

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.

T E S I S

**“FRECUENCIA DE FÍSTULA ANAL
SECUNDARIA A DRENAJE QUIRÚRGICO DE
ABSCESO ANAL EN EL CONSULTORIO”.**

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

Dra. Nery Esther Fierros García

A S E S O R Y D I R E C T O R

Dr. Luis Charúa Guindic

México, D. F.

Septiembre de 2006.



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.

AGRADECIMIENTOS

Doy Gracias a Dios por haberme permitido
Terminar una etapa más de mi formación

A mis padres y hermanos por haberme dado
ánimos para lograr esta meta

A mi esposo:
Por su apoyo incondicional
en todo momento

A mí querido **Alex**.

A todos los Coloproctólogos:
Por compartir conmigo sus conocimientos,
en especial al **Dr. Luis Charúa Guindic**
por su asesoría en la realización de esta tesis.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

ANATOMÍA ANORRECTAL

JUSTIFICACION

HIPOTESIS

OBJETIVOS

DISEÑO Y DURACION DEL ESTUDIO

ANALISIS ESTADISTICO

ASPECTO ETICO Y BIOSEGURIDAD

RECURSOS

METODOLOGIA

MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

ANEXOS (GRAFICAS)

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El absceso anal y las fístulas son entidades nosológicas que se presentan con frecuencia en la consulta proctológica y a pesar que la historia es rica en anécdotas en cuanto a diagnósticos y tratamientos, no existe universalidad de criterios y varias son las alternativas quirúrgicas terapéuticas para combatir estos procesos. Sin duda en esta patología se cumple el hecho que la medicina no solo es una ciencia sino también un arte pues siguiendo consideraciones específicas y respetando estructuras anatómicas, el tratamiento del absceso y sobre todo de la fístula siempre será controversial.

Existen varias teorías para explicar el origen del absceso anal; la teoría criptoglandular es la más aceptada. El tratamiento clásico ha sido la simple incisión y drenaje; la gran mayoría recurre o forman la fase crónica de la enfermedad, que es la fístula anal; esto ha llevado a que muchos cirujanos practiquen además, fistulotomía primaria en la fase aguda de la enfermedad. Otros cirujanos argumentan que la fistulotomía primaria como tratamiento inicial es un riesgo innecesario pues someten al paciente a sufrir alteraciones de continencia anal.

La Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México no cuenta con un quirófano propio, y debido a la gran cantidad de pacientes los abscesos se manejan en forma ambulatoria con anestesia local con incisión y drenaje, en el consultorio. El objetivo del presente estudio fue determinar la

frecuencia de la fístula anal, posterior al drenaje del absceso anal en consultorio.

Antecedentes científicos

El absceso anal y las fístulas pueden ser de dos tipos:

A) Específicas: secundarios a otros procesos como: enfermedad de Crohn, proctocolitis ulcerativa de localización baja que entre sus múltiples complicaciones se han presentado con lesiones abscedadas y fistulosas perianales, carcinomas anales, actinomicosis anorrectales, tuberculosis intestinales de localización baja, procesos leucémicos en etapas avanzadas, linfomas, osteomielitis, enfermedades venéreas anorrectales como el linfogranuloma, enfermedad de Verneuil, fístulas post radiaciones o secundarias a traumatismos que van desde la simple complicación de una cirugía anorrectal hasta traumatismos originados por maderos, armas blancas y de fuego.¹⁻³

B) Inespecíficas: es decir abscesos y fístulas ano rectales de origen criptoglandular que son los más comunes, representan más del 90% de estas dolencias que básicamente son el motivo de este trabajo.¹⁻³

Los abscesos y las fístulas de origen criptoglandular son por lo tanto la misma entidad patológica en diferentes etapas de evolución, el absceso se constituye en la forma aguda y la fístula el proceso crónico o secuela del padecimiento inicial.^{1,3}

La forma como se presenta la primo infección es diversa y por la ubicación de la lesión puede ser consecuencia de traumatismos en la zona que laceran la cripta que luego se infecta por el contacto permanente con materia fecal y la presencia de gran cantidad de bacterias, o bien pueden las deposiciones duras causar micro traumatismos que acarrear inflamaciones que en algunos casos progresan al absceso. Las heces que contienen materiales extraños como: huesos de pollo, pescado, palillos de dientes o cualquier elemento que lesione la mucosa, en ciertos casos originan contusiones que terminan en abscesos.³

Las diarreas también son importantes en la génesis de la enfermedad aunque el mecanismo de origen de la lesión en este caso es diferente, se trata de sujetos que reciben el traumatismo anal en forma de laceración e irritación de la mucosa por el paso continuo de heces que siendo líquidas son ácidas y cuanto más ácidas y frecuentes, mayor probabilidad de causar irritación del ano recto; ocasionalmente pequeñas cantidades de heces pueden penetrar por una de las criptas, taponarlas y desencadenar un acumulo de moco que normalmente se produce para lubricar el ano que al no drenar se acumula y esto causaría al comienzo un “*absceso aséptico*” criptoglandular que luego se transforma en un inter o transesfintérico.³

Procedimientos diagnósticos anorrectales como la anoscopia, la rectosigmoidoscopia y la colonoscopia; terapéuticos como esclerosis, ligaduras o aplicación de rayos infrarrojos, o la misma hemorroidectomía, son factores a considerar como responsables que

en cierto momento se pueda alterar la integridad de la mucosa y las criptas anales con la consecuente complicación de absceso causada por la lesión local y la virulencia de los gérmenes de la región, las condiciones generales del afectado, o la asociación que el paciente mantenga con patologías como la diabetes que comprometen el estado metabólico y son causa de abscesos y fístulas con mayor morbimortalidad.¹⁻³

Los abscesos de localización pélvica primarios no se inician en la línea de criptas, más bien son el resultado de maniobras erróneas que han hecho de un absceso transesfinteriano o pelvirrectal una localización supraelevadora. Generalmente los primarios son a consecuencia de procesos infecciosos pélvicos como: enfermedad de Crohn, enfermedad intestinal inflamatoria inespecífica, diverticulitis o apendicitis complicadas, salpingitis, tuberculosis intestinal o procesos neoplásicos complejos de órganos pélvicos.¹⁻³

La proctología esta llena de anécdotas en cuanto a la evolución de los tratamientos médicos para padecimientos que se han presentado en la región ano rectal prácticamente desde que el hombre existe, en la actualidad nuestro campo de acción se ha ampliado y la región anatómica del segmento digestivo terminal es asiento de numerosas entidades que se hacen más frecuentes a consecuencia de múltiples factores como son: tipo de alimentación, malos hábitos alimenticios, aumento de actividades sedentarias, exposición a sustancias irritantes y alergénicas, continuo stress que altera la acidez que no solo afecta segmentos intestinales altos sino también los bajos, todo

unido a la agresión que se produce en la región ano perineal por el abuso de laxantes, prácticas sexuales contra natura, malos hábitos defecatorios, exposición a toxinas endógenas y exógenas, iatrogénicas causadas por el convencimiento equivocado de ciertos cirujanos no habituados a manejar la región, incremento de exámenes y exploraciones instrumentales que siendo de gran ayuda, bajo ciertas condiciones y mal empleados son causa de complicaciones que pudieron evitarse.³

