



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

“EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL DRENAJE DE ABSCESO ANAL EN EL
SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE
MÉXICO DEL PERÍODO ENERO 2012 A ENERO 2013”

T E S I S D E P O S G R A D O

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA

P R E S E N T A

DR. ADOLFO RAMÓN RIVAS CAJINA



DR. EDUARDO LICEAGA

ASESOR DE TESIS

DR. BILLY JIMÉNEZ BOBADILLA

México, D. F.

Julio 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

FIRMAS DE AUTORIZACIÓN

DR. BILLY JIMÉNEZ BOBADILLA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO

ASESOR DE TESIS

DE COLOPROCTOLOGIA UNAM

AGRADECIMIENTOS

Deseo brindar una bendición a nuestro Padre eterno y a nuestro Señor Jesucristo, por motivarme en mi carrera por eso, por tal motivo también no puede dejar de reconocer:

- ❖ A mi familia por su apoyo en mi carrera .**

- ❖ Al Dr. Billy Jiménez Bobadilla me ha sabido guiarme en el comienzo de mi carrera de subespecialista.**

ÍNDICE

| | Pág. |
|----------------------------|------|
| 1. ÍNDICE..... | 4 |
| 2. TÍTULO..... | 5 |
| 3. INTRODUCCIÓN..... | 6 |
| 4. MATERIAL Y METODOS..... | 19 |
| 5. RESULTADOS..... | 32 |
| 6. DISCUSIÓN..... | 48 |
| 7. CONCLUSIONES..... | 49 |
| 8. BIBLIOGRAFÍA..... | 50 |
| 9. ANEXOS..... | 54 |

**TÍTULO: EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL DRENAJE DE ABSCESO ANAL EN EL
SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
DEL PERÍODO ENERO 2012 A ENERO 2013.**

Introducción

Anatomía del Conducto Anal

Conducto Anal: es el órgano terminal del tubo digestivo y desempeña una doble función, de continencia y de evacuación, en sinergia con el recto, del que constituye su continuación. Tiene una longitud de 3-5 cm. Se sitúa en la parte medial del periné posterior por debajo del suelo de los elevadores, entre las dos fosas isquiorrectales y constituye la continuación de la porción pélvica del recto. Desemboca en la piel a nivel del margen anal.

El conducto anal se divide en dos tipos : anatómico y quirúrgico, el límite superior del anatómico es la línea anorectal , el límite superior del quirúrgico es el anillo anorectal y ambos tiene como límite inferior el margen anal.

El conducto anal está formado por un aparato muscular y por piel modificada.

- Aparato muscular: formado por fibras lisas circulares dispuestas por fuera de la mucosa y que forman el esfínter interno del ano, por fibras musculares estriadas circulares que forman el esfínter externo del ano. Otros músculos relacionados con el ano son: el músculo retractor del ano, el músculo rectouretral y el músculo elevador del ano.
- Revestimiento cutáneo: cubierto por piel modificada, más delgada, menos rica en papilas y que carece por completo de pelos y de glándulas. El canal anal está recubierto por un epitelio escamoso no queratinizado. Por encima del límite superior del canal anal (línea pectínea) existe una zona de transición en el recto de unos 6 a 12 mm, en la que el epitelio escamoso pasa a ser epitelio cilíndrico columnar de una forma progresiva.

Absceso anal

Definición

Un absceso perianal se define como una colección local de pus en la tejidos perianal, puede extenderse : 1) en la fosa isquiorrectal, en uno o ambos lados, 2) al espacio postanal profundo 3) al espacio supraelevador 4)y al espacio submucoso.

Los abscesos se presentan con una incidencia un poco mayor en hombres que en mujeres con una relación de 2:1 , con una prevalencia en Estados Unidos de 100.000 casos por año.¹⁰

La edad promedio de inicio es entre la tercera y cuarta década de la vida.^{11, 29}

Etiología

Los abscesos y las fístulas perianales pueden tener origen criptoglandular (inespecífico) o específico, secundario a varias entidades patológicas definidas.

- I. Clasificación etiológica de los abscesos . Criptoglandular (inespecífico),90%,
- II. Específico (10%) :
 - a.Infecciones : tuberculosis, actinomicosis ,linfogranuloma venéreo.
 - b.Enfermedades inflamatorias: enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa.

c. Trauma: empalamientos, cuerpos extraños (espinas, huesos), cirugía, radiación.

d. Neoplasia : carcinomas, leucemias.

En los estudios de Parks y Morson, en 1961, se demostró histopatológicamente que la sepsis criptoglandular representa el 90% de las causas de los abscesos anales.¹¹

Los abscesos anorrectales se pueden clasificar de la siguiente forma: 1. perianal o subcutáneo; 2. submucoso; 3. interesfintérico; 4. isquiorrectal; 5. pelvirrectal o supraelevador.¹¹

Puede haber tres tipos de abscesos anorrectales circunferenciales (en herradura) los cuales enunciaremos en orden que se compromete las dos fosas isquiorrectales a través del espacio postanal (llamados abscesos en herradura); 2. el que compromete circunferencialmente a través del espacio interesfintérico, y 3. el que compromete circunferencialmente alrededor del recto a nivel del espacio supraelevador.

Generalmente, estos abscesos tienen origen en una sola cripta localizada en la línea media del cuadrante posterior.

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas de un absceso perianal son: dolor severo pulsante, tumefacción, calor local, rubor en la región perianal y, ocasionalmente, fiebre. En algunos casos, el dolor es el único síntoma en la fase inicial cuando los abscesos son de localización

submucosa, interesfintérica o cuando están localizados profundamente en la fosa isquiorrectal o en el espacio supraelevador.

Los abscesos perianal e isquiorrectal se presentan con eritema y fluctuación, en el caso de los abscesos interesfintéricos, se presentan con dolor anal pero sin observar cambios pero al examen físico manifiesta dolor en el espacio interesfintérico, en el caso de los abscesos supraelevadores, se palpa un aumento de hipersensibilidad o dolor por arriba de los elevadores a través del tacto digital o vaginal.

En estos casos, debe haber un alto índice de sospecha por el médico para hacer el diagnóstico e, incluso, puede necesitarse un examen anorrectal bajo anestesia local o regional en busca de tumefacciones dentro del canal anal o rectal, para establecer el diagnóstico. La distribución que se ha encontrado en estudios es perianal en el 58.4% de los casos, el isquiorrectal en el 33.9% de los casos y el interesfintérico en el 18% de los casos¹³.

Diagnóstico

Algunos abscesos anorrectales son muy evidentes a la inspección y la palpación de la región perianal, pero otros, especialmente los submucosos, los interesfintéricos, los isquiorrectales profundos y los supraelevadores, muchas veces no dan signos externos de inflamación y el paciente inicialmente sólo acusa dolor. En estos casos, es necesario hacer un examen bajo anestesia en busca de tumefacciones en el canal anal o rectal y, si hay tumefacción evidente, se debe proceder a la punción-aspiración con una jeringa con el fin de localizarlo y confirmarlo para el posterior drenaje quirúrgico.

En algunos casos, el tacto rectal y la anoscopia permiten detectar un cuerpo extraño (hueso de pollo, espinas de pescado, etc. enclavado en el canal anal o en la unión anorrectal como causa del absceso, el cual debe ser retirado.

Cuando un paciente tiene síntomas generales como fiebre, taquicardia y se queja de dolor anorrectal, debe crear la sospecha de un absceso en el espacio supraelevador y se puede recurrir a la tomografía axial computadorizada o a la resonancia magnética para establecer el diagnóstico ^{14,15}.

La coloración de Gram y el cultivo y la identificación de la flora de los abscesos son considerados por los cirujanos como una pérdida de tiempo, esfuerzo y dinero, ya que no van a cambiar las conductas terapéuticas y tampoco ayudan a predecir las fístulas residuales ni los abscesos recurrentes ¹³. Los gérmenes más frecuentemente reportados son *Escherichia coli*, *Enterococcus fecalis*, *Bacteroides fragilis*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus* ¹⁶.

Un estudio realizado por Chien-Kuo Liu en 2010 en el Mackay Memorial Hospital, Taipei, Taiwan, en 183 pacientes en quienes se realizó el drenaje de absceso anal encontró en el estudio microbiológico la presencia de *Escherichia coli* siendo fue el más predominante en paciente no diabéticos y en diabéticos fue *Klesiella pneumoniae* el agente etiológico más común ¹⁷.

Diagnósticos diferenciales

Como diagnósticos diferenciales se deben considerar: la hidradenitis supurativa, los quistes pilonidales con extensión caudal, la osteomielitis de los huesos pélvicos (especialmente, fracturas abiertas del isquion), las fístulas uretroperineales, los quistes retrorrectales fistulizados y el carcinoma escamoso del ano.

