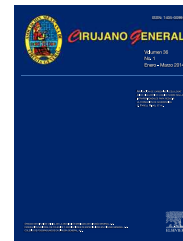


Cirujano General

www.elsevier.es/cirujanogeneral



ORIGINAL

El tipo de absceso anal afecta a la complejidad de la fístula anal

Juan Antonio Villanueva Herrero*, Adolfo Rivas Cajina y Billy Jiménez-Bobadilla

Unidad de Coloproctología, Servicio de Cirugía General, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

PALABRAS CLAVE

Absceso anal;
Fistula anal;
Cirugía anal;
Seton

Resumen

Introducción: Los pacientes con absceso anal, interesfintérico, perianal e isquiorrectal desarrollan fístulas con diferente frecuencia y diferente complejidad. En este estudio analizamos y evaluamos el efecto del tipo de absceso sobre el desarrollo de la complejidad de una fístula anal.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte prospectiva de una muestra de pacientes con absceso anal a los que se realizó drenaje y seguimiento no menor a 2 meses. Se registraron el tipo de absceso durante el procedimiento quirúrgico, el tiempo de cicatrización de la herida, la recurrencia y el tipo de fístula posterior al drenaje. Se obtuvieron medidas de tendencia central, frecuencias y cálculo de razón de momios (OR).

Resultados: Se incluyó a 71 hombres y 15 mujeres; el 47,7% de los pacientes se encontraban en el rango de edad entre los 31 a 46 años. El 66,3% de los pacientes presentaron un absceso perianal y en el 24,4% fue un absceso isquiorrectal; solo el 37,2% de los pacientes desarrollaron posteriormente una fístula anal. Se encontró un riesgo (OR) para el desarrollo de una fístula transesfintérica alta posterior a drenaje de un absceso isquiorrectal de 4,3 (intervalo de confianza (IC) del 95%, 0,7-25,2) en comparación con el absceso perianal, que fue de 0,15 (IC del 95%, 0,02-0,81).

Conclusión: Los sujetos con un absceso isquiorrectal tienen mayor riesgo de desarrollar una fístula compleja. La fistulotomía primaria no está justificada por el bajo riesgo de desarrollar una fístula posterior al drenaje de un absceso.

© 2014 Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Anal abscess;
Anal fistula;
Anal Surgery;
Seton

The type of anal abscess acts on the complexity of anal fistula

Abstract

Introduction: Patients with anal intersphincteric, perianal or ischioirectal abscess develop fistulae showing different occurrence rates and complexity. The relation between anal abscess type and the complexity of the secondary fistula has been analyzed and evaluated.

*Autor para correspondencia: Unidad de Coloproctología. Pabellón 107. Dr. Balmis 148 Col. Doctores C.P. 06726 México D.F. México.
Correo electrónico: javillanueva@doctor.com (J.A. Villanueva Herrero).

Material and methods: This is a prospective cohort study of patients with anal abscess and a 2-month or longer follow-up after abscess drainage performed at the Service of Coloproctology, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Abscess type was classified during the surgical procedure, and wound healing time, recurrence and type of fistula after drainage were evaluated. Central trend measures, frequencies and odds ratio (OR) analyses were performed. **Results:** Seventy one men and 15 women were included; 47.7% of patients were in the 31-to-46-year range. A perianal abscess was diagnosed in 66.3% of patients and an ischioirectal abscess was found in 24.4%; 37.2% of patients developed an anal fistula. OR for high transsphincteric fistula after an ischioirectal abscess was 4.3 (95% IC 0.7-25.2) and after a perianal abscess was 0.15 (95% IC 0.2-0.081).

Conclusion: Ischioirectal abscess patients appear to be at a greater risk for developing a complex fistula; however the low risk for a secondary fistula does not justify a primary fistulotomy during abscess drainage.

© 2014 Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El absceso anal es una de las enfermedades más comunes que se presentan al cirujano general. Se calcula que en Estados Unidos de América la incidencia está en 68.000 a 96.000 casos anuales, sin tener una precisión al respecto, ya que un gran número de ellos se drenan en consultorio, Servicios de Urgencia y clínicas de cirugía ambulatoria¹. El absceso anal es la acumulación de material purulento dentro de cualquier espacio anatómico anorrectal: perianal (subanodérmico), isquiorrectal (isquioanal), interesfintérico y supraelevador. Los abscesos submucosos y los localizados en el espacio postanal profundo y, sobre todo, aquellos con extensión en herradura merecen una consideración especial, por lo cual se les menciona en su propio apartado². Los abscesos perianales se consideran los más comunes y los más fáciles de diagnosticar y tratar³; sin embargo, un absceso anal no identificado o mal drenado puede llevar a complicaciones serias, como la sepsis pélvica o a una gangrena de Fourniere^{2,4,5}.