El Papiro de Edwin Smith, menciona los tratamientos de las enfermedades anales así como también del buco dental y nombra al médico Ivry quien era llamado el “*guardián del recto real*”, esto demuestra que hace cinco mil años ya existía un especialista de la región ano rectal.³

Luego el papiro de Chester Beatty que data de los Siglos XII y XIII a. C., se constituye en una verdadera monografía que da gran importancia a las enfermedades ano rectales, en ella por ejemplo se considera que el ano no solo es la puerta de salida del contenido intestinal sino que además es uno de los puntos de encuentro de los vasos sanguíneos que tienen su origen en el corazón, por esto en el antiguo Egipto existían recetas usadas tanto para tratar el ano como el corazón.³

El célebre Hipócrates cuyos preceptos médicos se propagaron entre los Siglos VI al I a.C., detalla la preparación del enfermo que va a ser intervenido, su posición, la iluminación necesaria, el instrumental, la

función de los ayudantes en relación a la técnica del tratamiento quirúrgico de las hemorroides y las fístulas, incluso se menciona el método *hipocrático* de suturar las fístulas para evitar las incontinencias, advirtió que “de no hacerse así los pacientes morirían”.¹⁻³

En el período medieval en Europa en el campo de la proctología se pueden mencionar los estudios de Ortolf von Bayerland quien trabajaba en el cabildo de la Catedral de Wurzburg en 1280, el mismo sugiere el tratamiento de las hemorroides con hierro candente en varias sesiones, sin profundizar demasiado “*para evitar la formación de fístulas.*”..., las mismas que de presentarse se las debía tratar mediante la aplicación de drenajes con sedales. En esta misma etapa otro médico de nombre Guy de Chauliac quien ejercía la medicina en Aviñon en 1350 y era el médico del Papa, era un profesional con amplios conocimientos de temas de la región anal y en su obra “*Chirurgia Magna*” distingue por ejemplo *las fístulas completas e incompletas que pueden ser o submucosas o transesfinterianas* y describe además las que él llama “*extra anales*” que *pueden llegar al isquion, perineo o vejiga*, pero va más allá al detallar la sintomatología de la enfermedad, la necesidad de tratar en forma urgente los abscesos, la utilización de sondas para explorar los trayectos en profundidad; llegando a la conclusión que no todas las fístulas se deben intervenir puesto que no todas causan trastornos graves y generalmente no ponen en peligro la vida del enfermo, recomienda la sutura continua con hilo, sin encontrar diferencia en la evolución de las fístulas tratadas mediante resecciones del trayecto en comparación

con las que se realiza una incisión y puesta a plano y termina por manifestar que: *“las fístulas altas no deben incidirse hasta llegar al conducto anal por el peligro de causar incontinencias”*.³

La incontinencia como complicación ha sido la que más ha preocupado a quienes tratamos este tipo de enfermedades. Sabemos por historia que el cirujano francés Ambrosio Paré en la era del renacimiento trataba con cierto éxito las fístulas mediante el método de la *“apolinosis”* que no es otra cosa que la ligadura con hilo de algunas fístulas, aunque era un procedimiento que ya se empleaba en Alejandría en el Siglo III utilizando para ello en lugar de hilos de lino, *crin de caballo*; hoy en día se siguen realizando *“fistulotomías indirectas”* en fístulas altas, lógicamente con otros materiales quirúrgicos.³

Jerome Frabice D'Acquapendente (1537-1619) destacado discípulo de Falopio a su vez el alumno predilecto del gran Vesalio, se constituyó en aquella época en el más destacado proctólogo del renacimiento y publicó en su obra cumbre: *“Opera Chirurgica”* un análisis del método de Celso que consistía en: *“ligadura, incisión y escisión de los tejidos en el tratamiento de las fístulas anales”*.³

Pero existe además un hecho relacionado con el tratamiento quirúrgico de las fístulas anales que definitivamente revolucionó la historia de la medicina y su éxito alejó definitivamente de la práctica médica a los curanderos, charlatanes y barberos, *para que sea realizada solo por personal especializado*, me refiero a la operación

realizada a Luis XIV, *el Rey Sol*, un 18 de Noviembre de 1686 por Félix de Tassy y Bessieres, quienes emplearon el método de Acquapendente con un bisturí llamado "*Siringotomo*" que siendo de borde cóncavo se continuaba con un estilete que hacía las veces de guía, es el ahora llamado "*Bisturí Real*". La curación de su majestad supuso el pago de los honorarios médicos más altos que se hayan cobrado en la historia de la medicina, el cirujano recibió en aquella época: mil millones de francos viejos, un título nobiliario y un Castillo en la región de Molineaux, además, cada año el 18 de noviembre recibía una bonificación económica por haber curado a su Majestad de una dolencia de catorce años de evolución en la que se había probado sin éxito todas las alternativas terapéuticas posibles.^{2,3}

En el siglo XIV, John Ardene, avanzó en el conocimiento y tratamiento de la enfermedad, siendo válido hasta la actualidad. Estos documentos se encuentran en el archivo del Museo Británico a partir de 1910 gracias a D'ary Power.^{1,3}

En la era moderna y específicamente en los dos últimos siglos se producen varias transformaciones que impulsan el estudio coloproctológico en este tema; en el Siglo XVIII la Universidad de Padua se mantenía a la vanguardia de la especialidad hasta que en el Siglo XIX Frederick Salmon funda en Londres en el año de 1835, un modesto centro en Aldersgate Street N° 11, el mismo que contaba con 7 camas y que fue llamado "*Institución benéfica para el tratamiento de los pobres con fístulas de ano*", su gran desarrollo supuso que en 1838 se trasladase a otro sitio más espacioso de 14 camas en Charterhouse

Square, para mas tarde en 1851 instalarse en City Road con el nombre de “*St. Mark’s Hospital for Fistula*”, una de las cunas de la Coloproctología moderna, el mismo que mas tarde y con el advenimiento de otras complicaciones colónicas y el incontenible desarrollo quirúrgico dentro de la especialidad en 1854 comienza a llamarse “*St. Mark’s Hospital for fistula and other diseases of the rectum*”, en 1912 cambia su denominación por el de “*St, Mark’s Hospital for cancer, fistula and other diseases of the rectum*”, conocido simplemente en la actualidad como el “*St. Mark’s Hospital*”.³

