



11209
38
91

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DEPARTAMENTAL
DE
SERVICIOS ESCOLARES DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO
SEPULVEDA G. DEL CENTRO MEDICO SIGLO XXI**

**TESIS PROFESIONAL DE POSGRADO:
ABSCESO ANAL EN HERRADURA
CONSIDERACIONES Y CONTROVERSIAS
PRESENTACION DE UN CASO**

ESPECIALIDAD: CIRUGIA GENERAL

**AUTOR:
MEDICO CIRUJANO LUIS HERZ LIMBERG +**

**ASESOR:
DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES ++**

- + Ex-residente (1-III-1969=29-II-1972) de la especialidad de Cirugía General en el Hospital General (1963-1985) del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F.
- ++ Profesor Titular de Posgrado del curso de Cirugía en la Universidad Nacional Autónoma de México. Jefe del Servicio de Gastro-Cirugía del Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G." del Centro Médico Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F.

México, D.F., México.

1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TESIS: ABSCESO ANAL EN HERRADURA. CONSIDERACIONES
Y CONTROVERSIAS.- PRESENTACION DE UN CASO.
LUIS HERZ LIMBERG**

PAGINA DE FIRMAS AUTORIZADAS



**DR. ROBERTO BLANCO
BENAVIDES**



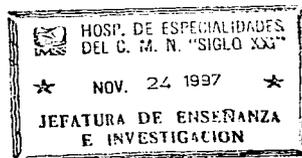
**DR. NIELS H. WACHER
RODARTE**

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO
DE CIRUGIA EN LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.**

ASESOR DE LA TESIS

**JEFE DEL SERVICIO DE GASTRO-
CIRUGIA DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO
SEPULVEDA G." DEL CENTRO
MEDICO SIGLO XXI DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
MEXICO, D.F. MEXICO.**

**JEFE DE LA DIVISION DE
EDUCACION E INVESTIGACION
MEDICA DEL HOSPITAL
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
DEL CENTRO MEDICO SIGLO XXI
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL. MEXICO, D.F.
MEXICO.**



DEDICATORIAS

A DIOS NUESTRO SEÑOR, EL ALTISIMO, por darnos la vida y la oportunidad de servir.

A mi esposa, María Teresa, por su apoyo y estoica soledad durante la realización de esta tesis.

Al Sr. Dr. Patrick H. Hanley, quien con auténtica piedad nos enseñó el camino de la curación del absceso anal en herradura.

In memoriam: a mi maestro de Anatomía Humana, el Sr. Dr. Rafael Cuervo Xicoy †.

In memoriam: al Hospital General del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F. México (1963-1985 †).

A mis compañeros médicos.

PREFACIO

A principios de 1997 atendí una paciente que padecía un absceso anal en herradura necrosante.

Despertó tal controversia el no haberle realizado una colostomía derivativa, que me propuse revisar la literatura al respecto de esta patología. De éllo resultó un panorama revelador sobre los diversos criterios terapéuticos, en varios de los cuales no ha existido consenso.

La escasa frecuencia de este padecimiento potencialmente letal, la complejidad de su manejo, y el deseo de comunicar a mis hermanos de profesión esta experiencia fueron los motivos por los que ahora, extemporáneamente pero con mayor madurez profesional y la enorme gratitud que tengo hacia la Universidad Nacional Autónoma de México por haberme dado su sabia guía, presento esta tesis con la esperanza de que sea útil y no tan sólo para cubrir un requisito académico. Que sirva para algo más que acumular polvo en una biblioteca.

El Hospital General del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México, fundado en 1963, donde recibí junto con excelentes amigos el entrenamiento de post-grado, fue destruido por el gran terremoto del 19 de Septiembre de 1985. En su lugar se encuentra ahora su digno sucesor, el Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda G. del Centro Médico Siglo XXI. Al realizar esta tesis, en gran medida me impulsaron los recuerdos del que fuera un centro de convergencia de cirujanos extraordinarios, maestros nuestros, cuya imagen permanece viva por siempre.

Luis Herz Limberg

Malinche 32
94470 Fortín, Ver.
México

INDICE

| | |
|-------------------------------------------------------|----|
| Resumen, palabras clave | 1 |
| Summary, key words | 2 |
| Introducción | 3 |
| Etiología y patogenia | 5 |
| Cuadro clínico | 14 |
| Factores de riesgo | 20 |
| Tratamiento | 22 |
| Abordaje quirúrgico | 28 |
| Técnicas de Hanley | 34 |
| Técnica clásica de Hanley | 35 |
| Abertura primaria: los escollos | 38 |
| Esfinterotomía: el espectro de la incontinencia | 40 |
| Técnica de Hanley modificada | 44 |
| Derivación urinaria y fecal | 45 |
| Cuidados locales | 47 |
| Complicaciones | 53 |
| Caso clínico | 59 |
| Discusión | 65 |
| Agradecimientos | 67 |
| Referencias | 68 |
| Cuadros | 74 |
| Figuras | 77 |

Palabras clave: Absceso, anal, necrosis.

RESUMEN

En esta tesis profesional de post-grado se hizo una revisión bibliográfica de los aspectos clínicos y quirúrgicos más relevantes del absceso anal en herradura durante los últimos veinticinco años.

Se propone que dicho absceso se denomine "Absceso de Hanley" en honor a quien dilucidó sus mecanismos de diseminación y por vez primera en la Historia diseñó su tratamiento quirúrgico racional y definitivo.

Se hace hincapié en la gravedad potencial del proceso y la necesidad de un abordaje terapéutico multidisciplinario que abarque al paciente en su totalidad, incluyendo la importancia de los cuidados locales para prevenir complicaciones, que en su mayoría provienen de deficiencias en la calidad de la atención médica, exponiendo las ventajas del empacamiento con gasa yodoformada.

Se valoran las ventajas del recurso de un sedal de caucho sobre la esfinterotomía.

Se presenta un caso de la variedad necrosante en una paciente atendida en un sanatorio de México.

Keywords: Anal, abscess, necrosis.

SUMMARY

In this postgraduate professional thesis it was made a bibliographical survey of the most important clinical and surgical aspects of horseshoe anal abscess for the last 25 years.

It is proposed that such abscess be called "Hanley abscess" in honor of Dr. Patrick H. Hanley, who elucidated the mechanisms of its dissemination and by first time in History designed its rational and definitive surgical treatment.

Emphasis is made on the potential seriousness of this disease and the need of a multidisciplinary therapeutic approach to comprise the patient as a whole. This includes meticulous local care to prevent complications, which for the most part arise from deficient medical attention.

The advantage of packing the abscess cavities with iodoform gauze is exposed.

A valoration is made on the advantages about the settling of a rubber seton over a sfincterotomy.

A case of the necrotizing variety of the disease suffered by a patient treated in a mexican private hospital is presented.

INTRODUCCION

El absceso anal en herradura, es un proceso supurativo que, originado en alguna de las glándulas anales alcanza e invade el espacio anal profundo posterior (en raras ocasiones el homólogo opuesto). Desde ahí la infección se esparce a las fosas isquiorrectales y en ocasiones alcanza regiones muy distantes del foco séptico original.

A Patrick H. Hanley, cirujano de la clínica Oschner, debemos la explicación patogénica de este padecimiento potencialmente letal y las bases para su tratamiento quirúrgico racional así como el de una de sus temibles y desgastantes complicaciones: la fístula en herradura.

Desde 1965 sus técnicas desplazaron radicalmente a los principios quirúrgicos de la fistulotomía de John Arderne (1376), extremadamente cruenta y mutilante, utilizada durante casi 600 años.^{1,2}

Por lo anterior, considero que sería justo denominar "Absceso de Hanley" a lo que hoy llamamos absceso anal en herradura.

El absceso anal en herradura es poco frecuente. Hanley, la máxima autoridad en esta patología, reportó en 1976 diez casos atendidos durante un lapso de diez años (1963-1973) en el departamento de Cirugía de Colon y Recto de la Clínica Oschner de la Universidad de Tulane.² Esto quiere decir, aproximadamente un caso por año en el área de especialidad colo-proctológica de un hospital acreditado.

La mayoría de los casos corresponden a un absceso de origen posterior. Los abscesos en herradura originados en el espacio anal anterior profundo son aún más raros.

En el presente trabajo de revisión se somete a análisis tanto las discrepancias como los acuerdos sobre el tema. Así también, se expone el criterio del autor, tamiz sin el cual esta tesis sería solamente una revisión más.

Se presenta un caso de absceso anal en herradura necrosante, cuya mortalidad puede alcanzar el 100 %, pero que se reduce al 10 % mediante un tratamiento adecuado.³ Aún así es considerable. Por ésto es indispensable que el cirujano tenga un bagaje de sólidos conceptos sobre estas cuestiones si es que ha de aceptar la seria responsabilidad de atender alguno de estos pacientes.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

"Herradura es un término descriptivo para indicar la ruta usual de diseminación de un absceso que se origina en el espacio anal posterior profundo"
Patrick H. Hanley², 1976.

El evento primario del que surge el absceso anal en herradura es la infección de una glándula anal.

Las glándulas anales, en número de 4 a 10 se encuentran en la submucosa a nivel de la línea dentada. Cada una desemboca a nivel de una cripta de Morgagni. Son estructuras tubulares microscópicas. Parks reportó en 1961 que dos tercios de ellas penetran hasta el esfínter interno y que un tercio del total alcanzan el plano interesfintérico,⁴ que es un espacio virtual situado entre el esfínter interno y el músculo longitudinal conjunto. La obstrucción de sus ductos ya sea secundaria a materia fecal, cuerpos extraños, o traumatismos conduce a estasis e infección secundaria.⁵ Esta teoría, aunque negada por otros^{6,7} es la que ha sido impuesta por las evidencias.

Según Nesselrod⁸ es *"fácil que diversas sustancias con poder infectante"* queden atrapadas en una cripta de Morgagni, circunstancia que considero plausible dado que éstas se encuentran a contracorriente del curso de las heces, y dicho autor expone que no son necesarios los traumatismos para que se desencadene el proceso. Dichas criptas hacen de embudo para captar el material agresor: *"Las heces líquidas*

pueden entrar mucho más fácilmente". De ahí en adelante el edema provocado por la inflamación obstruye la glándula con la consecuente supuración. Estos conceptos que tienen aceptación actual han sido compartidos por Chassin⁹ y por Rothenberger y Wexner¹⁰. Concuero con ellos.

Una vez formado el absceso interesfinteriano, éste crece y se disemina siguiendo diversas vías (Figura 1):¹⁰

1) Diseca distalmente hasta hacer erupción en el espacio perianal (absceso perianal).

2) Diseca proximalmente en el plano interesfinteriano hasta formar un absceso intermuscular alto (anteriormente llamado absceso submucoso).

3) Atraviesa las fibras del músculo longitudinal conjunto para, después de horadar el esfínter externo, invadir alguno de los compartimientos anales bajos (distales al elevador del ano): alguna fosa isquiorrectal, el espacio anal posterior profundo, o el espacio anal anterior profundo. Según Hanley¹¹ cuando se encuentre un absceso isquiorrectal debe investigarse cuidadosamente su origen en alguno de los compartimientos anales profundos, especialmente el posterior, ya que la mayoría de las glándulas anales se localizan en la parte posterior del ano. Además de compartir este criterio considero que no tomarlo en cuenta ha conducido a un subregistro de la frecuencia real de los abscesos anales en herradura.

La irrupción del pus al espacio anal posterior profundo, procedente del absceso interesfinteriano ocurre por un trayecto entre los fascículos superficial y profundo del esfínter externo, aunque en uno de cada cinco casos, aquél se halla situado entre el fascículo profundo del esfínter

externo y el puborrectal² (figura 2). Esto tiene interés no solamente académico sino también quirúrgico, como se verá en la sección correspondiente. Por tal motivo, en uno de cada cinco casos, al efectuar esfinterotomía según la técnica clásica de Hanley se corre el riesgo de seccionar el asa del puborrectal y en esa forma dejar al paciente con incontinencia.

Considero indispensable revisar los límites de los espacios anales profundos:

El espacio anal posterior profundo tiene los siguientes límites: Por arriba, el elevador del ano. Por abajo las fibras del fascículo superficial del esfínter externo, que forman parte del rafe ano coxígeo. Por delante, el fascículo profundo del esfínter externo. Por detrás este compartimiento está limitado por la convergencia de las fibras del elevador y del fascículo superficial del esfínter externo conforme convergen hacia el cóccix. Este compartimiento, que ya aparece en el tratado de Anatomía Topográfica de Testut-Jacob a principios de este siglo, en forma somera e innominado,¹² recibió por primera vez su reconocimiento anatómico formal por Courtney en 1949, pues fue dicho autor quien lo describió en forma precisa, por lo que se denomina espacio de Courtney³.

Los límites del espacio anal anterior profundo son: Por arriba el elevador del ano. Por abajo el fascículo superficial del esfínter externo. Por detrás el fascículo profundo del esfínter externo. Por delante el núcleo fibromuscular del perineo. Debe anotarse que a este nivel no existe el asa del puborrectal,¹³ por lo que una esfinterotomía realizada en una mujer, dejará secuela de incontinencia.

Para una revisión más amplia de la anatomía del esfínter anal remito al lector a los trabajos de Hanley¹¹ y de Goldberg^{4,13}.

Según Hanley¹¹, después de dos a tres días el pus rechaza al músculo elevador y el absceso puede ser erróneamente tomado por un absceso por arriba del elevador al efectuar el examen anorrectal. Si se retrasa el tratamiento quirúrgico *"el pus se diseminará a la fosa isquiorrectal pasando entre la cara inferior del músculo elevador y el fascículo superficial del esfínter externo...extendiéndose en el plano de menor resistencia"...la ruta del pus crea un defecto grande entre el elevador y el esfínter externo superficial²...Al salir del espacio posanal profundo el trayecto puede dividirse en múltiples ramificaciones¹¹...todas las ramificaciones se conectan unas con otras y conducen a un tracto común dentro del espacio anal posterior"*.¹ Esta disposición arborescente es la que posteriormente corresponde a las llamadas fístulas en herradura.

Los abscesos así formados no tienen paredes regulares. Pueden presentar múltiples conejeras. Cabe anotar que una variedad de las mismas particularmente importante es la que puede dirigirse hacia el ápice de la fosa isquiorrectal, en dirección al elevador del ano. Esta la denomina Chassin¹⁴ *"trayecto ciego alto"* y aunque no con frecuencia, puede originar un absceso supraelevador secundario que amerita en su caso tratamiento quirúrgico simultáneo. Tal disposición ocurrió en el caso clínico que se presenta en este trabajo.

En algunos pacientes la abertura primaria a nivel de la cripta afectada es grande y permite al absceso post-anal drenar espontáneamente a través de la misma. Cuando ésto

ocurre existe una extensión limitada del pus a los espacios isquiorrectales.²

Las extensiones del absceso a las fosas isquiorrectales, no son siempre bilaterales y menos aún simétricas. En la serie que Hanley presentó en 1976² de diez abscesos anales en herradura, hubo invasión purulenta predominantemente unilateral en tres. En el caso clínico que se presenta en este trabajo ocurrió notoria asimetría en las extensiones abscedales isquiorrectales.

La "zona débil" a través de la cual se extiende el proceso supurativo desde el espacio anal profundo a las fosas isquiorrectales (situada entre el elevador del ano y el fascículo superficial del esfínter externo) es bastante amplia.² El dedo o la sonda acanalada introducidos en la cavidad del absceso isquiorrectal pueden hacerse llegar fácilmente a la cavidad del absceso anal profundo y viceversa. Conviene efectuar esta maniobra exploratoria cuando se desbride un absceso isquiorrectal para investigar si su origen es una extensión de un absceso anal profundo.

El proceso supurativo puede ser de índole piógena "ordinaria" o consistir en una celulitis anaerobia. Esta última es seriamente invasora y cursa con necrosis y evidente presencia de gas. Considero que ciertos casos en los que existen gérmenes especialmente virulentos y con acción sinérgica pueden evolucionar hacia la denominada gangrena de Fournier propagándose como lo ha hecho notar Laucks¹⁵ en el tejido celular subcutáneo y los planos fasciales hasta el músculo con la aparición franca de gangrena. En la agresividad del proceso parece ser un factor importante la toxina alfa del *Clostridium perfringens* como lo

han hecho notar Kasper y Zalesnik¹⁶. En tales casos es notoria la necrosis cutánea, que según Laucks¹⁶ no es más que *"la punta del iceberg"*.