Tratamiento

Algunos abscesos se drenan espontáneamente antes de acudir al médico, pero si esto no

ha sucedido, el absceso se debe drenar quirúrgicamente o completar el drenaje que se hizo espontáneamente, garantizando que no se dejen bolsillos tabicados sin drenar y dejando un orificio de drenaje que no permita que se coleccionen pus nuevamente.

Hay varias técnicas de drenaje; entre ellas, tenemos:

1. Incisión de drenaje en cruz; es la forma más popular y fácil de tratar los abscesos y se hace en la zona menos renitente. También, se puede utilizar una incisión radiada resecaando una pequeña elipse de piel.
2. Destechar la cavidad del absceso con incisiones amplias; se puede utilizar pero, se ha asociado con tiempos largos de cicatrización de la herida. Además, cuando se utiliza esta técnica para drenar un absceso en herradura, puede dejar un ano flotante, lo cual ocasiona retracciones y deformidades severas en la piel.
3. Colocación de una sonda de drenaje en hongo tipo champiñón (mushroom); tiene la ventaja de que la incisión en la piel es pequeña y poco dolorosa. Es el método ideal en pacientes con enfermedad de Crohn y en inmunosuprimidos que tienen trastornos de la cicatrización.
4. Colocación de un setón de drenaje; en este método, se utiliza un material sintético suave, de un calibre aproximado de 2 a 3 mm, que permite drenar y cerrar el bolsillo del absceso, organizando la fístula, controlando la inflamación, el dolor y la infección. Es un método utilizado, especialmente, en abscesos recidivantes secundarios a enfermedad de Crohn o en pacientes con enfermedades inmunosupresoras como el SIDA y las leucemias.

La utilización de la fistulotomía para tratar los abscesos, con el fin de evitar las fístulas residuales, es controvertida. Algunos no la recomiendan aduciendo que sería sobretratar un 60% más de los pacientes que no desarrollarán una fístula. Tiene el riesgo de lesionar parcialmente los esfínteres (incontinencia) o crear falsas rutas al tratar de encontrar el trayecto utilizando el estilete para explorar los tejidos inflamados y friables. En abscesos como los subcutáneos (perianales), algunos autores han reportado buenos resultados con la

fistulotomía en el momento del drenaje .Estos abscesos tienen un trayecto interesfintérico, lo cual permite la fistulotomía con sección parcial de las fibras del esfínter interno,dejando indemnes las fibras del esfínter externo, evitando la lesión esfinteriana y el riesgo de incontinencia fecal. Este procedimiento tiene que ser hecho por cirujanos con experiencia y conocimiento en la patología y la anatomía anorrectales. En los abscesos más profundos, como los isquiorrectales, por tener trayectos transesfintéricos o supraesfintéricos, está totalmente contraindicada la fistulotomía en el momento del drenaje de la fístula .

En una revisión de Cochrane en 2010 evalúa los ensayos aleatorios que han evaluado los beneficios y riesgos del tratamiento combinado de abscesos perianales y fístulas. Seis estudios se han publicado sobre este tema. Los análisis muestran que el tratamiento combinado reduce el riesgo de un absceso o fístula persistente, o repetición de la cirugía (RR=0.13, 95% intervalo de Confianza 95% 0.07-0.24), sin un aumento estadísticamente significativo de incontinencia postoperatoria (RR 3.06,intervalo de confianza 95% (0.7-13.45) ¹⁸ .

En las diferencias revisiones bibliográficas tienen por costumbre tratar de identificar la cripta o el orificio primario que dio origen al absceso, buscando bajo anestesia local o general la salida de pus en la línea pectínea; tienen un rango muy amplio de éxito, de 30 a 80%. han encontrado una tendencia de los abscesos, a los cuales se les logra identificar el orificio primario evacuando pus en la línea pectínea en el momento del drenaje, a dejar más frecuentemente una fístula residual . Otro factor que se ha asociado con una mayor frecuencia de fístulas residuales es la localización anterior de los abscesos en el sexo femenino .

En un estudio realizado por Malik de 147 pacientes se encontró que los cirujanos con experiencia lograron encontrar una fístula subyacente hasta en el 50% de los procedimientos

realizados durante el drenaje con absceso , mientras que los cirujanos en entrenamiento solo detectó en el 12 % de los procedimientos una fístula subyacente ³.

Debe tenerse por costumbre advertir al paciente que informe al médico si el dolor reaparece después del drenaje, porque es un síntoma que indica que el absceso nuevamente ha coleccionado pus.

Rutinariamente, no se utilizan antibióticos, pero, tienen un papel y deben utilizarse en pacientes con una celulitis extensa no claramente delimitada y con compromiso sistémico como taquicardia, polipnea, etc., o en pacientes ancianos, inmunosuprimidos, diabéticos y con valvulopatías cardíacas.

La incidencia de fístulas después del drenaje de un absceso anorrectal es aproximadamente de 37% y pueden presentarse abscesos recurrentes hasta en 10% . En el momento, no se conocen factores clínicos que permitan predecir cuáles abscesos desarrollarán una fístula.

Cuidados posoperatorios

Los pacientes son instruidos para continuar con una dieta regular y tomar un agente formador de masa, analgésico sin codeína y los baños de asiento.

Los pacientes se observan generalmente en el seguimiento en 2-4 semanas o abscesos interesfinterianas o supraelevador, 2 semanas después de la operación.

Los pacientes en quienes catéter de drenaje se ha dejado considera dentro de 7-10 días después de la procedimiento. Si la cavidad se ha cerrado alrededor del catéter y drenaje ha cesado, se retira el catéter.

Si la cavidad no ha curado, se deja el catéter en su lugar o sustituido con un más pequeña.

En todos los casos, los pacientes se observaron hasta que se completa la curación se ha

producido ^{16,20}.

Complicaciones del tratamiento de absceso anales de abscesos anales.

Recurrencia:

Después de incisión y drenaje, los abscesos isquioanal y interesfinteriana están asociados con el desarrollo de la recurrente abscesos o fístulas en el 25 al 44% ^{3,21,22}.

La recurrencia es más probable que ocurra en pacientes con una historia de drenaje de absceso anterior tal vez porque las barreras naturales a la infección han sido destruidas.

Las razones para recurrencia de las infecciones anorrectales incluyen infección perdida en espacios anatómicos adyacentes, la presencia de un no diagnosticada fístula o absceso en el drenaje del absceso inicial y la falta de drenar completamente el absceso ¹⁴.

Si un paciente espera demasiado tiempo para el seguimiento del catéter siguiente drenaje, la piel puede sellar y una segunda incisión puede ser requerida para recuperar el catéter o drenaje de un absceso recurrente.

No detectar una abertura primaria en el momento de la fistulotomía drenaje y absceso puede provocar la persistencia de la infección ¹⁶.

Onaca et al. Presentó un estudio donde se analizaron 500 pacientes sometidos a 627 procedimientos de drenaje de un absceso perirectal. La reoperación fue dentro de los 10 días del procedimiento original y fue necesario en el 7,6% de los pacientes. Los factores principales que llevan a la reintervención drenaje estaban incompletos (23 pacientes), colecciones perdidas dentro de un absceso drenado (15 pacientes), abscesos ocultos (cuatro pacientes) y el sangrado postoperatorio (tres pacientes).

Drenaje incompleto fue más frecuente en absceso perianal, mientras que las colecciones

fueron pasados por alto situada posteriormente. Abscesos herradura se asociaron con una tasa particularmente alta (50%) de fallos en el drenaje . No hubo enfermedades preexistentes ²³.

Un estudio retrospectivo en el Hospital Matsuda en el Instituto de Coloproctología en Japón donde se drenó absceso anorectal a 205 paciente de estos 75 paciente (36%) presentó recurrencia donde el sexo, la edad, índice de masa corporal, el método de anestesia, la localización de abscesos, clasificación anatómica, el uso de un drenaje, y comorbilidad diabetes mellitus y la obesidad no tenía ninguna influencia sobre la recurrencia y la pronta incisión del absceso anal es un factor pronostico para evitar la aparición de recurrencia, donde hubo una gran diferencia entre los paciente drenados antes de los 7 días y después de los 7 días posterior al inicio del absceso siendo una tasa de recurrencia mayor en los drenados a los 7 días posterior al inicio del absceso anal ²⁴.

Un estudio prospectivo sobre recurrencia de absceso anorectal Cook County Hospital en Chicago, **Chrabort** et al. Observó que un tercio de las recurrencia tenían hidradenitis supurativa ²⁵.