Actualmente existen varias teorías para explicar el origen del absceso anal en los casos en que no hay patología subyacente. La teoría de origen criptoglandular es la más aceptada. Fue descrita posprimera vez por Chian en 1878 y ampliada por Herrmann y Desfosses en 1880.¹⁻⁵

Más recientemente Klosterhalfen y colaboradores examinaron 62 especímenes de necropsias con métodos de tinción inmunohistológica convencional y especial y confirmaron que las glándulas anales podrían ser el asiento anatómico de los abscesos anales y secundariamente de las fístulas anales.⁶ En nuestro medio más del 95% de los abscesos anales son producidos por infección de las glándulas anales.¹⁻⁷

El tratamiento clásico ha sido la simple incisión y el drenaje,¹⁻¹² sin embargo, hasta el 70% de los abscesos anales recurren o forman la fase crónica de la enfermedad, que es la fístula anal.⁷⁻¹⁸ Esto ha

llevado a que algunos cirujanos prefieran, además de la incisión y drenaje, practicar una fistulotomía primaria en la fase aguda de la enfermedad,^{5,7,8,12} algunos autores mencionan que existe baja recurrencia realizando el procedimiento incisión y drenaje en un mismo tiempo;¹⁹ o, que el tratamiento en un solo tiempo, con pocas excepciones, es un procedimiento definitivo y seguro con poco riesgo de incontinencia fecal.^{20, 21}

En cambio, otros argumentan que es innecesario someter a estos pacientes a posibles riesgos de sufrir alteraciones de continencia anal.^{11,13} Se han realizado estudios recientes que señalan que aumento lesiones en la función del esfínter interno, por ello recomiendan dejarla fistulotomía como segundo procedimiento.^{22, 23} En diferentes estudios se comentan excepciones en las cuales deberá pensarse en una fistulotomía como procedimiento de primera línea como: abscesos anteriores superficiales en mujeres, abscesos subcutáneos, interesfintéricos o tranesfintéricos bajos, claro si se llegan a clasificar adecuadamente en el primer procedimiento.^{23,24}

Se desconoce porque en algunos pacientes, después del drenaje del absceso, se forma una fístula anal y en otros no.^{1,4,5} Existen controversias sobre el tratamiento adecuado del absceso anal, en particular, entre el simple drenaje *versus* drenaje y fistulotomía primaria.^{5,6,11,14-18.}

Dado que la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México no cuenta con un

quirófano propio y debido a la gran cantidad de paciente que son atendidos, se manejan los abscesos perianales e isquiorectales en forma ambulatoria, en el consultorio, con anestesia local y en algunos casos sin ella, practicando una incisión y drenaje del absceso. El drenaje siempre se realiza lo más cercano al ano, para que, en caso de formarse una fístula, sea de trayecto lo más corto posible; no siempre la zona más fluctuante es la mejor.^{4,6,7,12}

El objetivo del presente estudio fue determinar la frecuencia de la fístula anal posterior al drenaje del absceso anal en consultorio.

RESUMEN

Justificación: No existe un estudio en pacientes en quienes se practicó drenaje de absceso anal en consultorio y que desarrollaron fístula anal en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México. Por lo que se justifica realizar este estudio.

Hipótesis: Comprobar que la mayoría de los pacientes que se les drenó un absceso anal en el consultorio desarrollaron una fístula anal.

Objetivo: Determinar la frecuencia de la fístula anal posterior al drenaje del absceso anal en consultorio de los pacientes atendidos en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México.

Diseño y duración: Estudio descriptivo, observacional, longitudinal y retrospectivo en las pacientes que fueron atendidas en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, por ser portadores de un absceso anal y que fueron drenados en el consultorio de enero de 2000 a diciembre de 2002.

Material y métodos: Se revisaron los expedientes clínicos de las pacientes que acudieron por primera vez a la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, con el diagnóstico de absceso anal y que fueron drenados en el consultorio. Se capturaron en la hoja de recolección de datos las siguientes variables: edad, sexo, tiempo de evolución, cuadro clínico, clasificación del absceso, localización, patología asociada y porcentaje de enfermos que formaron la fase crónica, que es la fístula anal.

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.

ANATOMÍA ANORRECTAL

El conocimiento de la anatomía del recto, ano y piso pélvico es esencial para la comprensión de los trayectos fistulosos.

RECTO

El recto tiene un inicio arbitrario, se puede considerar que principia al 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.

A partir de su origen, el recto desciende a lo largo de la curvatura del sacro y del cóccix 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.

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.

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

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.

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, 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.

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.

El sacro y el cóccix están cubiertos por la aponeurosis presacra que también cubre los vasos sacros medios.

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.

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.

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.

La submucosa contiene los vasos y nervios rectales.

La mucosa, normalmente de color rosa o rojo pálido, forma tres pliegues prominentes dispuestos en espiral y de forma semilunar llamados válvulas de Houston, las válvulas superiores e inferiores 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.

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.

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 permanecen completamente plegado, apareciendo como una ranura ánteroposterior.

Con fines descriptivos puede decirse que el mecanismo esfinteriano esta 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.

El conducto anal esta 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 en el ámbito 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.

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.

MUSCULOS ANORRECTALES

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.

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 les conoce como músculo corrugado del ano, Fine y Lawes le 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.

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

Esfínter 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 cóccix 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.

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.

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 tiene la misma inervación.

Músculo ileococcígeo

Se origina en la espina isquiática y la parte posterior de la aponeurosis obturadora, se dirige hacia abajo, atrás y medialmente para insertarse en los dos últimos segmentos del sacro y del rafé anococcígeo.

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 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 cóccix al último segmento sacro y también envía fibras que toman parte en la formación del músculo longitudinal conjunto.

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 uretra en la mujer, éstas vísceras se unen entre sí por medio de la aponeurosis pélvica llamada ligamento hiatal.

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.

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.

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

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 además del músculo puborrectal, ésta estructura es fundamental durante el tratamiento de las fístulas y abscesos anales ya que la sección de éstas estructuras tiene como consecuencia incontinencia anal.

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 linfáticos.

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.

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, transverso profundo y la membrana perineal; el límite posterior está constituido por el ligamento sacrotuberoso y el borde inferior del músculo glúteo mayor.

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

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.

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.

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

Espacio interesfintérico

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.

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.

Espacio submucoso

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

Espacio postanal superficial

Conecta ambas fosas isquiorrectales, posteriormente y por abajo del ligamento anococcígeo.

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.

Espacio retrorrectal

Localizado 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.

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.

IRRIGACIÓN DEL RECTO Y CONDUCTO ANAL

Arteria rectal (hemorroidal) superior

Se origina de la arteria mesentérica inferior, desciende por el mesocolon sigmoides y al cruzar la arteria ilíaca 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.

