



Controversias en el tratamiento de abscesos y fístulas perianales: Nuestra experiencia

Pascual Palmieri N,*
Gavosto S,* Pigatto J,*
Serra F*

* Servicio de Cirugía, Hospital Provincial de Rosario. Provincia de Santa Fe, Argentina.

Dirección para correspondencia:
Pascual Palmieri N.
Richieri 1236 2ª.
2./0341-156243752/
natapascual@hotmail.com

Resumen

Antecedentes: Los abscesos y fístulas perianales representan una de las patologías coloproctológicas más frecuentes. *Se analiza* retrospectivamente la experiencia de nuestro hospital para mostrar la incidencia de la patología y evaluar los resultados. **Método:** Se analizaron 194 intervenciones por abscesos y fístulas perianales entre enero de 2000 y marzo de 2007. Se trataron 150 abscesos y 44 fístulas. Se tuvieron en cuenta condiciones inmunosupresoras, antecedentes quirúrgicos y utilización de métodos complementarios de diagnóstico. Procedimientos: Abscesos: drenajes simples y drenajes más fistulotomía. Fístulas: fistulotomía con sedal, fistulectomía parcial más fistulotomía con sedal, y fistulectomía más descenso mucoso. **Resultados:** Excepto 3, en todos los pacientes la etiología fue inespecífica. De los 150 pacientes que se intervinieron por abscesos, a 120 se les realizó drenaje simple y a 30 drenaje más fistulotomía. 24 recidivaron. De los 44 casos de fístulas, 6 eran complejas. Tratamiento: fistulotomía con sedal (30), fistulectomía (8), fistulectomía parcial más fistulotomía con sedal (10), fistulectomía más descenso mucoso (2). El 50% presentó antecedente de absceso perianal. **Conclusiones:** En abscesos, el drenaje simple y fistulotomía primaria presentaron bajo índice de formación de fístulas. 50% de los pacientes tratados por fístula perianal tenía antecedente de absceso. En las fístulas el tratamiento de elección fue la fistulotomía con baja tasa de recidiva.

Palabras clave: Abscesos perianales, fístulas perianales.

Abstract

History: The perianal abscesses and fistulas represent one of the most frequent coloproctological pathologies. The experience of our hospital is retrospectively analyzed in order to show the pathology incidence and to evaluate the results. **Method:** 194 abscesses and fistulas interventions were analyzed between January 2000 and March 2007. 150 abscesses and 44 fistulas were treated. The immunosuppressant conditions, surgical history and utilization of complementary methods were taken into account. **Procedures:** Abscesses: simple drainages and drainage plus fistulotomy. **Fistulas:** fistulotomy with seton, partial fistulotomy plus fistulotomy with seton and fistulotomy plus mucosal descent. **Results:** Except in 3 of them, etiology was unspecific in every patient. From the 150 patients that were intervened for abscesses, 120 underwent simple drainage and 30 drainage plus fistulotomy. 24 recidivated. From the 44 fistulas cases, 6 were complex. **Treatment:** fistulotomy with seton (30), fistulectomy (8), partial fistulectomy plus fistulotomy with seton (10), fistulectomy plus mucosal descent (2). 50% presented perianal abscess history. **Conclusions:** In abscesses, simple drainage and primary fistulotomy showed low index of fistulas formation. 50% of the treated patients for perianal fistula had abscess history. On fistulas, the preferred treatment was the fistulotomy with low recidivism rate.

Key words: Perianal abscesses, perianal fistulas.

INTRODUCCIÓN

La infección de las glándulas anales constituye la etiología más frecuente de los abscesos anorrectales. Su drenaje espontáneo o quirúrgico hacia la piel perianal dejará establecida en muchas ocasiones una fístula. De esta forma de acuerdo a la teoría criptoglandular los abscesos y fístulas perianales representan la fase aguda y crónica de una misma enfermedad.

Existen diferentes variables que influyen en la gravedad, evolución y tipo de tratamiento aplicado: aquéllas relacionadas con el proceso inflamatorio (localización, compromiso esfinteriano) y otras que dependen del tipo de pacientes que llegan a la consulta (edad sexo, presencia de enfermedades concomitantes).