La presencia de patología comórbida propicia la gravedad y extensión del proceso, cuya diseminación ha sido descrita por Hanley^{2, 11}. Abandonado aquél a su evolución, a los cinco a ocho días puede haberse extendido al escroto (o labios mayores), pared abdominal distal, caras mediales de los muslos, y asentaderas, con la aparición de múltiples áreas de fluctuación o aberturas secundarias por erupción espontánea.

Tratándose de un absceso anal profundo anterior en la mujer puede asimismo diseminarse siguiendo el tabique rectovaginal hacia la bóveda vaginal, o abrirse paso a la parte inferior de la vagina dejando como secuela una fístula rectovaginal.¹¹ La extensión del proceso sigue vías de diseminación que dependen de factores anatómicos definidos, que son los siguientes:

1) La extensión posterior de la fosa isquiorrectal, situada por delante del glúteo mayor, y que se extiende casi hasta el nivel de la espina ciática.¹⁷ Dicha extensión céluloadiposa explica la supuración en las asentaderas, con áreas de fluctuación y erupción purulenta, así como la secuela tardía de aberturas fistulosas secundarias a este nivel.

2) La extensión anterior de la fosa isquiorrectal cuya forma es la de una pirámide triangular de base posterior y cuya punta termina cerca del borde superior del pubis.¹⁷ A diferencia de la zona de la fosa isquiorrectal para-anal, esta extensión anterior tiene un piso: la aponeurosis perineal media (o diafragma urogenital, ligamento de Carcassonne). El

diafragma urogenital contiene entre sus dos capas aponeuróticas el músculo transverso profundo del perineo (músculo de Guthrie).¹⁸ En la literatura anglosajona dicha aponeurosis perineal media se denomina ligamento triangular.¹⁹ Las paredes laterales de la celda en la que está la prolongación anterior de la fosa isquiorrectal son: la interna, constituida por el elevador del ano y la externa, formada por el obturador interno con su aponeurosis.²⁰

Es a través de esta prolongación céluloadiposa de la fosa isquiorrectal como el flemón o absceso isquiorrectal alcanza y franquea el hiato que existe entre el límite anterior del diafragma urogenital (ligamento transverso de la pelvis de Henle) y el ligamento subpubiano (arcuatum). Por dicho hiato pasa la vena dorsal profunda del pene o del clítoris para desembocar en el plexo de Santorini.²¹ Una vez franqueado este hiato y después de rebasar la abertura en "v" invertida que existe entre las ramas del ligamento suspensor del pene o del clítoris²² el proceso infeccioso invade la grasa prepubiana, las regiones inguinales y además puede difundirse por debajo de la fascia de Scarpa en el panículo adiposo del abdomen hasta sitios tan remotos como las regiones pectoral y mamaria. En esta forma, la vía de difusión del proceso infeccioso es similar a la que ocurre en la infiltración hemato-urinosa secundaria a la ruptura traumática de la uretra membranosa en algunas fracturas de la pelvis.¹⁹ Este tipo de diseminación extensa ocurrió en un caso de la serie de Bevans²³ y en tres casos de la serie de Marks²⁴, todos mortales.

La propagación séptica a través del perineo anterior arriba descrita ha sido reportada por Hanley¹¹. Con todo

respeto me permito diferir de él cuando anota que se lleva cabo "por arriba del ligamento triangular entre los músculos bulbo cavernoso e isquiocavernoso" porque dichos músculos no se encuentran por arriba sino por debajo del ligamento triangular o diafragma urogenital, dentro del compartimiento peniano o bulboclitorideo.²⁵

Así pues, la vía de diseminación descrita por Hanley corresponde a la que ofrece la presencia del tejido céluloadiposo de la extensión anterior de la fosa isquiorrectal.

3) La continuidad del tejido celular del perineo con el del escroto (fascia de Cowper).²⁶

4) La vía linfática, que transporta la infección a los ganglios inguinocrurales lo que origina la supuración que Hanley¹¹ describe en las caras anterointernas de los muslos. A este respecto Nesselrod²⁷ reportó en 1942 linfangiogramas en los que observó que los colectores originados alrededor del ano se dirigen a los ganglios inguinales.

En casos de infección anaerobia puede ocurrir por estas vías de diseminación el esfacelo del escroto (o de los labios mayores) y el esfacelo cutáneo del pene.

El absceso en herradura no resuelto o inapropiadamente tratado puede ser mortal o dejar una secuela de fistulas complejas con múltiples trayectos superficiales y profundos. Todos ellos pueden constituir un laberinto que converge hacia una sola abertura primaria situada en la mayoría de los casos en la comisura anal posterior. Estas "fistulas interminables"¹⁸ originan grave deterioro progresivo del paciente y múltiples intervenciones quirúrgicas.² Esta cadena de sufrimientos puede prevenirse con tratamiento quirúrgico adecuado.

Aunque sea del conocimiento general me permito recordar que el término "abertura primaria" se refiere al sitio de la cripta de Morgagni donde se origina la infección y que el término "abertura secundaria" corresponde al sitio de la piel que corresponde al otro extremo o extremos de la fistula en cuestión.

CUADRO CLINICO

Los datos clínicos cardinales de la supuración anorrectal son: dolor agudo pulsátil que se acentúa con la defecación, al sentarse, al estornudar, al toser y al deambular, acompañados de tumefacción.^{28,29} Goligher³⁰ hace notar que en ocasiones el absceso precoz produce dolor, pero que al examen clínico no se encuentra aún tumefacción y previene sobre el error de atribuir las molestias a un origen psicógeno.

Chassin³¹, Shackelford y Zuidema²⁹ y Hanley¹¹ han hecho hincapié en el valor de la 'palpación bi-digital anorrectal' que se efectúa introduciendo el dedo índice en el conducto anorrectal y colocando el pulgar de la misma mano sobre la piel, abarcando así suavemente a manera de una tenaza los tejidos interpuestos. En esta forma es posible la palpación detallada del complejo esfinteriano como si fuera una dona. Se alcanza también a palpar perfectamente los espacios anales profundos, anterior y posterior y los espacios isquiorrectales. Así puede detectarse la presencia de una masa abscedal en cualquiera de estos compartimientos y valorar sus dimensiones.

Según los autores mencionados^{11,31} esta maniobra exploratoria debe efectuarse bajo anestesia, debido al dolor atroz que produce. Ello en nuestro medio despierta la renuencia del paciente, pues es raro que acepte ser anestesiado sino es para alguna intervención quirúrgica. Por ésto me permito sugerir que se realice bajo el efecto de un analgésico potente, v.gr. el clorhidrato de tramadol que puede administrarse oral o parenteralmente.

ABSCESO INTERESFINTERIANO

Según Chassin³¹ cuando existe un absceso interesfinteriano, se percibe en la palpación digital un punto doloroso en el sector afectado y en la mitad de los casos, una pequeña masa palpable entre los dedos.

Según Hanley¹¹ hay dolor sordo y molesto en el recto, que aumenta de intensidad en forma rápida. Puede haber escalofríos e hipertermia. El tacto en esta etapa, que puede durar 2 o 3 días, evidencia una tumefacción tensa, alargada, que sigue el eje del conducto anal. Ello se explica porque tiende a seguir el plano interesfintérico (entre el esfínter interno y el músculo longitudinal conjunto).

ABSCESO ANAL PROFUNDO

Según Hanley¹¹ existe intenso dolor anorrectal sin que la piel suprayacente muestre cambios puesto que la colección purulenta es profunda. La exploración bidigital causa dolor atroz. Existe fiebre y leucocitosis. Después de dos o tres días el pus rechaza al músculo elevador y en esas condiciones podría suponerse erróneamente que existe un absceso supraelevador. En la etapa temprana el diagnóstico es difícil *"porque el absceso es pequeño y tenso"* y en el examen bidigital *"el dolor es tan intenso que no es posible detectar fluctuación"*.

EXTENSION ISQUIORRECTAL: ABCESO EN HERRADURA

Cuando el absceso se extiende hacia los espacios isquirrectales adoptando la disposición de herradura, es posible palpar un anillo inflamatorio (como si fuera una dona), justamente por debajo del elevador del ano. Según Hanley¹ se percibe como si estuviera "*a nivel del anillo anorrectal*". (Nota: en términos proctológicos el anillo anorrectal está constituido por el complejo esfinteriano formado por el puborrectal junto con el fascículo profundo del esfínter anal externo. Es por lo tanto la parte "más profunda" del esfínter anal).³²

Una vez invadido por el pus, el espacio isquirrectal correspondiente se torna tumefacto y progresivamente doloroso. El volumen de la colección purulenta puede valorarse mediante la palpación bidigital. El proceso se acompaña de hipertermia y escalofríos. Inicialmente la piel suprayacente no muestra cambios. Después se torna eritematosa.¹ Los volúmenes de las colecciones (y por lo tanto la magnitud de las tumefacciones) pueden ser diferentes en uno y otro lado. En la serie de diez casos presentada por Hanley y col² en 1976 se observa en los correspondientes diagramas que ocurrió afectación predominantemente unilateral en tres, en los que una de las extensiones isquirrectales estaba trunca cerca de su origen en el absceso anal posterior profundo. En el caso clínico que se presenta en este trabajo hubo una diferencia radical en las dimensiones de los abscesos isquirrectales.

Hanley¹¹ ha hecho notar que los abscesos isquiorrectales primarios (trans-esfinterianos) son raros, porque las glándulas anales predominan en los cuadrantes posterior o anterior del ano y que por tal motivo dichos abscesos suelen ser complicación, por extensión, de un absceso anal profundo o de un absceso supraelevador fistulizado a través del elevador del ano. Por ésto aconseja que *"cuando se haga el diagnóstico de un absceso isquiorrectal, se investigue su origen con enorme cuidado"*. Esto es, para llevar a cabo el tratamiento quirúrgico procedente y en esta forma no omitir el drenaje de algún otro compartimiento perianorrectal afectado.

Es asimismo necesario diferenciar un absceso isquiorrectal de un absceso perianal. Este último es una colección purulenta superficial situada muy cerca del borde del ano. Se manifiesta bajo la forma de una tumefacción inmediata al borde anal, muy dolorosa, cubierta por piel inflamada.¹¹

La fluctuación del o de los abscesos isquiorrectales aparece después de cinco a ocho días de iniciado el proceso abscedal en herradura y no debe esperarse su aparición para diagnosticar el padecimiento y resolverlo cuanto antes.²

Como fue descrito en la sección de etiopatogenia, el absceso en herradura abandonado a su evolución natural se extiende a los labios mayores o el escroto, las caras ánterointernas de los muslos, las regiones inguinales, la pared abdominal y puede alcanzar la pared torácica, por lo que en todos estos sitios pueden ocurrir múltiples sitios de fluctuación y erupción abscedal.²

Si el proceso supurativo se torna gangrenoso, puede evolucionar en forma de "celulitis anaerobia" en cuyo caso ocurre crepitación, esfacelo de la piel suprayacente, y un proceso general grave con signos de toxemia.¹⁶ El pus ya no es amarillento sino de color café-grisáceo y olor putrefacto que invade el ámbito del paciente.

Los casos muy graves, a los que favorece la patología comórbida pauperizante o la virulencia de los gérmenes implicados, pueden evolucionar hacia la gangrena de Fournier en la que la piel puede observarse normal, eritematosa, o "resplandeciente". Surgen áreas equimóticas, flictenas, y franco esfacelo que en casos muy serios avanza a razón de 2.5 cm. por hora!, crepitación, y síntomas generales aparatosos (fiebre, taquicardia, leucocitosis) (aunque en pacientes muy debilitados o ancianos esto último puede no ocurrir), hipoalbuminemia, hiperglucemia (diabetes por stress); así también desequilibrio hidroelectrolítico, elevación de la creatinina sérica, y coagulopatía.¹⁵

Aunque sea controversial, considero que la gangrena de Fournier es una entidad más sindromática que nosológica. Para apoyar lo anterior baste recordar, como lo ha señalado Laucks¹⁵, que en la mayoría de los casos la gangrena de Fournier tiene su punto de partida en focos de infección anorrectal

En la serie de casos mortales por supuración anorrectal presentada por Marks y col²⁴ en 1973, los casos número 1, 4, y 5 corresponden a esta patología gangrenosa, con esfacelo de tejidos perineales, genitales externos, y pared abdominal.

ANOSCOPIA:

En algunos casos la anoscopia revela la abertura primaria del absceso en la línea media posterior. A veces puede verse una gota de pus en la cripta enferma. Sin embargo, en ocasiones la cripta se ha cerrado por epitelización y no parece estar mal, percibiéndose solamente un holluelo endurecido.¹

RAYOS X:

Cuando existe un proceso gangrenoso las radiografías pueden mostrar la presencia de gas a nivel isquiorrectal o en los planos interfasciales.¹⁵ Sin embargo, dicha presencia puede apreciarse en forma clínica sin recurrir a estudios radiológicos.

ULTRASONOGRAFIA:

Graf y Aeberhardt³³ reportaron en 1995 una serie de treinta y un casos sospechosos de tener supuración anorrectal que sometieron a ultrasonografía endoanal. Mediante este recurso fue evidente un absceso en 22 de los 31. Los otros tenían procesos fistulosos sin absceso. En 21 de los 22 casos pudo corroborarse quirúrgicamente el diagnóstico sonográfico. En el otro caso originó la confusión una cicatriz quirúrgica. Así, la ultrasonografía tuvo un acierto diagnóstico de 95.4 %. En todos los casos la sonografía mostró la localización del absceso, y además, en el 53 % también su abertura primaria.

CASOS ESPECIALES:

Goligher³⁰ ha hecho notar que un absceso anorrectal tuberculoso puede presentarse a la manera de "*uno ordinario*" o que la infección puede ser mixta. Sin embargo anota que generalmente cuando es tuberculoso su evolución es tórpida y cursa con menos dolor, bajo la forma de una tumefacción que

aumenta gradualmente de tamaño y que en ocasiones se presenta ya "reventada". El exudado en estos casos es más bien "acuoso" y la piel puede estar "socavada" alrededor de la abertura, pero que con frecuencia no existen datos clínicos diferenciales. En caso de sospecharse patología tuberculosa "*por el carácter indoloro del proceso o en la operación por el aspecto gris pálido de las granulaciones que revisten la cavidad del absceso*" aconseja el estudio histopatológico del tejido de granulación y la inoculación al cobayo.³⁴

Anota además que, aunque los procesos tuberculosos pueden estar asociados con sintomatología pulmonar, pueden aparecer en pacientes con buen estado general sin manifestaciones tóracopulmonares que "*pueden declarar o no la existencia de una lesión pulmonar precedente*".³⁵

Hanley y col² en la serie de 10 abscesos en herradura que presentaron en 1976, encontraron un caso de enfermedad de Crohn. Cuando se sospeche tal, será necesario corroborar su presencia mediante los recursos adecuados(historia clínica minuciosa, estudios radiográficos del tubo digestivo, colonoscopia, ileoscopia, biopsias) para su control, si es que se desea tener una evolución menos desfavorable de esos casos.³

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo en estos pacientes se encuentran enumerados en el cuadro No.1. A los existentes en la literatura he agregado otros que considero importantes. Como se podrá observar no solamente intervienen factores

asociados a co-morbilidad sino también factores circunstanciales y derivados de la calidad de la atención médica.

Es básico considerar la co-morbilidad. En la serie de 184 pacientes con abscesos perirrectales reportada por Bevans y col²³, nueve de los doce que murieron tenían padecimientos asociados.