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.

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.

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 cóccix, por detrás de la vena ilíaca común izquierda, el nervio presacro y los vasos rectales superiores e irriga la porción inferior del recto.

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.

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.

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 inconstantes.

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.

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.

DRENAJE LINFÁTICO DEL RECTO Y CONDUCTO ANAL

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

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.

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.

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.

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.

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.

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 pósterolateral del recto.

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.

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.

CONDUCTO ANAL

Inervación motora

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

El nervio simpático es motor y el parasimpático inhibitorio.

Los músculos esfínter externo y elevadores del ano son inervados por la rama rectal inferior del pudendo interno y también por la rama perineal del cuarto nervio sacro.

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.

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

JUSTIFICACION

Los abscesos y fístulas anorrectales son una de las patologías más frecuentes de la consulta de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México. Los pacientes que acuden a la consulta portadores de un absceso anal, perianal o isquiorrectal, no complicado, son drenados en el consultorio. El motivo de este trabajo es conocer qué porcentaje de éstos formaron una fístula anal.

No existe un estudio en pacientes en quienes se practicó drenaje de absceso anal en consultorio y que desarrollaron fístula anal en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México. Por lo que se justifica realizar este estudio.

HIPÓTESIS

Comprobar que la mayoría de los pacientes que se les drenó un absceso anal en el consultorio desarrollaron una fístula anal.

OBJETIVOS

Determinar la frecuencia de la fístula anal posterior al drenaje del absceso anal en consultorio de los pacientes atendidos en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México.

DISEÑO Y DURACION DEL ESTUDIO

Estudio descriptivo, observacional, longitudinal y retrospectivo en las pacientes que fueron atendidas en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, por ser portadores de un absceso anal y que fueron drenados en el consultorio de enero de 2000 a diciembre de 2002.

ANALISIS ESTADISTICO

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 son necesarios.

ASPECTO ETICO Y BIOSEGURIDAD

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo cuyos datos serán tomados de los expedientes clínicos de pacientes sometidos a drenaje de absceso anal en el consultorio en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, por lo que no implica riesgo para la integridad física o psicológica del paciente, y los datos serán recabados por medio de una hoja de recolección de datos que no incluye nombre del paciente o número de expediente clínico, lo que garantiza la confidencialidad del estudio, apegado a los acuerdos de Helsinki de 1964 y sus revisiones posteriores.

Por ser un estudio de tipo observacional y retrospectivo donde no se compromete la integridad física ni psicológica del paciente, no se requiere de hoja de consentimiento informado para la realización de este estudio.

RECURSOS

Humanos

- 1) Personal médico y paramédico de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México.

Materiales

- 1) Expedientes clínicos de pacientes sometidos a drenaje de absceso anal en el consultorio en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México en el período del estudio.
- 2) Hoja de recolección de datos.
- 2) Equipo de oficina.
- 3) Ordenador personal para archivar y procesar los datos con el programa Microsoft Word, Excel 2000 y SSPS.11.1 para Windows, con el fin de analizar los resultados.

METODOLOGIA

Universo de trabajo

Expedientes clínicos de pacientes que fueron sometidos a drenaje de absceso anal en el consultorio en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México en el periodo comprendido de enero de 2000 a diciembre de 2002.

Criterios de inclusión

Todos los sujetos que acudieron por primera vez a la unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México con el diagnóstico de absceso anal de tipo perianal o isquiorectal y que fueron atendidos en forma ambulatoria, en el consultorio, y que tuvieron un seguimiento no menor de 6 meses.

Criterios de exclusión

- a) Pacientes atendidos en otro hospital o servicio.
- b) Casos con expediente incompleto.
- c) Enfermos atendidos en forma no ambulatoria; abscesos interesfintéricos y supraelevadores.

d) Sujetos con un seguimiento menos a 6 meses después del drenaje del absceso anal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional y transversal, realizado en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México. Se analizó el período comprendido de enero 2000 a diciembre 2002.

Se captaron las variables en hoja de recolección de datos en donde se incluyó: edad y sexo del paciente, evolución del padecimiento, cuadro clínico, clasificación del absceso, localización, patología asociada y porcentaje de enfermos que formaron la fase crónica, que es la fístula anal.

Se incluyeron a todos los sujetos que acudieron por primera vez a la unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México con el diagnóstico de absceso anal de tipo perianal o isquiorectal y que fueron atendidos en forma ambulatoria, en el consultorio, y que tuvieron un seguimiento no menor de 6 meses.

Los criterios de exclusión fueron: a) pacientes atendidos en otro hospital o servicio; b) casos con expediente incompleto; c) enfermos atendidos en forma no ambulatoria; abscesos interesfintéricos y supraelevadores y e) sujetos con un seguimiento menos a 6 meses después del drenaje del absceso anal.

La técnica quirúrgica para el drenaje de absceso anal se realiza en posición proctológica, previa antisepsia de la región. Se efectúa una

incisión con bisturí en sentido del eje mayor del absceso o en forma de cruz; esto se puede realizar con anestesia local o no. Cuando el cirujano observa que es inminente que el absceso está por drenarse espontáneamente, no se infiltra con anestésico local, ya que el dolor que produce la aplicación del anestésico es mayor que la simple incisión. Una vez que el material purulento sale, se deja una canalización de tipo penrose, que se retira a las 48 hrs.

El material requerido es una hoja de bisturí, una ampollita de lidocaina al 1 o 2%, una jeringa de 3 mL, una aguja del número 25 G X 16mm, una pinza de Kelly, gasas y en algunos casos un penrose de ¼.

Las indicaciones médicas posteriores al drenaje son: 1) analgésicos de tipo ketorolaco, 30 mg por vía IM dosis única. 2) continuar, por vía oral, con 10 mg de ketorolaco cada 6 horas por razón necesaria. 3) sediluvios con agua tibia 3 o 4 veces al día durante 8 a 10 minutos por 5 o 6 días; 4) dieta normal sin irritantes; 5) reposo relativo y 6) cita para revisión en consultorio en 48 a 72 horas.

El uso de antibiótico sólo está indicado en los casos en los que la infección del tejido blando sea extensa y afecte el periné, la ingle, el muslo o la pared abdominal. También está indicado en pacientes diabéticos con celulitis extensa, sujetos con enfermedad cardíaca valvular, en enfermos inmunocomprometidos y en sujetos con SIDA. Se utilizan antibióticos de amplio espectro, tanto para anaerobios como aerobios, y se administran posteriormente al drenaje durante 5 a 7 días.

RESULTADOS

De enero de 2000 a diciembre de 2002, fueron atendidos 4,370 pacientes que consultaron por primera vez en la consulta externa de la Unidad de Coloproctología; a 223 (5.10%) se les diagnosticó absceso anal, de los cuales 112 cumplieron los requisitos de inclusión.