Existen controversias en el tratamiento de los abscesos y fístulas perianales y dichas patologías continúan siendo un desafío diagnóstico y terapéutico.

En este trabajo se presenta la experiencia de un servicio de cirugía general de un hospital público.

MATERIAL Y MÉTODOS

De acuerdo a la teoría criptogenética la secuencia fisiopatológica para la formación de los abscesos perianales sería: obstrucción de los conductos, estasis, infección de la cripta, microabsceso, absceso. El drenaje espontáneo o quirúrgico puede dar lugar a una fístula.

Existen además otros mecanismos que pueden provocar la aparición de abscesos y fístulas tales como:

- Enfermedades específicas: enfermedad inflamatoria intestinal (Crohn, rectocolitis ulcerosa)
- Infecciosas: tuberculosis, linfogranuloma venéreo, actinomicosis.
- Traumáticas: empalamiento, cuerpo extraño introducido o ingerido.
- Quirúrgicas: hemorroidectomía, esfinterotomía, episiotomía
- Neoplásicas: carcinomas, leucemias y linfomas
- Radiantes.

En las fístulas, la identificación de los orificios fistulosos, el trayecto y su relación con el mecanismo esfinteriano son puntos esenciales para planear la opción quirúrgica.

En 1976, Parks, Gordon y Hardcastle publican el artículo «A classification of fistula in anus».¹ Clasificación que hemos utilizado para categorizar las fístulas perianales que divide a los trayectos en: *interesfintéricos*, *transesfintéricos* (*altos y bajos*), *supraesfintéricos* y *extraesfintéricos*.

En la mayoría de los casos el diagnóstico se obtiene a través del examen clínico y proctológico pero en algunos casos como en las fístulas complejas, recidivadas

pueden utilizarse métodos auxiliares de diagnóstico como fistulografía, ecografía anorrectal, TAC o RMI.

Se realizó un estudio estadístico aplicando un diseño observacional, retrospectivo, por revisión de historias clínicas de pacientes intervenidos quirúrgicamente por abscesos y fístulas perianales, en el Hospital Provincial de Rosario durante el período comprendido entre enero del año 2000 y marzo del año 2007.

Se realizaron un total de 194 procedimientos quirúrgicos por abscesos y fístulas perianales. Ciento cincuenta y ocho pacientes, el 81% correspondieron al sexo masculino, 36 pacientes 18.5% al sexo femenino. Las edades oscilaron entre 19 y 76 años con una media de 48 años.

Se trataron 150 abscesos y 44 fístulas.

Se tuvieron en cuenta:

- Patologías que pudieran afectar la adecuada competencia inmunológica (diabetes, linfomas, tuberculosis, etilismo, HIV, neoplasias, enfermedad inflamatoria intestinal)
- Antecedentes quirúrgicos de cualquier patología orificial (hemorroides, fisuras).

Se utilizaron como métodos complementarios de diagnóstico la ecografía esfintérica, la resonancia magnética nuclear (RMI) y la fistulografía en casos de fístulas complejas.

De los 150, el 85% se localizó en la región perianal, el porcentaje restante se dividió entre abscesos de localización intermuscular e isquiorrectal.

De las 44 fístulas el 52% (23 pacientes) fueron de localización interesfinterianas, 22% (5 pacientes) transesfinterianas bajas, 11.3% (5 pacientes) transesfinterianas altas y 13.6% (6 pacientes) correspondieron a fístulas complejas.

Los procedimientos realizados en los abscesos fueron: a 120 de ellos (80%) se realizó drenaje simple, a 30 pacientes (20%) drenaje más fistulotomía.

Las operaciones en las 44 fístulas fueron:

- fistulotomía con sedal: 30 pacientes (68%)
- fistulectomía: 8 pacientes (18%)
- fistulectomía parcial más fistulotomía con sedal: 10 pacientes (22%).
- Fistulectomía más descenso mucoso: 2 pacientes (4.5%).