Una búsqueda diligente para la infección en otros espacios anatómicos debe llevarse a cabo durante la operación inicial. En el estudio de Chrabort et al. Sobre drenaje de absceso , encontró que las colecciones anal no encontradas durante la primera cirugía en otros espacio anatómico representó un 23% de los casos donde hubo recurrencia , y posteriormente todos los pacientes fueron tratados con éxito por con un drenaje adecuado.²⁵

Incontinencia

La incontinencia puede resultar después de la incisión y el drenaje de un absceso ya sea por

daño iatrogénico al esfínter o inapropiados cuidados de las heridas. La continencia puede verse comprometida si la superficial esfínter externo se divide inadvertidamente durante el drenaje de un absceso perianal postanal o profunda en un paciente con continencia preoperatoria en el límite. El drenaje de un absceso supraelevador puede llevar a la incontinencia si el puborrectal es inapropiada dividido. Retardada curación de un absceso drenado puede perjudicar continencia al prevenir el desarrollo de tejido de granulación y la promoción de la formación de cicatriz exceso de tejido.

Aunque defendió a disminuir las tasas de recurrencia, primaria fistulotomía puede dar lugar a la división innecesaria del esfínter muscular en el tejido con inflamación aguda. Schouten y Van Vroonhoven reportó una tasa de 39% de los trastornos de continencia en un ensayo aleatorio prospectivo ¹⁶.

Infeccion Necrotizante anorrectal

En raras ocasiones, los abscesos anorrectales puede dar lugar a una infección necrotizante y la muerte. Factores que se cree responsable incluyen retraso en diagnóstico y manejo, la virulencia del organismo implicado, infecciones y bacteriemias metastásico o trastornos subyacentes, tales como la diabetes, discrasias sanguíneas, enfermedades del corazón, insuficiencia renal crónica fracaso, hemorroides y abscesos anterior o la obesidad fistula. y fumar cigarrillos se cree que son factores de riesgo.

Principios de su manejo son: debridamiento extenso, antibioterapia, corrección de trastorno metabólico y electrolítico, nutrición parenteral . La colostomía está indicado de forma absoluta en dos casos como incontinencia y perforación, en otros casos se debe revisar cada caso de forma selectiva ²⁶.

Fístula anal

Las fístula aparecen dos meses después del drenaje del absceso , un absceso puede tardar hasta 7.5 semanas para lograr una curación completa según el estudio realizado por Ho .²¹

Hasta un tercio de los pacientes que presentaron un drenaje de absceso anal presentarán fístula anal según una investigación presentada por Rizzo.^{2,10}

Ali Hamadani, presentó un estudio retrospectivo tipo cohorte donde ,reportó que pacientes menos de 40 años de edad, presentaron un doble riesgo de presentar fístula anal y de recurrencia de absceso anal versus riesgo en los pacientes mayores de 40 años, y los pacientes no diabéticos tuvieron 2,6 veces más riesgo de presentar fístula que los diabéticos .²⁷

Un estudio de caso- control realizado por Bikash Devaraj, M.D, encontró que los pacientes que fuman tiene el doble riesgo que los que no fuman. (OR 2.15, 95% CI 1.34 –3.48, P : 0.025) , mientras pacientes que tenían más 5 años de dejar de fumar disminuyo su factor de influencia como factor de riesgo .²⁸ .

Sozener, realizó un estudio multicéntrico, placebo- control randomizado sobre el uso de antibiótico como tratamiento adyuvante posterior al drenaje el absceso no fue un efecto protector para la formación de fístula anal.²⁹ .

Entre los **antecedentes previos al estudio se encontró:**

A nivel internacional se ha encontrados dos estudios relevantes asociado con el tema :

Un estudio prospectivo de 1998 en el Hospital General Universitario de Valencia , España donde se realizó el drenaje de absceso anal en 103 pacientes , se encontró que la incidencia de recidivas al año posterior al drenaje del absceso anal fue reducida, del total de casos , en el

19% casos se les realizó también fistulotomía . La conclusión fue que el amplio drenaje del absceso anal , así como la fistulotomía cuando cumplía los criterios y el control postoperatorio completo por parte del cirujano contribuye en una menor incidencia de recidivas ⁷.

Una investigación sobre el impacto de la experiencia del cirujano en Hospital Queen Margaret en Reino Unido donde se realizó el drenaje de 147 pacientes entre el período 2006 y 2007 y se valoró el manejo de los abscesos anal y su evolución posoperatorio en donde se observó la diferencia entre el abordaje de los cirujano en entrenamiento y los cirujanos con experiencia, el cual el cirujano con experiencia abordó tempranamente las fistula durante el drenaje de absceso , esto reduce la aparición de fistula anal transesfinteriana de forma significativa con poco riesgo de incontinencia ³.

En México, Charúa realizó un estudio asociado al drenaje de absceso anal realizado en el Hospital General de México entre el periodo 1998 al 2002 en el servicio de Coloproctología donde se encontró que el 96.68 % de los abscesos anales eran de origen inespecíficos. El simple drenaje fue una adecuada conducta inicial en el 73 % de los pacientes fue atendido en el consultorio en forma ambulatoria. El síntoma más constante fue el dolor en 99 % de los pacientes. En cuanto a su clasificación, el perianal y el isquiorrectal fueron los más frecuentes; en esta serie no hubo mortalidad ⁴ . Un estudio Charúa en el servicio de Coloproctología del Hospital General de México en el período de 2000 a 2002 se encontró que el 5% de las consultas fue asociado al absceso anal donde se valoró a 112 pacientes quienes cumplieron los criterios de inclusión del estudio entre los criterios era haber sido manejado de forma ambulatoria obteniendo que el 66% presentaron fistula anal posteriormente al drenaje en un seguimiento de menos de 6 meses ⁵ .

Material y métodos

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la evolución clínica de los pacientes atendidos por drenaje de abscesos anal en el Servicio de Coloproctología del Hospital General de México en el período de Enero del 2012 hasta Enero 2013?

JUSTIFICACIÓN

El absceso anal es una patología anorectal frecuente de la consulta diaria del médico general, Cirujano General y Coloproctólogo con todavía un alto porcentaje de complicaciones crónicas que implica posterior resolución quirúrgica como una fistula anal, afectando no solo en su vida cotidiana con el riesgo de incontinencia a temprano y largo plazo, sino también su aparición la vida laboral del paciente y de la plenitud de la vida adulta.

Se necesita un estudio integral como servicio de Coloproctología del Hospital General de sobre el comportamiento posoperatorio de los pacientes que se atienden en el servicio de Coloproctología como subespecialidad en esta área, donde se valore el beneficio del drenaje ambulatorio versus el drenaje hospitalario

Este estudio tiene como meta crear pautas información que ayuden a la reducción de complicaciones posquirúrgicas asociada a esta patología.

HIPÓTESIS

La evolución clínica de los pacientes drenados por absceso anal no cambia por el tipo de abordaje aplicado en el servicio de Coloproctología del Hospital General de México en el período de Enero 2012 a Enero 2013 .

OBJETIVOS:

1. GENERALES:

CONOCER LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL DRENAJE DE ABSCESO ANAL, EN EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DEL PERIODO DE ENERO DEL 2012 AL ENERO DEL 2013.

Objetivos Específicos.

A. CARACTERIZAR LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES.

B. DETERMINAR LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, LA TÉCNICA QUIRÚRGICA Y MANEJO POSOPERATORIO.

C. DESCRIBIR LAS COMPLICACIONES PRESENTADAS Y SU RELACIÓN CON EL LUGAR DE DRENAJE DE LOS ABSCESO ANALES.

D. DETERMINAR LA RELACIÓN ENTRE EL TIPO ABORDAJE Y LA APARICIÓN DE FISTULA ANAL.

Tipo de Investigación

Tipo de Estudio:, Prospectivo , Transversal , descriptivo.

UNIVERSO : 86 Pacientes sometidos a drenaje de absceso anorectal en el servicio de Coloproctología en el Hospital General de México del Distrito Federal en el período de Enero 2012 a Enero 2013 que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión

MUESTRA: 86 pacientes sometidos a procedimiento quirúrgico ambulatorio u Hospitalario en el servicio de Coloproctología del Hospital General en el período de estudio dentro de la institución que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Muestreo: No probabilístico por conveniencia.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Paciente portador de un absceso anal quienes no tienden drenaje previo y acudieron al servicio de Coloproctología del Hospital General de México Tener indicación para cirugía de drenaje ambulatoria u Hospitalaria
- Pacientes con absceso anal que sean mayores de 15 años .

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Paciente que rechaza procedimiento.
- Pacientes atendidos y drenados en otro hospital o servicio.
- Pacientes con expediente incompleto.
- Pacientes con un seguimiento menor a dos meses posterior al drenaje del absceso anal.