El rango de edad de estos 112 pacientes fue entre 15 y 80 años (media de 33 años) la mayor incidencia se ubico entre la tercera y cuarta décadas de la vida, con 31 y 42 casos respectivamente. La distribución por género fue de 92 pacientes (82.15%) hombres y 20 (17.85%) mujeres; el predominio fue marcadamente masculino con una relación hombre-mujer de 4:1. Cuarenta y nueve enfermos (43.75%) tuvieron otra patología asociada.

Los síntomas y signos encontrados en pacientes con absceso anal, en orden de frecuencia fueron: dolor en 112 casos (100%), tumoración en 104 (92.85%), fiebre en 36 (32.14%), escalofríos en 23 (20.53%), rubor en la piel en 23 (20.53%) y salida de material purulento a través del ano en 3 (2.67%).

La localización del absceso anal fue: lateral izquierdo en 37 sujetos, posterior en 31, lateral derecho en 29 y anterior en 15.

En cuanto a su clasificación, se presentó absceso perianal en 85 pacientes (75.89%) absceso isquiorectal en 24 (21.43%), y absceso

interesfintérico en 3 (2.68%). En esta serie no hubo casos de absceso supraelevador.

Se utilizó anestesia local en 103 sujetos (91.96%) y en los restantes no se aplicó por ser inminente la ruptura espontánea.

En 5 pacientes por presentar infección extensa y ser diabéticos, hubo necesidad de emplear antibióticos; en todos se utilizó ciprofloxacina, a dosis de 500 mg por vía oral, cada 12 horas por 5 días, con buena respuesta al tratamiento

De los 112 pacientes estudiados, 74 (66.07%) desarrollaron fístula anal después del drenaje en un seguimiento no menor de 6 meses.

DISCUSIÓN

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. Estas 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 tienen situación subcutánea, pero algunas perforan el esfínter interno e incluso llegan a la capa interesfinteriana; su dirección es siempre hacia abajo y solo por excepción se dirigen hacia arriba; es muy raro que penetren al esfínter externo. La obstrucción de estos conductillos glandulares, secundaria a materia fecal, inflamación, cuerpos extraños o traumatismo, da lugar a estasis e infección secundaria y debido a que el conducto está epitelizado, favorece la cronicidad de la infección e interfiere con la cicatrización.

La teoría de que los abscesos anales son de origen criptoglandular está sustentada solamente sobre bases anatómicas, sino también en el hecho de que en la mayoría de los abscesos anales el orificio primario se encuentra a nivel de la línea anorrectal.

Los abscesos anales se clasifican según su lugar de origen en los diferentes espacios en: perianales, isquiorectales, interesfintéricos y supraelevadores.

Los abscesos perianales e isquiorectales son las variedades más frecuentes y producen un cuadro clínico muy aparatoso; se inicia con dolor leve, localizado en el ano o sus alrededores, que aumenta gradualmente y alcanza su máximo entre 4 a 7 días; es constante de día y de noche, aumenta al estar sentado o en movimiento y, por lo regular, se agudiza con la evacuación. El dolor es de carácter pulsante; suele haber fiebre y escalofrío.

En la exploración proctológica se encuentra una tumoración de superficie tensa, lisa, brillante y enrojecida, de tamaño y forma variable; en algunos casos se puede observar una pequeña elevación blanquecina, que representa el punto por el que probablemente drenará el absceso. La palpación precisa sus límites, netos o difusos, según su fase de desarrollo; la presión despierta dolor intenso y algunos pacientes no toleran que se les toque. La endoscopia está contraindicada en este momento, porque, además de no proporcionar datos importantes para el diagnóstico, produce en el enfermo sufrimiento innecesario. En general el diagnóstico es sencillo, pero hay casos en que el absceso no ha alcanzado desarrollo suficiente para formar una tumoración identificable, ni por inspección, ni por palpación, y lo único que se logra descubrir es una zona dolorosa imprecisa. Si a la palpación externa no se encuentra una zona dolorosa o indurada, se puede practicar un tacto rectal, que descubriera un absceso localizado en el conducto anal.

En los abscesos interesfintéricos puede no haber inflamación o induración en la región perianal. El tacto rectal es sumamente doloroso y en la mayoría de los casos es imposible practicarlo sin anestesia.

El absceso anal es una patología relativamente frecuente en la práctica cotidiana de los servicios de Urgencia y en especial para el cirujano. En la actualidad sigue existiendo controversia en cuanto a su manejo quirúrgico. La mayoría de los autores mencionan que la simple incisión y drenaje son suficientes, otros opinan que lo ideal es identificar la cripta que originó el absceso y destruirla para evitar a lo máximo que sea posible la formación de una fístula. Otra de las controversias está en relación con el sitio de atención, unos prefieren hacerla en consultorio con anestesia local y otros, en una sala de operaciones con anestesia regional o general.

En este estudio, al igual que en otras series, el absceso anal se presenta con mayor frecuencia entre la tercera y cuarta décadas de la vida, con un predominio del sexo masculino en relación de 4:1. Algunos autores han explicado esta incidencia, debido a que los hombres, en general, son menos cuidadosos de la limpieza anal, al tipo de ropa interior utilizada, que es más áspera, y por ello provoca una mayor fricción en la piel perianal, que aunados al tipo de trabajo, a menudo más duro, generan una mayor sudoración en la región anal.

De los abscesos anales, el más frecuente es el perianal seguido por el isquiorectal. Se desconoce porque algunos abscesos forman una fístula y otros no. Los cirujanos han dado diversas explicaciones,

algunas tan poco satisfactorias como la que de los tejidos adiposos alrededor del ano tienen muy escasa resistencia a la infección; otros la han relacionado con el tipo de flora bacteriana encontrada en el material purulento.

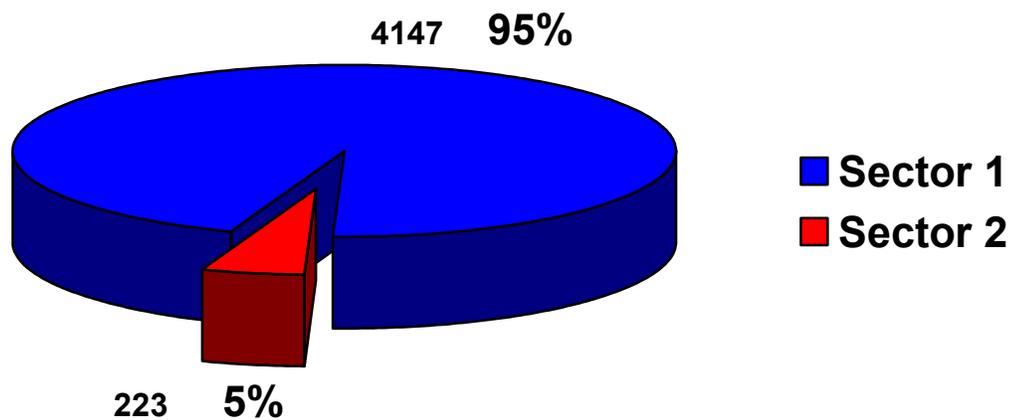
Los médicos de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México consideramos que los abscesos perianales e isquiorectales, pueden ser atendidos, en primera instancia, en el consultorio, con anestesia local o no, con una incisión lo suficientemente grande para permitir el drenaje del material purulento del absceso. El tratamiento consecutivo dependerá de la respuesta posterior al drenaje.