Es innegable que la mayor parte de las fístulas anales son secundarias a un absceso anal drenado, sin que hasta el momento se hayan identificado de manera fehaciente cuáles son los factores de riesgo de los pacientes, así como de manejo pre, trans o postoperatorio que predispongan al desarrollo de esta condición o a la complejidad de las mismas⁶. En el presente estudio se analizó el riesgo de desarrollarse una fístula compleja (TA) posterior al drenaje de un absceso anal, así como la frecuencia y las características de las fístulas que se presentan, dependiendo de los diferentes tipos de abscesos.

Material y métodos

Se diseñó un estudio un estudio prospectivo, observacional, analítico, recolectando los datos de los pacientes que asistieron a la consulta de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Cirugía General del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga en el período comprendido entre el 1 de enero del 2012 y el 1 de enero del 2013 con el diagnóstico de absceso anal.

Se incluyó solo a los pacientes a los cuales se realizó el drenaje de absceso anal por médicos de nuestra Unidad y que tuvieron al menos 2 meses de seguimiento. En la cé-

dula se registraron la edad cumplida en años, el sexo, las cirugías previas, el método de diagnóstico, el lugar donde se realizó el drenaje del absceso, los factores de riesgo, el tipo de absceso en el momento de la cirugía, los síntomas, la realización de fistulotomía primaria, la colocación de seton de drenaje, el tiempo de cierre de la herida del drenaje y el tipo de fístula desarrollada. Los datos obtenidos fueron capturados en una base de datos con el programa Excel 2010. Se calcularon medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y razón de momios con intervalos de confianza (IC) utilizando la χ^2 .

Resultados

Se incluyó a 86 pacientes, de los cuales fueron 71 hombres (82,6%) y 15 mujeres (17,4%). El 47,7% de los pacientes se encontraba entre los 31 a 46 años de edad. El 66,3% de los abscesos fueron perianales y el 24,4%, isquiorrectales. De los abscesos perianales, 6 (7%) fueron en mujeres y 45 (55,8%) fueron en hombres; de los isquiorrectales, 8 (9,3%) fueron en mujeres y 18 (20,9%) fueron en hombres; abscesos interesfintéricos y la mayoría de los postanales solo se presentaron en hombres (tabla 1).

Dentro de los antecedentes personales que se consideraron como factores de riesgo para desarrollar un absceso anal se interrogaron y se encontraron los siguientes: diabetes mellitus en 11 pacientes (12,8%), tabaquismo 25 (29,1%), virus de la inmunodeficiencia humana positivo 1 (1,2%), enfermedad inflamatoria intestinal 1 (1,2%) y practicar relaciones anorreceptivas 6 (7%). Solo 13 pacientes tenían antecedentes de cirugías anorrectales: un paciente con cirugía de fistulotomía y 12 con drenaje de abscesos previos.

El síntoma principal en 85 (98,8%) de los pacientes fue el dolor y solo en uno con un absceso interesfintérico refería incomodidad al movimiento. El diagnóstico fue clínico en 84 pacientes (97,7%) y solo en 2 se requirió de ultrasonido endoanal para confirmar el mismo, realizado en 2 pacientes con absceso perianal. Se realizó el drenaje del absceso en 55 pacientes (64%) de manera ambulatoria y 31 pacientes (36%) se llevaron a quirófano estando hospitalizados para drenaje. De los abscesos perianales, 47 (87%) se drenaron de manera ambulatoria y solo 7 (13%) en quirófano,

mientras que los isquiorrectales 7 (26,9%) se drenaron ambulatorios y 19 (73,1%) en quirófano. Todos los abscesos interesfintéricos y la mayoría de los postanales se trataron en quirófano. De los 32 pacientes que desarrollaron fístula, 19 (59,4%) se drenaron de manera ambulatoria y 13 (40,6%) en quirófano; los 2 pacientes con recurrencia del absceso fueron drenados en consultorio. En ningún paciente se realizó una fistulotomía primaria ni se tomó cultivo de la secreción o del tejido.