RESULTADOS

En todos los pacientes la etiología fue inespecífica (origen criptoglandular) excepto en tres casos relacionados con carcinoma de ano, enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa.

48 pacientes (25%) padecían enfermedades o condiciones inmunosupresoras y 58 pacientes (29%) presentaban antecedentes de patologías periorificiales.

En 16 pacientes se necesitaron realizar métodos complementarios de diagnóstico que incluyeron ecografía anorrectal, RMI y fistulografía, los cuales correspondieron a casos de fístulas complejas y recidivadas.

En caso de abscesos, en 24 de los 120 pacientes a los que se les realizó drenaje simple recidivó el proceso. En los casos en que se realizó drenaje más fistulotomía los resultados fueron buenos sin recidiva ni incontinencia.

En cuanto a las fístulas, el 50% de los casos presentó como antecedente el drenaje de un absceso perianal. De los pacientes en los que se realizó fistulotomía 3 de ellos presentaron incontinencia leve (sólo para gases). En 2 pacientes del total de intervenciones se registró recidiva del proceso infeccioso.

DISCUSIÓN

Existen enfermedades y condiciones patológicas que pueden provocar la formación de abscesos y fístulas del ano, pero de acuerdo a la literatura se admite que el 90% de los abscesos y fístulas perianales son de origen criptoglandular y representan la fase aguda y crónica de una misma enfermedad.

La incidencia es mayor en hombres que en mujeres y el grupo de edad más afectado es el comprendido entre los 20 y 40 años.

El espacio interesfinteriano es el sitio de origen de la infección y desde esa localización se puede propagar a otros sectores: descendiendo al margen anal (*absceso perianal*), penetrando el esfínter externo y alcanzando el espacio isquiorrectal (*absceso isquiorrectal*), menos frecuente pueden propagarse en dirección cefálica al espacio supraelevador (*absceso pelvirrectal-supraelevador*) dirigirse hacia atrás a los espacios postanales (*abscesos retroanal o postanal*) o bien comunicarse con el lado opuesto (*absceso en herradura*).

También se admite el absceso interesfintérico como el origen de los trayectos fistulosos.² Consideramos que los abscesos se forman en 4 sectores del espacio intermuscular. Según la infección se produzca por dentro o por fuera de la capa longitudinal conjunta o por encima o debajo del nivel criptoglandular, esta topografía marcará la evolución de la fístula. Se describieron entonces cuatro cuadrantes: el superior externo originará la *fístula supraesfinteriana* cuyo trayecto pasa por encima del músculo puborrectal (representan el 3.3% del total); el cuadrante superior interno dará lugar a la formación de *fístulas interesfinterianas altas* llamadas anteriormente submucosas. El cuadrante inferior externo dará origen a las *fístulas transesfinterianas altas*, cuyo trayecto se dirige desde el orificio interno que atraviesa los esfínteres interno y externo hacia la fosa is-

quiorrectal (10%); las *fístulas transesfinterianas bajas*, cuyo trayecto atraviesa la porción superficial del esfínter externo llegando al espacio perianal y la piel (15%), y las *fístulas interesfinterianas*, cuyo trayecto fistuloso se encuentra en el espacio interesfinteriano (45-60%) se originan en el cuadrante inferior interno.

Las *fístulas extraesfinterianas* representan 3% de los casos y resultan de una perforación del recto por cuerpo extraño o por otra patología concomitante, su trayecto se dirige desde el recto sobre el plano de los elevadores para dirigirse a la piel perianal.

En cuanto al tratamiento de los abscesos, éstos deben ser drenados a través de una indicción y remoción de un sector de la piel, dejando una adecuada apertura que asegura el drenaje continuo (*drenaje simple*), luego del drenaje se trata de localizar el orificio interno con diferentes métodos (agua oxigenada, azul de metileno), hallada la cripta enferma y valorando la cantidad de músculo involucrado, se decide realizar una fistulotomía o colocación de sedal.

Existen argumentos en contra de la fistulotomía en conjunto con el drenaje:

entre uno y dos tercios de los pacientes que por primera vez presentan un absceso no desarrollará fístula, la fistulotomía primaria agregaría riesgos de incontinencia por sección exagerada de la masa esfinterica.