CONCLUSIONES

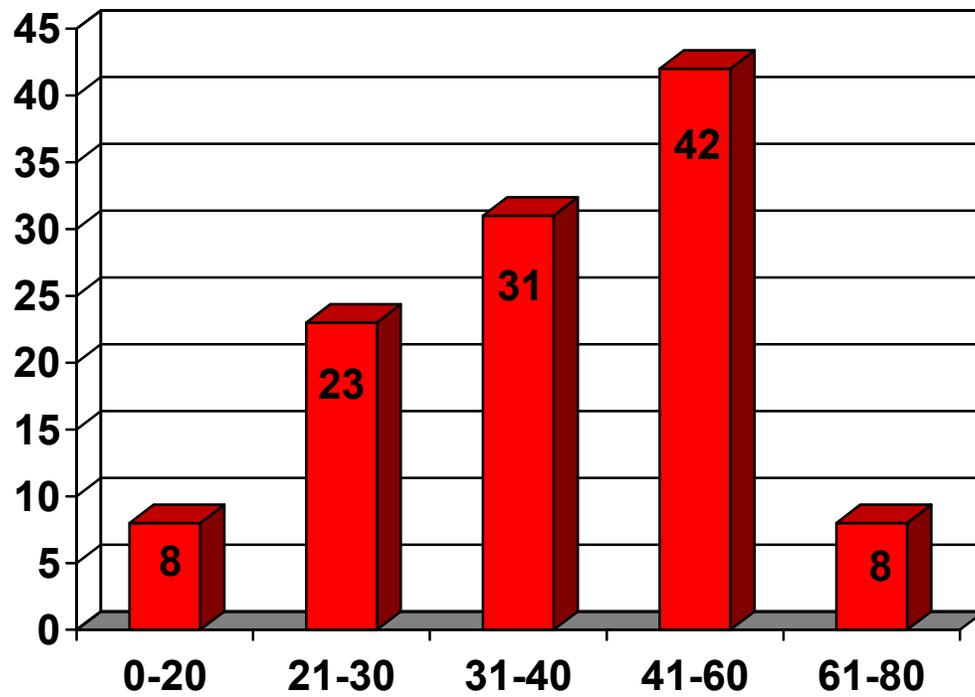
Se puede concluir que: a) el simple drenaje de un absceso anal es una adecuada conducta inicial; b) es un procedimiento factible en consultorio; C) los costos de atención médica son mínimos, por no requerir hospitalización, atención en quirófano ni servicio del anesthesiólogo; d) su atención es inmediata; y e) el 66.07% de los pacientes que fueron atendidos con simple drenaje formaron la fase crónica de la enfermedad que es la fístula anal.

ANEXOS (GRÁFICAS)

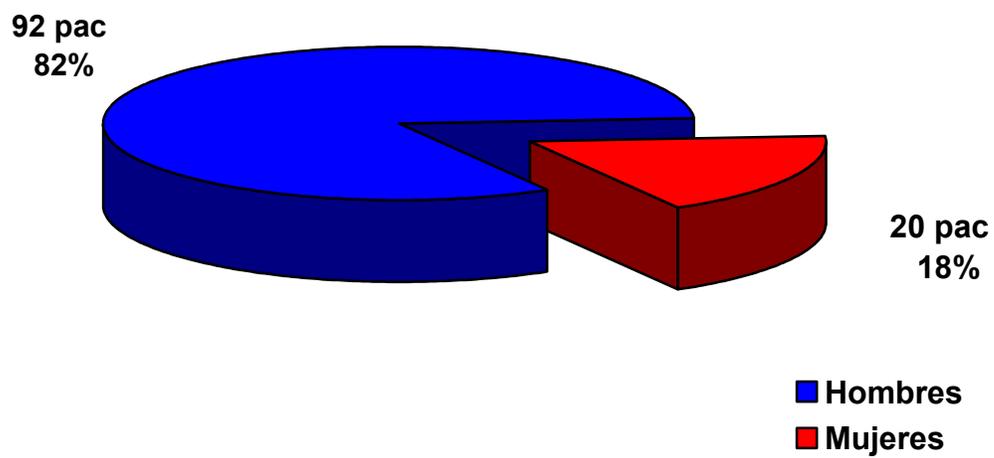
Total de pacientes: 4370



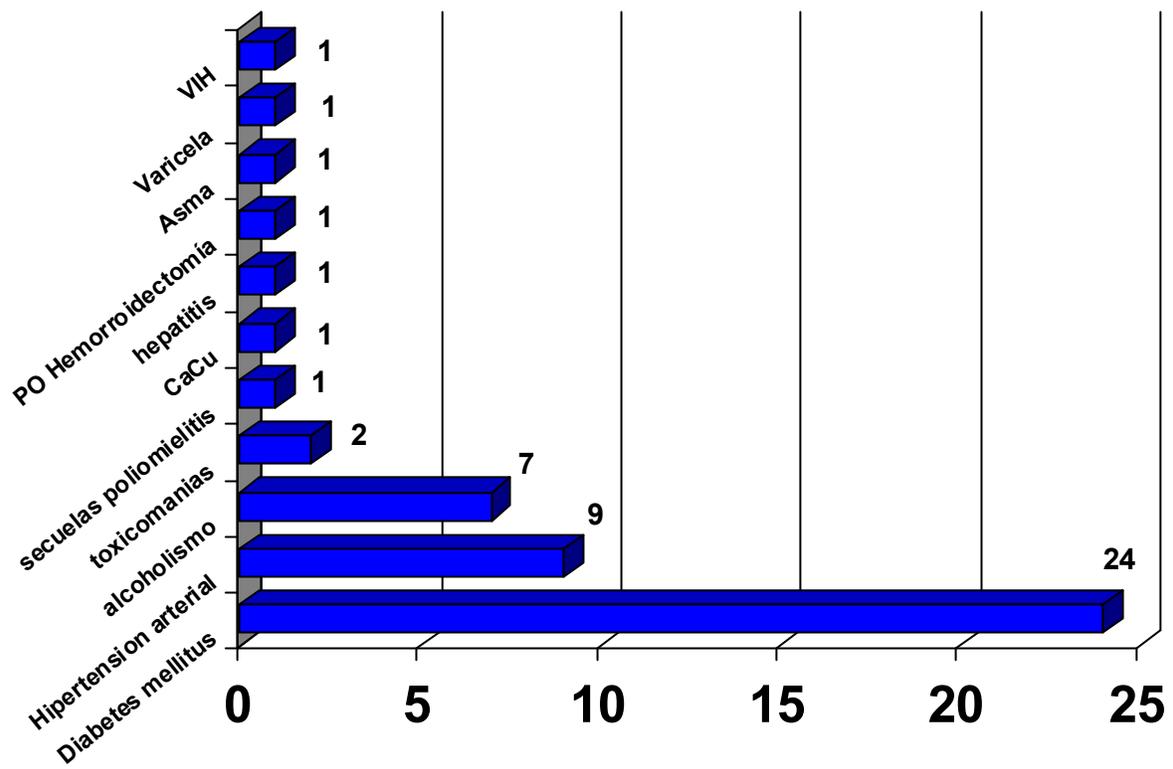
Gráfica 1.- Egresos totales hospitalarios de enero de 2000 a diciembre 2002 en la Unidad de Coloproctología.