Se dejaron antibióticos postoperatorios en 73 pacientes (84,9%) llevados a drenaje de absceso anal, 43 (79,6%) de los abscesos perianales y el 100% de los abscesos isquiorrectales, la mayoría de ellos con doble esquema: metronidazol/ciprofloxacino. De los 32 (37,2%) pacientes que desarrollaron fístula, 26 pacientes se operaron, la mayoría de ellos antes de los 6 meses, quedando 6 pacientes aún pendientes de cirugía; el 50% de ellos se operó antes de los 2 meses. De estos 26 pacientes, 10 durante el procedimiento quirúrgico se catalogaron como una fístula transesfintérica alta (TA). El riesgo (OR) calculado de desarrollar una fístula TA en pacientes con absceso isquiorrectal fue de 4,3 (IC del 95%, 0,742-25,2), para un absceso perianal fue de OR 0,15 (IC del 95%, 0,02-0,9). Algunas otras variables analizadas, como el factor de riesgo importante para desarrollar fístulas TA, fueron: sexo femenino (OR = 6,6) y drenaje en quirófano (OR = 5,1). La utilización de antibióticos postoperatorios no se asocia como factor protector para disminuir el riesgo de desarrollar una fístula o la complejidad de la misma (tabla 2).

Discusión

El tratamiento del absceso anal siempre ha sido el drenaje, conocimiento que ha pasado de generación en generación de cirujanos, buscando dejar una buena apertura, pero al mismo tiempo tratando de conservar la mayor cantidad de piel. La incisión se prefiere que se realice en forma oval, paralela a las fibras del esfínter anal externo¹. Posteriormente, con el dedo o con una pinza, se introduce en la cavidad y se rompen los «septos». Por otra parte, las fístulas anales son el proceso crónico de un drenaje de un absceso y son clasificadas de acuerdo con su relación con el complejo muscular del esfínter anal: interesfintérica, transesfintérica (alta o baja), extraesfintérica y supraesfintérica⁷. Esta clasificación mundialmente utilizada (clasificación de Parks) permite establecer el manejo, si el paciente requiere un procedimiento conservador de la continencia fecal o con una fistulotomía será suficiente sin poner en riesgo su continencia^{8,9}.

Las fístulas TA son aquellas en las cuales el trayecto fistuloso principal involucra a más de un 30 a un 50% de la longitud del complejo esfinteriano (esfínter anal interno y externo). En este caso, una fistulotomía o fistulectomía tendrá como resultado un trastorno en la continencia fecal en menor o mayor grado. No se han estudiado en detalle los factores de riesgo relacionados con el absceso que pueden influir en el desarrollo de una fístula anal TA, motivo de este estudio. De manera global, en un estudio de 1.023 pacientes se determinó la presencia de una fístula anal posterior al drenaje de un absceso interesfintérico, perianal o isquiorrectal en el 47,4, el 34,5 y el 25,3%, respectivamente¹⁰.

Tabla 1 Características de pacientes con absceso anal

| | | |
|---|---------|--------|
| <i>Grupo de edad</i> | | |
| 15 a 30 | 10 | (11.6) |
| 31 a 46 | 41 | (47.7) |
| 47 a 62 | 31 | (36) |
| 63 a 78 | 3 | (3.5) |
| > 78 | | |
| <i>Sexo relación hombre : mujer</i> | 4.7 : 1 | |
| <i>Lugar de drenaje</i> | | |
| Consultorio (Ambulatorio) | 55 | (64) |
| Quirófano (Hospitalizado) | 31 | (36) |
| <i>Síntomas</i> | | |
| Incomodidad al moverse | 1 | (1.2) |
| Dolor anal | 85 | (98.8) |
| <i>Diabetes</i> | 11 | (12.8) |
| <i>Tabaquismo</i> | 25 | (29.1) |
| <i>Cirugías previas</i> | | |
| Fistulotomía | 1 | (1.2) |
| Drenaje de absceso | 12 | (14) |
| Ninguna | 73 | (84.9) |
| <i>Tipo de absceso</i> | | |
| Perianal | 54 | (62.8) |
| Isquiorrectal | 26 | (30.2) |
| Interesfintérico | 3 | (3.5) |
| Postanal | 3 | (3.5) |
| <i>Colocación de setón de drenaje</i> | 2 | (2.3) |
| <i>Tiempo de cierre de la herida de drenaje</i> | | |
| Menor a 2 semanas | 2 | (2.3) |
| De 2 a 4 semanas | 64 | (74.4) |
| Mayor a 4 semanas | 20 | (23.3) |

