

112382  
4



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, O. D.

**DIVISION DE ESPECIALIZACION**  
**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**U. N. A. M.**

REVISION DE 5 AÑOS EN EL MANEJO Y TRATAMIENTO DE  
LOS ABSCESOS ANALES EN LA UNIDAD DE  
COLOPROCTOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO,  
O. D.

SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO  
ORGANIZADO DESCENTRALIZADO



DIRECCION DE ENSEÑANZA

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
**C O L O P R O C T O L O G O**  
**P R E S E N T A :**  
**DR. JOSE ANGEL CANTU MARROQUIN**



HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

2001

ASESOR: DR. LUIS CHARUA GUINDIC

MEXICO, D. F.,

SEPTIEMBRE DEL 2001

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

**En agradecimiento a mis padres por su apoyo y su paciencia a lo largo de todos éstos años, a mis tías Antonieta y Estela Marroquín Toba y a mi hermana Elsa por su cariño, a la Dra. Enriqueta Camacho y al Dr. Manuel Garza Toba por su apoyo, paciencia y comprensión. A mis maestros el Dr. Octavio Avendaño Espinosa y el Dr. Luis Charúa Guindic, que sin su adecuada guía y paciencia no habría sido posible este trabajo. A la Dra. Teresita Navarrete Cruces y la Dra. Rosa Martha Osorio por sus enseñanzas.**

**"El germen del ayer encierra las flores del mañana..."**

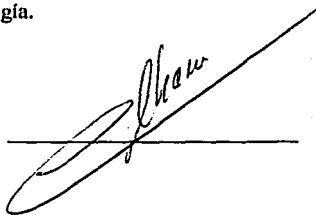
**Ignacio Ramírez.**

**Fragmento del Discurso de  
La Independencia de México, 1861.**

**MANEJO DE LOS ABSCESOS ANALES: 5 AÑOS DE REVISION EN  
LA UNIDAD DE COLOPROCTOLOGIA DEL  
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O. D.**

**DR. LUIS CHARUA GUINDIC.**

Médico Adscrito de la Unidad de Coloproctología.  
Profesor Adjunto del Curso en  
Especialización en Coloproctología.  
Asesor de tesis.  
Tel. 55451863.  
Bip. 56299800 clave 4331.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'L. Charua', written over a horizontal line.

**DR. JOSÉ ANGEL CANTÚ MARROQUÍN.**

Médico Residente de 2º año del Curso de  
Especialización en Coloproctología.  
R. F. C. CAMA66021CWO.  
Tel. 55-10-19-32.  
Bip. 52-27-79-79 clave 5985998

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Angel Cantú', written over a horizontal line.

**DR. OCTAVIO AVENDAÑO ESPINOSA.**

Jefe de la Unidad de Coloproctología.  
Profesor Titular del Curso de  
Especialización en Coloproctología.  
Tel. 55880100 Ext. 1045

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'O. Avendaño', written over a horizontal line.

<b>I. INDICE</b>	
<b>I. INDICE.....</b>	<b>4</b>
<b>II. RESUMEN.....</b>	<b>6</b>
<b>III. INTRODUCCION.....</b>	<b>8</b>
<b>IV. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....</b>	<b>9</b>
<b>V. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>10</b>
<b>VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>11</b>
<b>VII. HIPÓTESIS.....</b>	<b>12</b>
<b>VIII. OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
<b>IX. DISEÑO Y DURACIÓN.....</b>	<b>14</b>
<b>X. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....</b>	<b>15</b>
<b>XI. ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD.....</b>	<b>16</b>
<b>XII. RELEVANCIAS Y EXPECTATIVAS.....</b>	<b>17</b>
<b>XIII. RECURSOS.....</b>	<b>18</b>
<b>XIV. ASPECTOS EMBRIONARIOS Y ANATÓMICOS ANORRECTALES.....</b>	<b>19</b>
<b>EMBRIOLOGÍA.....</b>	<b>19</b>
<b>ANATOMIA.....</b>	<b>20</b>
<b>XV. ABSCESOS ANALES.....</b>	<b>34</b>
<b>DEFINICIÓN.....</b>	<b>34</b>
<b>FRECUENCIA.....</b>	<b>34</b>
<b>ETIOLOGÍA.....</b>	<b>34</b>
<b>CLASIFICACIÓN.....</b>	<b>35</b>

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	36
EXAMEN FÍSICO.....	36
DIAGNÓSTICO.....	37
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	37
TRATAMIENTO.....	38
COMPLICACIONES.....	39
<b>XVI. MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>40</b>
<b>XVII. RESULTADOS.....</b>	<b>41</b>
<b>XVIII. CONCLUSIONES.....</b>	<b>46</b>
<b>XIX. GRÁFICA.....</b>	<b>48</b>
<b>XX. ANEXO.....</b>	<b>71</b>
<b>XXI. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>81</b>

## **II. RESUMEN**

**Justificación:** No existen registros de la frecuencia, tipo, evolución, complicaciones y morbilidad en el manejo de los abscesos anales en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D., por lo anterior es necesario revisar y conocer cuál ha sido su sintomatología, evolución y tipo de manejo utilizado.

**Hipótesis:** Determinar la frecuencia, tipo, manifestaciones clínicas, evolución y complicaciones de los abscesos anales en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D.

**Objetivo:** Conocer la frecuencia, tipo, manifestaciones clínicas, evolución y complicaciones en el tratamiento de los abscesos anales en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D.

**Diseño y duración:** Estudio retrospectivo, observacional, longitudinal, iniciando en enero de 1996 a diciembre del 2000.

**Material y métodos:** Se revisaron 8,818 expedientes clínicos de pacientes que acudieron por primera vez a la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D., de enero de 1996 a diciembre del 2000. De estos, 221 pacientes acudieron por absceso anal. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, inicio de síntomas, localización del dolor, anorexia, malestar general, fiebre, náusea, vómito, disuria, dolor abdominal, prurito anal, hemorragia transanal, presencia y localización de la tumoración, dolor a la palpación y localización, patología asociada, diagnóstico clínico o por estudios de gabinete, evolución, tipo de drenaje, complicaciones, manejo de éstas, y número de consultas de seguimiento hasta su alta.

**Análisis de resultados:** Se utilizaron tabla de frecuencia y porcentaje de acuerdo a cada variable y gráficos para representar los resultados y se cruzaron las variables en los casos necesarios.



### **III. INTRODUCCIÓN:**

Los abscesos anales son un problema común en los Servicios de Urgencias de cualquier hospital del mundo, a pesar de ésto, frecuentemente son mal diagnosticados e inadecuadamente tratados, dando como resultado una morbilidad y mortalidad innecesarias.

#### **IV. ANTECEDENTES HISTORICOS:**

Desde los más antiguos escritos médicos se han encontrado vestigios mencionando los abscesos y fístulas anales. Hipócrates escribió en el siglo V, a. C., acerca de su manejo, preconizando la forma abierta y advirtió que "de no hacerse así los pacientes morirían" (1).

John Ardene en el siglo XIV, permitió un avance en el conocimiento y tratamiento de la enfermedad, siendo válido hasta la actualidad. Estos documentos se encuentran en el archivado del Museo Británico a partir de 1910 gracias a D'ary Power (1).

En el siglo XVII, Félix, médico de la Corte del Rey Louis XIV, retomó los principios postulados por Hipócrates y practicó con reos de las cárceles de París, para posteriormente tratar al Rey (1).

Actualmente existen varias teorías para explicar el origen del absceso anal en los casos en que no hay patología subyacente, siendo la teoría de origen criptoglandular la más aceptada, descrita por primera vez por Chian en 1878 y ampliada por Herrmann y Desfosses en 1880 (1).

## **V. JUSTIFICACION:**

No se conoce la frecuencia, estadio, evolución y complicaciones de los abscesos anales en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D. Por lo anterior es necesario revisar y conocer cuál ha sido su sintomatología, evolución y tipo de manejo utilizado.

## **VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

**Determinar la frecuencia, manifestaciones clínicas, evolución y complicaciones más frecuentes de los pacientes que consultaron por primera vez por absceso anal en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D.**

## **VII. HIPOTESIS:**

**Conocer la frecuencia, tipo, manifestaciones clínicas en el momento de ingreso, evolución y complicaciones de los abscesos anales en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D.**

## **VIII. OBJETIVOS:**

- 1- Determinar la frecuencia de los abscesos anales en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D.
- 2- Determinar la localización, manifestaciones clínicas y evolución de los abscesos anales en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D.
- 3- Determinar la morbilidad y la mortalidad de los abscesos anales en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D.

## **IX. DISEÑO Y DURACION:**

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, longitudinal, en los pacientes que consulten por primera vez a la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D., en el período comprendido de enero de 1996 a diciembre de 2000, con el diagnóstico de absceso anal. Se excluyeron a todos los pacientes que se presenten en la fase crónica de la enfermedad (fístula).

## **X. ANALISIS ESTADÍSTICO:**

Los resultados se presentan en tablas de frecuencia y porcentaje de acuerdo a cada variable estudiada.

Se presentan gráficos mostrando los resultados más representativos del estudio y se cruzaron variables en los casos que fue necesario.



## **XVI. ASPECTOS SETICOS Y DE BIOSEGURIDAD:**

Estudio apegado a los acuerdos de Helsinki de 1964 y sus revisiones por varias asambleas. Por ser de tipo observacional y donde no se compromete la integridad física ni psicológica del paciente, no se requiere de hoja de consentimiento informado para la realización de éste protocolo.

## **XII. RELEVANCIAS Y EXPECTATIVAS:**

Este estudio muestra la frecuencia de los abscesos anales en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D., sus manifestaciones clínicas, enfermedades asociadas, complicaciones, manejo que se les da y su respuesta al mismo, días de hospitalización y de consultas que requirieron.

### **XIII. RECURSOS:**

En el estudio se revisaron los expedientes clínicos de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México O. D., de enero de 1996 a diciembre del 2000, con el asesoramiento de los Médicos de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D. Los materiales y equipos utilizados fueron otorgados por el Hospital General de México, O. D.

Se usó computadora para archivar y procesar los datos con el programa Microsoft Word y Excel 2000.

#### **XIV. ASPECTOS EMBRIONARIOS Y ANATÓMICOS ANORRECTALES:**

##### **EMBRIOLOGIA:**

La gestación se divide en dos períodos, el primero llamado organogénesis o embrionario y el segundo llamado de crecimiento o maduración o fetal (2).

Durante el período embrionario entre la 4ª y la 8ª semanas el embrión se encuentra formado como una placa con sus tres capas germinativas bien diferenciadas (ectodermo, mesodermo y endodermo), tiene lugar la flexión cefalo-caudal y lateral del mismo, el intestino primitivo, originado del endodermo, en estos momentos está constituido por 3 segmentos: el intestino anterior, el medio y el posterior (2).

Los intestinos anterior y posterior están constituidos por una placa sólida que posteriormente se hace tubular durante el período fetal, el intestino medio se encuentra abierto hacia el saco vitelino, ésta comunicación se cierra debido a los movimientos de plegamiento que presenta el embrión, quedando al final un conducto angosto y largo que continúa comunicando con el exterior del embrión conocido como conducto onfalomesentérico o vitelino que posteriormente se ocluye y persiste así durante toda la vida del individuo (2).

Del intestino posterior se originarán entre otras estructuras el tercio distal del colon transversal, el colon descendente, el colon sigmoideos, el recto y la porción superior del conducto anal (2).

El intestino posterior termina en la cloaca, la cual se encuentra cerrada por la membrana cloacal la cual se dividirá por medio del tabique urogenital en membrana urogenital y membrana anal (2).

La membrana anal es rodeada por abultamientos de mesénquima y en la octava semana se advierte como una depresión ectodérmica llamada fosa anal o protodeo; en la novena semana se rompe la membrana anal y el recto comunica libremente con el exterior (2).

La porción superior del conducto anal es de origen endodérmico y está vascularizada por la arteria del intestino posterior, la arteria mesentérica inferior, el tercio inferior del conducto anal es de origen ectodérmico y está irrigado por las arterias hemorroidales, ramas de la arteria pudenda interna, la unión entre las porciones endodérmica y ectodérmica está constituida por la línea anorrectal, localizada en el producto de término debajo de las columnas anales, aproximadamente a 1.5 cm del ano (2).

El desarrollo del tabique uorrectal es de suma importancia ya que alteraciones en el mismo pueden ocasionar ano imperforado, atresia rectal y comunicaciones anómalas entre el intestino distal y la uretra, la vejiga o la vagina (2).

### **ANATOMÍA:**

El conocimiento de la anatomía del recto, ano y piso pélvico es esencial para la comprensión de los lugares potenciales de formación y extensión de los abscesos anales (3).

#### **Recto:**

El recto tiene un inicio arbitrario, se puede considerar que principia a nivel de la tercera vértebra sacra (S3) o también donde las tenias del colon, que son tres bandas bien diferenciadas, desaparecen continuando como una capa delgada de músculo longitudinal liso en el recto, a esta unión recto-sigmoidea también se le

conoce como válvula recto-sigmoidea y es el segundo punto más estrecho del colon posterior a la válvula ileocecal (3).