En 1973, en forma valerosa, Marks y col²⁴ publicaron un estudio retrospectivo en el que sometieron a análisis las características de una serie de once casos de pacientes fallecidos por supuración perianorrectal en las divisiones de la Escuela de Medicina del Hospital General de Filadelfia durante un período de siete años. De estos pacientes, seis cubren los criterios necesarios para ser clasificados portadores de un absceso en herradura. En dicha serie, se muestra patéticamente la negligencia médica que contribuyó a tan funestos resultados. Varía desde la incisión mínima o insuficiente para drenar los abscesos, hasta el franco abandono de los enfermos mostrado por el tratamiento perioperatorio insuficiente o muy tardío con antibióticos. Baste exponer como ejemplo el caso número 7: una paciente de 43 años, diabética, con acidosis, que tuvo erupción espontánea del absceso después de 6 días de internamiento, a la que se le efectuó el primer drenaje quirúrgico hasta el día 27 de su estancia, mismo día en el que se inició la administración de antibióticos. Murió el 38º día por infección incontrolable. No encuentro una explicación admisible para tal manejo, o tal vez haya una, aunque sea éticamente inaceptable: todos los pacientes de esta serie macabra eran

de raza negra. Por ésto he considerado necesario incluir en los factores de riesgo, los derivados de la segregación.

TRATAMIENTO

El absceso anorrectal es una emergencia quirúrgica y debe ser tratado como otras emergencias quirúrgicas serias.

Patrick H. Hanley³⁷, 1985.

El abordaje terapéutico de un paciente con un absceso anal en herradura comprende un tratamiento quirúrgico adecuado así como una atención médica perioperatoria dinámica, oportuna, y tenaz.

Me permito exponer lo que serían los lineamientos básicos:

- 1) Hospitalización urgente.**
- 2) Valoración integral y atención médica perioperatoria desde el ingreso.**
- 3) Intervención quirúrgica urgente y adecuada al caso.**
- 4) Control postoperatorio y seguimiento estrictos.**
- 5) Cuidados locales meticulosos.**
- 6) Prevención de las complicaciones.**
- 7) Psicoterapia de apoyo.**

El siguiente esquema puede ser útil:

- a) Al ingreso del paciente efectuar en forma urgente las siguientes determinaciones: biometría hemática, química**

sanguínea, examen general de orina, protrombina, electrolitos sericos, y seroalbúmina.

b) Efectuar un breve historial clínico: anamnesis y exploración física. En el medio anglosajón se aconseja someter a anestesia a estos pacientes por el intolerable dolor que les causa la exploración anorrectal. En nuestro medio tanto el paciente como sus familiares no aceptan fácilmente este criterio. Por ésto me permito sugerir la administración de un analgésico potente con tal fin, v.gr. el clorhidrato de tramadol, por vía oral o parenteral.

c) Es imperativo lograr la estabilización cardiopulmonar, metabólica y hemodinámica del paciente con la mayor rapidez posible, con miras a una intervención quirúrgica de urgencia. Debe efectuarse una reanimación enérgica, mas no imprudencial con líquidos cristaloides, coloides y efectuar en caso necesario la reposición de la masa eritrocítica con prudentes transfusiones. Solicitar en caso necesario la intervención del cardiólogo e internista.

d) Administración precoz de antibióticos adecuados.

e) Desbridación y drenaje urgentes y adecuados. No menospreciar el caso por tratarse " sólo de un absceso". La intervención quirúrgica debe ser hecha en forma completa y responsable, realizada o supervisada directamente por el cirujano adscrito.

f) En lo referente al procedimiento anestésico ha existido un total desacuerdo en los últimos 25 años: Bevans y col²³ en 1973 observan: " es imposible delinear y tratar un absceso con anestesia local". Goligher³⁸ en 1980 aconseja la anestesia general. Chassin³⁹ (1984) la anestesia general superficial para poder valorar el nivel del anillo anorrectal en

el transoperatorio. Goldberg y col⁴⁰ (1986) la anestesia general. Rothenberger y Wexner¹⁰ (1991) recomiendan evitar la anestesia caudal o raquídea en vista de la presencia de supuración en la cercanía. Hanley¹ ya desde 1965 indica la anestesia caudal. Me inclino por el criterio de Hanley, no solamente por tratarse de la más eminente autoridad al respecto, sino también porque la anestesia caudal, de poder realizarse carece de los riesgos de la anestesia general y de los potenciales efectos indeseables del bloqueo peridural o la raquia. Desafortunadamente en nuestro medio es frecuente que el anestesiólogo no acepte administrar tal anestesia. Sería deseable la mayor difusión y familiarización de dicho procedimiento.

g) Vigilar estrechamente y controlar el estado metabólico del paciente. Un aspecto muy importante es el de la diabetes mellitus. Otro es estar alerta ante una temible complicación que ha hecho notar Rosen³: *"Las infecciones posanales o en herradura incontrolables pueden tener consecuencias graves. Puede sobrevenir mortalidad por insuficiencia renal que aparece después del desbridamiento radical. Es indispensable prestar atención al suministro suficiente de volumen..."*. Kasper y Zaleznik¹⁶ observan a propósito de la celulitis anaerobia que puede producir *"un proceso general grave con signos de toxemia"* y en el caso de una bacteriemia por clostridios, que en algunos enfermos puede aparecer intensa uremia.

En el caso clínico que más adelante se presenta ocurrió lo anterior que ocasionó hiperkalemia de cifras peligrosas. Por ésto hay que estar alerta para detectar y corregir estas serias alteraciones.

h) Suministrar apoyo nutricional:

Según Marks y col²⁴ la muerte de estos pacientes puede sobrevenir por inanición y sus complicaciones. Laucks¹⁵ a propósito de las infecciones perineales necrosantes hace notar que las heridas no cicatrizan satisfactoriamente sin apoyo nutricional, que debe suministrarse "con pericia". Rosen³ así mismo indica la nutrición parenteral en caso necesario.

i) Atender la patología específica asociada:

Un proceso supurativo de índole tuberculosa o granulomatosa (Enfermedad de Crohn) requiere el tratamiento simultáneo de estas entidades.³

j) Oxígeno hiperbárico?:

Su utilización es controversial. Un buen tratamiento médico quirúrgico y la atención oportuna de las complicaciones parecen tener un papel más importante.¹⁶

h) Es básico atender el estado mental del paciente. No debe desatenderse el terreno depresivo crónico o reactivo. En caso necesario considero útil la administración de S-adenosil-metionina que no tiene los efectos indeseables de los antidepresivos tradicionales.

ANTIBIOTICOTERAPIA

Aunque con ciertas divergencias, los criterios para la administración de antibióticos en estos casos han mostrado tendencia hacia la uniformidad:

Shackelford y Zuidema⁴¹ en 1982 opinaban que los antibióticos eran innecesarios antes de efectuar el drenaje

abscedal. Los recomendaban solamente en ciertos casos, después de haber efectuado estudios bacteriológicos.

Goldberg y col⁴² en 1986 indicaban antibioticoterapia en casos de infección extensa. Asimismo, en 1989 hicieron hincapié en la utilización de múltiples antibióticos *"lo antes posible"* con el siguiente esquema: penicilina o cefalosporina para los cocos grampositivos, más un aminoglucósido para cubrir bacterias gramnegativas, más metronidazol o clindamicina para cubrir los gérmenes anaerobios.⁴³ Hago notar que el primer renglón se conceptuó antes de que aparecieran las poderosas cefalosporinas de tercera generación que tienen mayor cobertura que sus predecesoras.

En 1991 Rothenberger y Wexner¹⁰ indicaron la administración de antibióticos parenterales de amplio espectro en casos de celulitis extensa, a lo que Rosen³ en 1994 agregó que debía ser selectiva, para evitar la toxicidad renal.

Laucks¹⁵ en 1994, a propósito de infecciones necrosantes expuso radicalmente *"debe efectuarse tratamiento empírico con antibióticos de amplio espectro independientemente de los resultados de la coloración de gram y los cultivos. El régimen.....debe tener un alto grado de eficacia contra estafilococos, estreptococos, coliformes, gramnegativos, pseudomonas, bacteroides, y clostridios"*. Recomendó también la administración de toxoide tetánico.

Kasper y Zaleznik¹⁶ en lo referente a la infección por clostridios afirman: *"el diagnóstico de la infección por clostridios debe ser clínico y no bacteriológico"*. Considero esta orientación crucial, porque es sabido que los clostridios son parte de la flora fecal presente *"per se"* en los procesos

infecciosos anorrectales, con efectos desastrosos en los casos de celulitis anaerobia.

En vista de lo anterior, mi postura es que, esperar un reporte de estudio bacteriológico en estos casos para administrar antibióticos es una conducta contraproducente y sumamente peligrosa, y que el tratamiento antibiótico debe iniciarse en forma adecuada desde el ingreso del paciente, y no esperar como ha sucedido a que el sujeto esté en condiciones pre-mortem para decidir tal cuestión.²⁴

Así, procede la asociación de por lo menos dos antibióticos con alguno de los siguientes esquemas opcionales:

Ceftazidima + metronidazol

Ceftazidima + clindamicina

Gentamicina + metronidazol

Gentamicina + clindamicina

A los que agrego, proponiéndolos, los siguientes:

Quinolona + Clindamicina, o quinolona + metronidazol en el caso de continuar la administración de antibióticos por vía oral, una vez superada la fase crítica de la infección. Debe sin embargo recordarse que el uso simultáneo de una quinolona con el metronidazol puede propiciar excitación aditiva sobre la corteza cerebral (alucinaciones, convulsiones) por lo que su administración está contraindicada en ese terreno patológico.

Asimismo debe estarse alerta sobre el riesgo de colitis pseudomembranosa consecutiva a la administración de clindamicina.

En el caso de los aminoglucósidos, puede optarse por otros con buen juicio médico adecuando sus dosis y lapso de

administración según su toxicidad y el estado de la función renal.

En cuanto a las cefalosporinas, considero que la ceftazidima ofrece las ventajas de su poderosa acción bactericida y su amplio espectro que incluye enterobacterias, pseudomonas, estafilococos, estreptococos, así como algunas bacterias anaerobias (incluso *Clostridium perfringens* y *fusobacteria*).

De acuerdo con Rothenberger y Wexner¹⁰ la celulitis extensa requiere de antibioticoterapia hasta la resolución de los síntomas locales.

ABORDAJE QUIRURGICO

El capítulo que trata sobre el abordaje quirúrgico del absceso anal en herradura ha sido dividido en dos partes:

La primera trata sobre la estrategia general conveniente para la desbridación y drenaje aplicable a los procesos supurativos anorrectales en general. Es conveniente revisarla dada su máxima importancia.

La segunda se refiere a las técnicas específicas para la resolución quirúrgica del absceso anal en herradura que trascendentalmente fueron ideadas por Patrick H. Hanley y aplicadas inicialmente por él desde 1963.

PRINCIPIOS BASICOS:

Estos serán expuestos en forma de recomendaciones para facilitar su aplicación:

1) No espere la fluctuación para evacuar el absceso. Debe operarse de urgencia una vez estabilizadas las condiciones del paciente.

2) Las incisiones deben ser suficientemente amplias para evacuar adecuadamente el pus, permitir la exploración digital de las cavidades abscedales y prevenir la cicatrización cutánea prematura "en falso" dejando cavidades residuales (bolsas de pus).

3) Las aberturas de drenaje isquiorrectales conviene que tengan forma elíptica de eje mayor ánteroposterior. Para lograrlo conviene hacer dos incisiones perpendiculares en forma de cruz y reseca los cuatro colgajos triangulares así formados ("orejas de perro"), como lo han aconsejado Goldberg y col⁴⁰ y Nesselrod⁴⁴.

En el caso de que hayan extensiones del absceso a los labios mayores, escroto, muslos, o regiones inguinales, efectúe el número de aberturas necesario para drenarlas con los mismos principios de incisiones en cruz .

4) Si el absceso isquiorrectal es profundo, como ocurre inicialmente, será necesario incidir varios centímetros de grasa antes de llegar a él.^{2,31}

5) No conviene la "destechadura" extensa del absceso como ha sido recomendado.⁴⁰ Haga aberturas de tamaño suficiente pero no exagerado so pena de prolongar el período de cicatrización en exceso. Sin embargo, tenga en mente que si se hacen aberturas demasiado pequeñas el absceso no drenará adecuadamente con lo que se extenderá más la infección.

6) Introduzca el índice en la cavidad del absceso y a continuación explore y registre un "mapa" de sus lóculos (dimensiones y direcciones).³¹ Proceda a desbridar suavemente sus tabiques, mas no en una forma brutal. Desbridar no es lo mismo que causar destrozos.

7) El absceso isquiorrectal contiene generalmente 60 a 90 ml. de pus.²⁹ Si la cantidad drenada es mayor sospeche la existencia de un absceso en "reloj de arena" comunicante con una extensión supra elevador.⁴⁴ De confirmarse tal, debe drenársele por la misma incisión isquiorrectal, a través del elevador mediante la introducción de una pinza fuerte (v.gr. de Rochester) abriendo sus ramas al sacarla para ampliar la abertura en el elevador, o puede optarse por utilizar un bisturí.⁴⁵ En ambos casos debe utilizarse como guía el dedo índice izquierdo introducido en el recto. Se amplía la abertura en el elevador con el índice derecho hasta que admita dos dedos, y después de haber explorado la cavidad abscedal y evacuado el pus, se empaça con gasa⁴⁶ o se colocan drenes de "cigarrillo". En el primer caso se cambia el empaque de gasa diariamente y en el segundo se recortan gradualmente los drenes hasta su extracción alrededor del sexto día de postoperatorio.⁴⁷ Si solamente existieran los abscesos isquiorrectales, una vez drenados puede optarse por varias actitudes: Hanley y col² mencionan empaçar con gasa fina. Rosen³ no empaça sino que coloca tubos de Penrose que abrazan los tejidos interpuestos entre la cavidad anal posterior y cada lóculo isquiorrectal. Enlaza los extremos de los tubos con una ligadura de seda. Según mi criterio, conviene empaçar suavemente con gasa yodoformada todos

los lóculos abscedales. Sobre esto se exponen mayores detalles en el capítulo de cuidados locales.

9) De haber una infección necrosante debe researse el tejido desvitalizado. Sin embargo, considero que debe evitarse el exceso en tal maniobra para prevenir que sea mutilante. Dicha desbridación debe repetirse las veces necesarias durante el postoperatorio según el criterio de Laucks¹⁵. En el caso clínico que se presenta en este trabajo la celulitis isquiorrectal necrosante produjo una masa tisular muy blanda, friable, fibrogelatinosa, de límites imprecisos, que fue reseada en forma "económica" en cada curación, mediante tracción y corte de las "lenguas" formadas en esa forma, empacando en cada ocasión con gasa yodoformada. En pocos días fue gratificante observar tejido de granulación "sano" en lo que parecía ser terreno necrótico. La resección "económica" seriada previno la secuela de un vaciamiento isquiorrectal. En lugar de éllo quedó una cavidad de dimensiones aceptables que cicatrizó gradualmente por segunda intención hasta dejar solamente una pequeña oquedad. A propósito de esto conviene recordar a Testut⁴⁸ cuando se refiere a la grasa isquiorrectal: "*se deja destruir rápidamente por la supuración y luego no se reproduce sino con dificultad y muy lentamente*".

10) En el caso de un absceso isquiorrectal unilateral es imprescindible investigar si se trata de la extensión de un absceso anal profundo. Hay que recordar que en ocasiones el absceso en herradura afecta solamente una fosa isquiorrectal o predominantemente un solo lado. Al respecto Shackelford y Zuidema⁷ expusieron en 1982: "*la extensión de la infección de un espacio (anorrectal) a otro puede causar múltiples*

espacios afectados, formando un absceso compuesto. Estos abscesos tienen puntos de comunicación angostos que les dan una apariencia loculada o en pesa de gimnasia. Habrá que asegurarse de que todos sus compartimientos tengan drenaje adecuado".

Ya Hanley¹¹ en 1978 había advertido sobre la rareza del absceso isquiorrectal primario, dado que las glándulas anales predominan en los cuadrantes posterior o anterior del ano, recomendando en ese caso excluir con gran cuidado su origen en un espacio anal profundo. Así mismo, en 1984: "*el diagnóstico y tratamiento incorrectos.....pueden resultar en una fistula anorrectal complicada o la muerte*".³⁷

11) Es esencial identificar la abertura primaria del absceso a nivel de la cripta anal correspondiente ya que de éllo depende la realización de la técnica quirúrgica adecuada para la resolución del problema. Puede suceder que los ayudantes, si no tienen un criterio adecuado muestren impaciencia por el tiempo que puede tomar esta maniobra, que es básica, para introducir por ese sitio la sonda acanalada al interior del absceso anal profundo.