Tabla 2 Análisis de las fístulas y sus factores de riesgo

| | | |
|---|----------------------------|--------|
| <i>Tipo de fístula</i> | | |
| Interesfintérica | 1 | (1.2) |
| Transesfintérica alta | 15 | (17.4) |
| Transesfintérica baja | 10 | (11.6) |
| Otras* | 6 | (7) |
| <i>Tiempo posterior en meses de pacientes llevados a cirugía de fístula</i> | | |
| 1 | | |
| 2 | 7 | (8.1) |
| 3 | 6 | (7) |
| 4 | 5 | (5.8) |
| 5 | 5 | (5.8) |
| 6 | 2 | (2.3) |
| >6 | 1 | (1.2) |
| <i>Pendientes de tratamiento</i> | 6 | (7) |
| <i>Factores de riesgo para fístula transesfintérica alta</i> | | |
| Sexo femenino | OR 6.6 (IC 95% 1.6-26.9) | |
| Drenaje en quirófano | OR 5.1 (IC 95% 1.2-21.2) | |
| Antibiótico postoperatorio | OR 1.1 (IC 95% 1.0-1.2) | |
| Absceso isquiorrectal | OR 4.3 (IC 95% 0.742-25.2) | |
| Absceso perianal | OR 0.15 (IC 95% 0.02-0.9) | |

*Pacientes sin diagnóstico definitivo quirúrgico.



Figura 1. Absceso interesfintérico en línea media posterior. Se observa una imagen hipoeoica bien definida, con ecos hiperecogénicos en su interior.

En nuestro estudio, el 31,4% de los abscesos interesfintéricos desarrollaron fístula, el 30,7% de los isquiorrectales y ninguno de los interesfintéricos. En un estudio únicamente de abscesos isquiorrectales de 114 casos, el 38,6% desarrolló una fístula transesfintérica, no especificando la complejidad de la misma¹¹. Una limitante importante es el número bajo de sujetos de abscesos isquiorrectales de nuestro estudio en relación con los anteriormente mencionados. Sin embargo, los abscesos isquiorrectales son un factor de riesgo importante para desarrollar una fístula TA de acuerdo con lo analizado en nuestra casuística.

El procedimiento de drenaje manera ambulatoria se sigue realizando en muchas instituciones en la misma sala de urgencias o en el consultorio con anestesia local, como quedó corroborado en nuestra serie con prácticamente ninguna complicación relacionada con el mismo (p. ej., respuesta vagal, sangrado, etc.). En un estudio previo realizado en nuestra Unidad se reportaba que un 66% de los pacientes drenados de manera ambulatoria desarrollaban una fístula anal; sin embargo, no se evaluaba la complejidad de la misma¹². En nuestro estudio, la mayoría de los abscesos que se drenaron de manera ambulatoria fueron perianales, los cuales prácticamente, de acuerdo con nuestros resultados, no presentan una fístula TA. El drenaje en quirófano, de acuerdo con los resultados obtenidos en nuestro estudio, da la impresión de ser un factor de riesgo para desarrollar una fístula TA; sin embargo, esto puede deberse al mayor número de abscesos isquiorrectales que se pasaron a quirófano para su tratamiento.

Algunas variantes teóricas para mejorar la evolución de los pacientes sometidos a drenaje de un absceso anal son el lavado de la cavidad con alguna solución antiséptica, la colocación de apósitos de plata, colocar drenajes, utilización de antibióticos, etc., sin que hasta el momento este tipo de maniobras hayan tenido algún impacto real en la disminución de la recurrencia de los abscesos y el desarrollo subsecuente de una fístula. Algunos estudios se han realizado con antibióticos posteriores al drenaje de un absceso anal con resultados no concluyentes⁸. En nuestro estudio, se observa que no tiene una influencia para la prevención de una fístula alta y que no se realiza.