A partir de su origen, el recto desciende a lo largo de la curvatura del sacro y del coxis y termina en la cara superior del diafragma pélvico, donde se curva de manera súbita hacia abajo y atrás pasando entre los músculos elevadores del ano, continuándose con el conducto anal (3).

El recto mide de 12 a 15 cm de longitud y describe 3 curvas laterales, la superior y la inferior son convexas hacia la derecha y la media hacia la izquierda (3).

El recto está constituido por 4 capas que de afuera a adentro son: peritoneal, muscular, submucosa y mucosa (4).

Para comprender el recubrimiento peritoneal del recto se le divide en tres porciones, el tercio superior está cubierto por peritoneo en sus caras anterior y lateral, el tercio medio solo está cubierto por peritoneo en su parte anterior y el tercio inferior es retroperitoneal(4).

La reflexión peritoneal conocida como fondo de saco de Douglas, localizada en el tercio medio del recto presenta variaciones individuales y sexuales, en los hombres la reflexión peritoneal se localiza entre 7 a 9 cm del ano y en las mujeres entre 5 a 7.5 cm del ano, por otra parte, existen dos constantes: la válvula media de Houston, en la luz del recto, corresponde aproximadamente a la reflexión peritoneal anterior y la reflexión peritoneal posterior localiza por lo regular de 12 a 15 cm del ano (4).

Posteriormente, el recto es retroperitoneal y está cubierto por una prolongación de la aponeurosis pélvica llamada fascia propia, a ambos lados y retroperitoneal,

el tejido se compacta formando los ligamentos laterales que unen al recto con la aponeurosis pélvica parietal (4).

El sacro y el coxis están cubiertos por la aponeurosis presacra que también cubre los vasos sacros medios (5).

A nivel del cuarto segmento sacro, inicia una aponeurosis avascular y resistente llamada rectosacra o de Waldeyer que se extiende hacia abajo y adelante e inserta en la fascia propia de la unión anorrectal (5).

El espacio posterior, por debajo de la aponeurosis rectosacra, es el espacio supraelevador o infrarrectal, en su parte anterior, la porción extraperitoneal del recto se encuentra cubierta por la aponeurosis pélvica visceral o de Denonvillier, que se extiende desde la reflexión peritoneal hasta el diafragma urogenital y continúa con la parte anterior de los ligamentos laterales; la aponeurosis de Denonvillier separa al recto de la próstata y las vesículas seminales en el hombre y en la mujer se localiza en el tabique recto-vaginal, separando al recto de la vagina (5).

La capa muscular está formada por 2 músculos, uno interno y grueso de fibras circulares y otro externo y fino de fibras longitudinales que es continuación de las 3 bandas llamadas tenia coli que recorren al colon en su totalidad; hacia abajo, ambos músculos contribuyen a la formación de la musculatura anal (5).

La submucosa contiene los vasos y nervios rectales (5).

La mucosa, normalmente de color rosado o rojo pálido, forma tres pliegues prominentes dispuestos en espiral y de forma semilunar llamados válvulas de Houston, las válvulas superior e inferior son izquierdas y la válvula media es derecha; éstas tienen importancia clínica, ya que no contienen todas las capas de

la pared intestinal por lo que la toma de biopsias en éstas conlleva un riesgo mínimo de perforación (5).

En el extremo inferior del órgano, por su cara interna, existen unos pliegues verticales de unos 15 a 20 mm de longitud llamados columnas de Morgagni, entre los cuales, se forman depresiones o sacos a los que se les conoce como criptas de Morgagni (5).

### **Conducto anal:**

El conducto anal es la porción terminal del tracto intestinal, inicia en la línea de unión anorrectal, tiene 3 a 4 cm de longitud y termina en el ano, se encuentra rodeado por el mecanismo esfinteriano y debido a la contracción tónica de éstos músculos permanece completamente plegado, apareciendo como una ranura anteroposterior (7).

Con fines descriptivos puede decirse que el mecanismo esfinteriano está formado por dos tubos, el interno de músculo liso inervado por el sistema nervioso autónomo (involuntario) y el externo, de músculo esquelético con inervación somática (voluntario), éste mecanismo esfinteriano se describirá más adelante y es de fundamental importancia en la continencia (7).

El conducto anal está cubierto por diferentes tipos de epitelio, en su punto medio aproximadamente, se encuentra la línea anorrectal la cual se localiza aproximadamente a 1.5 a 2 cm del ano, el recto se estrecha a nivel de la línea anorrectal hacia el conducto anal, formando pliegues mucosos en número de 6 a 14, conocidos como columnas de Morgagni, entre las columnas adyacentes en el extremo inferior se forman bolsas pequeñas llamadas criptas anales, en las cuales en forma variable desembocan los conductos de las glándulas anales (4 a 10) las cuales entran en la submucosa con dirección hacia abajo y afuera, dos



tercios de ellas cruzan el esfínter interno llegando incluso al plano interesfinteriano y muy raramente penetran el esfínter externo (7).

La mucosa del conducto anal, por arriba de la línea anorrectal es epitelio columnar, posteriormente sigue una zona de transición de 6 a 12 mm conocida como zona cloacogénica en donde encontramos un cambio gradual entre el epitelio columnar y el epitelio escamoso, posteriormente se encuentra la línea anorrectal que marca el inicio del epitelio escamoso conocido como anodermo ya que no es piel verdadera por carecer de estructuras cutáneas accesorias y se extiende por debajo de la línea anorrectal hasta el ano en donde se engruesa y adquiere características histológicas de piel normal (7).

## **MUSCULOS ANORECTALES:**

### **Esfínter anal interno:**

La prolongación hacia abajo del músculo liso circular del recto se torna más gruesa y redonda en su extremo inferior y es conocido como esfínter anal interno, la porción más baja del músculo esfínter anal interno coincide con la porción más baja del esfínter anal externo, esto se localiza a 1 ó 1.5 cm debajo de la línea anorrectal (8).

### **Músculo longitudinal conjunto:**

Constituido por los músculos elevador del ano y del puborrectal, se localiza entre los esfínteres anales interno y externo, éste músculo envía fibras que se insertan en la piel perianal atravesando la porción inferior del esfínter anal externo y se le conoce como músculo corrugador del ano, Fine y Lawes lo denominaron musculatura submucosa del ano; otras fibras atraviesan el esfínter anal interno y

se insertan debajo de las criptas anales y se les conocen como ligamento suspensorio mucoso (8).

La función de éste músculo es fijar el conducto anal y voltearlo hacia fuera durante la defecación (8).

### **Esfinter anal externo:**

Se han hecho varias descripciones anatómicas del esfínter anal externo, que es el encargado del control voluntario del mecanismo esfinteriano, la actualmente aceptada es la realizada por Shafik que refiere, consiste en 3 asas en forma de U; el asa superior abarca la porción profunda del esfínter externo fusionada al puborrectal, se origina en la parte inferior de la sínfisis del pubis y rodea la parte superior del conducto anal, desviándolo hacia abajo; el asa intermedia, con dirección horizontal, que corresponde al esfínter externo superficial, rodea al conducto anal y se inserta en el coxis por medio del ligamento anococcígeo; el asa inferior o de la base, corresponde a la porción subcutánea del esfínter anal externo, sus fibras pasan de la porción más baja del conducto anal, en dirección anterior y hacia abajo y se inserta en la piel perianal (8).

Shafik opina que durante la contracción voluntaria las 3 asas se contraen en direcciones diferentes, las asas superior e inferior o de la base dirigen el conducto anal hacia delante, mientras que el asa intermedia lleva el conducto anal hacia atrás, de ésta manera, cada asa es un esfínter separado que complementa a los otros para ayudar a mantener la continencia (8).

## **DIAFRAGMA MUSCULAR DE LA PELVIS:**

### **Músculos elevadores del ano:**

El músculo elevador del ano es un músculo delgado y ancho, forma la mayor parte del piso pélvico, tradicionalmente se le consideraba constituido por los músculos ileococcígeo, el pubococcígeo y el puborrectal, sin embargo, estudios más recientes indican que lo integran solamente el ileococcígeo y el pubococcígeo y que el puborrectal forma parte de la porción profunda del esfínter anal externo, debido a que ambos se unen y tienen la misma inervación (9).

#### **Músculo ileococcígeo:**

Se origina en la espina isquiática y la parte posterior de la aponeurosis obturadora, se dirige hacia abajo, atrás y medialmente y se inserta en los 2 últimos segmentos del sacro y del rafé anococcígeo (9).

#### **Músculo pubococcígeo:**

Se origina en la mitad anterior de la aponeurosis obturadora y de la parte posterior del pubis, se dirige hacia atrás, abajo y medialmente y se entrecruza con las fibras del lado opuesto formando una línea de entrecruzamiento llamado rafé anococcígeo, también envía fibras que se fijan directamente a la punta del coxis y al último segmento sacro y también envía fibras que toman parte en la formación del músculo longitudinal conjunto (9).

Las fibras musculares del pubococcígeo forman un espacio elíptico llamado hiato del elevador a través del cual pasa la parte inferior del recto, la uretra prostática y la vena dorsal del pene en el hombre o la vagina y la uretra en la mujer, éstas

vísceras se unen entre sí por medio de la aponeurosis pélvica llamada ligamento hiatal (9).

El dispositivo entrecruzado de los músculos ileococcígeo y pubococcígeo fijados en el rafé anococcígeo impide el efecto constrictor sobre las estructuras intrahiatales durante la contracción del músculo elevador del ano y ocasiona un efecto dilatador (9).

### **Músculo puborrectal:**

Se origina en la parte posterior de la sínfisis pubiana y a porción superior del diafragma urogenital, se extiende hacia atrás a lo largo de la unión anorrectal y se une con el músculo contralateral por detrás del recto formando un asa en forma de U que suspende el recto del pubis (9).

Durante la defecación, hay relajación del músculo puborrectal junto con la contracción del músculo elevador del ano lo que provoca la dilatación del hiato y eleva el recto inferior y el conducto anal, en la posición erecta, el músculo elevador del ano sostiene las vísceras intrahiatales (9).

Milligan y Morgan designaron el término "anillo anorrectal" a la zona muscular de unión del recto y el conducto anal, está compuesto por los bordes superiores de los esfínteres anales interno y externo y el músculo puborrectal, ésta estructura es fundamental durante el tratamiento de la fistulas y abscesos anales ya que la sección de éstas estructuras tiene como consecuencia incontinencia anal (9).

## **ESPACIOS ANORRECTALES:**

### **Espacio perianal:**

Conocido también como espacio marginal, se localiza desde la unión anorrectal y rodea el conducto anal, se continúa hacia abajo y a los lados hacia el tejido adiposo glúteo, su parte medial continúa con el espacio interesfintérico y contiene la parte más baja del esfínter anal externo, el plexo hemorroidal externo, las ramas de los vasos rectales inferiores y los linfáticos (10).

Un tabique elástico con aspecto de panal compacto divide éste espacio y es el causante del dolor intenso que se produce cuando se acumula pus o sangre en él (10).

### **Espacio isquiorrectal:**

Localizado en la fosa isquiorrectal que tiene forma piramidal, el ápice lo forma el origen del músculo elevador del ano en la aponeurosis obturadora, anteriormente limita con los músculos perineal superficial y transverso profundo y el límite posterior de la membrana perineal; el límite posterior está constituido por el ligamento sacrotuberoso y el borde inferior del músculo glúteo mayor (10).

Hacia la línea media la fosa esta limitada por los músculos elevador del ano y esfínter anal externo incluyendo la aponeurosis que los cubre (10).

La pared lateral es casi vertical y está formada por el músculo obturador interno que se apoya sobre el isquion y la aponeurosis obturadora en la que se encuentra sobre su pared lateral el conducto de Alcock que contiene los vasos pudendos internos y el nervio pudendo (10).

El contenido de la fosa isquiorrectal incluye tejido adiposo, el nervio rectal inferior, los vasos rectales inferiores, los nervios y vasos escrotales en el hombre y labiales en la mujer, los vasos perineales transversos y la rama perineal del cuarto nervio sacro (10).

En la parte anterior el espacio isquiorrectal tiene una extensión que cursa encima del diafragma urogenital y comunica anteriormente con el espacio isquiorrectal contralateral (10).

**Espacio interesfinterico:**

Se localiza entre los músculos esfintéricos interno y externo, se continúa hacia abajo con el espacio perianal y se prolonga hacia arriba en la pared del recto (10).

**Espacio supraelevador:**

Situado a cada lado del recto, limitado en la parte superior por el peritoneo, a los lados por la pared pélvica, en la parte media por el recto y hacia abajo por el músculo elevador del ano (10, 11).

**Espacio submucoso:**

Se encuentra entre el esfínter anal interno y la mucosa, se extiende distalmente hacia la línea anorrectal y proximalmente continúa con la submucosa del recto y contiene el plexo hemorroidal interno (10, 11).

