**Número 3**  
*Number*

**Septiembre-Diciembre 2005**  
*September-December*

*Artículo:*

**Los abscesos anales ¿originan fístulas?**

Derechos reservados, Copyright © 2005:  
Sociedad Mexicana de Cirujanos del Recto y Colon 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***



# Los abscesos anales ¿originan fístulas?

Joaquín Villalba Acosta,\*  
Jorge H Rodas\*\*

\* Profesor de Cirugía. Jefe de Servicio.  
2ª Cátedra de Clínica Quirúrgica.

\*\* Profesor de Cirugía. Jefe de Sección.

Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias  
Médicas. Universidad Nacional de Asunción  
Asunción-Paraguay.

Dirección para correspondencia:  
Joaquín Villalba Acosta,  
Defensores del Chaco 383,  
San Lorenzo-Paraguay,  
E-mail: joaquin@telesurf.com.py

## Resumen

**Introducción:** Se considera que el absceso anal y la fístula son etapas evolutivas de la misma enfermedad. En este trabajo se presenta el seguimiento de pacientes con abscesos tratados con drenaje simple, con el objetivo de establecer su relación con la aparición de fístulas anales. **Pacientes y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de 147 pacientes que presentaron por primera vez abscesos de la región anal, tratados con drenaje simple, en un periodo de 15 años (marzo 89 a febrero de 2004). El seguimiento promedio de los pacientes fue de 4.5 años. **Resultados:** 92 (62.6%) casos fueron abscesos superficiales, 35 (23.8%) isquioanales y 20 (13.6%) interesfinterianos. Todos los sometidos a drenaje para resolver el absceso; tuvieron recidiva y desarrollaron fístula 135 pacientes (91.8%), de los cuales el 84.3% se presentaron antes de los 2 años. Doce pacientes no presentaron otro absceso con seguimiento entre 1 y 15 años. Las fístulas que se desarrollaron a partir de estos abscesos fueron tratadas por fistulotomía en una o dos etapas. Entre estos operados ocurrieron 2 recidivas de fístulas (1.5%) y 14 pacientes presentaron disturbios menores de la continencia (10.3%). **Conclusiones:** La mayoría de los abscesos desarrollan fístulas anales antes de los 2 años después de la primera crisis. La variedad de fístula corresponde a la localización de los abscesos.

**Palabras clave:** Absceso anal, fístula, tratamiento.

## Abstract

**Introduction:** The anal abscess and the fistula are considered evolutionary stages of the same illness. In this work the evolution of the abscesses is revised. They are treated with a simple drainage to determine if they develop fistula. **Patient and methods:** An observational and retrospective study of 147 cases of anal abscesses in a 15 year period (March 89 to February 2004). The patients were treated with simple drainage and local anesthesia. The follow-up average was 4.5 years. **Results:** 92 cases were superficial abscesses, 35 ischioanals and 20 intersphincterians. All patients subjected to drainage to solve the abscess had recurrence and developed fistula 135 patients (91.8%), of which 84.3% were presented before the 2 years. Twelve patients did not suffer another abscess with a follow-up of 1 and 15 years. The fistula developed from these abscesses were treated in one or two stages. Among these operated, 2 recurrences of fistula occurred (1.5%), and 14 patients presented minor continence disturbances (10.3%). **Conclusions:** Most of the abscesses develop anal fistula before 2 years after the first crisis. The fistula variety corresponds to the localization of the abscesses.

**Key words:** Anal abscess, fistula, treatment.

## INTRODUCCIÓN

Los abscesos anales constituyen un motivo frecuente de consulta para el proctólogo y cirujanos de urgencia y enfrenta a éstos al dilema de decidir un tratamiento limitado a resolver el cuadro agudo o plantear el tratamiento definitivo de una eventual fístula.

La etiología de los abscesos ha sido discutida durante mucho tiempo. La más aceptada tiene relación con las glándulas anales descrita por Hermann y Doffosses,<sup>1</sup> que tendrían un rol determinante en la génesis de estos abscesos.<sup>2-7</sup>

Varios autores consideran que el absceso anal o perianal y la fístula propiamente dicha no son sino etapas evolutivas de la misma enfermedad.<sup>2,4,6,7</sup> En general, las fístulas anales presentan en su curso evolutivo una o más crisis de absceso. Pero, en lo que concierne al absceso que aparece por primera vez, no todos están de acuerdo que se deben a infecciones criptoglandulares ni que desarrollarán fístulas.<sup>8</sup>

Algunos autores estiman que el drenaje simple del absceso es suficiente tratamiento para este cuadro agudo,<sup>8,9</sup> en tanto, otros prefieren buscar el orificio primario criptoglandular y si lo encuentran, ejecutar el tratamiento radical.<sup>2,4-7,10</sup>

En el presente trabajo se presenta el seguimiento de los abscesos tratados con drenaje simple con el objetivo de determinar cuántos se relacionan con la aparición de fístulas anales y el resultado del tratamiento de estas fístulas.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio observacional, retrospectivo de corte transverso de 147 casos de abscesos perianales, tratados en la 2ª Cátedra de Clínica Quirúrgica de la FCM de la UNA y en la Clínica Privada Regional de San Lorenzo en un periodo de 15 años (marzo 89 hasta febrero 04).