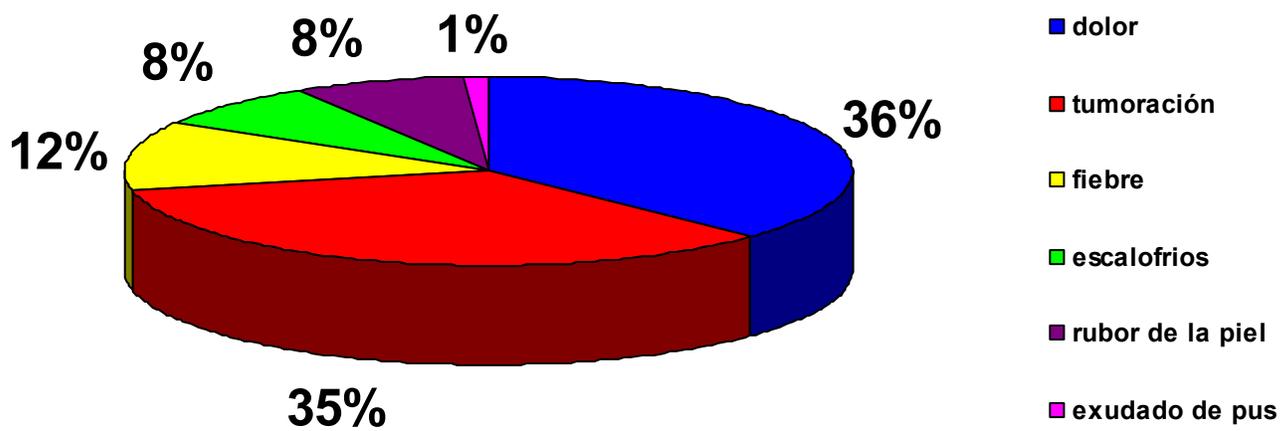
Gráfica 2.- Distribución por edad.



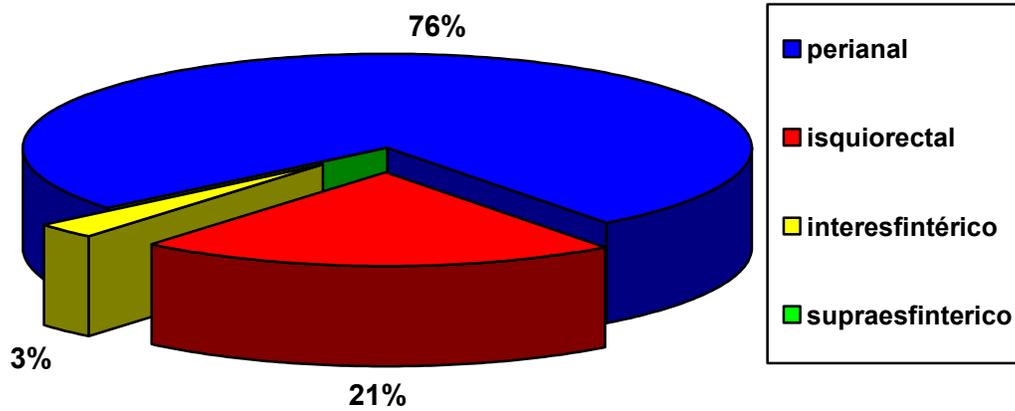
Gráfica 3.- Distribución por sexo.



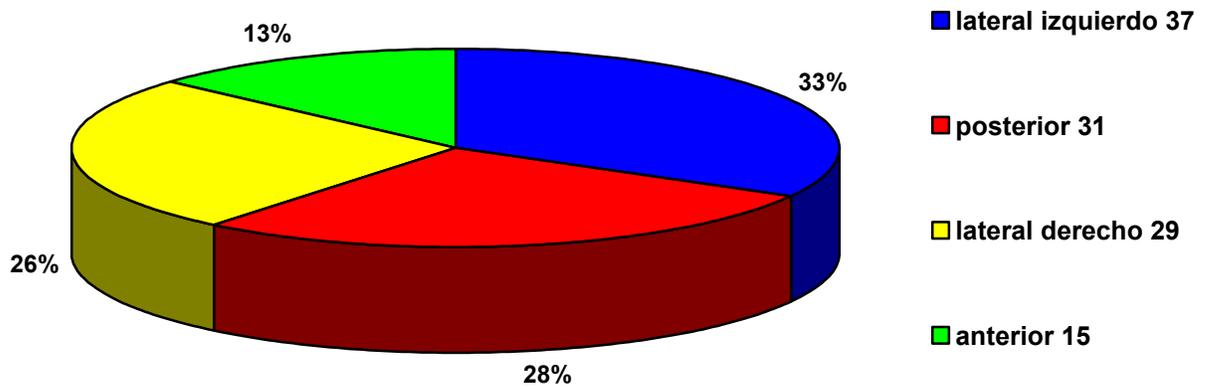
Gráfica 4.- Patologías asociadas.



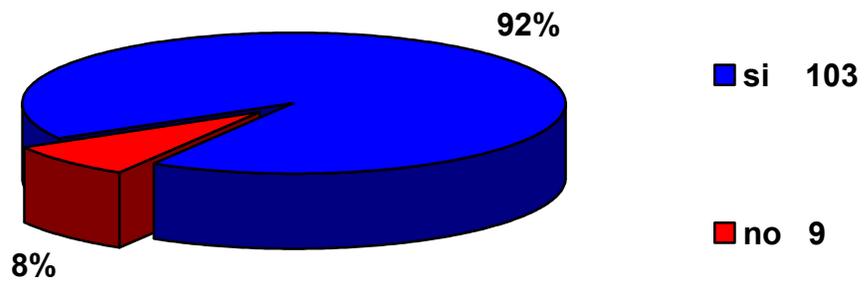
Grafica 5.- Signos y síntomas más frecuentes.