TÉCNICA DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

Previa validación y confiabilidad de instrumento de la ficha de recolección en los meses de Agosto del 2012 y Septiembre del 2013 se procedió, aplicar según criterios de inclusión y exclusión se realizará una entrevista a pacientes en consulta de la primera vez que acudan con el absceso anal y revisión de los expedientes con un seguimiento hasta un mínimo de dos meses posterior a primera consulta y teniendo seguimiento de hasta un máximo 12 meses posterior primera consulta la que será recogida por el autor del estudio (residente del servicio de Coloproctología) del Hospital General de México. Los datos registrados (anexo 1): **a) variables demográficas:** Edad, Sexo, Tipo de Trabajo, **b) variables independientes :** Tipo de absceso, Síntomas, Factores Asociados, Etiología, Cirugías Previas, Diagnóstico, Riesgo Cardiovascular, Riesgo Anestésico, Tratamiento quirúrgico, Antibióticos preoperatorios, Tipo de abordaje del absceso anal,, ,c) **variables dependientes:** Número de intervenciones, Fistulotomía primaria, Setón de drenaje, Antibióticos preoperatorio, Antibióticos posoperatorio, Complicaciones presentadas, Tipo de fistula, Tiempo de Cierre de herida.

FACTIBILIDAD.

- Recursos humanos: pacientes, personal médico. El Dr. Billy Jiménez Bobadilla es la asesora del proyecto, revisará la metodología, y colaborará con la redacción del manuscrito final y para envío a un congreso internacional o nacional.
- Recursos físicos: consultorio, expediente clínico.
- Recursos financieros: No requiere de financiamiento externo, los costos derivados de la investigación serán absorbidos por los investigadores.

Definición de Variables

| Variable | Concepto | Indicador | Categoría | Escala | Escala/Valor |
|----------------------|---|---|------------------------------|---------|---|
| Tipo de absceso | Colección de pus en la región anorectal | Lugar anatómico donde se encuentra el absceso | Cualitativa Independiente | Nominal | <ol style="list-style-type: none"> 1) Perianal 2) Isquiorrectal 3) Interesfintérico 4) Submucoso 5) Supraelevador 6) Herradura |
| Sintomas del absceso | Malestar o sensación subjetiva asociado a la presencia de un absceso anal | Sintoma referido por paciente | Cualitativa Independiente | Nominal | <ol style="list-style-type: none"> 1) Incomodidad anal 2) Dolor 3) Inflamación 4) Fiebre 5) Sangrado 6) Salida de pus 7) Disuria 8) Retención urinaria 9) Malestar general |
| Factores de riesgo | Estado Anormal de Salud que presenta el paciente antes del procedimiento | Antecedente de enfermedad Nosológica | Cualitativo Independiente | Nominal | <p>Consumo de esteroides</p> <p>Diabetes</p> <p>Dispositivo protésico</p> <p>Enfermedades cardíacas</p> <p>Relaciones sexuales anales</p> <p>Cirugías anorectales previas</p> <p>Fumador</p> <p>Enfermedades inflamatorias previas</p> |

| | | | | | |
|------------------|--|--|----------------------------|---------|--|
| | | | | | VIH |
| Etiología | Origen etiológico del absceso | Zona donde se origino el proceso patológico del absceso anal | Cualitativo Independiente | Nominal | <ol style="list-style-type: none"> 1) Anorectal 2) Colónico 3) Enfermedad de la piel 4) Infecciosas especiales 5) Trauma 6) Malignidad 7) Enfermedades sistémicas |
| Cirugías previas | Procedimiento previos realizados en la región anorectal | Antecedentes quirúrgicos previos | Cualitativo Independiente | Nominal | <p>Hemorroidectomía</p> <p>Fistulotomía</p> <p>Esfinterotomía</p> <p>Anastomosis coloanal</p> |
| Diagnóstico | Procedimiento realizado para el cual se identifico la enfermedad | Tipo de diagnóstico para | Cualitativo Independiente | Nominal | <ol style="list-style-type: none"> 1) Clínico 2) Ultrasonido endoanal 3) Tomografía abdomino-pélvica 4) Resonancia magnética |
| Riesgo cardiaco | Probabilidad de sufrir un evento cardiaco transquirúrgico | Escala para valorar el grado de sufrir eventos cardiacos por procedimientos quirúrgico | Cuantitativo Independiente | Ordinal | <ol style="list-style-type: none"> 1) Grado I 2) Grado II 3) Grado III 4) Grado IV |

| | | | | | |
|---------------------------|--|--|---------------------------|---------|--|
| Riesgos Anestésicos | Probabilidad de sufrir un evento indeseable asociado al uso del anestésico | Escala para valorar el grado de sufrir eventos adverso | Cualitativo Independiente | Ordinal | <ol style="list-style-type: none"> 1) Grado I 2) Grado II 3) Grado III 4) Grado IV 5) Grado V 6) Grado IV |
| Tipo de Abordaje | Características de tratamiento aplicado ambulatorio/ Hospitalizado | Tipo de manejo realizado por absceso anal | Cualitativo independiente | Nominal | <ol style="list-style-type: none"> 1) Ambulatorio 2) Hospitalario |
| Antibiótico preoperatorio | Antibiótico aplicado antes del tratamiento. | Tipo de antibiótico usado antes del procedimiento | Cualitativo dependiente | Nominal | <ol style="list-style-type: none"> 1) Metronidazol 2) Ciprofloxacina 3) Ceftriazona 4) Ceftri/Metro 5) Cipro/Metro 6) Otro |
| Tipo de Anestesia | Tipo de medicamento aplicado para lograr anestesia en lugar de drenaje . | Tipo de fármaco empleado por el cirujano para suprimir la sensibilidad del paciente en el área quirúrgica. | Cualitativo dependiente | Nominal | <p>Local</p> <p>Local + Sedación</p> <p>Regional</p> <p>General</p> |
| Tipo de Cirugía | Características del | Tipo de procedimiento | Cualitativo independiente | Nominal | <ol style="list-style-type: none"> 1) Perianal 2) Isquiorectal |

| | | | | | |
|-------------------|--|--|--------------------------|----------|--|
| | procedimiento aplicado para drenar absceso anal. | realizado para drenar el absceso anal | | | 3) Interesfinterico 4) Intrarectal 5) Postanal-superficial 6) Postanal-profundo 7) submucoso |
| Tiempo quirúrgico | Tiempo que dura el procedimiento quirúrgico | Minutos que dura el drenaje del absceso anal | Cuantitativa dependiente | Numérica | 25-40 minutos 41-60 minutos 61-90 minutos 91-120 minutos 121 y más minutos |

| | | | | | |
|----------------------|---|---|--------------------------|---------------------|---|
| Cantidad de sangrado | Volumen de sangre perdido durante el procedimiento. | Cantidad de sangre perdida durante el drenaje del absceso medidos en cm ³ (CC) | Cuantitativa dependiente | Ordinal | Menos de 200cc 200 a 400cc Mas de 400cc |
| Cultivo de el pus | Método usado para la recolección y crecimiento de bacterias, hongos o virus | Presencia de Recolección de muestra para cultivo bacteriológico e histológico durante el drenaje del absceso anal | Cualitativa dependiente | Nominal, dicotómica | Presente Ausente |

| | | | | | |
|------------------------------|---|--|--------------------------|---------------------|--|
| Número de intervenciones | Cantidad de veces necesaria para lograr un adecuado drenaje del absceso anal | Número de intervenciones para adecuada drenaje de absceso anal | Cuantitativa dependiente | Ordinal | 1) Uno 2) Dos 3) Tres 4) Mas de tres |
| Solución Química para lavado | Tipo de sustancia química usada para el lavado quirúrgico | Uso de sustancia química para lavado de sitio del drenaje anal | Cualitativa dependiente | Nominal | 1) Microdacyn 2) Isodine 3) Agua oxigenada 4) Jabón líquido 5) Dakin 6) Otro. |
| Uso de drenaje | Presencia de material para drenara colecciones dentro de cavidad de absceso anal | Colocación de drenaje en drenaje quirúrgico | Cualitativa dependiente | Nominal, dicotómica | 1) Presente 2) Ausente |
| Fistulotomía primaria | Procedimiento quirúrgico que Consta en abrir un trayecto fistuloso anal | Realización de fistulotomía durante el drenaje quirúrgico. | Cualitativo dependiente | Nominal, Dicotómica | 1) Presente 2) Ausente |
| Setón de drenaje | Uso de material usado como sedal para lograr adecuado drenaje de una fístula anal | Uso de seton drenaje durante drenaje quirúrgico | Cualitativo dependiente | Nominal, Dicotómica | 1) Presente 2) Ausente |
| Antibióticos posoperatorio | Antibiótico usado después de la cirugía | Uso de antibióticos posquirúrgico | Cualitativo dependiente | Nominal, Dicotómico | 1) Presente 2) Ausente |