**Criterios de inclusión**

- Pacientes mayores de 15 años
- Que consultaron por absceso perianal (primera crisis)
- Abscesos de localización accesible a drenaje simple con anestesia local
- Localizados en el espacio subcutáneo (superficial), en el espacio entre el esfínter interno y externo y en el espacio isquioanal (por debajo de los elevadores)
- Historia clínica completa
- Seguimiento mínimo de 1 año.

**Criterios de exclusión**

- Menores de 15 años
- Portadores de: Sinus pilonidal  
Enfermedad de Verneuil  
Cáncer de la región anal  
Enfermedad de Crohn  
Infecciones traumáticas  
Abscesos profundos (espacio supraelevador y pelvirrectal)
- Datos incompletos
- Pérdida del seguimiento

El tratamiento de drenaje fue mediante incisión de 1 a 4 cm, colocación de una lámina de látex por 48 a 72 horas, con anestesia local.

El seguimiento promedio de los pacientes fue de 4.5 años (rango entre 1 a 15 años).

Se consignaron las recidivas del absceso, el tipo de fístulas que desarrollaron, el tratamiento y complicaciones que derivaron del mismo. Las alteraciones de la continencia en operados durante el seguimiento fueron evaluadas según el scorer de Jorge y Wexner.<sup>11</sup>

**RESULTADOS**

Durante el periodo señalado fueron atendidos 426 pacientes con abscesos perianales, de los cuales 164 acudieron con afectación por primera vez. Ciento cuarenta y siete cumplieron los criterios de inclusión (17 casos fueron de localización profunda e inaccesibles por anestesia local).

En los 147 pacientes se practicaron drenaje simple como se señaló más arriba. La localización de los abscesos se muestra en el *cuadro I*.

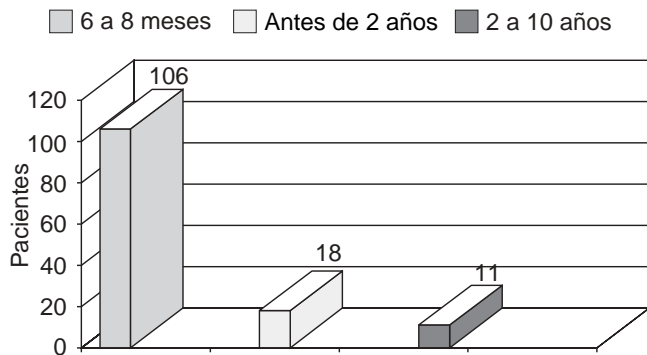
Presentaron nuevas crisis de abscesos y desarrollaron fístulas 135 pacientes (91.8%).

En la *figura 1* se ilustra el tiempo de aparición de nuevas repeticiones del absceso.

Estos 135 pacientes fueron operados por fístulas. Todos desarrollaron fístula anal típica, las variedades de las mismas se muestran en el *cuadro II*.

**Cuadro I.** Localización de los abscesos y frecuencia de los mismos.

Localización	Frecuencia
Superficial (espacio subcutáneo)	92 casos (62.6%)
Subelevador (espacio isquioanal)	35 casos (23.8%)
Intramural (espacio interesfinteriano)	20 casos (13.6%)



**Figura 1.** Tiempo de aparición de recidiva de abscesos o de fístula constituida.

**Cuadro II.** Tipo de fístulas encontradas.

Tipo de fístula	Frecuencia %
F. baja (83 casos)	61.5
F. alta (26 casos)	19.3
F. supraesfinteriana (9 casos)	6.7
F. intramural (17 casos)	12.5
Con trayectos secundarios (24 casos)	17.7

Se constató algún tipo de trayecto secundario en 24 pacientes (17.7%).

Doce pacientes no presentaron otra repetición del absceso. Cinco tienen seguimiento entre 12 a 24 meses y 7 entre 2 a 10 años.

Las fístulas bajas e intramurales fueron tratadas por puesta a plano (fistulotomía), las altas en dos tiempos y los trayectos secundarios fueron puesto a plano en su mayoría en el primer tiempo.

Entre los operados ocurrieron 2 recidivas de fístulas (1.5%) y 14 pacientes presentaron disturbios menores de la continencia (10.3%) con scorer de 1 a 3 (ningún paciente tuvo problemas de continencia a materias, ni necesidad de usar protectores).

## DISCUSIÓN

Se postula que el absceso anal o perianal y la fístula propiamente dicha no son sino fases diferentes de la misma enfermedad. De acuerdo con esta noción, los abscesos anales se presentarán a distancia como una fístula establecida-orificio interno, trayecto, orificio secundario y, además, en una frecuencia variable, con trayecto secundario.<sup>5,7</sup>

En principio, las fístulas anales presentan en su curso evolutivo una o más crisis de absceso. Pero, no hay acuerdo que aquellos que aparecen por vez primera se deben a infecciones criptoglandulares ni que desarrollarán fístulas.<sup>8</sup> Por esta razón, los abscesos anales suscitan con frecuencia la disyuntiva de decidir entre un tratamiento limitado al cuadro agudo o proponer el tratamiento completo de una fístula.