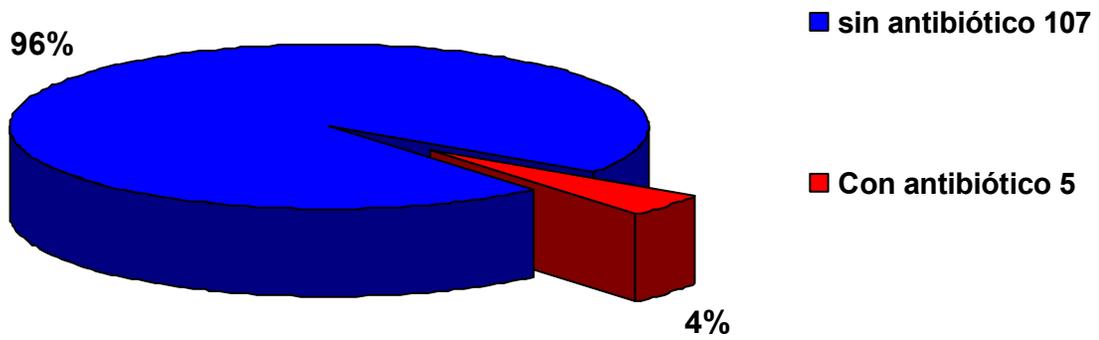
Gráfica 6.- Clasificación del absceso.



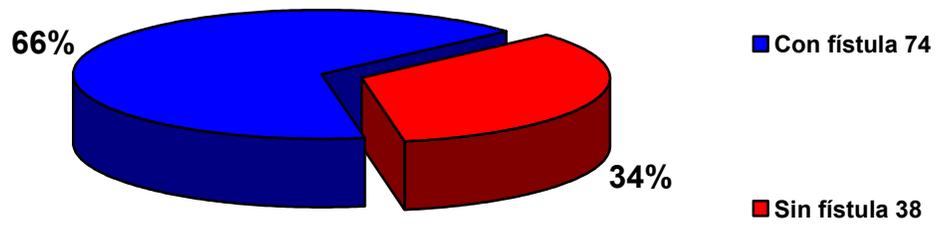
Gráfica 7.- Localización del absceso.



Gráfica 8.- Uso de anestesia local.



Gráfica 9.- Uso de antibióticos.



Gráfica 10.- Desarrollo de fístula anal.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Corman ML. Colon & Rectal Surgery. 4th ED. New York: Lippincott-Raven 1998;224–37.
- 2) Da Silva JH. Manual de Coloproctología. São Paulo: Zeppelin Editorial 2000;185-93.
- 3) Coloproctología Actual. 1st Edición Brazil. J.A. Reis Neto, cap 3;3-34.
- 4) Saclarides B. Evolving trend in the treatment of anorectal diseases. Dis Colon Rectum 1999;42:1245-52.
- 5) Schouten WR, van Vroonhoven TJMV. Treatment of anorectal abscess with or without primary fistulectomy: Results of prospective randomized trial. Dis Colon Rectum 1991;34:60-3.
- 6) The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for treatment of fistula-in-ano. Dis Colon Rectum 1996;39:1361-71.
- 7) Avendaño EO. Proctología. México, DF. Impresiones Modernas 1968;64-80.

- 8) Schouten WR, Van Vroonhoven TJ. Treatment of anorectal abscess with or without primary fistulectomy: Results of a prospective randomized trial. *Dis Colon Rectum* 1991;34:60-3.
- 9) Tang CL, Chew SP, Seow-Choen F. Prospective randomized trial of drainage alone vs drainage and fistulotomy for acute perianal abscesses with proven internal opening. *Dis Colon Rectum* 1996;39:1415-7.
- 10) Vasilevsky CA, Gordon PH. The incidence of recurrent abscesses or Fistula in anus following anorectal suppuration. *Dis Colon Rectum* 1984;27:126-30.
- 11) Beck DE, Wexner SD. *Fundamentals of anorectal surgery*. 2nd ed. London: Saunders 1998;153-73.
- 12) Phillips RKS, Luniniss PJ. *Anal fistula: Surgical evaluation and management*. London: Chapman & Hall Medical 1996;177-82.
- 13) Hämäläinen S. Incidence of fistulas after drainage of acute abscess of ano. *Dis Colon Rectum* 1998;41:1357-62.
- 14) Garcia-Aguilar J, Belmonte MC, Wong D. Anal fistula surgery. Factors associated with recurrence and incontinence. *Dis Colon Rectum* 1996;39:723-9.

- 15) Goldberg SM, Gordon HP, Nivatvongs S. Fundamentos de cirugía anorrectal. Abscesos anorrectales y fístula anal. México, DF: Limusa, 1990; 139-67.
- 16) Phillips KSR, Lunniss JP. Anorectal sepsis. In: Nicholls RJ, Dozois RR. Surgery of the colon & rectum. New York, NY: Churchill Livingstone 1997;255-84.
- 17) Goligher J, Duthie H, Nixon H. Cirugía del ano, recto y colon. Absceso anorrectal. Barcelona: Editorial Masson 1998;159-68.
- 18) Grace RH, Harper IA, Thompson RG. Anorectal sepsis: microbiology in relation to fistula-in-ano. Br J Surg 1982; 69: 401-3.
- 19) Choong-Leong Tang, Soo-Ping Chew, F. Seow-Choen. Prospective randomized trial of drainage alone vs drainage and fistulotomy for acute perianal abscesses with proven internal opening. Dis Colon Rectum 1996;39:1415-7.
- 20) Institute of Clínicl Surgery, University of Florence, Italy. One stage of anal abscesses and fistulas. International Journal of Colorectal Dis 2004;6:12-6.
- 21) Department of Colorectal Surgery, Singapore General Hospital. Randomized controlled trial of primary fistulotomy with drainage alone for perianal abscesses. Dis Colon Rectum 1997;40:1435-8.

- 22) Schouten WR. Treatment of anorectal abscess with or without primary fistulectomy. *Dis Colon Rectum* 1991;60-3.
- 23) Kari-pekka, Sainio P. Incidence of fistulas after drainage of acute anorectal abscesses. *Dis Colon Rectum* 2005;41:1357-61.
- 24) Oliver F, Et al. Randomized clinical trial comparing simple drainage of anorectal abscess with and without fistula track treatment. *International Journal of Colorectal Disease* 2004; 18:107-110.