Hay que tener cautela extrema para no crear una "falsa vía" en esta etapa de la cirugía, pues si éllo ocurriera sucedería alguna de estas dos cosas: a) De realizarse una esfinterotomía, el nivel de la misma podría ser inadecuadamente alto ocasionando incontinencia total. b) Quedaría atrás intacto el trayecto que une la cripta anal enferma con el absceso anal profundo. Al persistir dicho trayecto a nivel de la glándula causante, quedaría secuela de recidiva abscedal, o fistula en herradura "interminable". Así, de muy poco habría servido la intervención quirúrgica.

12) En el caso de pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida conviene recordar esta recomendación de Rothenberger y Wexner¹⁰: *"En la mayoría de los enfermos con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), las heridas nunca cicatrizan y la fistulotomía con frecuencia produce incontinencia constante. Por ésta razón, es recomendable que se limite la cirugía al drenaje del absceso. No obstante, si recurre varias veces quizá sea prudente el empleo de un "sedal drenaje" fijo"*.

13) Los pacientes con leucemia tienen un terreno comórbido al extremo peligroso. Sobre éllo han dictaminado Goldberg y col⁴⁹: *"Una incisión y drenaje imprudentes, en pacientes con leucemia aguda o crónica no controlada, puede ocasionar la necrosis del área perineal junto con septicemia no controlada y hemorragia y puede terminar con el desprendimiento de toda el área glútea e incontinencia fecal. Sin embargo el tratamiento por medio de una incisión pequeña, bién situada, no se debe retrasar si hay un absceso fluctuante y notorio"*.

14) ¿Cirugía asociada? : no existen normas rígidas al respecto. Según Goldberg y col⁵⁰ la hemorroidectomía está indicada si existen hemorroides muy grandes o con prolapso, individualizando el caso. Según Nesselrod⁵¹, la corrección de otros problemas no debe realizarse en presencia del proceso inflamatorio agudo.

15) ¿Criptotomía?: La criptotomía estuvo en boga. Sin embargo ya desde 1986 Goldberg y col⁵⁰ la contraindican: *"dicho procedimiento no evitará la enfermedad, sino que por el contrario ayudaría a producirla"*.

TECNICAS DE HANLEY

La historia del tratamiento quirúrgico del absceso anal en herradura tiene dos etapas: antes de Hanley y después de Hanley. Antes de Hanley no existía una técnica específica para tal patología.

En 1963, Patrick H. Hanley comenzó a aplicar la técnica de su invención, que fue perfeccionando hasta el año 1978 cuando quedó definitivamente establecida en sus bases conceptuales y realización.^{1, 11} Considero que dicha técnica tiene por finalidades: drenar las colecciones purulentas, así como destruir mediante el trauma quirúrgico y fibrosis, tanto la glándula anal causante original del problema como el trayecto que une la cripta anal enferma con el lóculo del absceso anal profundo (trayecto trans-esfinteriano).

La destrucción de este trayecto tiene máxima importancia puesto que tiene tendencia a epitelizarse⁵² y en esa forma, al no obliterarse mantiene el mecanismo de alimentación infecciosa proveniente del contenido fecal del conducto anorrectal hacia el espacio anal profundo, originándose así la cronicidad de las fistulas en herradura.

Para conseguir lo anterior tiene que efectuarse una esfinterotomía, que puede realizarse en forma aguda con el bisturí, o por etapas mediante ligadura de caucho, que secciona el mecanismo esfinteriano en forma gradual. Así contemplada la resolución de esta patología existen dos técnicas de Hanley:

Su técnica original (publicada en 1965)¹ y lo que denomino en este trabajo su técnica modificada (publicada en

1985).³⁷ En la primera se efectúa esfinterotomía con bisturí. En la segunda no se lleva a cabo una esfinterotomía sino que se coloca un sedal de caucho que se aprieta gradualmente por etapas, lográndose en esta forma el mismo objetivo, evitando la temible secuela de la incontinencia. Hay que aclarar sin embargo, que este recurso del sedal elástico ya lo había diseñado dicho autor para aplicarse en los casos de absceso anal anterior profundo en la mujer desde la invención de su técnica "clásica" sobre la base de que a ese nivel no existe la abrazadera del puborrectal y por tal motivo una esfinterotomía realizada en ese terreno llevaría secuela de incontinencia.¹⁰

TECNICA CLASICA DE HANLEY^{1, 11}: 1965

La técnica original de Hanley, que denomino "clásica" en este trabajo se lleva a cabo en la forma siguiente: una vez introducido el espejo rectal se localiza el orificio primario. Por ahí se introduce una sonda acanalada (si es muy pequeño puede utilizarse un estilote maleable con mucha delicadeza). La sonda que recomiendo para tal efecto es la de Lockhart-Mummery, que está provista de un estilote romo maleable. Aunque casi no se menciona esto en la literatura, es necesario doblar la parte distal del estilote en ángulo recto para poder introducirlo en el orificio primario, y a través de este, en el trayecto que lo une con el absceso anal profundo posterior. Una vez alcanzado éste, se hace una incisión ánteroposterior justamente en la línea media a nivel del rafe anococcígeo, que se profundiza hasta alcanzar la cavidad del absceso, y a través de aquélla se exterioriza la punta de la

sonda acanalada. Después se inciden con bisturí todos los tejidos suprayacentes a la sonda (Figura 3). De esta forma, la incisión comprende los siguientes elementos anatómicos:

Las fibras subcutáneas del esfínter externo.

La parte distal del esfínter interno.

El fascículo superficial del esfínter externo.

No se alteran los medios de fijación del fascículo superficial en el cóccix porque la incisión de destechadura del absceso es en dirección ánteroposterior.

La técnica arriba descrita es aplicable tanto a hombres como a mujeres.

Tratándose de un absceso anal profundo anterior, la técnica es similar en el hombre; en la mujer no debe efectuarse este procedimiento porque llevaría consigo secuela de incontinencia.^{10,11} Por tal motivo Hanley diseñó una variante que es la siguiente:

TECNICA "CLASICA" DE HANLEY PARA ABSCESOS ANALES PROFUNDOS ANTERIORES EN LA MUJER:

Se introduce la sonda acanalada (recomiendo la de Lockhart Mummery) por la abertura primaria hasta la cavidad del absceso. (Figura 4).

A continuación se hace una pequeña incisión en el perineo anterior, por delante del esfínter externo subcutáneo sin incluirlo en el corte y por ahí se exterioriza la punta de la sonda a la que se le sujeta una pequeña banda de caucho (considero que puede utilizarse material cortado de un tubo de Penrose) con un hilo de seda.

Se hace regresar la sonda trayendo consigo atada la banda de caucho, la que se separa de la sonda y se le anudan sus extremos en forma laxa para que quede dispuesta en

forma de un sedal "flojo". Así queda hasta que haya cicatrizado la cavidad abscedal. Después se ajusta gradualmente a intervalos de tres semanas, tres o cuatro veces y *"esta maniobra secciona el esfínter progresivamente, con mínima separación, con lo que se obtienen buenos resultados funcionales"*¹¹. (Figura 5).

En caso de existir supuración isquiorrectal adyacente la sonda se dirige desde la cavidad del absceso anal profundo hasta el, o los abscesos isquiorrectal (es) y después se hace la contrabertura necesaria para drenarlos en la forma indicada en la sección precedente.

El paso de la sonda desde la cavidad del absceso anal profundo posterior o anterior, hacia las cavidades de los abscesos isquiorrectales se lleva a cabo con facilidad, dada la comunicación "amplia" que existe entre ellos.

Las cavidades abscedales tienen que ser legradas con una cucharilla para huesos o utilizando gasa seca. Se empaquetan laxamente con gasa fina, durante 48 horas.

La cicatrización de la cavidad abscedal anal profunda puede tomar doce semanas.¹¹ Esto quiere decir, que el proceso de curación en caso de colocarse un sedal puede tomar 12 semanas + 4 veces tres semanas = 24 semanas (o sea, unos 6 meses). Es necesario informarle a la paciente que una vez cicatrizada la cavidad del absceso quedará una fístula sencilla a nivel del sedal mientras éste se encuentre colocado, hasta su desprendimiento total al ocurrir la sección gradual total de los tejidos en él comprendidos.

Se intercala a continuación unas consideraciones que considero necesarias antes de exponer la técnica "modificada" de Hanley.

ABERTURA PRIMARIA: LOS ESCOLLOS

"a veces parece no existir ningún orificio interno, pero el cirujano debe mostrarse muy reacio a aceptar que ésto sea así.

J.C.Goligher⁵³, 1980.

La identificación de la abertura primaria y del trayecto transesfinteriano del absceso anal profundo son básicos para obtener el éxito terapéutico.

Según Goligher⁵⁴: *"por mucho que se haga...no se obtendrá una curación satisfactoria hasta que se haya tratado debidamente el trayecto fistuloso en el canal anal"*.

Shackelford y Zuidema⁴⁵ anotaban en 1982: *"no hay justificación para un intento agresivo para demostrar una abertura interna al tiempo del drenaje"*. Sin embargo luego agregaban: *"se guarda en mente la posibilidad del desarrollo de una fistula"*.

Goldberg y col⁵⁵, en 1986 hacen notar categóricamente: *"Es importante no pasar por alto dicha abertura porque si esto sucede, inevitablemente habrá recurrencia"*.

Según Rosen³ las aberturas primarias inadvertidas en la operación inicial conducen a recurrencias que van desde el 31.8 al 35.9 %. Ramanujam, citado por Rosen, informó un porcentaje de recidivas que va del 1.8 cuando se encontró la abertura primaria en la primera operación al 100 % cuando no pudo identificársela.

Sin embargo, la identificación y sondeo de dicha abertura primaria no siempre son fáciles. En ocasiones parecen ser imposibles. Al respecto Goligher⁶ reporta el éxito en solamente 17 % de los casos. Rosen³ en el 72 al 88 %, Vrzgula y col⁵⁶ en el 28 %. Hanley^{1,2,11,37} no reporta fracasos en este objetivo. Graf y Aeberhard³³ lo lograron en el 80.9 % de los casos, aunque se apoyaron en el ultrasonido diagnóstico preoperatorio.

Teniendo tal importancia este punto quirúrgico es imperativo valerse de todos los recursos posibles:

Según Nesselrod⁵⁷, la cripta afectada *"puede reconocerse gracias a que deja salir una o dos gotas de pus"*, aunque agrega que puede ocurrir que no haya ningún dato.

Hanley^{1,2,11,37} comunica que en algunos pacientes la abertura es grande, tanto así que permite al pus drenar al conducto anal; que en ocasiones puede identificarse por una gota de pus, pero que otras veces la cripta está cerrada por epitelización del defecto y entonces no es detectable.

Goligher³⁶ aconseja: *"ante cualquier depresión descubierta con el dedo se procederá a una exploración muy minuciosa por medio de una sonda. Esta maniobra requiere una gran delicadeza, ya que debido al estado edematoso de los tejidos en presencia de un absceso agudo es verdaderamente muy fácil provocar una falsa vía"*.

Rosen³ recomienda buscar una zona indurada o fruncida, o secreción purulenta.

Es pues, de primordial importancia la identificación de la abertura primaria y aunque los intentos estén plagados de fracasos el cirujano no debe abandonar este objetivo antes

de haber agotado al máximo los recursos, por los motivos antes anotados.

ESFINTEROTOMIA: EL ESPECTRO DE LA INCONTINENCIA

**"La complicación más temible
de la operación...es la incontinencia"
David A. Rothenberger¹⁰, 1991.**

La esfinterotomía, que según la técnica "clásica" de Hanley debe efectuarse (excepto en los casos ya anotados), no está exenta del riesgo de incontinencia, a pesar de los conceptos publicados por dicho autor en 1965 y en 1976.^{1, 2}

Según Goldberg y col⁵⁰ conforme más alto el nivel de la esfinterotomía el riesgo es mayor.

Goligher⁵⁰ reportó en 1980 que en 108 casos de esfinterotomía: tuvieron manchado frecuente el 24 %, el 16 % control imperfecto de los gases y el 12 % incontinencia ocasional. Esto significa que hubo alteración importante de la continencia en el 52 %. *"la incidencia de casos después de la operación por fistulas en herradura fue aproximadamente del 55 %"*.

Goldberg y col⁵⁰ citaron en 1986 una serie de Marks y Ritchie constituida por 793 pacientes en los que, después de una esfinterotomía ocurrió incontinencia en las siguientes formas: para evacuaciones (ligera): 17 %. Para gases: 25 %. Manchado: 31 %. En total hubo problemas de continencia en el 73 % de los casos.

García y col⁶⁰ reportaron en 1996 una serie de 375 pacientes operados de procesos anales fistulosos en los que efectuaron seguimiento de 29 meses. El 45 % se quejó de algún grado de incontinencia. Según estos autores la incontinencia se asoció con alguno de estos factores: sexo femenino, tipo de cirugía y cirugía anal previa.

Con las series previas contrasta la de Vrzgula y col⁵⁶, cirujanos del Hospital Universitario de Kosice (República Checa).

Consta de 28 pacientes operados de abscesos anales, de los que 14 fueron sometidos a esfinterotomía sin que ocurriera incontinencia. Según estos autores la garantía es un cirujano con conocimientos adecuados de la anatomía y cirugía del ano.

Chassin⁹ hizo las siguientes advertencias: *"La continencia fecal normal requiere entre otros elementos, de la presencia de un anillo funcional anorrectal...antes de dividir cualquier porción del esfínter externo...hay que tener la certeza de dejar la parte proximal de este esfínter intacta"....".si no más de la mitad de los músculos del esfínter externo...han sido divididos, la continencia fecal se preservará excepto en aquéllos pacientes que tenían un músculo esfinteriano débil antes de la operación⁴³..."* *"en ciertos ancianos con marcada debilidad de los músculos del esfínter, la división de aún la mitad de los esfínteres interno y externo interferirá con la continencia fecal normal".⁹*

Rothenberger y col¹⁰ en 1991 hicieron las siguientes observaciones:

1.-La incontinencia depende de la cantidad de músculo esfinteriano seccionado.

2.-El nivel más alto de la sección debe ser distal al anillo anorrectal (Nota:dicho anillo proctológicamente se considera constituido por el puborrectal y el fascículo profundo del esfínter externo. Es la parte más proximal del esfínter externo).^{9,11}

3.-Investigúese en el preoperatorio la continencia diurna y nocturna, en reposo, y con esfuerzos, para sólidos, líquidos, y gases.

4.-Los pacientes con intestino irritable o diarrea crónica no toleran sección alguna del esfínter sin que élla repercuta en la continencia.

5.-La falta de conocimiento sobre cirugía anal previa lleva el riesgo de producir incontinencia permanente.

Conviene recordar que en uno de cada cinco casos el trayecto entre la abertura primaria y la cavidad del absceso anal posterior profundo no cursa entre el fascículo superficial y el fascículo profundo del esfínter externo, sino que está situado entre el fascículo profundo y el puborrectal.² En esas condiciones la sección de los tejidos esfinterianos situados entre el bisturí y la sonda acanalada lleva consigo la sección del fascículo profundo con secuela de incontinencia total.

Posiblemente fue por tal motivo que Hanley modificó su técnica "original" en el sentido de suprimir la esfinterotomía y en lugar de élla efectuar la sección gradual del esfínter, por etapas, mediante el recurso de una ligadura (sedal) de caucho aplicada a todos los casos. Según entiendo, este método tiene dos propósitos:

1) Mediante un proceso de fibrosis por isquemia y cuerpo extraño destruye el territorio glandular enfermo, causante original del problema y así también ejerce los

mismos mecanismos sobre el trayecto entre la glándula y el absceso anal profunda obliterándolo definitivamente. En esta forma se previene la recurrencia o la aparición de fistula en herradura.