En más de la mitad de los pacientes no se encuentra el orificio interno en el momento del drenaje del absceso.³

Por otra parte, la realización de la fistulotomía primaria puede obviar la necesidad de una segunda cirugía.

De manera que una conducta apropiada sería: una vez realizado el drenaje se identifica el orificio interno, se evalúa la masa esfinteriana, si es escaso se realiza fistulotomía, si es importante se deja un sedal que serviría de drenaje y tratamiento. Si no se identifica la cripta de origen se realiza solamente drenaje.⁴

En cuanto a las fístulas, el tratamiento de las mismas busca la erradicación de la supuración persistente evitando comprometer la continencia anal.

El éxito del tratamiento quirúrgico de las fístulas perianales requiere la identificación del orificio interno, encontrar el trayecto principal y los trayectos secundarios, preservando la mayor cantidad de esfínter.

En la mayoría de los casos el examen clínico, la inspección y palpación del área perianal son suficientes para el diagnóstico, en otros casos, fundamentalmente en aquellas fístulas complejas o recidivadas es necesario la utilización de procedimientos complementarios como ecografía anorrectal, RMI o fistulografía.

Como alternativas terapéuticas, la técnica con menos índices de complicaciones más usada ampliamente aceptada, sencilla y de elección en fístulas interesfin-

terianas y transesfinterianas bajas es la *fistulotomía* que consiste en destechar el trayecto y curetear el lecho.

De acuerdo a Kronborg⁵ la fistulotomía cura más rápido sin afectar los índices de recurrencia.

En la fistulectomía se realiza una exéresis quirúrgica mayor con más sección del músculo, amplia resección de piel y por lo tanto mayor tejido cicatrizal, por consiguiente la incontinencia es más frecuente con respecto a la fistulotomía y el tiempo de cicatrización mayor. La fistulectomía causa pérdidas innecesarias de tejido esfinteriano.⁶

Las tasas de recurrencia son similares a la de la fistulotomía.

El uso de sedales (descrito 360 años antes de Cristo) está indicado en fístulas con compromiso de gran masa esfinteriana, fístulas altas, complejas, supraesfintéricas o cuando hay dudas del nivel de la fístula y de su relación con el esfínter. Debido a que la sección de los esfínteres es lenta tendría menos impacto sobre la continencia.

CONCLUSIÓN

Los abscesos y fístulas perianales representan una de las patologías coloproctológicas más frecuentes en la consulta y continúan siendo un desafío diagnóstico y terapéutico.

La etiología inespecífica criptoglandular es la más frecuente y el diagnóstico de la enfermedad es sencillo, requiriendo sólo en casos complejos métodos complementarios.

En el tratamiento de los abscesos el drenaje simple y si se identifica el orificio interno la fistulotomía primaria tienen buenos resultados con bajo índice de recidivas.

En las fístulas, la fistulotomía presenta menos complicaciones que la fistulectomía y la utilización de sedal es una opción válida para fístulas con importante compromiso esfinteriano.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arnous J, Denis J. du Puy-montbrun Th: Les suppurations anales et perianales (á prpos de 6,500 cas). *Con Med* 1990; 102: 1715-19.
2. Gallagher DM. Applied anatomy of the anal canal and rectum. *Surg Clin N Am* 1964; 44: 1297-1300.
3. Hamalainen K, Sainio P. Incidente of fistulas alter drainage of acute anorectal abscesses. *Dis Colon Rectum* 1998; 41(11): 1357-62.
4. Graciano A. Diagnóstico y tratamiento de las afecciones anales benignas. Relato oficial al LXXV Congreso Argentino de Cirugía. *Rev Argent Cirug* Número extraordinario 2004: 53-54.
5. Kronborg O. Tol ay open or excise a fistula-in-ano: a randomized trial. *Br J Surg* 1985; 72: 970.
6. Abcarian H. The lay open technique. In: Philips RSK, Lunniss PJ. *Anal Fistula Chapman and Hall medical*. London 1996: 73-79.