**Espacio postanal superficial:**

Conecta ambas fosas isquiorrectales, posteriormente y por abajo del ligamento anococcígeo (10, 11).

**Espacio postanal profundo:**

Llamado también espacio de Courtney, comunica ambos espacios isquiorrectales posteriormente, por encima del ligamento anococcígeo, pero por debajo del músculo elevador, éste espacio es la vía común para que un proceso séptico en una fosa isquiorrectal pase a la contralateral dando por resultado un absceso y/o fístula en herradura (10, 11).

**Espacio retrorectal:**

Se localizada entre los dos tercios superiores del recto y del sacro, arriba de la aponeurosis rectosacra, anteriormente limita con la fascia propia que cubre al recto, hacia atrás por la aponeurosis presacra; en la parte superior comunica con el espacio retroperitoneal y en la inferior por la aponeurosis rectosacra que pasa por delante de la 4° vértebra sacra al recto, aproximadamente entre 3 a 5 cm de la línea anorrectal (10, 11).

Por debajo de la aponeurosis rectosacra está el espacio supraelevador, es un espacio potencial como los anteriormente descritos, en forma de herradura, limitado anteriormente por la aponeurosis de Denonvillier y hacia abajo por el músculo elevador del ano, éste espacio está ocupado por tejido conjuntivo laxo (10, 11).

## **IRRIGACIÓN DEL RECTO Y CONDUCTO ANAL:**

### **Arteria rectal (hemorroidal) superior:**

Se origina de la arteria mesentérica inferior, desciende por el mesocolon sigmoide y al cruzar la arteria iliaca común izquierda cambia de nombre a arteria rectal (hemorroidal) superior y es considerada rama terminal de la arteria mesentérica inferior; se divide en ramas izquierda y derecha colocándose la izquierda, anterior y la derecha, posterior (12).

### **Arterias rectales medias:**

Se originan de las arterias ilíacas internas e irrigan la porción media del recto y el conducto anal superior, ésta arteria es inconstante (12).

### **Arterias rectales (hemorroidales) inferiores:**

Se originan de las arterias pudendas internas (en el conducto de Alcock), que a su vez se originan de la arteria ilíaca interna, atraviesan la fosa isquiorrectal e irrigan los músculos del esfínter anal (12).

### **Arteria sacra media:**

Se origina en la parte posterior de la aorta a 1.5 cm arriba de su bifurcación, desciende sobre las dos últimas vértebras lumbares, el sacro y el coxis, por detrás de la vena ilíaca común izquierda, el nervio presacro y los vasos rectales superiores e irriga la porción inferior del recto (12).



## **DRENAJE VENOSO DEL RECTO Y CONDUCTO ANAL:**

El retorno venoso del recto y del conducto anal se efectúa por 2 sistemas: el portal y el sistémico (13).

La vena rectal (hemorroidal) superior drena al recto y la parte superior del conducto anal hacia el sistema portal a través de la vena mesentérica inferior (13).

Las venas rectales medias drenan la parte media del recto y la parte superior del conducto anal a las venas ilíacas internas, hacia la circulación sistémica, las venas rectales medias son incostantes (13).

Las venas rectales (hemorroidales) inferiores, drenan la parte inferior del conducto anal hacia las venas pudendas internas que continúan con las venas ilíacas internas hacia la circulación sistémica (13).

Las anastomosis entre las venas rectales constituye otra anastomosis portosistémica, ésta anastomosis se efectúa a través del plexo rectal o hemorroidal en la submucosa de las columnas de Morgagni (13).

## **DRENAJE LINFATICO DEL RECTO Y CONDUCTO ANAL:**

Los vasos linfáticos siguen el mismo curso de la trama arterial (14).

La linfa de las partes superior y media del recto asciende a lo largo de la arteria rectal superior a los ganglios linfáticos mesentéricos inferiores (14).

La parte inferior del recto drena a través de los ganglios linfáticos inferiores hacia los lados a través de los linfáticos rectales medios a los ganglios ilíacos internos.

Los vasos linfáticos del conducto anal, arriba de la línea anorrectal, drenan a los ganglios linfáticos rectales superiores y lateralmente a lo largo de los vasos rectales medios, hacia los ganglios ilíacos internos (14).

La linfa del conducto anal, por debajo de la línea anorrectal, drena a los ganglios linfáticos inguinales, pero también puede hacerlo hacia los ganglios linfáticos rectales superiores o a través de los linfáticos rectales inferiores hacia los ganglios ilíacos internos (14).

### **INERVACION DEL RECTO Y CONDUCTO ANAL:**

#### **Recto:**

De los 3 primeros segmentos lumbares de la médula espinal, salen fibras simpáticas formando el nervio simpático lumbar, que se une al plexo preaórtico, continúa a lo largo de la arteria mesentérica inferior como el plexo mesentérico inferior y llega a la parte superior del recto (15).

El nervio presacro o hipogástrico, proviene del plexo aórtico y de los 2 nervios espláncnicos lumbares laterales, el plexo así constituido se divide en 2 ramas en donde se unen las ramas de los nervios parasimpáticos sacros o nervios erectores para formar el plexo pélvico que inerva el recto inferior, el conducto anal, la vejiga urinaria y los órganos sexuales; el recorrido nervioso anteriormente mencionado no sigue a los vasos sanguíneos (15).

El nervio presacro se encuentra por detrás de los vasos mesentéricos inferiores entre los 2 uréteres y en íntima relación con los vasos ilíacos y las vértebras

lumbares, se dividen y extienden por la pared pélvica lateral y descienden íntimamente adheridos a la cara posteriolateral del recto (15).

La inervación parasimpática se origina en el segundo, tercero y cuarto nervios sacros situados a cada lado del orificio sacro anterior y se dirigen lateralmente hacia delante y arriba para unirse a los plexos pélvicos en las paredes laterales de la pelvis de donde se distribuye a los órganos pélvicos (15).

Tanto el sistema simpático como el parasimpático intervienen en la erección, pero lo hacen en fases diferentes que incluyen el mecanismo de la eyaculación por lo que la lesión de alguno de ellos puede producir erección incompleta, falta de eyaculación, eyaculación retrógrada o impotencia total (15).

### **CONDUCTO ANAL:**

#### **Inervación motora:**

El músculo esfínter interno tiene inervación simpática y parasimpática que le llegan por la misma vía que conduce al recto inferior (16).

El nervio simpático es motor y el parasimpático inhibitorio (16).

El músculo esfínter externo y los músculos elevadores del ano son inervados por la rama rectal inferior del pudendo interno y también por la rama perineal del cuarto nervio sacro (16).

### **Inervación sensorial:**

La sensación cutánea de la región perianal y de la mucosa del conducto anal por debajo de la línea anorrectal es transmitida por ramas aferentes en los nervios rectales inferiores (16).

Por arriba de la línea anorrectal, en el recto, existe sensibilidad mal definida que se cree es mediada por nervios parasimpáticos (16).

## **XV. ABSCESOS ANALES**

### **DEFINICION:**

El absceso y la fistula anales son dos fases de un mismo padecimiento; el primero es la fase aguda o inicial y la segunda es la fase crónica o secuela (17).

El absceso es una colección purulenta localizada en alguna de las regiones vecinas del ano y recto que pueden vaciar su contenido a través de un orificio situado en la piel anal, perianal o en la mucosa rectal (17).

La fistula es un conducto de paredes fibrosas infectadas que comunica una cripta anal con la piel o con la luz del recto; el orificio localizado en la cripta se denomina primario o interno y el cutáneo o mucoso, secundario; el orificio primario es donde se origina el proceso (17).

### **FRECUENCIA:**

Los abscesos anales ocurren con más frecuencia en hombres que en mujeres, con un rango de 3:1 respectivamente, se presentan con mayor frecuencia entre los 30 y los 50 años, con mayor incidencia en verano y otoño (18).

## **ETIOLOGIA:**

Diversas condiciones pueden originar un absceso anal y se clasifican en específicas e inespecíficas, siendo éstas últimas las más frecuentes (19).

La infección de las glándulas anales es la causa más común de formación de un absceso anal y son las consideradas inespecíficas (19).

En la unión anorrectal se encuentran las criptas anales, son pequeñas bolsas de forma triangular, abiertas hacia arriba, de base superior y vértice inferior, similares a las válvulas sigmoideas del corazón; su número varía entre 7 y 11 y se alternan con las papilas anales, que son pequeñas elevaciones de mucosa, generalmente imperceptibles a simple vista; éstas criptas anales se prolongan hacia los tejidos subcutáneos por conductillos que se ramifican a profundidades variables para constituir las glándulas anales, la mayor parte de ellas de situación subcutánea superficial, pero algunas perforan el esfínter interno y aun llegan a la capa interesfinteriana; su dirección es siempre hacia abajo y solo por excepción de dirigen hacia arriba, es muy raro que penetren al esfínter externo. La obstrucción de éstos conductillos glandulares, secundaria a materia fecal, inflamación, cuerpos extraños o traumatismo, da lugar a éstasis e infección secundaria y debido a que el conducto esta epitelizado se favorece la cronicidad de la infección y se interfiere con la cicatrización (19).

La teoría de que los abscesos anales son de origen criptoglandular, está sustentada no solamente en bases anatómicas, también en el hecho de que en la mayoría de los abscesos anales el orificio primario se encuentra a nivel de la línea anorrectal (19).

## **CLASIFICACIÓN:**

Según la localización que sigue el proceso, producirá un absceso anal, perineal o isquiorrectal, estos tres están situados por abajo del diafragma muscular de la pelvis (elevadores del ano), y son abscesos infradiafragmáticos. Uno más es el que se localiza entre el esfínter anal interno y el esfínter anal externo, y se denomina interesfinterico. Por último, afortunadamente el menos frecuente de los abscesos, es el que se localiza por arriba del diafragma muscular pélvico, y se clasifica como absceso supradiafragmático o supraelevador (20).

## **MANIFESTACIONES CLINICAS:**

El absceso anal representa la etapa aguda de esta patología y se manifiesta al principio por dolor leve, punzante y persistente, que aumenta gradualmente y alcanza su máximo entre seis y ocho días, el dolor se incrementa al sentarse, con el movimiento, al realizar maniobra de valsalva (tosar, estornudar o al pujar) y con la defecación. Puede acompañarse de malestar general, astenia, adinamia y pirexia (20).

El dolor puede ser tan importante que atemorice al paciente a defecar, lo que puede condicionar a impactación fecal. En algunos casos puede acompañarse de trastornos vesicales como disuria o retención urinaria (20).

En los abscesos supradiafragmáticos se inicia con la sintomatología de una infección banal, sin localización precisa: escalofríos, febrícula, malestar general y astenia; días más tarde, se agrega dolor leve o sensación de "estorbo" o "tumor" a nivel del recto (20).

## **EXAMEN FISICO:**

En la inspección de la región anoperíneal se encuentra una tumoración anal, perianal o isquirrectal, dependiendo su localización, con los signos característicos de un proceso inflamatorio que son: rubor, calor, tumor y dolor. En la palpación anal y perianal se puede precisar sus límites (21).

En algunos casos cuando el examen rectal es sumamente doloroso y se tiene duda diagnóstica, está indicado el examen bajo anestesia (21).

Los abscesos supradiafragmáticos no dan manifestaciones externas. El tacto rectal descubre una tumoración renitente, lateral o posterior, que rechaza la pared del recto hacia su luz (21).

## **DIAGNOSTICO:**

El diagnóstico de un absceso anal se establece en la mayoría de los casos por la historia clínica y la exploración proctológica. En raras ocasiones esto no es posible debido al dolor o a su localización. Por lo anterior se puede practicar ultrasonido anorrectal o una Resonancia Magnética, con ello facilitar la localización del absceso y por consiguiente su manejo; y en el último de los casos realizar una exploración quirúrgica bajo anestesia (21).

## **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:**

Existen otros padecimientos que producen abscesos en la región anal, perianal o rectal, que tienen como característica, en su mayoría, la ausencia de comunicación del absceso con una cripta anal, a estos se les denomina abscesos específicos, entre ellos figuran:

- Tuberculosis.
- Linfogranuloma venéreo.
- Colitis Ulcerosa inespecífica.
- Enfermedad pilonidal.
- Hidradentitis supurativa o pioderma.
- Actinomicosis.
- Furunculosis y Quiste sebáceo infectado.
- Cuerpos extraños.
- Diverticulitis del sigmoide.
- Laceraciones obstétricas.
- Osteomielitis de los huesos Pélvicos (22).

El absceso, cualquiera que sea su etiología, requiere de incisión y drenaje inmediatos; la resolución definitiva del problema dependerá del tratamiento específico de la causa subyacente (23).

#### **TRATAMIENTO:**

Debe ser considerado como una emergencia y el estándar de oro en el tratamiento de un absceso sigue siendo la incisión y drenaje; sin embargo, son necesarias ciertas consideraciones dependiendo su evolución y localización (24).