Goligher,<sup>8</sup> en una revisión de 29 abscesos perianales no logró encontrar relación entre el absceso y la glándula anal en 2 de cada 3 operados, así como Vasilevski y Gordon consideran que el drenaje es suficiente como tratamiento, reservando la operación completa para las recidivas o fístulas que aparecen después.<sup>9</sup>

En contrapartida, muchos cirujanos prefieren realizar una exploración completa bajo anestesia general o regional y emprender la fistulotomía concomitante al drenaje del absceso, al estimar que la mayoría de los pacientes son portadores de una fístula ya constituida, que puede ser resuelta en la misma intervención. Las dos condiciones estipuladas para optar por esta conducta es la ubicación del orificio primario y la ejecución de la intervención por un cirujano experimentado.<sup>10,12-15</sup>

En el presente trabajo, 91.8% de los pacientes que se sometieron a drenaje simple desarrollaron fístula anal durante el periodo de seguimiento. La mayoría de estas recidivas se presentaron antes de 2 años (91.8%).

Otro hallazgo es que los pacientes sometidos al procedimiento de drenaje simple, la altura y complejidad

de las fístulas desarrolladas se corresponden bastante a la localización de los abscesos. La frecuencia de fístulas bajas y altas son similares al de los abscesos superficiales y medianamente profundas.

El tratamiento de las fístulas que se desarrollaron en estos pacientes después del absceso, fue la puesta a plano en uno o dos tiempos, según la altura o complejidad de los mismos, como aconsejan algunos expertos.<sup>5-7</sup>

Las complicaciones posoperatorias –recidivas y alteraciones de la continencia– de las fístulas que aparecen después de estos abscesos corresponden a cifras similares reportadas en la literatura para el tratamiento usual de las fístulas.<sup>7,12-14,16,17</sup>

En definitiva, el drenaje simple resuelve la urgencia, pero va seguida de aparición usual de una fístula anal.

## CONCLUSIONES

- Casi todos los abscesos desarrollan fístulas anales antes de los 2 años después de la primera crisis.
- El tipo de fístulas que aparece se correlaciona con la localización de los abscesos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hermann G, Desfosses L. Sur la muqueuse de la région clocale du rectum. *Comptes-rendu Hebd Acad Scienc* 1880; 90: 1301-2.
2. Lockhart-Mummery JP. Discussion on fistula in ano. *Proc R Soc Med* 1929; 22: 1331.
3. Hill MR, Shyrock E, ReBell FG. Role of anal glands in the pathogenesis of anorectal disease. *JAMA* 1943; 121(10): 742-6.
4. Eisenhammer S. The internal anal sphincter and the anorectal abscess. *Surg Gynec & Obst* 1956; 103: 501-6.
5. Parks AG. Pathogenesis and treatment of fistula in ano. *Br Med J* 1961; 1: 463-9.
6. Arnous J, Denis J, du Puy-Montbrun T. Les suppurations anales et périanales (à propos de 6,500 cas). *Conc Med* 1980; 102: 1715-9.
7. Denis J, Ganancia R, Puy-Montbrun T. Fistule anale. *Proctologie Pratique*. 1999. 4<sup>ème</sup> ed. Masson. Paris.
8. Goligher J, Ellis M, Pissidis AG. A critique of anal glandular infection in the etiology and treatment of idiopathic anorectal abscesses and fistula. *Br J Surg* 1976; 54: 977.
9. Vasilevski CA, Gordon PH. The incidence of recurrent abscesses or fistula in ano following anorectal suppuration. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 126-30.
10. Knoefel WT, Hosch SB, Hoyer B et al. Fistula detection in perianal abscess. Prevention or unnecessary trauma? *Langebecks Arch Chir Suppl Kongressbd* 1997; 114: 545-6.
11. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 77-97.

12. Pérez O, Contador GJ, Azolas C y col. Abscesos ano-rectales. Tratamiento y resultados. *Rev Ch Cir* 1984; 36: 359-63.
13. McElwain JW, Amaclean MD, Alexander RM et al. Ano-rectal problems: Experience with primary fistulectomy for ano-rectal abscess. *Dis Colon Rectum* 1975; 18: 646.
14. Seow-Choen F, Leong A, Goh H. Results of a policy of selective immediate fistulotomy for primary annals abscess. *Aust NZ J Surg* 1993; 63: 485-9.
15. Schouten WR, Van Vroonhoven TJM. Treatment of ano-rectal abscess with or without primary fistulectomy. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 60-3.
16. García-Aguilar J, Davey CS, Lee CT, Lowry AC, Rothenberger DA. Patient satisfaction after surgical treatment for fistula in ano. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 1206-12.
17. Malouf AJ, Buchanan GN, Carapeti EA, Rao S et al. A prospective audit. Of fistula in ano at St. Mark's Hospital. *Colorectal Dis* 2002; 4: 13-19.