| | | | | | |
|----------------------------|---|--|--------------------------|---------|---|
| Antibióticos usados | Nombre de medicamentos aplicado después de la cirugía | Nombre de antibióticos | Cualitativo dependiente | Nominal | 1) Metronidazol 2) Ciprofloxacina 3) Cipro/Metro 4) Otro |
| Complicación | Estado mórbido o sensación desagradable provocado en el paciente como consecuencia del acto quirúrgico. | Nombre de las Complicaciones | Cualitativo dependiente | Nominal | 1) Recurrencia 2) Incontinencia 3) Fistula 4) fallecimiento |
| Tipo de fistula | Características del trayecto de la fistula en relación con complejo esfinteriano anal | Grado de Complejidad de fistula posterior a drenaje del absceso anal | Cualitativa dependiente | Nominal | 1) simple 2) compleja |
| Bacteriología de Cultivo | Características de las bacterias obtenidas en cultivo | Resultado de cultivo bacteria en cultivo | Cualitativa dependiente | Nominal | 1) Gram Positivo 2) Gram Negativo 3) Anaerobio 4) Otros. |
| Tiempo de cierre de herida | Medición de la duración del cierre de la herida del drenaje del absceso anal | Tiempo en semanas de curación completa de herida . | Cuantitativa dependiente | Ordinal | 1) Menos de dos semanas 2) Dos a cuatro semanas 3) Más de 4 semanas |

Análisis estadístico

.Una vez recolectada la información se procesó en SSPS versión 19 haciendo un análisis descriptivo elaborando Cuadros, gráficos y analizando en frecuencia y porcentaje las variables: Tipo de absceso, Síntomas, Factores Asociados, Etiología, Cirugías Previas, Diagnóstico, Tratamiento quirúrgico, Antibióticos preoperatorios, Tipo de abordaje del absceso anal, Tipo de cirugía, Número de intervenciones, Fistulotomía primaria, Setón de drenaje, Antibióticos preoperatorio, Antibióticos posoperatorio, Complicaciones presentadas, Tipo de fistula, Tiempo de Cierre de herida se empleó el Chi cuadrada para buscar presencia de relación causal entre tipo las variables de abordaje y presencia de fistula, así como la variable uso de antibiótico posoperatorio y formación de fistula.

Resultados

Con respecto a los factores sociodemográficos se obtuvieron los siguientes resultados: el grupo etáreo que predominó fueron los que se encontraban entre los rangos de 15-30 años con un 11.6%, seguido por los de 31-46 con un 47.7%, luego los de 47-62 con 36%, 63-78 con 3.5% y de más de 78 años de 1.5 % respectivamente. En relación al sexo el predominantemente fue el masculino con un 82.6% y en menor porcentaje el femenino con 17.4 %. Con respecto a la escolaridad que presentaban los pacientes se distribuyó de la siguiente manera: la mayoría era de media de 87,2 %, seguido por la básica el 8.1 % y en último lugar la educación superior con un 4.7%. (Cuadro No 1).

| CARACTERISTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS | No | % | |
|---|----|------|--|
| GRUPO ETAREO | | | |
| • 15-30 | 10 | 11.6 | |
| • 31-46 | 41 | 47.7 | |
| • 47-62 | 31 | 36.0 | |
| • 63-78 | 3 | 3.5 | |
| • Más de 79 | 1 | 1.2 | |
| SEXO | | | |
| • hombre | 71 | 82.6 | |
| • Mujer | 15 | 17.4 | |
| ESCOLARIDAD | | | |
| • Básica | 7 | 8.1 | |
| • Media | 75 | 87.2 | |
| • Superior | 4 | 4.7 | |

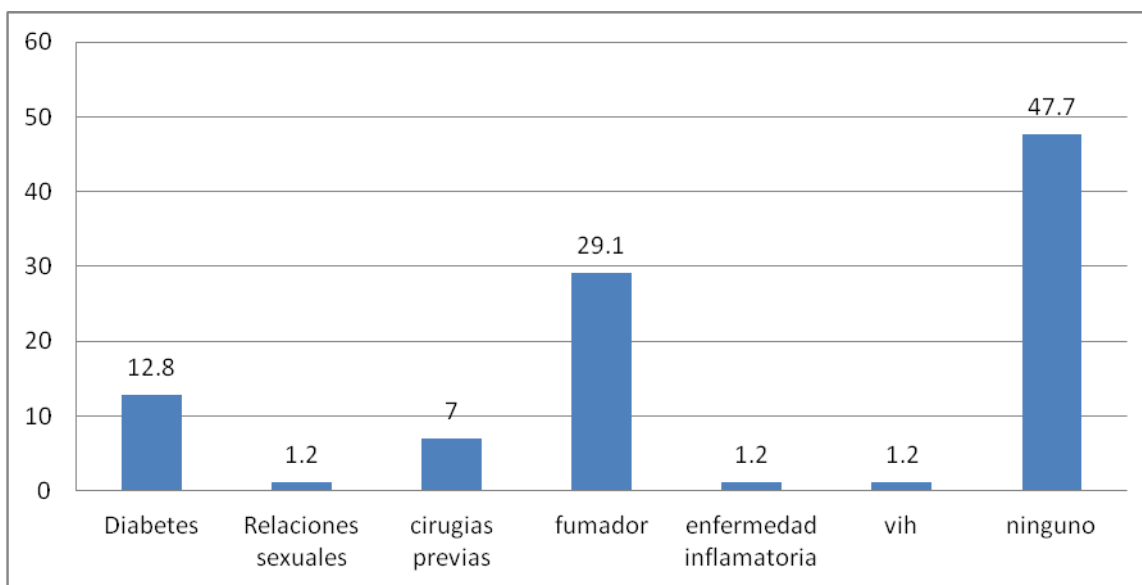
En lo referente a la ocupación se encontraron la mayoría su oficio es empleado es 30.2%, en segundo lugar Otros oficios con un 22.1%, en tercer lugar comerciante con un 20.9%, en cuarto lugar con Ama de Casa en un 14%, en un quinto lugar es para desempleado en un 11.6%, y en sexto lugar campesino con un 1.2%

(Cuadro No 2).

| OCUPACIÓN | No | % |
|-------------|----|------|
| Empleado | 26 | 30.2 |
| Desempleado | 10 | 11.6 |
| Ama de Casa | 12 | 14 |
| Campesino | 1 | 1.2 |
| Comerciante | 18 | 20.9 |
| Otros | 19 | 22.1 |
| Total | 86 | 100 |

Los factores de riesgos en los pacientes en estudio se encontró en el 47% de los pacientes no hubo factores de riesgo, mientras el primer factor de riesgo fue para los fumadores con un 29%, en segundo lugar fueron en pacientes diabéticos fue del 12.8%, en tercer lugar el antecedente cirugías anorectal previas fue del 7%, y en cuarto lugar la enfermedad inflamatorio, VIH, relaciones sexuales anales cada un 1.2%. Grafico 1

Porcentaje



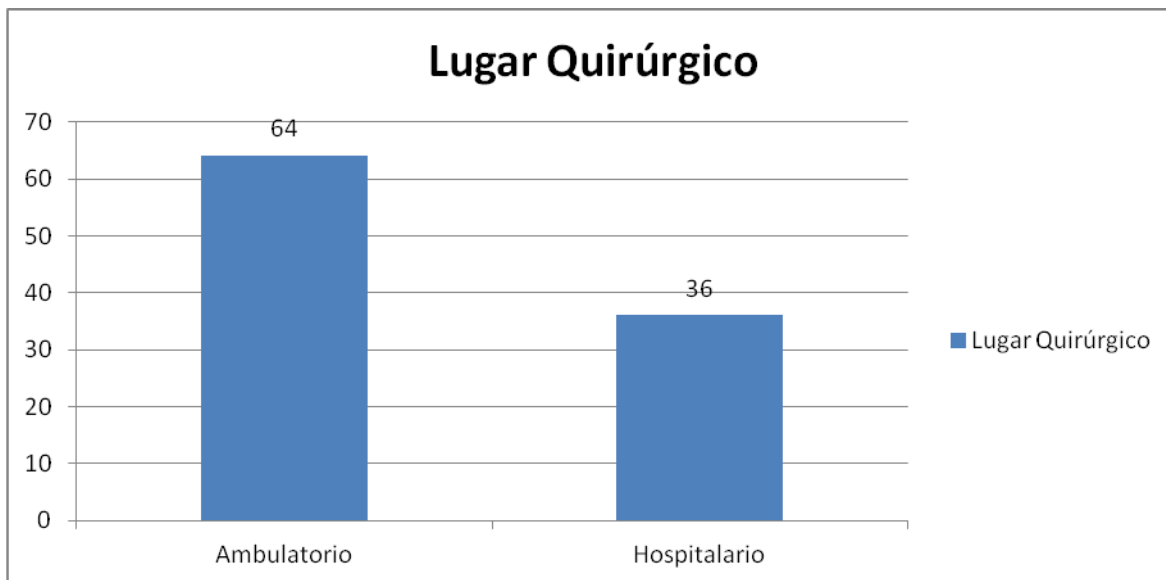
Factores de Riesgos

El tipo de absceso que se diagnóstico en su primera visita fue en primer lugar el perianal con un 66.3%, en segundo lugar un isquiorectal en un 24.4 %, en un tercer lugar en un absceso en herradura en un 5.8% y en un cuarto lugar el absceso interesfinterico es del 3.5 %. (Cuadro No 3).