Los abscesos infradiafragmáticos cuando son evidentes y presentan fluctuación se puede hacer una incisión bajo anestesia local lo más cercano al ano, ya que en caso de desarrollar una fístula anal el trayecto será más corto (24).

Si el absceso anal no es evidente o bien el paciente presenta un dolor tan intenso que impida su exploración, entonces debe realizarse el drenaje en quirófano bajo anestesia (24).



Siempre que se drena un absceso, debe revisarse su cavidad digitalmente o con algún instrumento para asegurarse que no existan tabiques intracavitarios, con ésto se asegura la adecuada evacuación del material purulento. La cavidad debe ser irrigada con solución salina o algún antiséptico; y por último se debe asegurar que la incisión evacuadora del absceso sea adecuada con el fin de facilitar el continuo drenaje de los detritus celulares hasta su curación. Esto se logra ampliando la herida tanto como sea necesario, siguiendo el eje mayor del absceso; se deja un drenaje de tipo penrose para evitar que se cierre el orificio en forma prematura. Esta canalización se puede retirar entre el 3º y 4º día (25).

Una vez drenado el absceso se indican sediluvios y medidas higienico-dietéticas por 8 a 10 días más (25).

El uso de antibióticos es reservado solamente en pacientes con cardiopatía valvular, cuando la infección en los tejidos blandos es muy extensa y afecta el periné, la ingle, el muslo, o la pared abdominal y en pacientes inmunocomprometidos (diabéticos, HIV, SIDA, etc.) (25).

En casos seleccionados se puede realizar el drenaje del absceso y la destrucción de la cripta (fistulotomía primaria). Esto se logra cuando es posible identificar la cripta correspondiente. Se introduce un gancho de criptas por la cripta enferma y se secciona hasta obtener material purulento (25).

En los abscesos supraelevadores existen ciertas consideraciones antes de realizar el drenaje, ya que hay que asegurarse primero que no son originados por procesos intraabdominales, en cuyo caso su abordaje no debe realizarse por vía perianal (26).

El absceso supraelevador laterolateral o retrorrectal, se debe de abordar por una incisión posterolateral del ano, de 1 cm de longitud. Se introduce una pinza recta y larga a través de la incisión cutánea hasta llegar a la cavidad del absceso; la pinza debe de ser guiada por el dedo índice de la otra mano del cirujano, introducido en el recto y en contacto con la prominencia formada por el absceso. Al final se coloca una canalización de tipo penrose (27).

#### **COMPLICACIONES:**

La complicación más frecuente del drenaje de un absceso anal es la formación crónica de la misma enfermedad que es la fistula anal. Según diversos autores, ésto se puede presentar hasta el 50 % de los casos, siendo el absceso isquiorrectal el que más lo produce. La presencia de enterobacterias en el cultivo de pus del absceso es pronóstico e indicador de desarrollo posterior de fistula anal (28).

La recurrencia del absceso anal puede presentarse como complicación de un manejo aparentemente exitoso de un absceso anal, esto puede deberse a que no se hizo un debridamiento adecuado de los tabiques intracavitarios o al cierre prematuro del sitio de drenaje (27).

Otras complicaciones que pueden presentarse, aunque con menor frecuencia son:

- Hemorragia.
- Incontinencia anal.
- Trombosis hemorroidal.
- Celulitis.
- Impactación fecal.
- Fisura anal.
- Cicatrización inadecuada (27).

## **XVI. MATERIAL Y METODOS:**

Se revisaron 8,818 expedientes clínicos de pacientes que consultaron por primera vez en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D., de enero de 1996 a diciembre del 2000. Fueron incluidos todos los pacientes que consultaron con el diagnóstico de absceso anal. Se excluyeron los pacientes que habían sido atendidos en otro Servicio u Hospital o que acudieron a la consulta en la fase crónica de la enfermedad (fistula anal).

Se capturaron las variables en hoja de recolección de datos (Anexo 1) en donde se incluyó: sexo, edad, fecha, antecedentes personales patológicos, padecimiento actual, localización del dolor, anorexia, malestar general, fiebre, náusea, vómito, disuria, dolor abdominal; frecuencia y características de las evacuaciones, prurito anal y hemorragia transanal, presencia de tumoración, su localización, dolor a la palpación, forma en que se llevó a cabo el diagnóstico, drenaje del absceso en forma espontánea o quirúrgica, manejo posterior al drenaje del absceso, evolución; y por último, complicaciones, el manejo de éstas y su evolución.

En caso de hospitalización, se investigó: evolución, complicaciones y número de consultas otorgadas hasta su alta.

## **XVII. RESULTADOS:**

En base a los archivos de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O.D., durante el periodo de enero de 1996 a Diciembre de 2000, se realizaron 8818 consultas de primera vez, de las cuales, 221 (2.5%) correspondieron a casos diagnosticados como abscesos anales (fig. 1), mismos que fueron incluidos en éste trabajo, correspondiendo a 177 (80%) varones y 44 (20%) a mujeres (fig. 2).

Se encontraron pacientes con edades entre los 12 y los 86 años, que se dividieron en grupos de edad de 10 años cada uno en base al sexo (fig. 3a y 3b) y se encontró que el grupo de edad con más frecuencia se situó en los varones entre los 31 a 40 años (56 casos, 25.3%), seguido por el de 41 a 50 años (51 casos, 23%), con una edad promedio de 40.98 años con un rango de 37 años, en las mujeres los grupos de edad de mayor riesgo se situaron entre los 21 a 30 años y de 41 a 50 años (13 casos, 5.8% cada grupo), la edad promedio fue de 38 años con un rango de 24.5 años.

Los meses del año en que hubo más diagnósticos de absceso anal fue en los varones julio y agosto (22 casos, 9.9% cada uno) y en las mujeres durante de agosto (10 casos, 4.5%) (fig. 4a y 4b).

La principal ocupación que manifestaron los pacientes fue, en los varones de empleado (103 casos 46.6%), seguido de comerciante (45 casos, 20.3%) y en las

mujeres las labores del hogar (25 casos, 11.3%), seguido de empleada (12 casos, 5.4%) (fig. 5a y 5b); además manifestaron residir predominantemente tanto hombres como mujeres en el Distrito Federal (72.3%), seguido por el Estado de México (23%) (fig. 6a y 6b).

Los pacientes fueron asignados en forma aleatoria a cargo de los diferentes médicos de base de la Unidad de Coloproctología, correspondiendo al Dr. Luis Charúa G. 91 casos (41.3%), a la Dra. Rosa Martha Osorio H. 78 casos (35.2%) y a la Dra. Teresita Navarrete C. 52 casos (23.5%) (fig. 7a y 7b).

De los 221 casos incluidos en este estudio, se encontraron 70 (31.1%) con antecedentes personales patológicos, de los que destaca la Diabetes Mellitus, presentándose en varones 20 casos (9%) y en las mujeres 5 casos (2%) (fig. 8a y 9b).

En cuanto a su padecimiento actual, tanto los varones (109 casos, 49.3%) como las mujeres (28 casos, 12.6%), manifestaron haber iniciado su sintomatología más de 5 días antes de acudir a la Unidad de Coloproctología (fig. 9a y 9b), causada por dolor, el cual lo referían localizado al ano en el 98.3% de los casos (fig. 10a y 10b).

En referencia a la semiología de la evacuación, tanto hombres como mujeres manifestaron evacuar 1 a 2 veces por día (61.3% vs. 15.2%) (fig. 11a y 11b); el tipo de evacuación predominante para ambos grupos fue formado y duro (77.3%

vs.18.5%) (fig. 12a y 12b) y sin esfuerzo evacuatorio en los varones (68.3%), en contraste con las mujeres en el que el 15% sí lo presentaba (fig. 13ª y 13b), siendo éste predominantemente de 1 a 2 minutos (12.6%) (fig. 14ª y 14b); al finalizar la evacuación los varones manifestaron más insatisfacción (8.1% vs. 6.3%) que las mujeres (fig. 15a y 15b), reintentando completar la evacuación los varones de inmediato el 3.6% (8 casos).

Todos los pacientes presentaron malestar general, tanto en varones como en mujeres, mostrando una incidencia mayor entre el 3º y 4º días en ambos grupos (33.4% VS 8.1%) (fig. 16a y 16b); con respecto a otros síntomas como la anorexia, la hipertermia y las náuseas no se encontró relevancia ya que la mayoría de los pacientes no los presentaron, por otra parte, ningún paciente manifestó dolor abdominal y disuria.

En la inspección de la región anoperineal se encontró tumoración perianal en el 100% de los casos, la cual mostró predominancia a localizarse lateralmente al ano tanto en varones como en mujeres, siendo la localización más frecuente lateral derecha (23% vs. 6.7%), seguida de lateral izquierda (18% vs. 5%) (fig. 17a y 17b).

El tipo de absceso diagnosticado con mayor frecuencia en varones fue anal (113 casos, 51.1%), seguido del perianal (32 casos, 14%), interesfintérico (19 casos, 9%), isquiorrectal (8 casos, 3.6%) y en herradura (3 casos, 1.3%) y en las mujeres

el más frecuente fue el perianal (23 casos, 10.4%), seguido por los abscesos anal e interesfintérico (18 casos, 3.6%), isquiorrectal (3 casos, 1.3%) y en herradura (2 casos, 0.9%); no se presentó en ningún paciente tanto en varones como en mujeres absceso supraelevador (fig. 18a y 18b). La forma en que se realizó el diagnóstico fue clínico en el 99.5% de los casos, requiriéndose apoyo de gabinete en un solo caso (0.5%) con ultrasonido endoanal.

Se realizó drenaje del absceso en el consultorio en la primera consulta tanto en varones como en mujeres (68.7% vs. 16.2%) y se encontró que el absceso había drenado espontáneamente en 33 casos (14.9%), cosa que sucedió en los varones entre los 2 y 3 días (8%) antes de acudir a valoración y en las mujeres 2 días (1.7%) antes de acudir a valoración (19a y 19b); sólo fue necesario drenar el absceso en quirófano en 4 pacientes (1.7%) (fig. 20a y 20b).

No fue necesario el uso de anestésicos en la mayoría de los casos tanto en varones como en mujeres (69.2% vs. 14%) y cuando fue necesario se utilizó principalmente anestésico local para ambos grupos (10.4% vs. 4%); en los 4 casos que se drenó en quirófano se utilizó anestesia regional en 3 casos (1.3%) y anestesia general en 1 (0.4%) (fig. 21a y 21b).

Después de drenar el absceso se indicó manejo médico que consistió en dieta rica en fibra, sedulivios y analgésicos tanto a varones como a mujeres (73.3% vs. 11.3%), en 14 varones (6.3%) y 16 mujeres (7.2%) se administró además antibiótico y 4 casos (1.8%) fueron hospitalizados (22a y 22b).

Posteriormente al tratamiento inicial anteriormente mencionado, se encontró resolución completa del absceso sin formación de fístula en 19 varones y 8 mujeres (8.5% VS 3.6%); se presentó fístula en 71 varones y 11 mujeres (32.1% vs. 4.9%) y en 4 casos se encontró reportado la formación de fascitis se perdieron (72 varones, 32.5% y 36 mujeres, 16.2%) no se les pudo hacer seguimiento pues no volvieron a la Unidad de Coloproctología para valoración de su evolución (23a y 23b).

Los 82 pacientes que presentaron formación de fístula y los 4 con fascitis se hospitalizaron para su manejo, presentando evolución satisfactoria en el 100% de los casos y se dieron de alta para continuar con su control en la consulta de la Unidad de Coloproctología.

Durante el control ambulatorio postquirúrgico se registró un aumento significativo en el número de consultas solicitadas, observándose entre la 4ª y la 5ª consultas tanto para varones como para mujeres (39.40% vs. 13%) antes de dar de alta a los pacientes en forma definitiva (24a y 24b).

Todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente fueron dados de alta de la Unidad de Coloproctología sin ninguna complicación, no se registraron decesos debido a complicaciones en la evolución de los abscesos anales en la revisión de los archivos de la Unidad de Coloproctología para la realización de éste estudio.



## **XVIII. CONCLUSIONES:**

En la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O.D., de 1996 a 2000, se otorgaron 8818 consultas de primera vez en las que se diagnosticó absceso anal en 221 casos (2.5%), de los cuales 117 casos correspondieron a varones (80%) y 44 casos a mujeres (20%).

El grupo de edad con más frecuencia de casos fue de 41 a 50 años (23%), presentándose con más frecuencia en el verano (Julio y Agosto).

De los 221 casos incluidos en este estudio el 31.1% (70 casos) contaban con antecedentes personales patológicos, en los que destaca la Diabetes Mellitus, presentándose en 20 varones (9%) y 5 mujeres (2%).

El 43.3% de los varones y el 12.6% de las mujeres iniciaron su sintomatología más de 5 días antes de acudir a valoración a la Unidad de Coloproctología, causado por dolor, el cual lo referían localizado en el ano principalmente (98.3%).