2) El procedimiento causa una fibrosis gradual que sostiene los cabos del esfínter en aposición, proporcionándoles una armadura mientras se lleva a cabo una esfinterotomía lenta en el curso de varias semanas. En esta forma se previene la incontinencia que pudiera ocurrir al seccionar abruptamente el mecanismo esfinteriano.

Al respecto, al presentar Hanley³⁷ su conferencia en calidad de presidente del 10º Congreso Bienal de la Sociedad Internacional de Cirujanos Universitarios efectuada en Estrasburgo en 1984 expuso lo siguiente: *"Después de 21 años, ahora creo que un procedimiento por etapas, incisión y drenaje, preservando todos los esfínteres del anorrecto posterior bajo debería dar mejores resultados que la técnica de fistulotomía "dejando abierto"*.

Previamente reconoció que los principios de dicha técnica se basan en los conceptos del trabajo presentado en 1873 por el Dr. Dittel, de Viena, utilizando un sedal de ligadura de caucho de la India para el tratamiento de la fistula anal.

Dicho tratamiento fue adoptado por William Allingham³⁷, eminente cirujano del St.Marks Hospital de Londres, quien presentó su experiencia personal al respecto ante la Sociedad Médica de Londres en 1874 sin lograr que sus colegas compartieran su entusiasmo.

Ahora, 110 años después resucitan formalmente los preceptos de Dittel a quien Hanley reconoce y honra

mercedamente. En ellos se basa la técnica de Hanley "modificada":

TECNICA DE HANLEY "MODIFICADA" (1984)³⁷

Los pasos que deben seguirse son los mismos de la técnica clásica, en lo que se refiere al sondeo de la abertura primaria y la apertura del absceso anal posterior profundo. Una vez hecho lo anterior se aspira el pus y a la punta del estilete de la sonda se le sujeta firmemente con hilo de seda, una banda de caucho (según las palabras de Hanley: "*una banda de caucho puro*") (considero que puede utilizarse material obtenido de un tubo de Penrose), que se hace pasar a través del camino recorrido por la sonda acanalada retirando ésta y trayendo en esa forma la banda de caucho sujeta a su punta. A continuación se corta la sujeción de la banda y sus dos extremos se unen firmemente con un hilo de seda dejando así la banda en forma de asa laxa que circunda la porción del esfínter distal a la abertura primaria. Esto lleva el nombre de sedal. A continuación se termina de aspirar el pus remanente, se legran las paredes de la cavidad abscedal con gasa o con una cucharilla para huesos y se empaican suavemente con gasa durante 48 horas. Una vez concluida la cicatrización del lóculo abscedal permanece un trayecto fistuloso a nivel del sedal. Entonces y no antes, éste se aprieta moderadamente a intervalos de 3 semanas, tres o cuatro veces. Según Hanley¹¹ "*esta maniobra secciona el esfínter progresivamente, con mínima separación, con lo que se obtienen buenos resultados funcionales*" (Figura 6).

En el caso de un absceso del espacio anal anterior profundo, en ambos sexos la técnica modificada es exactamente igual a la descrita para aplicarse en la mujer en la técnica clásica. Esto quiere decir que se elimina la esfinterotomía con bisturí en todos los casos y el manejo del sedal es el descrito en el párrafo previo.

Como se ha visto en la sección donde se describe la técnica clásica aplicable a los abscesos anteriores profundos en la mujer, el sedal permanecerá colocado unas 12 semanas más después de concluida la cicatrización, o sea, que el proceso curativo abarcará unos seis meses en total. Aunque la utilización del sedal prolongue en cierta forma las molestias del paciente pues va acompañada de una fístula secundaria mientras permanece colocado, considero que ésto se ve compensado con creces pues se previene la incontinencia que podría sobrevenir por la abrupta sección del mecanismo esfinteriano que se efectúa con la técnica clásica.

DERIVACION URINARIA Y FECAL

En los criterios referentes a las derivaciones urinaria y fecal ha existido total desacuerdo:

En 1973, Bevans y col²³ recomendaron instalar catéter urinario y efectuar colostomía derivativa en los casos con enfermedad avanzada manifestada por necrosis tisular extensa, fascitis necrosante y sepsis.

Hanley^{1,2,11,37} en sus trabajos no menciona estas derivaciones, a pesar de que en su serie de casos publicada

en 1976 existió uno con necrosis escrotal, lo que mostró la seriedad del proceso.

Rosen³ en 1994 no considera necesaria la colostomía. Aconseja no efectuarla.

Laucks¹⁵, también en 1994, tratándose de los casos más graves (gangrena de Fournier) exhibe gran elasticidad al respecto, a saber:

"diversos autores recomiendan colostomía de desviación en todos los pacientes.....o en la mayoría de ellos, sobre todo si el proceso se origina en la región anorrectal....otros, sólo de manera selectiva....si el paciente tiene trastornos de las defensas o si hay incontinencia....es opinión de algunos....que virtualmente nunca es necesaria....de modo semejante existen controversias sobre la necesidad de efectuar desviación urinaria. De hecho, todos los pacientes tienen una sonda de Foley colocada como parte de su tratamiento de líquidos. Algunos....recomiendan la derivación urinaria sistemática mediante sonda suprapúbica".

Kodner y col⁶¹ en 1995 anotan que *"quizá se requiera colostomía para disminuir la contaminación fecal".*

Considero que debe individualizarse el caso. Quizá se requiera efectuar colostomía en casos de incontinencia total y no llevar a cabo este procedimiento sistemáticamente dado que complica el manejo de estos pacientes y no está exenta de riesgos.⁶²

En lo referente a la derivación urinaria considero que la sonda de Foley es necesaria para el control de líquidos y por la presencia real o potencial de disuria refleja durante los primeros días del postoperatorio. Después ya no, puesto que en el hombre encamado no tiene por qué ocurrir escurrimiento

transmiccional al perineo. En la mujer sí ocurre pero no ocasiona problemas en las heridas porque están protegidas por empaques de gasa yodoformada que se cambia cada doce horas, si es que ha de adoptarse mi criterio de manejo expuesto en la sección de cuidados locales.

CUIDADOS LOCALES

"La atención postoperatoria de la herida puede ser tan importante como la misma intervención quirúrgica".
Stanley Goldberg⁵⁸, 1986

Ha existido notable controversia en lo concerniente a los cuidados que requieren las cavidades residuales después de drenar una colección supurada perianorrectal.

Nesselrod⁴⁴ en 1965 recomendaba el empacamiento con gasa yodoformada durante dos días. Posteriormente, la irrigación de las cavidades abscedales.

Bevans y col²³ en 1973 hacían alusión al recurso de gasas yodoformadas o con neomicina, sin precisar su lapso de aplicación.

Hanley y col² en 1976, recomendaban el empacamiento con gasa fina durante 48 horas, después los sediluvios calientes.

Goligher⁶³ en 1980 indicaba el empacamiento con gasas humedecidas con hipoclorito de Sodio, retirándolas en el tercer día del postoperatorio y cambiándolas posteriormente dos veces al día. Sin embargo, anotaba: "*si la herida es de gran tamaño esto puede ser un procedimiento*

muy molesto, ya que la gasa suele adherirse firmemente a las superficies cruentas y no se desprende fácilmente, ni siquiera con peróxido...en general tienen que transcurrir varios días antes de que los operados....con heridas realmente grandes puedan tomar baños".⁶⁴

Shackelford y Zuidema⁴⁵ en 1982 desaconsejaban el empaque con gasas. Indicaban solamente un apósito y aplicaban sediluvios calientes desde el día siguiente a la intervención. Exclusivamente en casos de absceso pelvirrectal colocaban drenajes en cigarrillo, tantos como fueran necesarios, aflojándolos en el segundo día del postoperatorio y acortándolos después diariamente hasta su remoción el sexto día.⁶⁵

Chassin³³ en 1984 solamente recomendaba el empacamiento en casos de absceso supraelevador.

Goldberg y col⁶⁶ en 1986 se inclinaban por el uso de apósitos impregnados con hipoclorito de Sodio y sediluvios tibios. Así también aconsejaban la desbridación repetida del tejido necrótico "*sin titubeos*".⁶⁰

Rothenberg y col¹⁰ en 1991 desaconsejaron el empacamiento aduciendo que retrasaba el drenaje y producía dolor: "*el empaque profundo de las heridas perianales es doloroso y casi siempre difícil*". Aconsejaron prevenir que las heridas más profundas cicatrizaran antes que las superficiales.

Rosen³ en 1994 preconizó la utilización de tubos de Penrose. Asimismo advirtió sobre el riesgo de la cicatrización prematura que pudiera producir cierre de los trayectos más superficiales, favoreciendo sacos de infección.

A continuación me permito exponer mi criterio personal al respecto de este asunto:

1) Efectuar curaciones cada 12 horas. Posteriormente, conforme disminuya el exudado, una vez al día.

2) Efectuar desbridación del tejido necrótico en cada ocasión.

3) Durante las primeras curaciones puede utilizarse el recurso de la analgesia mediante el catéter epidural, si es que se encuentra colocado. En ocasiones posteriores no es preciso utilizar anestesia. Puede recurrirse a la analgesia con un fármaco adecuado como el clorhidrato de Tramadol, por vía oral, administrándolo media a una hora antes del procedimiento. La dosis usual es de 50 mg. Considero suficiente utilizar la mitad o la cuarta parte. Puede producir somnolencia o hipotensión ortostática. No debe utilizarse en pacientes con disrritmia cerebral porque puede precipitar convulsiones. Sin embargo, manejado adecuadamente produce excelente efecto.

4) Recomiendo decididamente el empacamiento laxo con gasa yodoformada en todas las cavidades abscedales.

Me permitiré exponer una secuencia en el procedimiento de las curaciones, que he utilizado con buenos resultados:

a) Aseo con gasa impregnada en solución de Cloruro de Benzalconio al 1:1000, después con gasa mojada con agua hervida. Secar.

b) Retirar taponamientos de gasa.

c) Cambiar los guantes.

d) Desbridar tejido necrótico en caso necesario.

e) Explorar digitalmente las cavidades abscedales (cuando ya no admitan el dedo puede usarse una pinza de punta roma). En las extensiones abscedales que se dirigen hacia el ápice de la fosa isquiorrectal asegurarse de que la cicatrización ocurra de arriba hacia abajo. Goldberg y col⁵⁰ aconsejan efectuar este examen bajo anestesia el 7º al 10º día del postoperatorio, mi punto de vista es de que conviene hacerlo diariamente. Esto, para prevenir la formación de sacos de pus.

f) Limpieza suave de las cavidades abscedales con gasa seca.

g) Colocación de mechas de gasa yodoformada, laxamente, ocupando todas las cavidades.

h) Protección de la piel contra las heces fecales o vapores de yodoformo con alguna crema. He utilizado con buenos resultados un preparado de extracto acuoso de *Triticum vulgare* y 2-fenoxietanol.

i) Colocación de una gasa seca en el surco glúteo-perineal. No requiere fijación.

La utilización de la gasa yodoformada tiene las siguientes ventajas:

1) No se requiere movilizar al paciente. Por lo general estos enfermos están muy débiles, algunas veces francamente graves. Les causa muchas molestias la movilización. Están "sujetos" a la cama por líneas de venoclisis, en ocasiones con varios frascos (alimentación parenteral), así como por la sonda de Foley en caso necesario. En estas condiciones los sediluvios son inaplicables.

2) El empacamiento con gasa yodoformada impide que las cavidades abscedales sean "batidas" por las heces fecales y con éello se contaminen masivamente. He observado que las heces no permean los taponamientos. Solamente contaminan su parte superficial.

3) El Yodoformo tiene poderosa acción antiséptica.

4) La gasa yodoformada absorbe los exudados. Elimina la posibilidad de que haya espacios muertos o "lagos" de pus. Sin embargo, conserva un grado de humedad adecuado dentro de las cavidades por éella ocupadas.

5) Mediante su acción rubefaciente promueve la vasodilatación, mejorandose así el exiguo aporte sanguíneo del tejido celular infectado y promoviendo la formación de tejido de granulación "sano". Como consecuencia, se acorta el período de cicatrización.

6) No se adhiere a las paredes de las cavidades abscedales (inconveniente que sí tiene el taponamiento con Hipoclorito de Sodio).⁶³ Posiblemente éello sea debido a su contenido de aceite de ricino.

7) Elimina el molesto olor a putrefacción en los casos de celulitis necrosante.

La gasa yodoformada desapareció del mercado farmacéutico en nuestro país desde hace varios años. Por éello, cuando es precisa su utilización solicito a la farmacia la preparación galénica del elixir de Yodoformo y la agrego muy lentamente en varios pasos a un frasco con gasas esterilizadas, tapándolo y agitándolo enérgicamente en cada ocasión, hasta que las gasas adquieren un color amarillo pálido. No conviene impregnarlas excesivamente. Deben quedar ligeramente húmedas. Una vez preparadas, es

necesario protegerlas de la luz y conservar el frasco herméticamente cerrado para prevenir la evaporación del fármaco.

La fórmula galénica del elixir yodoformado, según la Farmacopea Mexicana publicada en 1904⁶⁶ es la siguiente:

Para mil gasas:

Polvo de Yodoformo: 110 g

Eter: 1350 mL

Alcohol puro: 396 mL

Aceite de Ricino: 4 mL

No es conveniente preparar gasas en demasía. Puede solicitarse a la farmacia una cantidad mucho menor utilizando partes alícuotas de la fórmula original.

Recomendaciones:

1) Evitar el uso de gasas yodoformadas en pacientes alérgicos al Yodo.

2) Considerar la posibilidad de que sobrevenga yodismo si el empacamiento es abundante o las gasas contienen exceso de yodoformo. Cada 100 mg de gasa yodoformada pueden contener por lo menos 4.8 mg de Yodo.⁶⁷ Las manifestaciones clínicas de yodismo según Farnwell y Braverman⁶⁷ se encuentran enumeradas en el cuadro 2.

3) Las aberturas cutáneas de las cavidades isquiorrectales cicatrizan más rápidamente que dichas cavidades. En caso necesario habrá que ampliarlas para prevenir sacos residuales de pus. Esto puede realizarse con anestesia local.

4) El lóculo abscedal anal profundo cicatriza con más rapidez que los isquiorrectales. Debe impedirse su

cicatrización en falso recorriéndolo diariamente con el dedo al efectuar las curaciones.

5) Informar al paciente que la cicatrización completa en abscesos extensos requiere más de 3 meses.¹⁰ Según Hanley y col², de 5 a 12 semanas.

COMPLICACIONES

Las complicaciones se encuentran enumeradas en el cuadro número 3. Es notable que su mayoría son iatrogénicas o son causadas por omisión médica.

La hemorragia trans o postoperatoria puede ocurrir por deficiencia de la hemostasis quirúrgica o por diátesis hemorrágica. Es necesario anticipar esta eventualidad que puede ocurrir en terrenos tales como cirrosis hepática, leucemia, tratamiento anticoagulante, o tratamiento con antiinflamatorios no esteroides.

Goldberg y col¹⁰ contraindican la desbridación "amplia" en pacientes con leucemia aguda, por el riesgo de que ocurra hemorragia funesta. Aconsejan por élllo efectuar una incisión mínima en estos pacientes.

La incontinencia fecal temporal durante unos 7 días es frecuente.¹⁰ Es causada por la manipulación quirúrgica anal. Debe evitarse la utilización de espejos rectales quirúrgicos demasiado anchos para determinados pacientes y en ningún caso forzar su colocación.¹⁰ La incontinencia consecutiva a esfinterotomía ha sido comentada en otra sección.

La trombosis hemorroidal puede ser secundaria al traumatismo operatorio. En caso de trombosis solitaria conviene efectuar la escisión o evacuación quirúrgica de la hemorroide utilizando anestesia local.

La retención urinaria no ocurre en el postoperatorio temprano porque está colocada una sonda de Foley. Más tarde puede ocurrir disuria refleja, especialmente en sujetos con uropatía obstructiva baja crónica. En algunas circunstancias puede ser el reflejo de recurrencia abscedal o de un absceso supraelevador.

La estenosis cicatrizal se previene efectuando dilatación anal periódicamente en el postoperatorio. Sin embargo no es frecuente.