| TIPO DE ABSCESO | No | % |
|----------------------|----|------|
| PERIANAL | 57 | 66.3 |
| INTERESFINTÉRICO | 3 | 33.5 |
| ISQUIORECTAL | 21 | 24.4 |
| ABSCESO EN HERRADURA | 5 | 5.8 |
| Total | 86 | 100 |

A los pacientes a quienes se les dreno un absceso anal su manejo fue ambulatorio en el 64% de los casos, mientras hospitalizado fue del 34%. Gráfico 2

Porcentaje.



En cuanto a la sintomatología en el 100% de los casos el síntoma predominante fue el dolor (Cuadro No 4)

| SINTOMATOLOGÍA | No | % |
|----------------|----|-----|
| DOLOR | 86 | 100 |
| TOTAL | 86 | 100 |

De los antecedentes quirúrgicos previos se encontró que el 84.9% de los casos no hubo ningún tipo de antecedentes, el drenaje de absceso anal estaba representado en el 14 % de los casos y en el segundo lugar fue una previa fistulotomía que represento el 1.2 % de los casos. Cuadro No 5

| CIRUGIAS PREVIAS | No | % |
|-------------------------|----|------|
| FISTULOTOMIA | 1 | 1.2 |
| DRENAJE DE ABSCESO ANAL | 12 | 14 |
| NINGUNO | 73 | 84.9 |
| Total | 86 | 100 |

En el 100% de los casos estudiados se encontró que el origen de los absceso anales fue criptoglandular. (Cuadro No 6).

| ETIOLOGÍA | No | % |
|--------------|----|-----|
| CRIPTOGENICA | 86 | 100 |
| Total | 86 | 100 |

El diagnóstico de los casos el 97.7% de los casos fue clínico , mientras el ultrasonido endoanal es del 2.3% de los casos. (Cuadro No 7).

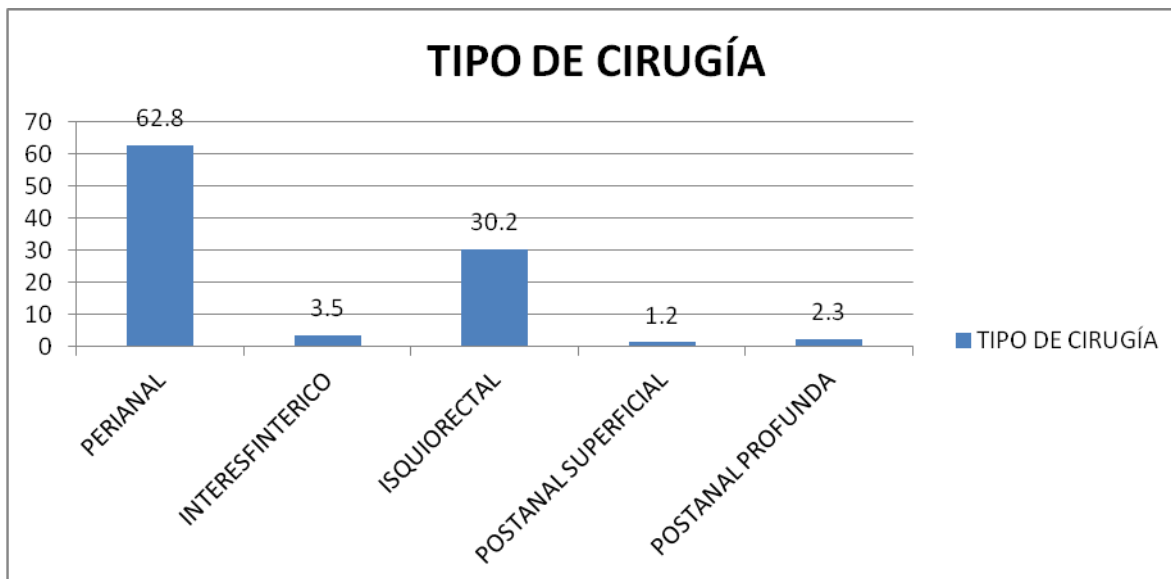
| DIAGNÓSTICO | No | % |
|----------------------|----|------|
| Clínico | 84 | 97.7 |
| Ultrasonido Endoanal | 2 | 2.3 |
| Total | 86 | 100 |

El Uso de antibiótico preoperatorio el 61.6% de casos no recibieron antibióticos preoperatorios, el 26.7 recibió ciprofloxacina y metronidazol, en el 5.8% de los casos recibió metronidazol, Otros tipos de antibióticos represento del 3.5% de casos, ciprofloxacina y ceftriazona represento cada uno del 1.2%. (Cuadro No 8).

| USO DE ANTIBIOTICOS PREOPERATORIOS | No | % |
|------------------------------------|----|------|
| METRONIDAZOL | 5 | 5.8 |
| CIPROFLOXACINA | 1 | 1.2 |
| CEFTRIAZONA | 1 | 1.2 |
| CIPROFLOXACINA-METRONIDAZOL | 23 | 26.7 |
| OTRO | 3 | 3.5 |
| NINGUNO | 53 | 61.6 |
| Total | 86 | 100 |

El tipo de cirugía presentado en los abscesos anales drenados en primer lugar fue el perianal el 62.8%, en segundo lugar el drenaje de absceso isquiorectal 30.8% de los casos, en tercer lugar el drenaje de absceso interesfintérico que represento el 3.5% de los casos, el drenaje postanal profundo represento el 2.3% de los casos, y el drenaje postanal superficial represento el 1.2% de los casos. Gráficos 3

Porcentaje



En lo referente a los números de intervenciones para lograr un adecuado drenaje de los abscesos anales fue del 97.7 % de los casos solo necesitó un solo drenaje, mientras el 2.3% de los casos representó los casos que necesitaron dos intervenciones para un adecuado drenaje (Cuadro No 9)

| NÚMERO DE INTERVENCIÓN | No | % |
|------------------------|----|------|
| UNO | 84 | 97.7 |
| DOS | 2 | 2.3 |
| Total | 86 | 100 |

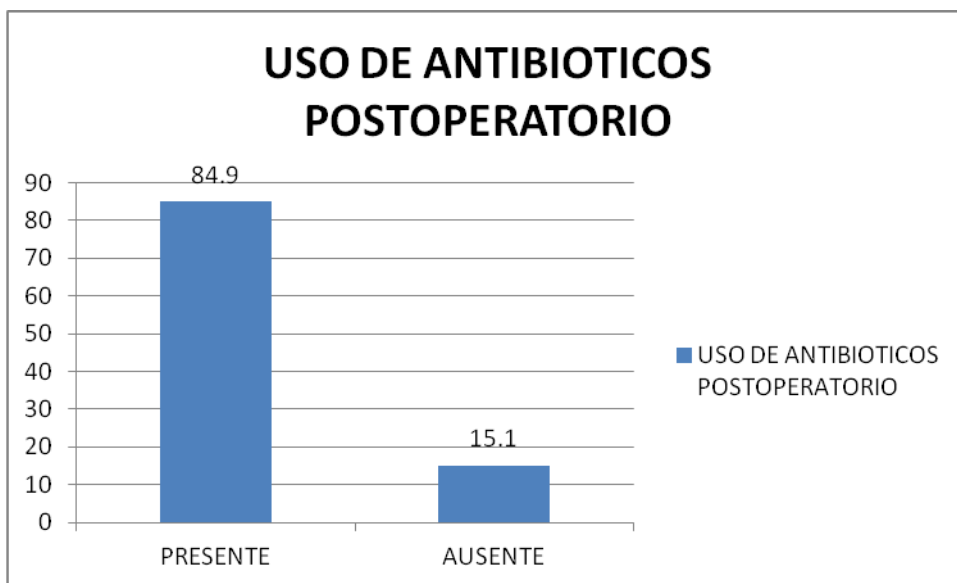
La fistulotomía estuvo ausente en el 100% de los casos clínicos donde se les realizó un drenaje de absceso anal. (Cuadro No 10).

| FISTULOTOMÍA | No | PORCENTAJE |
|--------------|----|------------|
| PRESENTE | 0 | 0 |
| AUSENTE | 86 | 100% |
| TOTAL | 86 | 100% |

La colocación de un setón estuvo ausente en el 97.7% de los casos clínicos y el 2.3% de los casos se les colocó un seton de drenaje. (Cuadro No 11).

| COLOCACIÓN DE SETON | No | PORCENTAJE |
|---------------------|----|------------|
| AUSENTE | 84 | 97.7 |
| PRESENTE | 2 | 2.3 |
| Total | 86 | 100 |

El uso de antibiótico posoperatorio estuvo presente en el 84.9% de los casos y en el 15.1 de los casos no usaron antibióticos posoperatorio. Gráfico 4.