La presencia de esfuerzo evacuatorio (11.7% vs. 15%) no resultó ser un factor que propicie la formación de un absceso anal en nuestros pacientes ya que la mayoría (68.3% vs 5%) no lo presentaban y aun así desarrollaron un absceso anal.

El principal síntoma reportado por los pacientes fue el malestar general (100%), otros síntomas como anorexia, hipertermia y náuseas no fueron significativos y no se encontró ningún caso que manifestara disuria o dolor abdominal.

En la inspección de la región anoperineal, el diagnóstico de un absceso anal es algo que generalmente "salta a la vista", sin embargo, el diagnóstico del tipo de absceso solo es posible con un entrenamiento adecuado, en la Unidad de Coloproctología se realizó esto clínicamente en el 99.2% de los casos durante el período de revisión de este estudio, solamente un caso requirió apoyo ultrasonido (0.8%).

La mayor parte de los abscesos se localizó lateral derecho (23% vs. 6.7%) y el tipo de absceso más frecuente fue el absceso anal (51.1% vs. 3.6%).

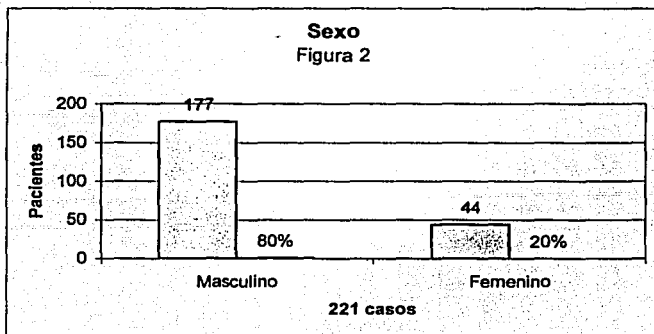
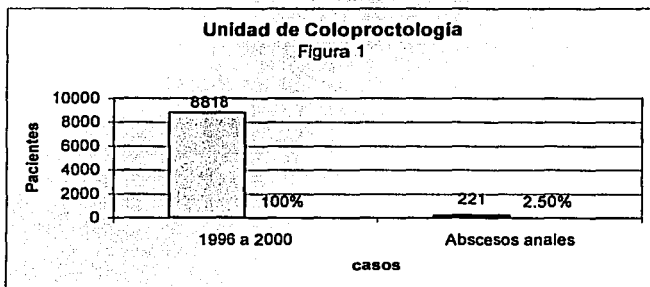
El drenaje del absceso se realizó principalmente en el consultorio sin anestesia (69.2% vs. 14%), y el 73.2% vs. 11.3% se manejó médicamente con fibra analgésicos y sediluvios.

Después del tratamiento inicial se encontró resolución completa del absceso en 27 casos (48.7%), fistula en 82 casos (37%), fascitis en 4 casos (1.8%) y el resto de los pacientes (108 casos, 48.7%) no se les pudo hacer seguimiento ya que no volvieron a la Unidad de Coloproctología para valoración de su evolución.

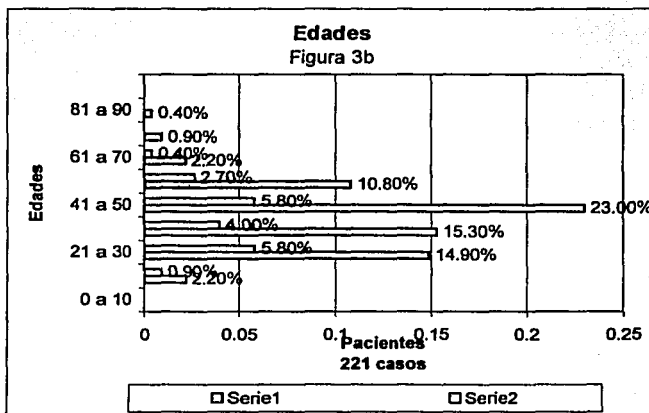
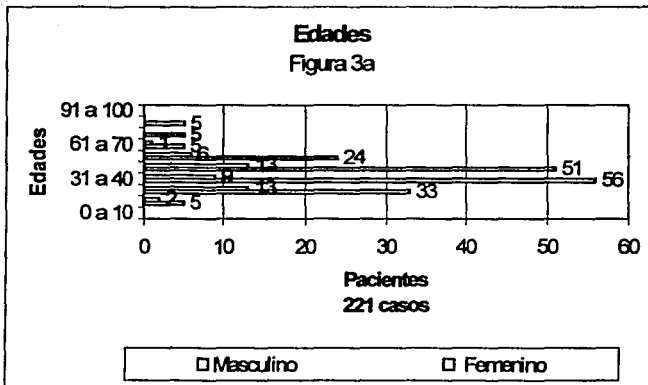
Los 86 casos con fistula anal (37%) y los 4 casos con fascitis (1.8%) se

hospitalizaron para operarse presentando después evolución satisfactoria, durante el control postoperatorio el 37.2% requirió 5 consultas antes de dar el alta definitiva.

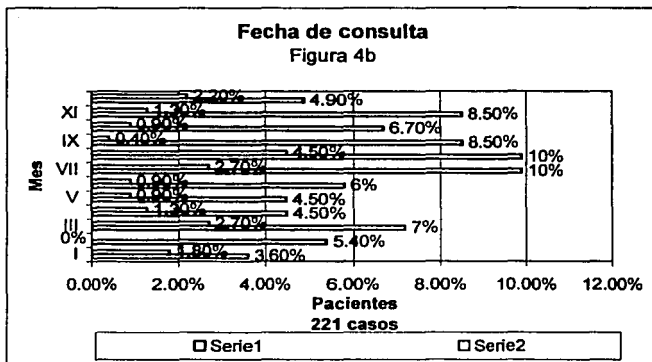
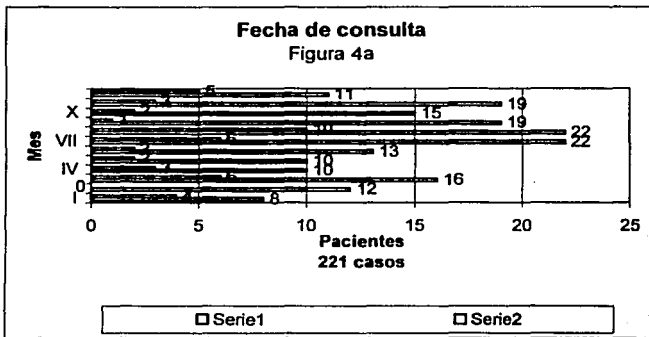
## XIX. GRAFICAS:



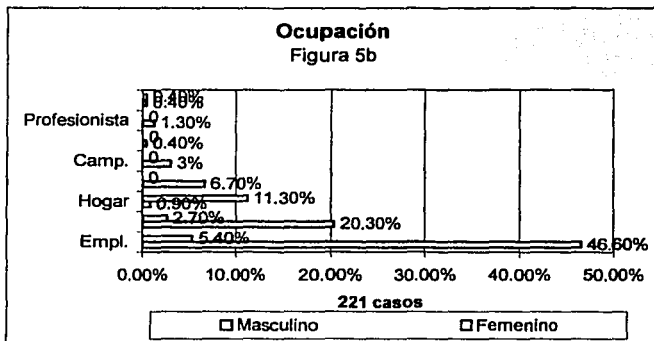
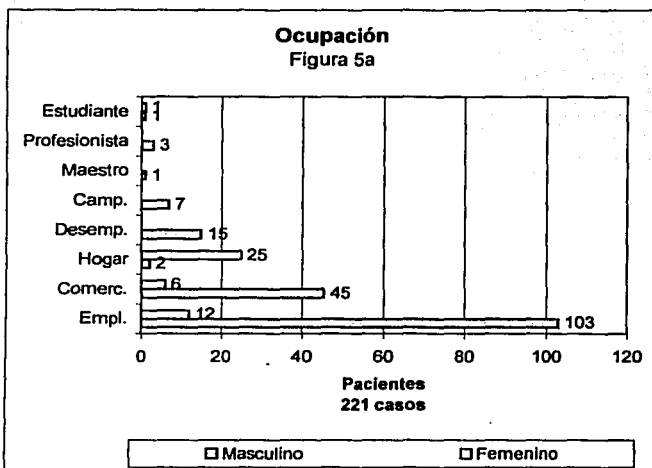
**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



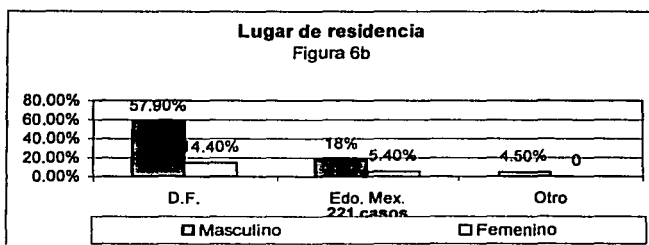
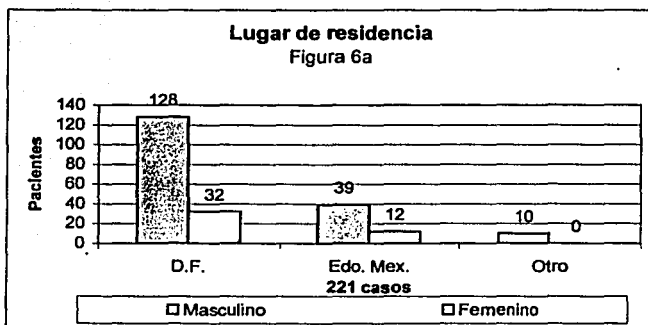
TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

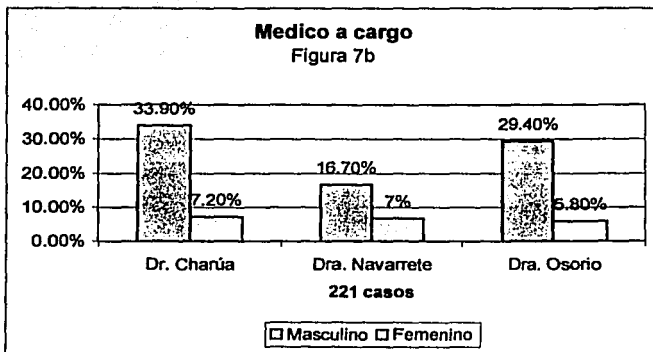
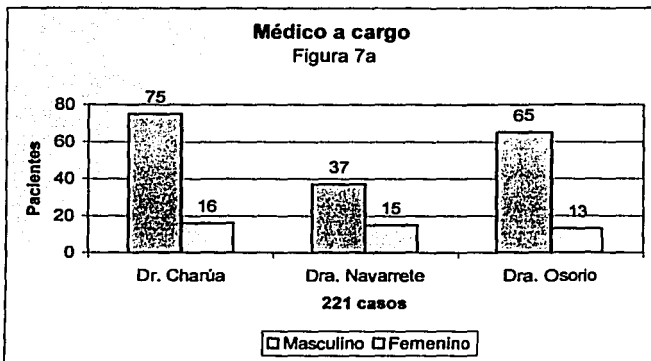


**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

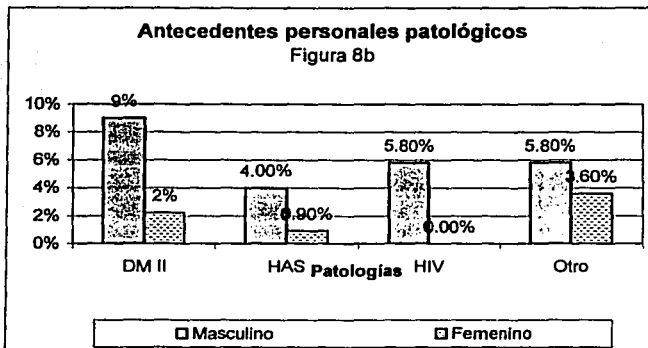
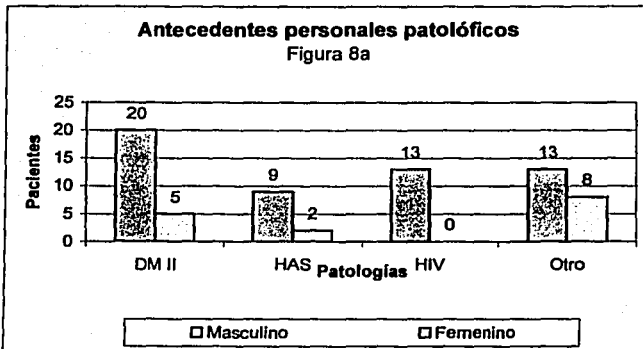