El prolapso hemorroidal puede ocurrir después de la esfinterotomía en pacientes con hemorroides voluminosas como ha sido comentado previamente. Podría ser conjurada utilizando la técnica modificada en lugar de la clásica de Hanley.

La cicatrización en falso es previsible. De ocurrir, conducirá a una recidiva abscedal o a la formación de una fístula compleja depauperante.

Las bolsas o lagos de pus ocurren por atrapamiento de exudados cuando hay cicatrización en falso. Es necesario prevenirlas recorriendo diariamente con el dedo las cavidades post-anal e isquiorrectales. Cuando estas últimas se transformen en trayectos tubulares puede usarse para éllo una pinza de punta roma.

El impacto fecal se previene administrando desde el postoperatorio temprano ablandadores de heces (fibra y

petrolato) y en caso necesario procinéticos (cisaprida). Debe evitarse la diarrea iatrogénica.

El retraso en la cicatrización ocurre en pacientes diabéticos o con carencias nutricionales. Es indispensable controlar la diabetes en forma estricta y en caso necesario suministrar soporte nutricional (alimentación enteral per-os o alimentación parenteral total).

La necrosis perineal en pacientes con leucemia aguda se previene evitando en esos casos la cirugía formal.⁴⁹

La nula cicatrización anoperineal en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (infección por VIH) puede prevenirse evitando la esfinterotomía en este terreno y colocando un sedal que actúe como drenaje a largo plazo.¹⁰

El linfedema cutáneo residual pre-anal no aparece reportado en la literatura revisada. Considero que puede ocurrir después de supuración severa especialmente de tipo necrosante. Se observa en una fotografía, en el caso de una mujer, en un trabajo de Rosen³. Así también lo hubo en el caso clínico que se presenta en este trabajo. En esta paciente fue resuelto resecaando el mamelón linfadenomatoso en forma electiva con anestesia local, dejando la herida abierta para cicatrizar por segunda intención, con buen resultado.

La recurrencia merece un comentario especial: es una complicación muy seria, producto del abandono o la atención deficiente de estos casos, que se manifiesta como reaparición del proceso supurativo o como una fístula "compleja".

Al respecto, considero fundamental recordar las palabras de Goldberg y col⁶⁰: *"La causa más común de recurrencia...es no lograr identificar y por ende, no tratar, el orificio interno primario. El resultado es que no se elimina la*

glándula anal causante de la infección en el espacio interesfintérico. El no descubrir y tratar las extensiones laterales o superiores también puede ocasionar recurrencia".

Según Rosen³, cuando el absceso está confinado al espacio postanal profundo puede ocurrir recidiva en el 8 %. En los casos que se resuelven con sedal, en el 18 %, y cuando está extendido a uno o ambos espacios isquiorrectales, en el 28 %.

Los factores pueden ser: a) Abertura primaria no identificada (recidiva del 31.8 al 100 %)(cuando se logra identificarla el porcentaje desciende al 1.8 %). b) Cierre prematuro (cicatrización en falso): 16.7 % de los casos. c) Cuidados inadecuados de la herida: 18 % de los casos. d) Diagnóstico incorrecto (absceso en herradura inadvertido). e) Lesión iatrogénica. f) Enfermedad de Crohn oculta.³

Estas fistulas característicamente son arborescentes. Están constituidas por un "delta" de múltiples túneles fistulosos subcutáneos o profundos que convergen a un solo trayecto que proviene de una sola abertura primaria situada en la mayor parte de los casos a nivel de la comisura anal posterior, al nivel de la cripta glandular enferma, en la línea media o muy cerca de ella. Según Hanley y col² el trayecto fistuloso primario y su bifurcación cuyas ramas se dirigen hacia las fosas isquiorrectales puede ser fácilmente palpado por ser de consistencia dura, fibrosa. Cada rama de esta "T" está situada entre el elevador y el fascículo superficial del esfínter externo que corresponde al sitio por donde el absceso anal profundo se extendió hacia la fosa isquiorrectal correspondiente. De cada rama surge la arborización de túneles fistulosos "ciegos" (terminados en fondo de saco) o

que desembocan a nivel de la piel (aberturas secundarias) que siguen el mismo patrón topográfico que tuvo el proceso supurativo agudo.

Dichos trayectos son de manejo difícil. Persisten a lo largo de muchos años ("Interminables"¹⁸). Son tributarios de repetidas sesiones quirúrgicas para desbridar los abscesos que a nivel de ellos se forman y conducen a la depauperación progresiva física y moral del paciente cuya vida social y sexual limitan gravemente. Para ilustrar esto me permito transcribir algunas palabras de Hanley³⁷ en su Conferencia Magistral de Estrasburgo en 1984: *"Esta paciente había acudido periódicamente para drenaje de nuevos abscesos durante un lapso de 18 años. Ella estaba totalmente incapacitada. Tenía numerosas aberturas secundarias conectadas con ramas de trayectos, sobre ambas asentaderas, perineo, labios, pared abdominal y los dos tercios superiores de las caras mediales de los muslos. Ella regresaba al hospital solamente cuando un trayecto se rompía para formar un nuevo, doloroso absceso...El pobre estado nutricional de la paciente requirió rehabilitación antes de que fueran posibles procedimientos por etapas..."*.

En 1976 Hanley y col² reportaron una serie de 41 casos (30 hombres, 11 mujeres) operados de fistulas en herradura. De estos, 16 habían tenido cirugía previa por la misma patología: ocho, una vez; y los otros ocho, de dos a diez veces.

Uno de los once casos mortales de la serie de Marks y col²⁴ constituida por pacientes con supuración perianorrectal fue una mujer de 65 años, diabética,

desnutrida, que había padecido una fistula compleja en herradura ¡ durante 22 años !.

Antes de Hanley, el tratamiento de las fistulas en herradura se basaba en los principios establecidos por John Arderne en 1376, vigentes durante casi 600 años, que consisten en efectuar fistulotomía de todos los trayectos desde sus aberturas secundarias hasta llegar a la abertura primaria y asimismo seccionarla.⁹⁹ Este procedimiento que considero bárbaro, adoptado en forma generalizada, al parecer por no haber existido otra opción, lleva implícita la mutilante sección transversal del rafe anococcigeo incluyendo obviamente las fibras del fascículo superficial del esfínter externo en su trayecto entre el ano y el cóccix, con lo que el ano queda desplazado hacia delante. En 1965 fue publicada la técnica original de Hanley utilizada por él desde dos años antes para resolver las fistulas en herradura.¹ Con este procedimiento basado en sólidos principios anatómicos, etiopatogénicos, y funcionales, se efectúa el destechamiento del espacio de Courtney, una esfinterotomía distal a la abertura primaria, resección del trayecto fibroso en "T" de la fistula primaria, se hacen ojales de unos 2-3 cm de piel a nivel de las aberturas secundarias, y se enuclean o legran los trayectos fistulosos sin efectuar fistulotomía de los mismos, obteniéndose excelentes resultados definitivos.¹¹ Hemos de agradecer a Hanley su trascendental aportación para dar fin a una patología tan mortificante.

CASO CLINICO

Paciente femenina de 83 años, que ingresó de urgencia al sanatorio Fátima de Córdoba, Ver., el 2 de Abril de 1997, con historia de dolor anal y perineal progresivos de cinco días de evolución. El día del ingreso su hermana detectó lo que llamó "una ampolla verdusca" en el perineo.

Antecedentes de importancia: viudez ocurrida cuatro años antes; consecuentemente ocurrió depresión reactiva e involutiva crónica acompañada de anorexia persistente y desnutrición progresiva, astenia severa y pobreza en la comunicación verbal. Reumatismo articular degenerativo crónico con limitación progresiva de la locomoción. Fisura anal crónica.

La exploración física reveló una paciente senil con depresión del nivel de conciencia, no cooperadora, emaciada, pálida. Pulso con bigeminismo esporádico. Temperatura axilar 39 °C, presión arterial 110/60 mm Hg, pulso 112/ min, que después de la administración de 750 mg de dipirona descendieron respectivamente a 35.8 °C, 80/50 mmHg, y 80/min respectivamente. Tumefacción eritematosa bilateral, muy dolorosa, en el perineo posterior, predominante en el lado derecho a cuyo nivel había una escara cutánea de 4 x 3 cm de eje mayor ánteroposterior, oscura, de color gris-verdusco. En las áreas afectadas se percibía crepitación. No presentaba adenopatía inguinal.

Los análisis clínicos mostraron una hemoglobina de 9.5 g/dL, hematócrito: 33 %, concentración media de hemoglobina globular: 29 %, leucocitos: 15,000/mm³, con 81 %

de segmentados; glucemia: 4.8 mmol/L, urea: 18 mmol/L, creatinina sérica: 247 μ mol/L, ácido úrico: 404.5 μ mol/L, colesterol total: 3.1 mmol/L, protrombina: actividad de 86.2 %. La valoración cardiológica reveló la presencia de cardiopatía aterosclerosa.

Poco tiempo después de su ingreso se deprimió más su nivel de conciencia, y presentó hipotermia de 35.5 °C, con diaforesis fría, e hipotensión arterial de 80/40 mm Hg. Se instaló una sonda de Foley que drenó 25 mL.

Con base en estos datos, los diagnósticos fueron: absceso anal en herradura con celulitis necrosante, estado de choque séptico, cardiopatía aterosclerosa, depresión, desnutrición severa, y reumatismo articular degenerativo

Desde su ingreso se emprendió tratamiento enérgico con soluciones cristaloides, dextran 70, hidrocortisona intravenosa, administración de un paquete de glóbulos rojos, nitroglicerina en parche cutáneo, ceftazidima, metronidazol, y ranitidina por vía intravenosa, con la finalidad de cubrirla con antibióticos y lograr lo antes posible su estabilización hemodinámica para efectuar cirugía de urgencia, sin poder obtener este objetivo. La diuresis horaria fluctuó entre 12 y 37 mL, persistió la hipotermia (35.5 °C), y el ascenso máximo de la presión arterial fue de 90/60 mm Hg. En tales condiciones, a las 18 horas de su ingreso se decidió como medida heroica desintoxicar a la paciente mediante un drenaje parcial, por lo que, en su cama, sin emplear anestesia puesto que se intervino en un área necrótica y por tal razón insensible, se efectuó a nivel de la zona de piel esfacelada una incisión en cruz y resección de los cuatro colgajos así formados. Durante el procedimiento salió por la abertura bastante gas a

presión, de olor pútrido, así como exudado con el mismo olor, de color café negruzco. Fue notoria la presencia de tejido celular subcutáneo necrosado, de color café grisáceo. Como resultado del procedimiento ocurrió disminución de la tumefacción en ambos lados del ano, habiéndose así drenado parcialmente las tres cavidades abscedales comunicantes.

Durante las siguientes horas ocurrió mejoría hemodinámica gradual hasta la estabilización, con aumento de la diuresis horaria hasta 70 mL, ascenso de la presión arterial hasta 110/70 mm Hg, y de la temperatura axilar hasta 36.8 °C. La frecuencia del pulso subió desde 60 hasta 80/min. En ningún momento hubo taquicardia durante el estado de choque.

Ya estabilizadas las condiciones de la paciente, después de transcurridas 26 horas desde el drenaje paliativo, se le sometió a cirugía formal bajo anestesia peridural (en este medio los anestesiólogos se muestran reacios a utilizar el bloqueo caudal), procediéndose a efectuar drenaje del absceso anal posterior profundo y de sus extensiones isquiorrectales con la técnica clásica de Hanley, y escisión biopsia de la fisura anal anterior crónica (cuyo estudio histopatológico descartó malignidad).

Los hallazgos quirúrgicos fueron: abertura primaria en la línea media posterior, como de unos 3 mm de diámetro de color amarillo grisáceo. Absceso anal posterior profundo de 4 por 3 cm, Absceso isquiorrectal bilateral de predominio derecho, con celulitis necrosante (tejido celular subcutáneo necrosado de color café grisáceo oscuro, con olor putrefacto, friable, de consistencia fibrogelatinosa. La rama isquiorrectal derecha presentaba una amplia extensión en sentido proximal

hacia el ápice de la fosa sin llegar a interesar el elevador del ano (figura 7) así como una extensión hacia la base del labio mayor en la cual no se efectuó incisión al haberse permitido su drenaje adecuado por la abertura isquiorrectal. La rama isquiorrectal izquierda, angosta, de mucho menores dimensiones que su homóloga (figura 8) tenía un área fluctuante en el extremo posterior del labio mayor, que se desbridó mediante incisión en cruz con resección de los colgajos.

Además se realizó la resección del tejido celular gangrenado de la fosa isquiorrectal derecha en forma parcial, ya que su resección completa posiblemente hubiera llevado consigo el vaciamiento total. De tal forma se optó por la resección del tejido necrótico por etapas, en cada curación. Se hizo legrado de las paredes abscedales con gasa seca y se colocó empacamiento con gasas impregnadas con Yodopovidona.

Al término del procedimiento quirúrgico la presión arterial fue de 120/70 mm Hg y la diuresis de 200 mL.

Una vez obtenida una diuresis adecuada se inició la administración de antibióticos a dosis plenas, cambiando los esquemas para prevenir efectos indeseables (Figura 9). Se continuó administrando Ranitidina (50 mg cada 12 horas) durante la estancia hospitalaria.

El día en que se sometió a la paciente a cirugía "formal" ocurrió hiperkalemia (Potasio: 6.9 mmol/L) con cifra de creatinina sérica de 327.0 μ mol/L, situación que fue controlada administrando solución de dextrosa al 10 % con bicarbonato de Sodio, gluconato de Calcio, e insulina cristalina con lo que esas cifras disminuyeron

progresivamente de tal forma que, cuarenta y ocho horas después se reportó Potasio sérico de 4.89 mmol/L y creatinina sérica de 175 μ mol/L, y a las 72 horas: Potasio sérico de 4.5 mmol/L y creatinina sérica de 126.4 μ mol/L (al 10° día de postoperatorio las cifras respectivas fueron: 4.37 mmol/L y 48.6 μ mol/L).

En el 4° día de postoperatorio surgieron lesiones de Herpes Zoster en las regiones sacra y glútea derecha, que se curaron con aciclovir por vía oral y tópica.

El 4° día asimismo se inició un programa de nutrición parenteral y enteral que se prolongó durante el resto de la estancia hospitalaria. La segunda, también en su domicilio.

Se efectuaron curaciones cada 12 horas. La aplicación de taponamiento con gasa humedecida con Yodopovidona no dio buen resultado: persistió exudado pútrido muy viscoso, por lo que en el 5° día de postoperatorio se inició el programa de curaciones detallado en la sección de Cuidados Locales, utilizando empacamiento laxo con mechas de gasa yodoformada, con excelente resultado: desaparición rápida del tejido necrótico, evidente desde el siguiente día, así como del olor pútrido que despedía la paciente y que se esparcía por toda la habitación. Disminuyó el exudado purulento y surgió tejido de granulación "sano" en las que parecían ser totalmente áreas necróticas (Figura 10).

Durante los tres primeros días del postoperatorio las curaciones se efectuaron bajo analgesia epidural (catéter permanente). Posteriormente se administró el Clorhidrato de Tramadol (gotas): 12 mg antes de cada curación, disminuyendo después gradualmente la dosis hasta suspenderlo en la 5ª semana.

El programa de curaciones continuó en la misma forma el resto de su estancia hospitalaria y después en forma intradomiciliaria, cada 12 horas hasta el 34° día y después cada 24 horas hasta la cicatrización total que ocurrió el 77° día del postoperatorio (11 semanas). En el sitio donde se resecó tejido necrótico de la fosa isquiorrectal derecha quedó una pequeña oquedad cicatrizal.

En el curso del proceso patológico se formó un delgado trayecto necrótico en la piel preanal uniendo ambos abscesos isquiorrectales y por detrás de éste, un mamelón linfadenomatoso que fue resecado con anestesia local en la 12ª semana del postoperatorio. La herida cicatrizó por segunda intención en forma satisfactoria. El estudio histopatológico corroboró linfaedema.

La fiebre desapareció por crisis el 7° día de postoperatorio.