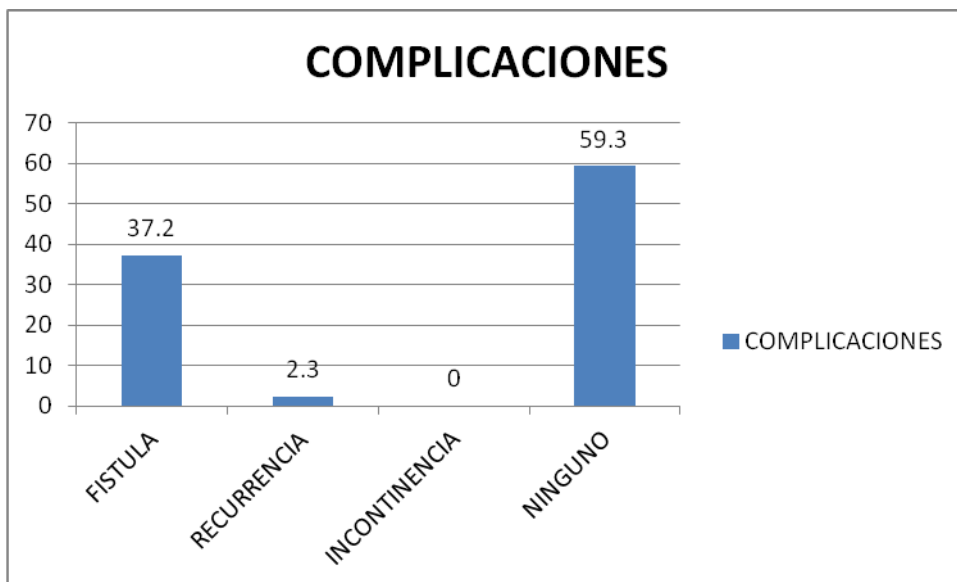


El tipo de antibiótico posoperatorio administrado fue el metronidazol –ciprofloxacina representando 67.4% de los casos clínicos , seguido de metronidazol en el 17.4% de los casos y en el 15.1 % de los casos clínicos no se uso antibióticos. (Cuadro No 12).

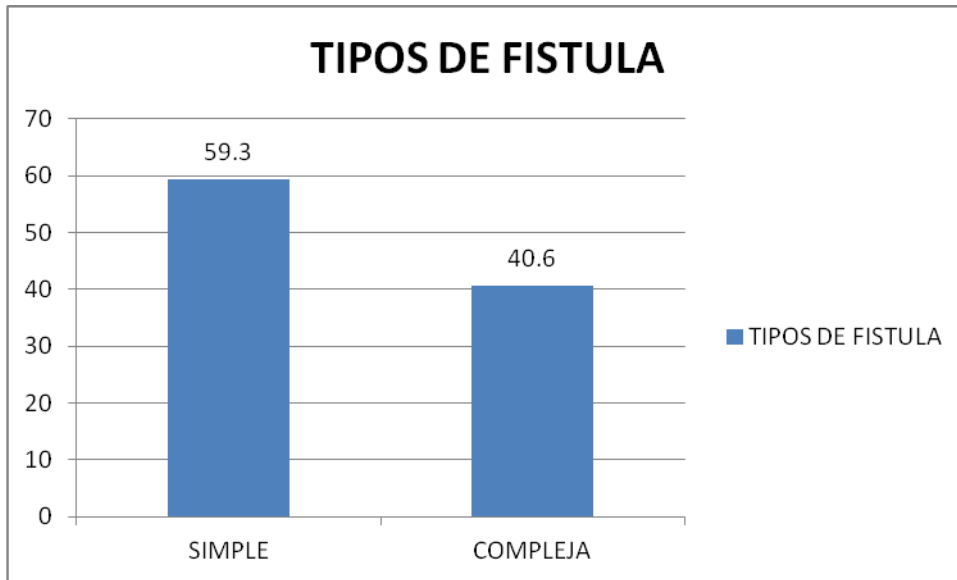
| TIPO DE ANTIBIOTICO USADO | No | % |
|-----------------------------|----|------|
| METRONIDAZOL | 15 | 17.4 |
| METRONIDAZOL/CIPROFLOXACINA | 58 | 67.4 |
| NINGUNO | 13 | 15.1 |
| Total | 86 | 100 |

Entre las complicaciones presentada en los pacientes con el drenaje de absceso anales se obtuvo que en el 59.3% de los casos no complicación, la complicación más común fue la fistula anal represento el 37.2% de los casos , en segundo lugar fue la recurrencia en un 2.3% de los casos ,Gráfico 5.

PORCENTAJE



En los pacientes que se les dreno absceso anal 32 pacientes presentaron fistula de estos , el 59.3% de los casos era simple y el 40.6% de los casos era compleja Gráfico 6.



En lo referente a la relación entre el tipo abordaje y las presenta de fistula anal complicaciones se encontró de 55 pacientes (63.9)% fueron con abordaje ambulatorio , de estos el 41,8 % no presento fistula y el 22% de los casos presentaron fistula en **segundo lugar** los pacientes hospitalizado represento al 31 pacientes (36%) de estos y el 20.9% de los casos no presento fistula , y el 15% de los casos presento fistula anal , se calculo el chi cuadrado : 0.639 una significancia 0,429 odds ratio de 0.690 con un intervalo de confianza 95% de 0.277-1.717. CUADRO No 13),

| LUGAR DE DRENAJE DE ABSCESO | FISTULA | | | | | |
|-----------------------------|----------|------|---------|------|-------|------|
| | PRESENTE | | AUSENTE | | TOTAL | |
| | No | % | No | % | No | % |
| AMBULATORIO | 19 | 22 | 36 | 41.8 | 55 | 63.9 |
| HOSPITALIZADO | 13 | 15.1 | 18 | 20.9 | 31 | 36 |
| TOTAL | 32 | 37.2 | 54 | 62.7 | 86 | 100 |

Entre la relación de fistula anal y uso de antibiótico posoperatorio se encontró que en el 37.2% de los casos presentaron fistula de estos el 33.7% de los casos usaron antibiótico posoperatorio y el 3.4% no usaron antibiótico posoperatorio, mientras en los pacientes **que no presentaron fistula anal** que represento al 63.9% de los casos el 50% de los casos uso antibiótico posoperatorio y un 12,7 % de los casos no uso antibiótico. Chi cuadrado : 1.782 con una significancia de 0.182 , odds ratio de 2.473 , intervalo de confianza 95% (0.634-9.642). (cuadro 14)

| FISTULA | ANTIBIOTICOS POSOPERATORIO | | | | | |
|----------|----------------------------|------|---------|------|-------|------|
| | PRESENTE | | AUSENTE | | TOTAL | |
| | No | % | No | % | No | % |
| PRESENTE | 29 | 33.7 | 3 | 3.4 | 32 | 37.2 |
| AUSENTE | 43 | 50 | 11 | 12.7 | 55 | 63.9 |
| TOTAL | 72 | 83.7 | 14 | 16.2 | 86 | 100 |

Discusión

La mayoría de los pacientes drenado correspondiente al 82 % de los drenados estuvo entre el cuarto y sexta década de la vida esto es cercano al promedio general de este tipo de patología como lo reporta revisión entre ellos esta , Sozener hizo una revisión en el 2008 sobre 183 pacientes drenados donde la edad promedio fue 37 años correspondiente a un 78% de los casos ⁽²⁹⁾ , otro estudio de Ramanujan, 1984 revisó a 1023 pacientes cuyo promedio estuvo entre tercera y cuarta década de la vida (34) , **en lo referente al sexo la mayoría fue masculino con una relación 4:1 con las mujeres** , otros estudios fueron de igual relación donde los hombres superaron a las mujeres por más de doble de los casos, entre ellos esta ,Abcarian H.en 2011 encontrando que la relación fue 2:1 ⁽¹⁰⁾ , al igual en el estudio de Ramanujan 1984 donde en la revisión de 1023 pacientes se encontró esta relación 2:1 (hombre/mujer) ⁽³⁰⁾ , la mayoría de los pacientes tenían una educación media que es favorable en la comprensión de su enfermedad y manejo de su herida., otro estudio fue el de Oliver I, Lacueva, 2003 donde la relación fue 5:1(hombre/mujer) ⁽²²⁾.