**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

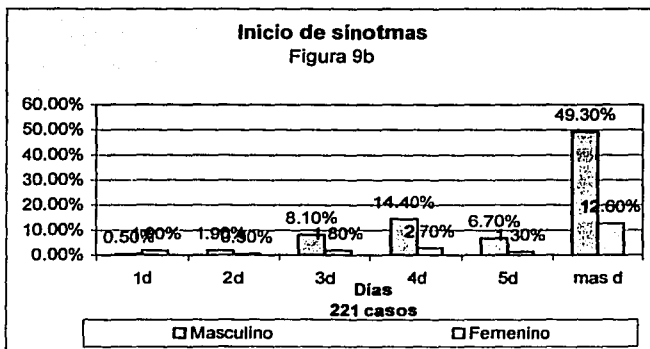
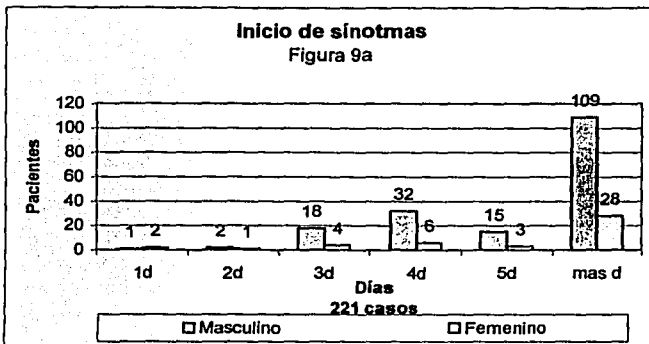




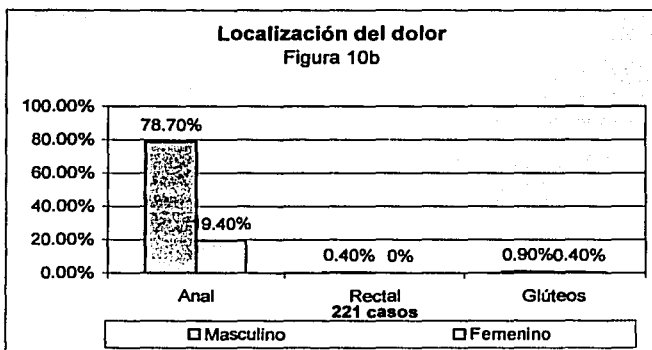
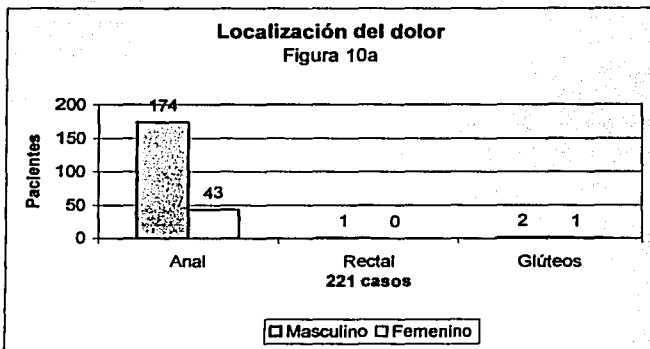
**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



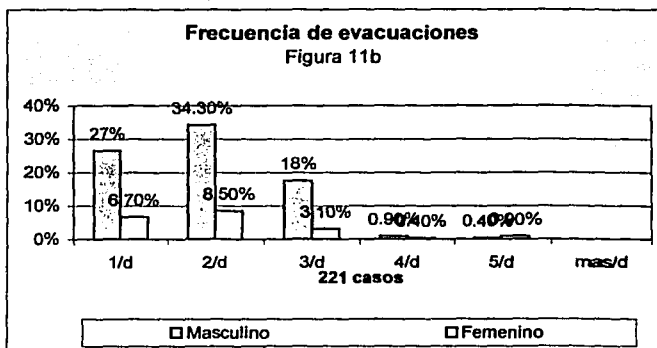
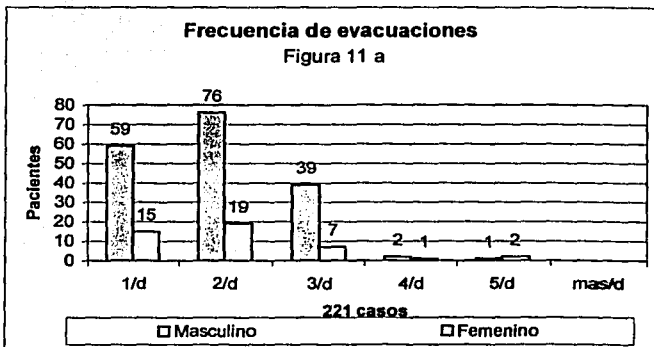
**TESIS CON  
FALLA DE REGISTRO**



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



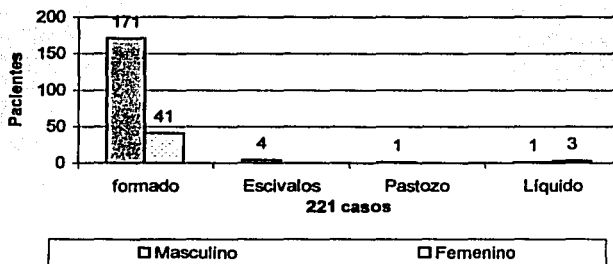
TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN



TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

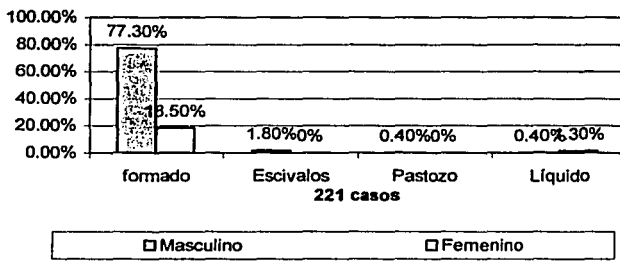
### Característica de las evacuaciones

Figura 12a



### Características de las evacuaciones

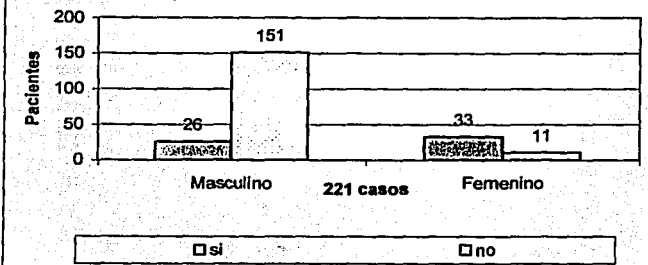
Figura 12b



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

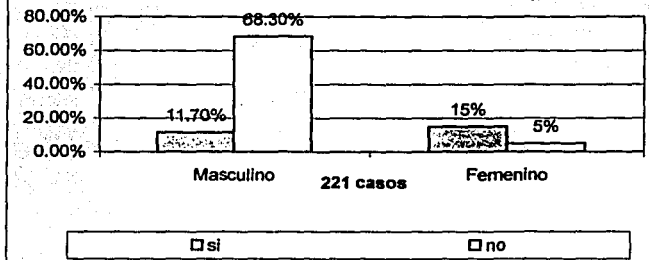
### Esfuerzo para evacuar

Figura 13a

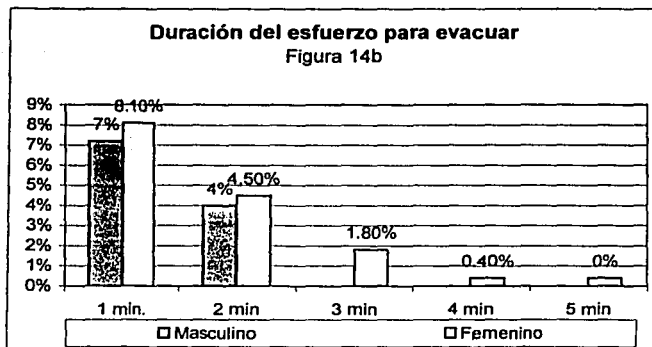
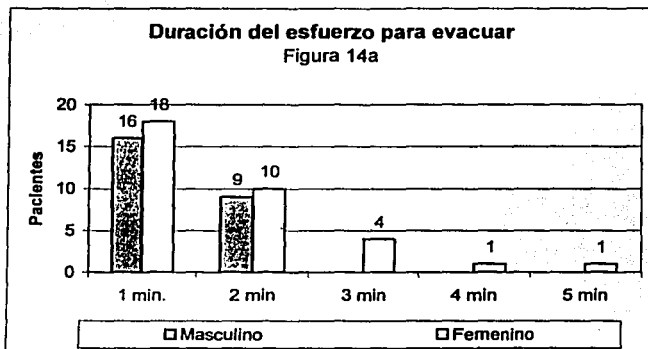


### Esfuerzo para evacuar

Figura 13b



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

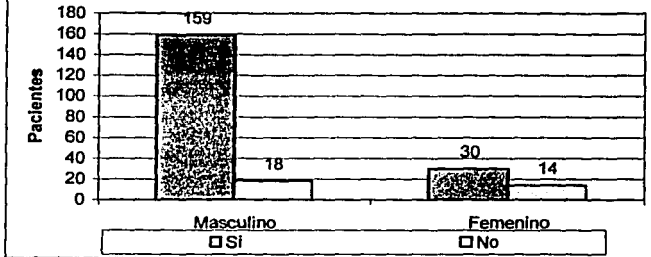


**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



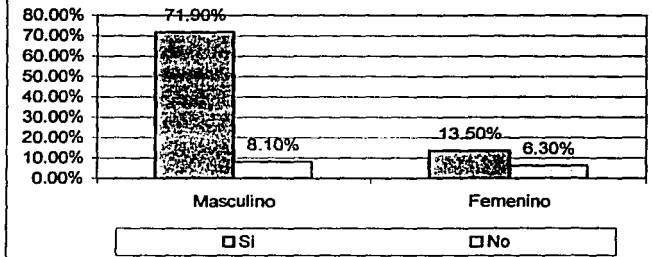
### Sensación de evacuación completa

Figura 15a

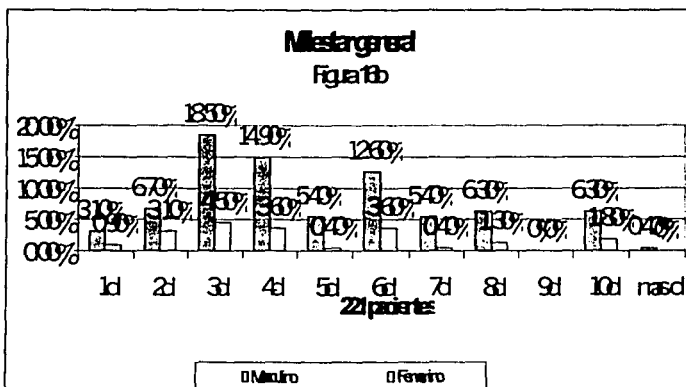
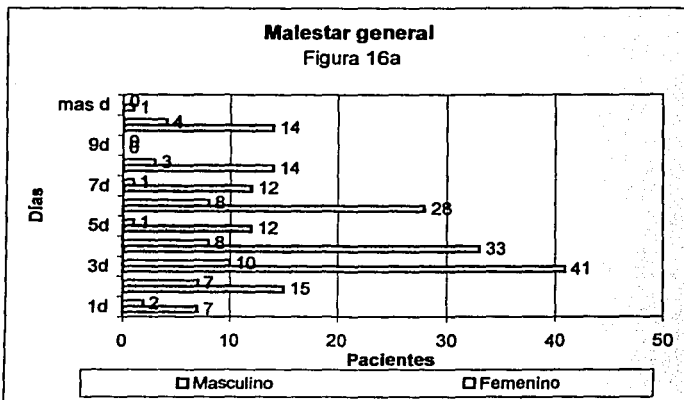


### Sensación de evacuación completa

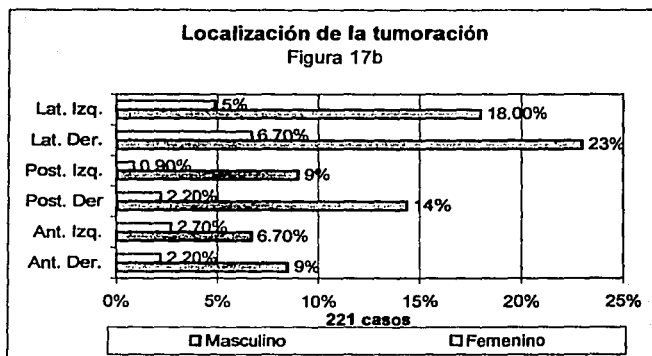
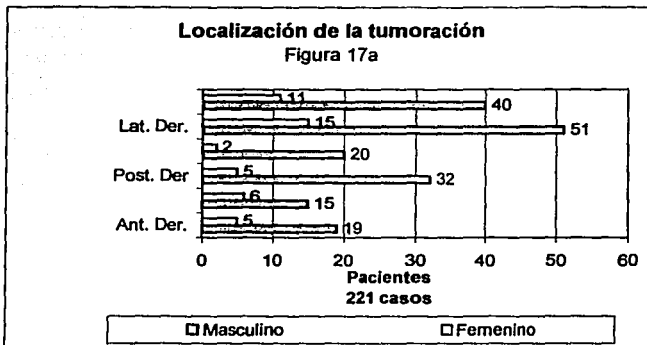
Figura 15b