La sonda de Foley permaneció hasta el 16° día con relevo el 10°.

La paciente estuvo postrada en la cama, sumamente débil y negativista hasta el 13° día del postoperatorio, cuando aceptó levantarse a caminar.

En el 10° día de postoperatorio la albúmina sérica era de 11.4 g/L. Hacia el 40° día había ascendido a 25.0 g/L.

La depresión fue tratada con S-adenosil-metionina en forma de comprimidos a partir del 4° día del postoperatorio, con dosis de 600 mg por día, disminuyendo a 400 mg en la 4ª semana, dosis que se mantuvo ocho semanas más, con buen resultado (mejoría del estado anímico, mayor cooperación, mejor interrelación con el medio, y reintegración a una actividad normal para su edad).

La estancia hospitalaria fue de 20 días.

La valoración de la función esfinteriana a las 15 semanas mostró: Manchado de la ropa:negativo.- Tono esfinteriano disminuído.- Incontinencia parcial a los gases y heces líquidas.

DISCUSION

El caso clínico presentado tuvo las características de un absceso anal en herradura necrosante cuya presencia se vió favorecida por la virulencia de los microorganismos, el terreno comórbido depauperante y la dilación entre el comienzo de los síntomas y la atención médica correspondiente.

El absceso en herradura es previsible si se procede al drenaje oportuno de sus fuentes: el absceso interesfinteriano o el absceso anal profundo antes de que se disemine a los espacios isquiorrectales.

La pre-desbridación desintoxicante "heroica" realizada en terreno necrótico y por tal razón insensible, dió excelente resultado en el aspecto de que, con tal recurso la paciente emergió del estado de choque y fue posible en tal forma proceder a la cirugía formal del absceso.

En este caso ocurrió hiperkalemia post-desbridación que hipotéticamente es secundaria a la manipulación del tejido necrótico infectado y por ende a la liberación de toxinas que tienen efecto lesivo sobre el parénquima renal conduciendo por tal mecanismo a una insuficiencia renal aguda transitoria.

La estancia hospitalaria fue de 20 días.

La valoración de la función esfinteriana a las 15 semanas mostró: Manchado de la ropa:negativo.- Tono esfinteriano disminuído.- Incontinencia parcial a los gases y heces líquidas.

DISCUSION

El caso clínico presentado tuvo las características de un absceso anal en herradura necrosante cuya presencia se vió favorecida por la virulencia de los microorganismos, el terreno comórbido depauperante y la dilación entre el comienzo de los síntomas y la atención médica correspondiente.

El absceso en herradura es previsible si se procede al drenaje oportuno de sus fuentes: el absceso interesfinteriano o el absceso anal profundo antes de que se disemine a los espacios isquiorrectales.

La pre-desbridación desintoxicante "heroica" realizada en terreno necrótico y por tal razón insensible, dió excelente resultado en el aspecto de que, con tal recurso la paciente emergió del estado de choque y fue posible en tal forma proceder a la cirugía formal del absceso.

En este caso ocurrió hiperkalemia post-desbridación que hipotéticamente es secundaria a la manipulación del tejido necrótico infectado y por ende a la liberación de toxinas que tienen efecto lesivo sobre el parénquima renal conduciendo por tal mecanismo a una insuficiencia renal aguda transitoria.

La desbridación del tejido celular isquiorrectal necrótico efectuada en forma "económica" por etapas, la aplicación de mechas de gasa yodoformada en las cavidades abscedales, y la utilización de antibióticos con cobertura adecuada, dieron buen resultado para la resolución del proceso sin tener que proceder a un sacrificio excesivo del tejido graso de las fosas isquiorrectales.

La aplicación de la gasa yodoformada tiene múltiples ventajas, entre ellas, que no se adhiere a las superficies cruentas, lo que sí ocurre con las gasas embebidas en hipoclorito de Sodio, así como su poder antiséptico y desodorante.

La abstención de efectuar una colostomía temporal no ocasionó morbilidad alguna, lo que apoya el postulado de que dicho procedimiento no es necesario -salvo en casos muy seleccionados- para un manejo adecuado.

La esfinterotomía realizada con la técnica "clásica" de Hanley no dio resultados enteramente satisfactorios, pues se llevó a cabo en un terreno proclive "per se" a la incontinencia (hipotonía esfinteriana y senilidad). Posiblemente la desbridación y drenaje del absceso anal profundo, sin esfinterotomía, con la aplicación de un sedal de caucho, según la técnica de Hanley "modificada" hubiera sido una mejor alternativa en cuanto a prevenir deficiencias de la continencia, como fue reconocido por Hanley³⁴ en 1984.

AGRADECIMIENTOS

Al Sr. Dr. Roberto Blanco Benavides, asesor de esta tesis.

A la Sra. Lic. Marisela Romero Sánchez por sus aportaciones bibliográficas y sus valiosas orientaciones, que fueron de primordial importancia para la edición de esta tesis.

A la Unidad Departamental de Servicios Escolares de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.

A las autoridades académicas del Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda G. del Centro Médico "Siglo XXI" del Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F.

Al Sr. Dr. Alfredo Rodríguez Magallán por su apoyo moral.

Al Sr. Dr. Jesús Gómez Gallardo por haberme prestado generosamente varios de sus libros.

REFERENCIAS

1. Hanley PH. Conservative surgical correction of horseshoe abscess and fistula. *Dis Colon Rectum* 1965; 8 : 364-368.
2. Hanley PH, Ray JE, Pennington EE, Grablowsky OM. Fistula- in-ano: a ten year follow up study of horseshoe-abscess fistula-in-ano. *Dis Colon Rectum* 1976; 19: 507-515.
3. Rosen L. Absceso fistuloso anorrectal. *Clinicas Quirúrgicas de Norteamérica* 1994; 6: 1353-1367.
4. Goldberg S, Gordon P, Nivatvongs S. Fundamentos de cirugía anorrectal. México: Editorial Limusa, 1986: 31.
5. Goldberg S, Gordon P, Nivatvongs S. Fundamentos de cirugía anorrectal. México: Editorial Limusa, 1986: 141.
6. Goligher JC. Cirugía del ano, recto, y colon. Barcelona: Salvat Editores, 1980: 161.
7. Shackelford RT, Zuidema G. Surgery of the alimentary tract. Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1982: vol 3: 484.
8. Nesselrod JP. Proctología clínica. 3a. ed. México: Editorial Interamericana, 1965: 65.
9. Chassin JL. Operative strategy in general surgery. New York: Springer Verlag, 1984: vol 2: 448.
10. Rothenberger D, Wexner S. Abscesos y fistulas del ano. En: Dent T, ed. *Tips en cirugía*. México: Nueva Editorial Interamericana, 1991: 515-539.
11. Hanley PH. Absceso y fistula anorrectales. *Clinicas Quirúrgicas de Norteamérica* 1978; 58: 487-503.

12. Testut L, Jacob O. Tratado de anatomía topográfica. 8a ed. Barcelona: Salvat Editores, 1956: vol 2: 613.
13. Goldberg S, Gordon P, Nivatvongs S. Fundamentos de cirugía anorrectal. México: Editorial Limusa, 1986: 31, 32.
14. Chassin JL. Operative strategy in general surgery. New York: Springer Verlag, 1984: vol 2: 460.
15. Laucks SSII. Gangrena de fournier. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica 1994; 6: 1397-1409.
16. Kasper DL, Zaleznik DF. Gangrena gaseosa y otras infecciones por clostridios. En: Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL, ed. Harrison principios de medicina interna. 13ª ed. Madrid: MC Graw-Hill-Interamericana de España, 1994: vol 1: 742-747.
17. Testut L, Jacob O. Tratado de anatomía topográfica. 8a ed. Barcelona: Salvat Editores, 1956: vol 2: 578.
18. Testut L, Jacob O. Tratado de anatomía topográfica. 8a ed. Barcelona: Salvat Editores, 1956: vol 2: 607.
19. Spirnak P. Fractura de pelvis y lesión traumática de las vías urinarias inferiores. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica 1988; 5: 1145-1158.
20. Testut L, Jacob O. Tratado de anatomía topográfica. 8a ed. Barcelona: Salvat Editores, 1956: vol 2: 472.
21. Testut L, Jacob O. Tratado de anatomía topográfica. 8a ed. Barcelona: Salvat Editores, 1956: vol 2: 611.
22. Testut L, Jacob O. Tratado de anatomía topográfica. 8a ed. Barcelona: Salvat Editores, 1956: vol 2: 371.

23. Bevens DW, Westbrook KC, Thompson BW, Caldwell FT. Perirectal abscess, a potential fatal illness. *Am J Surg* 1973; 126: 765-768.
24. Marks G, Chase WV, Mervine TB. The fatal potential of fistula-in-ano with abscess: analysis of 11 deaths. *Dis Colon Rectum* 1973; 16: 224-230.
25. Testut L, Jacob O. Tratado de anatomía topográfica. 8a ed. Barcelona: Salvat Editores, 1956: vol 2: 571.
26. Testut L, Jacob O. Tratado de anatomía topográfica. 8a ed. Barcelona: Salvat Editores, 1956: vol 2: 631.
27. Nesselrod JP. Proctología clínica. 3a. ed. México: Editorial Interamericana, 1965: 118.
28. Goligher JC. Cirugía del ano, recto, y colon. Barcelona: Salvat Editores, 1980: 163.
29. Shackelford RT, Zuidema G. Surgery of the alimentary tract. Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1982: vol 3: 486.
30. Goligher JC. Cirugía del ano, recto, y colon. Barcelona: Salvat Editores, 1980: 164.
31. Chassin JL. Operative strategy in general surgery. New York: Springer Verlag, 1984: vol 2: 452.
32. Goldberg S, Gordon P, Nivatvongs S. Fundamentos de cirugía anorrectal. México: Editorial Limusa, 1986: 33.
33. Graf D, Aeberhard P. Darstellung perianaler und perirektaler abszesse und fisteln mittels endoluminaler sonografie. *Swiss Surg* 1995; 6: 294-297.
34. Goligher JC. Cirugía del ano, recto, y colon. Barcelona: Salvat Editores, 1980: 169.
35. Goligher JC. Cirugía del ano, recto, y colon. Barcelona: Salvat Editores, 1980: 178.

36. Goldberg S, Gordon P, Nivatvongs S. Fundamentos de cirugía anorrectal. México: Editorial Limusa, 1986: 165.
37. Hanley PH. Reflections on anorectal abscess fistula. Dis Colon Rectum 1985; 28: 528-533.
38. Goligher JC. Cirugía del ano, recto, y colon. Barcelona: Salvat Editores, 1980: 165.
39. Chassin JL. Operative strategy in general surgery. New York: Springer Verlag, 1984: vol 2: 451.
40. Goldberg S, Gordon P, Nivatvongs S. Fundamentos de cirugía anorrectal. México: Editorial Limusa, 1986: 146.
41. Shackelford RT, Zuidema G. Surgery of the alimentary tract. Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1982: vol 3: 487.
42. Goldberg S, Gordon P, Nivatvongs S. Fundamentos de cirugía anorrectal. México: Editorial Limusa, 1986: 145.
43. Goldberg S, Nivatvongs S, Rothenberger DA. Colon, rectum, and anus. En: Schwartz S, Shires GT, Spencer FC, ed. Principles of surgery. 5ª ed. New York: Mc Graw-Hill Book Company, 1989: vol 2: 1225-1314.
44. Nesselrod JP. Proctología clínica. 3a. ed. México: Editorial Interamericana, 1965: 126.
45. Shackelford RT, Zuidema G. Surgery of the alimentary tract. Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1982: vol 3: 489.
46. Nesselrod JP. Proctología clínica. 3a. ed. México: Editorial Interamericana, 1965: 127.
47. Shackelford RT, Zuidema G. Surgery of the alimentary tract. Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1982: vol 3: 491.
48. Testut L, Jacob O. Tratado de anatomía topográfica. 8a ed. Barcelona: Salvat Editores, 1956: vol 2: 579.
49. Goldberg S, Gordon P, Nivatvongs S. Fundamentos de cirugía anorrectal. México: Editorial Limusa, 1986: 167.

50. Goldberg S, Gordon P, Nivatvongs S. Fundamentos de cirugía anorrectal. México: Editorial Limusa, 1986: 166.
51. Nesselrod JP. Proctología clínica. 3a. ed. México: Editorial Interamericana, 1965: 137.
52. Goligher JC. Cirugía del ano, recto, y colon. Barcelona: Salvat Editores, 1980: 171.
53. Goligher JC. Cirugía del ano, recto, y colon. Barcelona: Salvat Editores, 1980: 177.
54. Goligher JC. Cirugía del ano, recto, y colon. Barcelona: Salvat Editores, 1980: 168.
55. Goldberg S, Gordon P, Nivatvongs S. Fundamentos de cirugía anorrectal. México: Editorial Limusa, 1986: 158.
56. Vrzgula A, Bober J, Val'ko M. Riesenie analneho abscesu a fistuly sucasne. Rozhl-Chir 1996; 75: 219-221.
57. Nesselrod JP. Proctología clínica. 3a. ed. México: Editorial Interamericana, 1965: 121.
58. Goldberg S, Gordon P, Nivatvongs S. Fundamentos de cirugía anorrectal. México: Editorial Limusa, 1986: 161.
59. Goligher JC. Cirugía del ano, recto, y colon. Barcelona: Salvat Editores, 1980: 196.
60. García J, Belmonte C, Wong W, Goldberg S, Madoff R. Anal fistula surgery. factors associated with recurrence and incontinence. Dis Colon Rectum 1996; 39: 723-729.
61. Kodner I, Fry R, Fleshman J, Birnbaum E. Infecciones del anorrecto. En: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC ed. Principios de cirugía. 6ª ed. México. Nueva Editorial Interamericana, 1995: vol 2: 1267-1272.
62. Welch CE, Hedberg SE. Complicaciones de la cirugía de colon y recto. En: Artz CP, Hardy JD, ed. Complicaciones

- en cirugía y su tratamiento. 3ª ed. México: Nueva Editorial Interamericana, 1978: 599-637.
63. Goligher JC. Cirugía del ano, recto, y colon. Barcelona: Salvat Editores, 1980: 167.
64. Goligher JC. Cirugía del ano, recto, y colon. Barcelona: Salvat Editores, 1980: 195.
65. Shackelford RT, Zuidema G. Surgery of the alimentary tract. Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1982: vol 3: 491.
66. Calderón JB, Uribe A, Noriega JM, Morales JD, Lozano M, Bustillos F. Farmacopea mexicana de la sociedad farmacéutica de México. 4ª ed. México: Oficinas Tipográficas de la Secretaría de Fomento, 1904: 769.
67. Farnwell AP, Braverman LE. Fármacos tiroideos y antitiroideos. En: Molinoff PB, Ruddon RW, ed. Goodman & Gilman Las bases farmacológicas de la terapéutica. 9ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana Editores, 1996: vol 2: 1469-1496.
68. Goldberg S, Gordon P, Nivatvongs S. Fundamentos de cirugía anorrectal. México: Editorial Limusa, 1986: 160.
69. Goligher JC. Cirugía del ano, recto, y colon. Barcelona: Salvat Editores, 1980: 193.

CUADRO 1

ABSCESO ANAL EN HERRADURA
FACTORES DE RIESGO

1.-CO-MORBILIDAD:

DIABETES MELLITUS

SENILIDAD

CANCER

INSUFICIENCIA RENAL

DEFECTOS SENSITIVO-

NEURALES

CIRROSIS HEPATICA

VASCULITIS

LUPUS ERITEMATOSO

SEPTICEMIA INCONTROLABLE

DIATESIS HEMORRAGICA

SECUELAS DE CIRUGIA ANAL

PREVIA

OBESIDAD

CARDIOPATIAS

ETILISMO

CORTICOTERAPIA

RADIOTERAPIA

QUIMIOTERAPIA

DEPRESION +

SIDA

DESNUTRICION

TUBERCULOSIS +

LEUCEMIA Y OTRAS

DISCRASIAS SANGUINEAS

2.-CIRCUNSTANCIALES:

POBREZA +

IGNORANCIA +

SEGREGACION +

PUDOR EXCESIVO +

3.-ASISTENCIALES:

DIAGNOSTICO INADECUADO

TRATAMIENTO INADECUADO

RETRASO TERAPEUTICO

 Recopilado de Rosen³, Rothenberger y col¹⁰, Laucks¹⁰, Bevans y col²³
 Marks y col²⁴, y Goldberg y col³⁰.