El diagnóstico en nuestra serie fue casi en todos los pacientes clínico, y solo en 2 casos se tuvo que realizar un ultrasonido endoanal, los cuales, en el momento del procedimiento, quirúrgico fueron perianales. El síntoma es dolor en todos, sin embargo, a la exploración, y sobre todo en pacientes obesos, puede ser realmente difícil, encontrando tanto la piel perianal y sobre la fosa isquiorrectal, todo de apariencia normal y el tacto rectal sin alteraciones. Por otra parte, los abscesos altos, supraesfintéricos o extraesfintéricos, también llegan a ser difíciles de diagnosticar; en nuestra serie, no tuvimos ninguno de este tipo. El ultrasonido endoanal es una herramienta que permite de manera precisa y rápida descartar sepsis perianal¹³ (fig. 1).

La fistulotomía primaria se ha recomendado en pacientes con abscesos interesfintéricos o en aquellos en los cuales el esfínter anal no está comprometido de manera importante al realizar el procedimiento. Es nuestra conducta habitual no realizarla; en ninguno de los pacientes de esta serie se realizó y coincidimos en este manejo por el riesgo de incontinencia que se puede presentar por una valoración errónea del compromiso del esfínter. La presencia de edema e inflamación secundarias al absceso distorsionan la anatomía y, por otra parte, es muy complicado encontrar el orificio primario. En manos inexpertas, los tejidos ofrecen poca resistencia al paso del estilete creando trayectos y orificios primarios falsos^{8,11,14}.

Conclusión

La realización de una fistulotomía primaria no está justificada en abscesos perianales e isquiorrectales. El desarrollo de una de una fístula compleja es mayor en los pacientes con abscesos isquiorrectales.

Bibliografía

1. Abcarian H. Anal fistula. Principles and Management. New York: Springer Science; 2014.
2. Ommer A, Herold A, Berg E, Fürst A, Sailer M, Schiedeck T. German S3 guideline: anal abscess. *Int J Colorectal Dis.* 2012; 27(6):831-837.
3. Rizzo JA, Naig AL, Johnson EK. Anorectal abscess and fistula-in-ano: evidence-based management. *Surg Clin N Am.* 2010;90 (1):45-68.
4. Marks G, Chase WV, Mervine TB. The fatal potential of fistula-in-ano with abscess: analysis of 11 deaths. *Dis Colon Rectum.* 1973;16(3):224-231.
5. Bode WE, Ramos R, Page CP. Invasive necrotizing infection secondary to anorectal abscess. *Dis Colon Rectum.* 1982;25 (5):416-419.
6. Pérez-Escobedo U, Jiménez-Bobadilla B, Villanueva-Herrero JA. Factores de riesgo asociados al desarrollo de fístula anal. *Cir Gen.* 2013;35 (1):25-31.
7. Van Onkelen R, Gosselink M, Schouten WR. Treatment of anal fistulas with high intersphincteric extension. *Dis Colon Rectum.* 2013;56(8):987-91.
8. Steele SR, Kumar R, Feingold DL, Rafferty JL, Buie WD; Standards Practice Task Force of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the management of perianal abscess and fistula-in-ano. *Dis Colon Rectum.* 2011;54(12):1465-1474.

9. Williams JG, Farrands PA, Williams AB, Taylor BA, Lunniss PJ, Sagar PM, et al. The treatment of anal fistula: ACPGBI position statement. *Colorectal Dis.* 2007;9 Suppl 4:18-50.
10. Ramanujam PS, Prasad ML, Abcarian H, Tan AB. Perianal abscesses and fistulas: a study of 1023 patients. *Dis Colon Rectum.* 1984;27(9):593-597.
11. Waskiewicz W, Thill V, Simoens Ch, et al. Surgical management of ischiorectal abscesses: a retrospective study of 111 patients. *J Chir IASI.* 2009;5(3):246-251.
12. Charúa-Guindic L, Fierros-García N, Avendaño-Espinosa O. Frecuencia de fístula anal secundaria a drenaje quirúrgico de absceso anal en el consultorio. *Rev Med Hosp Gen.* 2004;67(3):130-134.
13. Vieira AM, Castro-Pocas F, Lago P, Pimentel R, Pinto R, Saraiva MM, et al. The importance of ultrasound findings in the study of anal pain. *Rev Esp Enfer Dig.* 2010;102(5):308-313.
14. Lockhart-Mummery HE. Anorectal problems: treatment of abscesses. *Dis Colon Rectum.* 1975;18(8):650-651.