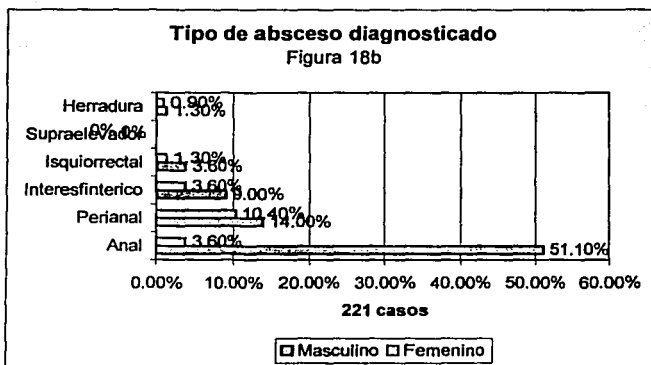
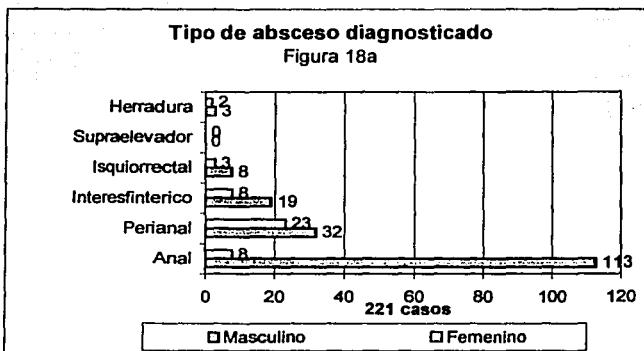
**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



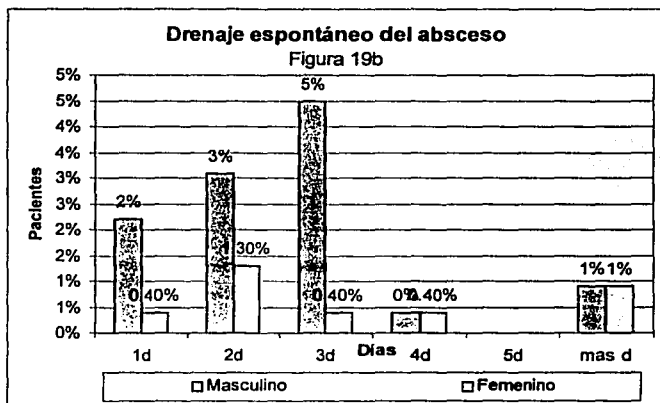
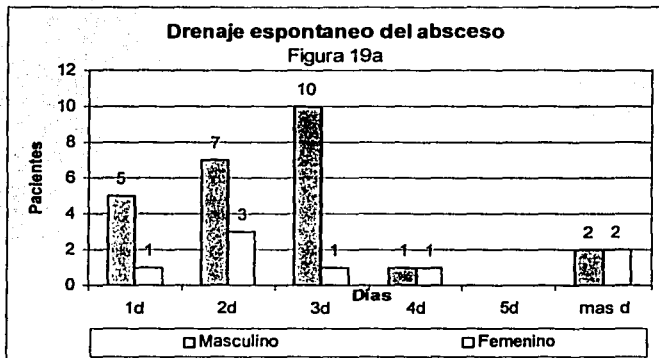
TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN



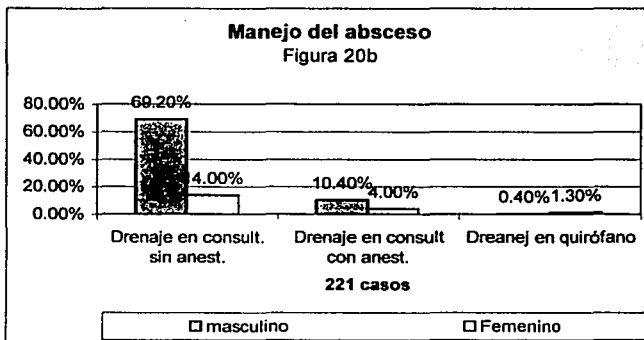
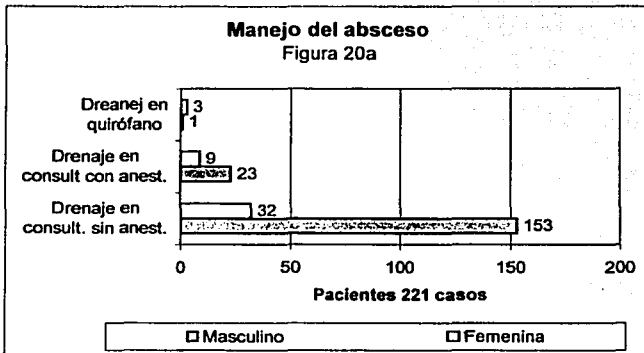
TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



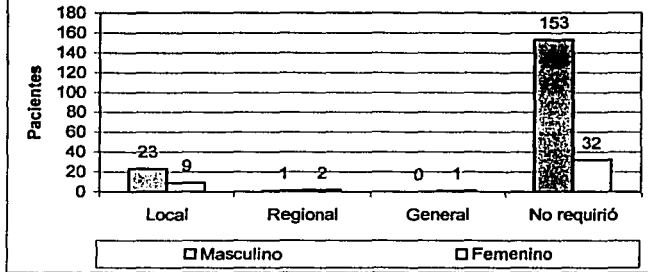
**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

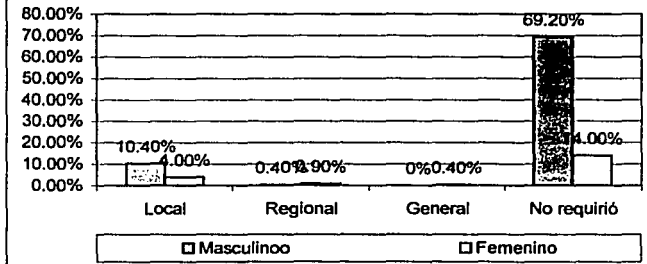
### Anestesia requerida para drenar el absceso

Figura 21a



### Asnestesia requerida para drenar el absceso

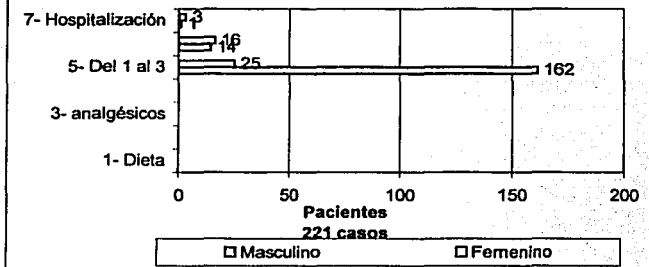
Figura 21b



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

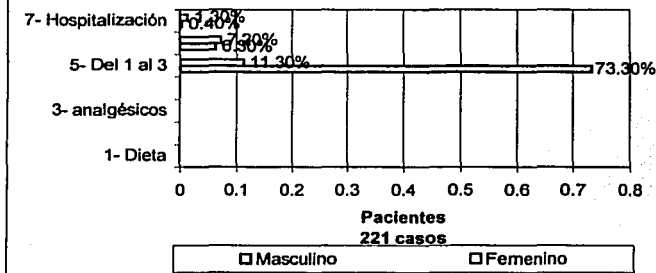
### Manejo médico de los abscesos

Figura 22a



### Manejo Médico de los abscesos

Figura 22b

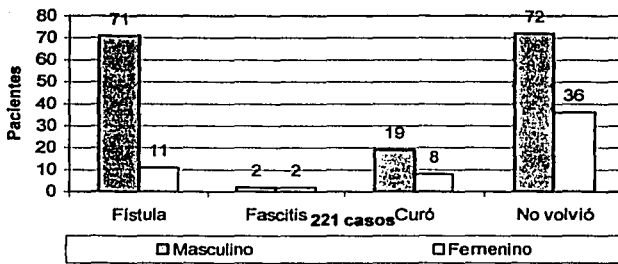


TESIS CON  
TALLA DE ORIGEN



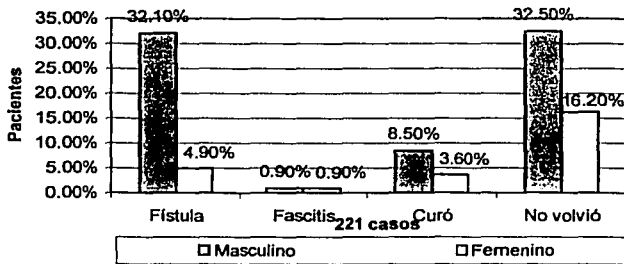
### Respuesta al tratamiento

Figura 23a

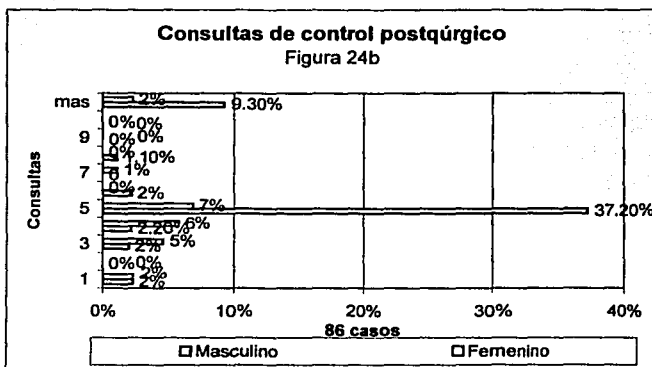
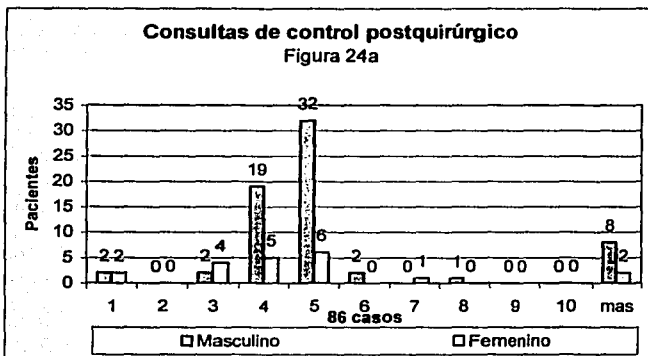


### Respuesta al tratamiento

Figura 23b



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## XX. ANEXO

### Formato para obtención de datos de Abscesos Anales

Nombre: \_\_\_\_\_

Folio:

Expediente: \_\_\_\_\_ Historia: \_\_\_\_\_

1- Fecha de consulta: Mes / Año.

1-   /

2- Lugar de residencia:

2-

- 1- D.F.
- 2- Estado de México.
- 3- Otro, especifique: \_\_\_\_\_

3- Género:

- 1- Masculino.
- 2- Femenino

3-

4- Edad:

Especificar en años

4-

5- Escolaridad:

- 1- Sin escolaridad.
- 2- Primaria.
- 3- Secundaria.
- 4- Preparatoria.
- 5- Técnico.
- 6- Profesional.
- 7- Post - grado.

5-

6- Ocupación:

- 1- Desempleado/ jubilado.
- 2- Empleado.
- 3- Comerciante.
- 4- Profesionista
- 5- Otro, especifique: \_\_\_\_\_

6-

7- Médico a cargo:

- 1- Dr. Luis Charúa Guindic.
- 2- Dra. Teresita Navarrete Cruces.
- 3- Dra. Rosa Martha Osorio.

7-

8- Antecedentes personales patológicos:

- 1- Diabetes Mellitus.
- 2- Hipertensión arterial
- 3- H.I.V.
- 4- Neoplasias, especifique: \_\_\_\_\_
- 5- Otros, especificar: \_\_\_\_\_
- 6- Combinaciones de los anteriores, especificar: \_\_\_\_\_

8-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## PADECIMIENTO ACTUAL

**9- Inicio de síntomas:**

Especificar en días.

9-

**10- Localización del dolor:**

- 1- Anal
- 2- Rectal
- 3- Glúteos.
- 4- Combinaciones de los anteriores.  
especificar: \_\_\_\_\_

10-

**11- Manifestación del dolor:**

- 1- Al evacuar.
- 2- Al sentarse.
- 3- Al caminar.
- 4- Constante.
- 5- Combinaciones de las anteriores,  
especificar: \_\_\_\_\_

11-

**12- Malestar general:**

1- Sí.

2- No. ( Pasar a pregunta 14 )

12-

**13- Tiempo con malestar general:**

Especificar en días.

13-

**14- Anorexia:**

1- Sí.

2- No. ( Pasar a pregunta 16 )

14-

**15- Tiempo con anorexia:**

Especificar en días.

15-

**16- Nausea:**

1- Sí.

2- No. ( Pasar a pregunta 18 ).

16-

**17- Tiempo con náuseas:**

Especificar en días.

17-

**18- Vómitos:**

1- Sí.

2- No. ( Pasa a pregunta 20 ).

18-

**19- Tiempo con vómitos:**

Especificar en días.