(+) Según el autor.

CUADRO 2

MANIFESTACIONES CLINICAS DE YODISMO

1. **BUCALES:** Sialorrea, sabor metálico, ardor, molestias gingivodentales.
 2. **SALIVALES:** Hipertrofia de parótidas o submaxilares. (seudoparotiditis).
 3. **FARINGEAS:** Ardor, faringitis.
 4. **OCULARES:** Conjuntivitis, edema palpebral.
 5. **RESPIRATORIAS:** Coriza, estornudos (el yodismo leve asemeja un "resfriado"), tos productiva, edema laríngeo.
 6. **NEUROLOGICAS:** Cefalalgia frontal, depresión.
 7. **DIGESTIVAS:** Gastritis, diarrea (en ocasiones sangui-nolenta).
 8. **SINTOMAS GENERALES:** Anorexia, fiebre.
-

Según conceptos de Farnwell AP, Braverman LE⁶⁷, 1996.

CUADRO 3

**ABSCESO ANAL EN HERRADURA:
COMPLICACIONES**

| | |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Hemorragia ≈ | Cicatrización en falso ≈ |
| Incontinencia fecal ≈ | Formación de bolsas de pus ≈ |
| Trombosis hemorroidal ≈ | Impacto fecal ≈ |
| Retención urinaria (25 %) ≈ | Fístula recidivante ≈ |
| Estenosis ≈ | Senos persistentes ≈ |
| Hiperkalemia. Insuficiencia renal post-desbridación ⊕ ⊗ | Linfedema residual □ |
| Prolapso hemorroidal ≈ | Retraso en la cicatrización □ |
| Prolapso mucoso | Necrosis perineal ≈ |
| (esfinterotomía) ≈ | Cicatrización nula ⇔ |
| | Fístula rectovaginal ≈ |

⊗ Rosen L³

⊕ Kasper DL, Zaleznik DF¹⁰

□ Según el autor

⇔ Rothenberger D y col¹⁰

≈ Goldberg S y col²⁰

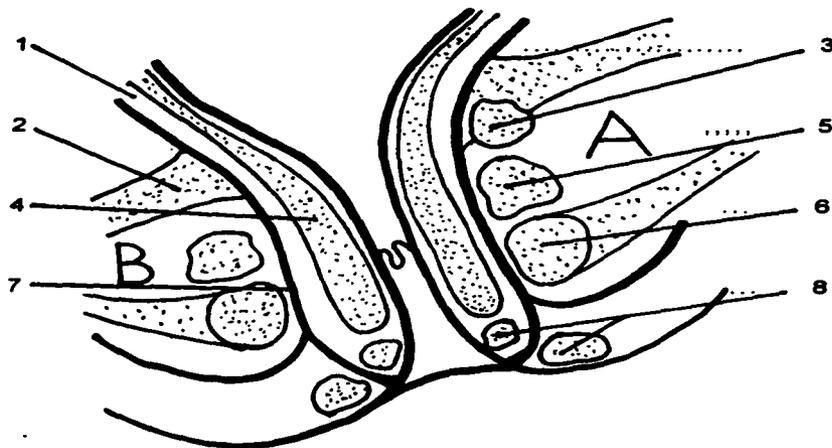


FIGURA 1. Diagrama que representa un corte sagital del esfínter anal según los conceptos de Hanley¹¹: 1.-Espacio interesfinteriano (entre el esfínter interno y el músculo longitudinal conjunto). 2.-Elevador del ano. 3.-Asa (cabestrillo) del puborrectal. 4.-Esfínter interno. 5.-Fascículo profundo del esfínter externo. 6.-Fascículo superficial del esfínter externo. 7.-Músculo longitudinal conjunto. 8.-Fascículo subcutáneo del esfínter externo. La línea sinuosa central representa la línea dentada con las criptas de Morgagni. A) Espacio anal profundo posterior (espacio de Courtney). B) Espacio anal profundo anterior.- El asa del puborrectal solamente existe en la parte posterior del esfínter.



FIGURA 2. Esquema (según los conceptos de Hanley¹¹) de la invasión del espacio anal profundo posterior (A) o anterior (B) por el pus proveniente de un absceso interesfinteriano (situado entre el esfínter interno (1) y el músculo longitudinal conjunto (2). El pus horada el músculo longitudinal conjunto y después cursa entre el fascículo superficial (3) y el fascículo profundo (4) del esfínter externo en el 80 % de los casos. En 1 de cada 5 casos el trayecto está entre el fascículo profundo (4) y el puborrectal (5). La línea sinuosa central corresponde a la cripta de Morgagni donde está la abertura primaria.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

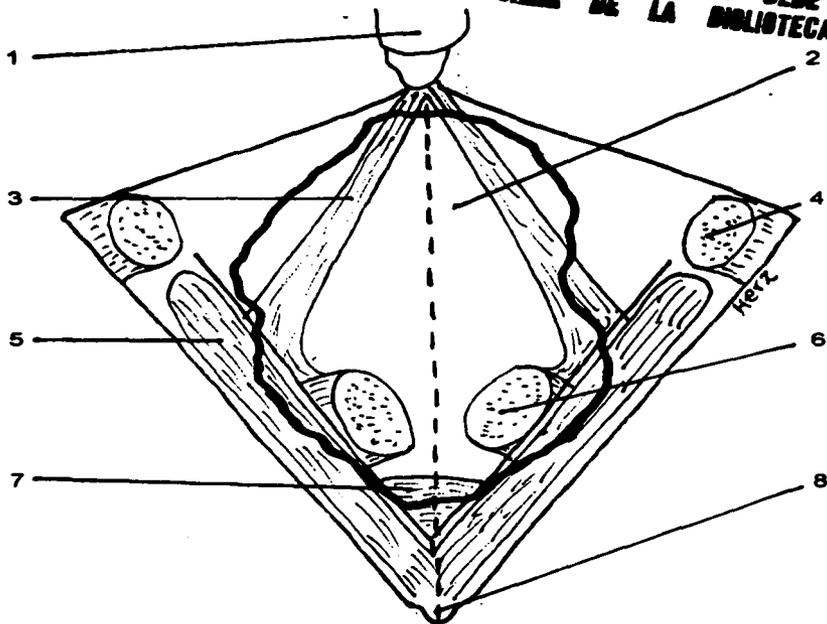


FIGURA 3. Drenaje de un absceso del espacio anal posterior profundo con la técnica clásica de Hanley PH¹¹ efectuando esfinterotomía. Por la abertura primaria distal se ha introducido una sonda acanalada provista de estilite distal (Lockhart-Mummery) hasta la cavidad del absceso y se han seccionado los tejidos suprayacentes. Se respeta el fascículo profundo del esfínter externo. La línea que está por dentro del esfínter interno representa el músculo longitudinal conjunto. 1.- Coccix 2.- Cavidad del absceso (contorno grueso) 3.-Fascículo superficial del esfínter externo hendido longitudinalmente en el rafe anococcigeo 4.- Muñón del fascículo subcutáneo del esfínter externo 5.-Parte distal del esfínter interno seccionada 6.-Muñón del fascículo superficial del esfínter externo 7.-Fascículo profundo del esfínter externo (respetado) 8.-Abertura primaria seccionada.

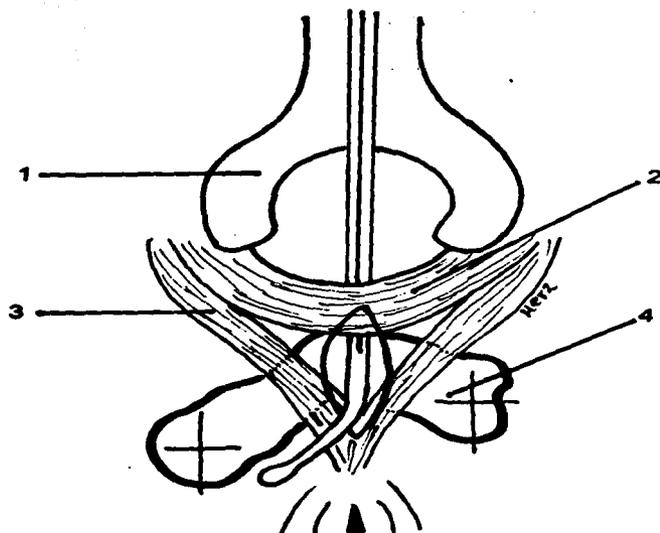


FIGURA 4. Drenaje de un absceso anal profundo anterior en la mujer (esquemático con línea gruesa) según la técnica clásica de Hanley PH¹¹. No se efectúa esfinterotomía pues tendría secuela de incontinencia. A la punta de la sonda se le sujeta una banda de caucho que se dejará como sedal. Las marcas en cruz indican las contraaberturas para drenar las extensiones isquiorrectales. 1.- Espejo rectal. 2.- Fascículo subcutáneo del esfínter externo. 3.- Fascículo superficial del esfínter externo. 4.- Absceso.

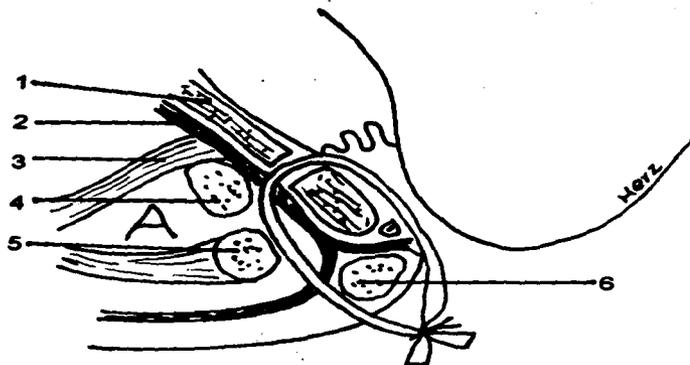


FIGURA 5. Sedal colocado laxamente después del drenaje de un absceso anal anterior profundo (A) en la mujer, según los conceptos de Hanley PH¹¹. 1.-Esfínter interno. 2.-Músculo longitudinal conjunto. 3.-Elevador del ano. 4.-Fascículo profundo del esfínter externo. 5.-Fascículo superficial del esfínter externo. 6.-Fascículo subcutáneo del esfínter externo.

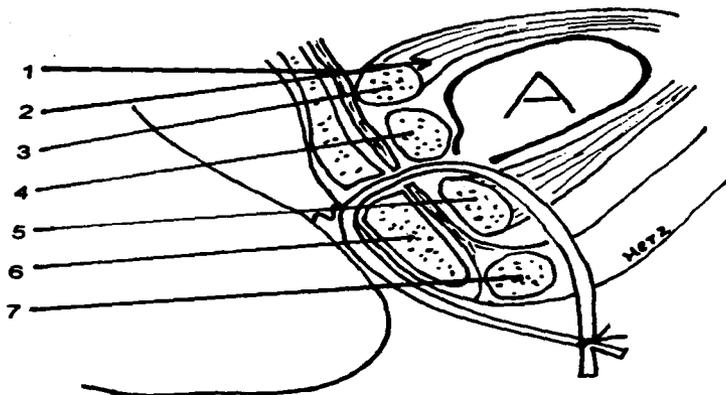


FIGURA 6. Técnica de Henley PH³⁷ modificada: colocación de un sedal de caucho para tratamiento de un absceso anal posterior profundo (A) en ambos sexos, después de drenar el absceso mediante incisión a nivel del rafe anococcígeo. Se evita la esfinterotomía.
 1.-Músculo longitudinal conjunto. 2.-Elevador del ano. 3.-Puborrectal. 4.-Fascículo profundo del esfínter externo. 5.-Fascículo superficial del esfínter externo. 6.-Esfínter interno. 7.-Fascículo subcutáneo del esfínter externo.

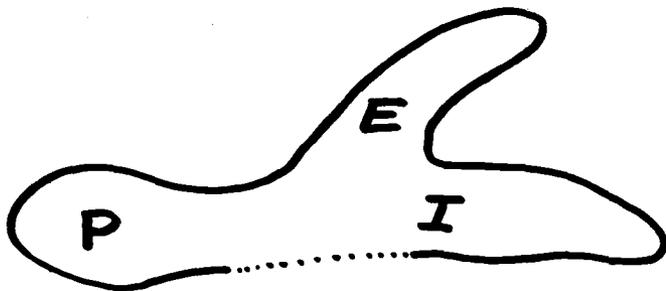


FIGURA 7. Esquema mostrando un diagrama sagital de la extensión isquiorrectal derecha del absceso en herradura de la paciente: P (absceso anal posterior profundo). I (extensión isquiorrectal). E (extensión ciega hacia el ápice de la fosa isquiorrectal que no interesó el elevador del ano pero cuyo extremo se encontraba muy cerca del mismo). La línea punteada indica el sitio de esfacelo cutáneo.

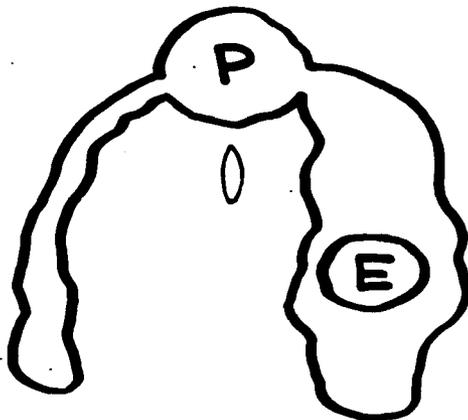


FIGURA 8. Diagrama que muestra la distribución topográfica del proceso abscedal de la paciente cuyo caso se presenta. Puede observarse que la extensión isquiorrectal derecha es considerablemente mayor que la izquierda. El ostium de la extensión proximal ciega hacia el ápice de la fosa isquiorrectal derecha se señala con la letra E. La letra P indica el absceso anal profundo.

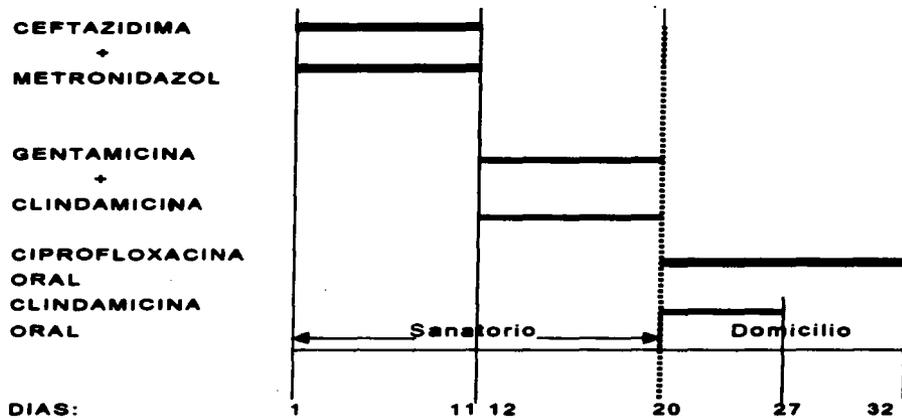


Figura 9. Administración de antibióticos en el caso clínico.

Ceftazidima: 1 g, vía intravenosa cada 12 horas.

Metronidazol: 500 mg, vía intravenosa cada 8 horas.

Gentamicina: 60 mg, vía intravenosa cada 8 horas.

Clindamicina: 600 mg, vía intravenosa cada 8 horas.

Ciprofloxacina oral: 500 mg cada 12 horas.

Clindamicina oral: 300 mg cada 8 horas.



FIGURA 10. Absceso anal en herradura. Cavidades abscedales en el 18° día de postoperatorio. Arriba: cavidad del absceso anal profundo posterior. A la derecha una de las cavidades isquiorrectales mostrando el ostium de la prolongación ciega hacia el ápice isquiorrectal. Entre el ano y la horquilla se observa un islote linfedematoso comprobado histopatológicamente al cual pudo haber contribuido la fisurectomía adyacente.