19-

**20- Disuria:**

1- Sí.

2- No. ( Pasa a pregunta 22 ).

20-

**21- Tiempo con disuria:**

Especificar en días.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**22-Dolor abdominal:**

- 1- Sí
- 2- No. ( Pasa a pregunta 26 )

**23- Tipo de dolor abdominal:**

- 1- Punzante.
- 2- Quemante/ ardoroso.
- 3- Opresivo.
- 4- Cólico.
- 5- Combinaciones de las anteriores,  
especificar: \_\_\_\_\_

**24- Localización del dolor abdominal:**

- 1- Hipocondrio derecho.
- 2- Hipocondrio izquierdo.
- 3- Flanco derecho.
- 4- Flanco izquierdo.
- 5- Fosa iliaca derecha.
- 6- Fosa iliaca izquierda.
- 7- Combinaciones de las anteriores,  
especificar: \_\_\_\_\_
- 8- Difuso.

**25- Desencadenante del dolor abdominal:**

- 1- Espontáneo.
- 2- Evacuación.
- 3- Deambulación.
- 4- Postprandial.
- 5- Otro, especificar: \_\_\_\_\_
- 6- Combinaciones de las anteriores,  
especificar: \_\_\_\_\_

**26- Prurito anal:**

- 1- Sí.
- 2- No. ( Pasa a pregunta 30 )

**27- Tiempo con prurito anal:**

Especificar en días.

**28- Intensidad del prurito anal:**

- 1- Baja intensidad.
- 2- Moderada intensidad.
- 3- Alta intensidad.

**29- Duración del prurito anal:**

Especificar en horas/minutos.  
En caso de ser continuo anotar "C".

**30- Fiebre:**

- 1- Sí.
- 2- No. ( Pasa a pregunta 32 )

**31- Intensidad de la fiebre:**

Especificar en grados centígrados.  
En caso de no haberse tomado la temperatura anotar "C".

**32- Sangrado transanal:**

- 1- Sí.
- 2- No. ( Pasa a pregunta 36 )

22-

23-

24-

25-

26-

27-

28-   /

29-

30-

31-   .  °C

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**33- Características del sangrado transanal:**

- 1- Rojo brillante.
- 2- Rojo oscuro.

**34- Presentación del sangrado transanal:**

- 1- Gotas.
- 2- Chorro.
- 3- Manchando el papel de asco.
- 4- Otra presentación, especificar: \_\_\_\_\_

- 5- Combinaciones de las anteriores, especificar: \_\_\_\_\_

**35- Duración del sangrado transanal:**

- Especificar en días.
- En caso de ser constante (diario) anotar "C".

**36- Frecuencia de las evacuaciones:**

- 1-Una por día.
- 2- 1 a 2 por día.
- 3- 1 a 3 por día.
- 4- 2 a 3 por día.
- 5- Mas de 3 por día, especificar: \_\_\_\_\_

**37- Características de las evacuaciones:**

- 1- Formado.
- 2- Escivalos.
- 3- Pastozo.
- 4- Líquido.
- 5- Combinaciones de las anteriores, especificar: \_\_\_\_\_

**38- Esfuerzo al evacuar:**

- 1- Sí.
- 2- No. ( Pasa a pregunta 40 )

**39- Duración del esfuerzo al evacuar:**

Especificar en minutos.

**40- Sensación de evacuación completa:**

- 1- Sí. (Pasa a pregunta 42 )
- 2- No.

**41- Tiempo en que reintenta completar la evacuación:**

Especificar en horas/minutos.  
En caso de no reintentar completar la evacuación, anotar "C".

33-	<input type="checkbox"/>
34-	<input type="checkbox"/>
35-	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
36-	<input type="checkbox"/>
37-	<input type="checkbox"/>
38-	<input type="checkbox"/>
39-	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
40-	<input type="checkbox"/>
41-	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## Exploración de la región anoperineal.

**42- Presencia visible de tumoración perianal:**

- 1- Sí.
- 2- No. ( Pasa a pregunta 44 )

42-

**43- Localización visible de la tumoración perianal:**

- 1- Cuadrante perianal posterior derecho.
- 2- Cuadrante perianal posterior izquierdo.
- 3- Cuadrante perianal anterior derecho.
- 4- Cuadrante perianal anterior izquierdo.
- 5- Ambos cuadrantes perianales derechos.
- 6- Ambos cuadrantes perianales izquierdos.
- 7- Ambos cuadrantes perianales posteriores.
- 8- Ambos cuadrantes perianales anteriores.
- 9- Combinaciones de los anteriores,  
especificar: \_\_\_\_\_

43-

**44- Dolor a la palpación perianal**

- 1- Sí.
- 2- No. ( Pasa a pregunta 46 )

44-

**45- Localización del dolor a la palpación perianal:**

- 1- Cuadrante perianal posterior derecho.
- 2- Cuadrante perianal posterior izquierdo.
- 3- Cuadrante perianal anterior derecho.
- 4- Cuadrante perianal anterior izquierdo.
- 5- Ambos cuadrantes perianales derechos.
- 6- Ambos cuadrantes perianales izquierdos.
- 7- Ambos cuadrantes perianales posteriores.
- 8- Ambos cuadrantes perianales anteriores.
- 9- Combinaciones de los anteriores,  
especificar: \_\_\_\_\_

45-

**46- Drenaje del absceso:**

- 1- Espontáneo.
- 2- Quirúrgico.
- 3- Diferido, especificar el motivo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

46-

**47- Tiempo en que se presentó el drenaje espontáneo:**

Especificar en días.

47-

**48- Anestesia requerida para drenar quirúrgicamente el absceso:**

- 1- Local.
- 2- Regional.
- 3- General.
- 4- Combinaciones de las anteriores,  
especificar: \_\_\_\_\_
- 5- No se requirió.

48-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Diagnóstico.

### 49- Diagnóstico:

- 1- Absceso anal.
- 2- Absceso perianal.
- 3- Absceso isquiorrectal.
- 4- Absceso interesfintérico.
- 4- Absceso supraelevador.
- 6- Absceso en herradura, especificar: \_\_\_\_\_

### 50- El diagnóstico se realizó por:

- 1- Clínica (pasa a la pregunta 52).
- 2- Estudios de gabinete.

### 51- Estudios de gabinete utilizados para realizar el diagnóstico:

- 1- Ultrasonido endoanal.
- 2- T.A.C.
- 3- R.M.N.
- 4- Combinaciones de las anteriores, especificar: \_\_\_\_\_

### 52- Manejo médico:

- 1- Dieta.
- 2- Sediluvios.
- 3- Analgésicos.
- 4- Antibióticos.
- 5- Del 1 al 3.
- 6- Del 1 al 4.
- 7- Hospitalización.

### 53- Evolución posterior al drenaje y manejo médico:

- 1- Satisfactoria.
- 2- Insatisfactoria.

### 54- Complicaciones posterior al drenaje y manejo médico:

- 1- Dolor.
- 2- Hemorragia.
- 3- Sepsis.
- 4- Otra, Especifique: \_\_\_\_\_
- 5- Combinación de las anteriores, especificar: \_\_\_\_\_
- 6- Muerte, especifique: \_\_\_\_\_

### 55- Procedimiento quirúrgico realizado:

- 1- Drenaje en consultorio sin anestesia.
- 2- Drenaje en consultorio con anestesia.
- 3- Drenaje en quirófano, especificar: \_\_\_\_\_
- 4- Ninguno, especificar motivo: \_\_\_\_\_

### 56- Evolución hospitalaria:

- 1- Satisfactoria.
- 2- Insatisfactoria.

49-	<input type="checkbox"/>
50-	<input type="checkbox"/>
51-	<input type="checkbox"/>
52-	<input type="checkbox"/>
53-	<input type="checkbox"/>
54-	<input type="checkbox"/>
55-	<input type="checkbox"/>

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



**57- Complicaciones durante hospitalización:**

- 1- Hemorragia.
- 2- Sépsis, especifique: \_\_\_\_\_
- 3- Combinaciones de las anteriores, especifique: \_\_\_\_\_
- 4- Muerte, especifique: \_\_\_\_\_

**58- Tiempo de Hospitalización:**

Especificar en días.

**59- Evolución en la consulta de seguimiento:**

- 1- Satisfactoria.
- 2- Insatisfactoria

**60- Complicaciones durante las consultas de seguimiento:**

- 1- Sangrado transanal.
- 2- Cicatrización inadecuada.
- 3- Formación de nuevo absceso.
- 4- Otras, especifique: \_\_\_\_\_

**61- Consultas de seguimiento:**

Especificar número de consultas

57-	<input type="checkbox"/>
58-	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
59-	<input type="checkbox"/>
60-	<input type="checkbox"/>
61-	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## **XXI. BIBLIOGRAFIA:**

- 1- A.G. Parks. Pathogenesis and Treatment of Fistula in Ano. Br Med Jou 1961, 18:463-469.
- 2- Langhman Jan. Embriología Médica. Ed. Médica Panamericana. Ed. 4ª, 1983, 14:214-234
- 3- Paravasthu S. Ramajam. Perianal Abscesses and Fistulas. Dis Col Rectum, 1983, Vol. 27, N° 9:593-597.
- 4- F. Seow-Choen. Anal Fistula. Br J Surg, 1992, Vol 79, N° 3:197-205.
- 5- W. Elwain Jack. Anorectal Problems. Dis Col Rectum. 1975, Vol 18, N° 8:646-619.
- 6- Golderg S.M. Surgery of The Colon, Rectum and Anus. Bultterworth-Heinemann Ltd. Ed 4ª, 1990, 806-828.
- 7- Marvin L. Corman. Colon and Rectal Surgery. Lippincott-Raven Publishers. Ed. 4ª, 1986, Cap. 10:224-235.
- 8- Kovalcik P. J. Anorectal Abscess. Surg Gynecology Obst. 1979, Vol 149:884-886.
- 9- D. Wexner Steven. Practice Parameters for Treatment of fistula-in-Ano- Supporting documentation. Dis Col Rectum. 1996, Col 39, N° 12:1363-1371.
- 10- Metcalf Amanda. Postgraduate Medicine. 1995, Vol 98, N° 5:81-94
- 11- Buchan R. Anorectal Supuration: The Results of Treatment and the Factors Influencing the Recurrence Rate. Br J Surg. 1973. Vol 60, N° 7:537-540.

- 12- R. Read, Don. Prospective Survey of 474 Patients with Anorectal Abscess. Dis Col Rectum. 1979, Vol 22, N° 8:566-568.
- 13- M. Charabot, Cyril. Recurrent Anorectal Abscesses. Dis col Rectum. 1983, 26:105-108.
- 14- Avendaño Espinosa Octavio. Proctología. Impresiones Modernas, S.A., 1968, Cap. 4:64-80.
- 15- Marks Gerald. The Fatal Potential of Fistula-in-Ano with Abscess. Dis Col Rectum. 1973, Vol 16, N° 3:224-230.
- 16- Goligher John. Cirugía del Ano, Recto y Colon. Ed. Masson, S.A., Ed. 2ª, 1998, 6:159-130.
- 17- Vasilevsky, Carol-Ann. The Incidence of Recurrent Abscesses or Fistula-in-Ano Following Anorectal Supuration. Dis Col Rectum. 1984, 27:126-130.
- 18- Choong-Leong Tang. Prospective Randomized Trial of Drainage Alone VS. Drainage and Fistulotomy for Acute Perianal Abscesses with Proven Internal Openeing. Dis col Rectum. 1996. 39:1415-1417.
- 19- Winslett Mc. Anorectal Sepsis as a Presentation of Occult Rectal and Systemic Disease. Dis Col Rectum. 1988; 31:597-600.
- 20- Willem Rudolf Schouten. Treatment of Anorectal Abscess with or without Primary Fistulectomy. Dis Col Rectum. 1991; 34:60-63.
- 21- W. Cox steven. Outcome after Incision and Drainage with Fistulotomy for Ischiorectal Abscess. The American Surgeon. 1997, Vol 63, N° 8:686-689.

- 22- Yik-Hong Ho. Randomized Controlled Trial of Primary Fistulotomy with Drainage Alone for Perianal Abscesses. *Dis Col Rectum*. 1997; 40:1435-1438.
- 23- W. Bevans David. Perirectal Abscess. A Potentially Fatal Illness. *Am J Surg*. 1973, 126:765-768.
- 24- W. Meislin Harvey. Cutaneous Abscesses. Anaerobic and Aerobic Bacteriology and Outpatient Management. *Ann Int Med*. 1977, 87:145-149.
- 25- Nicholls R. John. *Surgery of the Colon and Rectum*, Ed. Churchill Livingstone. Ed. 1<sup>a</sup>, 1997, 14:255-284
- 26- Whitehead S.M. The Aetiology of Perirectal Sepsis. *Br J Surg*. 1982, 69:166-168.
- 27- Henrik Raskov Hans. Gas-Producing Perianal Infection. *Acta Chir Scand*. 1985. 151:653-655.