La mayoría de los pacientes eran empleados y tenían otros oficios , esto es importante porque esta enfermedad influye en su actividad económica de su familia porque dependen de sus empleos , dependiendo de su evolución , de la recuperación rápida y sin complicaciones es la meta que estos pacientes vuelvan a la actividad económica y sin complicaciones , del cual es beneficiado si se elegir quienes cumple los criterios de manejo ambulatorio y quienes deben ser manejado de forma hospitalaria y evita su reingreso, complicaciones como fistula o extensión grave del absceso y a si disminuir los costo del paciente , y del Hospital en el uso de recursos de estancia hospitalaria,

Entre los factores de riesgo más frecuente fueron ser fumador y ser diabético, el factor de riesgo de ser fumador , Bikash Devaraj, M.D, encontró que los pacientes que fuman tiene el doble riesgo que los que no fuman. (OR 2.15, 95% CI 1.34 – 3.48, 2-tail P _ .0025) , para absceso anal mientras pacientes que tenían más 5 años de dejar de fumar disminuyo su factor de influencia como factor de riesgo, mientras, también reporto que el riesgo es más significativo si tienen menos de un año de ser fumador y que se pierde este riesgo disminuye significativamente despues de 5 años de seguir fumando ⁽²⁸⁾ , en nuestro estudio se encontró que el 29% de los abscesos anales tenía como factor de riesgo el ser fumador esto se asociado a un proceso inflamatorio , Hamadani, Ali B.S encontró que el fumado no fue factor de riesgo para aparición de fistula o recurrencia de absceso anal⁽²⁹⁾ en cuanto a pacientes que tenían diabetes correspondió al 12.9% , como factor de riesgo es bajo para la aparición de este tipo de patología , pero si esta indicado en estos pacientes el uso de antibiótico para disminuir las infecciones graves como la gangrena de Fournier.

El cuanto al tipo de absceso anal diagnosticado al ingreso más común fue el perianal (66.3%) ,en segundo fue el isquiorectal (24.4%) , en tercer lugar los abscesos en herradura (5.8%) y en cuarto lugar el interesfinterico (3.5%). Esto es congruente con los estudios entre los ejemplos Winslett reporta que el absceso perianal seguido del isquiorectal fueron los más comunes , según siempre estos dos primeros los predominantes en la literatura internacional ⁽¹³⁾.

El tipo de abordaje en el estudio se encontró que el ambulatorio fue del 64% y el hospitalario fue de 36%, en un estudio de Charúa, en el Hospital General de México entre los años 1998-2002 en manejo ambulatorio fue del 73%, de los casos , no habiendo diferencia significativa con la actualidad⁽⁴⁾. E. B. Benjelloun presentó un estudio donde todos los paciente se les realizó un abordaje hospitalario para lograr un abordaje más integral como por ejemplo disminuir las fistula anales y las recurrencia con la fistulotomía, ya que las ventajas del drenaje ambulatorio es a corto plazo , pero a largo plazo las ventajas del manejo hospitalario es mayor cuando esta asociado a fistulotomía⁽³⁰⁾.

La sintomatología más frecuente fue el dolor este corresponde con todas las series donde el dolor estaba presente en el 100% de los casos , Charua ⁽⁴⁾ reporta igual porcentaje , y otros síntomas con menos frecuencia .

Entre los antecedentes quirúrgicos previos se encuentra el drenaje del absceso anal (14%), asociado esto es causa de recidiva , un estudio de Onaca encontró de 500 pacientes que se les drenó un absceso anal el 7.6%de los casos recidivó y las principales causas fueron un drenaje incompleto, colecciones no drenadas , lo cual recomendó que con pacientes con antecedente de drenaje previos debe realizar la revisión bajo anestesia regional o general., además de los riesgos de incontinencia fecal según el tipo de drenaje anterior realizado.⁽²³⁾

El origen criptoglandular se encontró en el 100% de los casos estudiados , Parks reporta que el origen criptoglandular es por arriba del 90% de los casos.

El diagnóstico clínico represento el 97.7% de los casos y solo en 2.3% se le realizó un ultrasonido anal , [Kim Y](#), [Park YJ](#). en un estudio 71 pacientes reportó que el ultrasonido endoanal en tres dimensiones puede mejorar la valoración de fístula complejas asociadas , en el diagnóstico de abscesos complejos y en la integridad del esfínter anal.

El uso de antibiótico preoperatorio estuvo indicado en el 38% de los casos , el uso de antibiótico solo está indicado en casos especiales. Sozener realizó un estudio multicéntrico, placebo- control randomizado sobre el uso de antibiótico como tratamiento al drenaje el absceso obteniendo que no fue un efecto protector para la formación de fístula anal.⁽²⁹⁾

El tipo de drenaje de realizado correspondió al perianal (62%) y al isquiorectal (30%) en su mayoría , no habiendo cambio significativos, con el diagnóstico de ingreso, y solo necesitando en el 2.3% de los casos el ultrasonido endoanal.

Solo se necesito una sola intervención en el 97.7% de los casos , y una segunda intervención en el 2.3% por las recurrencia. Onaca en un estudio de 500 pacientes , observo que en el 7.3%de los casos necesitó reintervención y las principales causas fueron un drenaje incompleto y colecciones no drenadas ⁽²³⁾

La fistulotomía y la colocación de setón no estuvieron presente en ninguno de los procedimientos de drenaje de absceso anal , la fistulotomía durante el drenaje del

absceso con lleva hospitalización del paciente , revisión del conducto anal y recto en busca del orificio primario la mayoría de los pacientes fueron manejado ambulatorio drenados en la consulta externa donde no permite este tipo de revisión proctológica , la fistulotomía a sido un procedimiento cuestionado por los riesgos de incontinencia y dificultad técnica para buscar el orificio primario en un tejido inflamado y el riesgo de crear falsas vías, respecto a esto, se a encontrado que el riesgo se reduce hasta un 7% si se realiza una fistulotomía primaria , Ali Iqram Malik en una revisión de Cochrane en 2010 evalúa los ensayos aleatorios que han evaluado los beneficios y riesgos del tratamiento combinado de abscesos perianales y fístulas para fistulotomía . Seis estudios se han publicado sobre este tema. Los análisis muestran que el tratamiento combinado reduce el riesgo de un absceso o fístula persistente, o repetición de la cirugía (RR=0.13, 95% intervalo de confianza 95% 0.07-0.24).sin un aumento estadísticamente significativo de incontinencia postoperatoria (RR 3.06, intervalo de confianza del 95% (0.7-13.45), y el riesgo de incontinencia no fue significativo RR 3.06, intervalo de confianza 95% 0.7-13.45), (Chi2 =5.39,df=3, p=0.14, I2 =44.4%),concluyendo que se puede realizar la fistulotomía en pacientes seleccionados.¹⁸

En el 84% de los casos se indicó antibióticos posoperatorios y los dos medicamentos más comunes fueron metronidazol asociado a ciprofloxacina o solamente metronidazol, solo está indicado en casos especiales como en pacientes con diabetes, inmunodeprimidos o con prótesis valvulares . Sozener, realizó un estudio multicéntrico, placebo- control randomizado sobre el uso de antibiótico como tratamiento adyuvante posterior al drenaje de absceso anal donde no fue un efecto protector para la formación de fístula anal. En nuestro estudio se encontró en el estudio que se realizó que solo el 12.8% tenía antecedente de Diabetes que era un criterio para uso de antibióticos posoperatorios.⁽²⁹⁾

Se encontró que la fístula anal (37.2%) era la complicación más común ,y en segundo lugar fue la recurrencia del absceso anal (2.9%) , el resto de los pacientes no presentaron complicaciones, los rangos internacionales de fistula anal son variados, Charúa, 2004 presento un estudio donde el 66% de los pacientes posterior al drenaje del absceso anal presentaron fístula después de 6 meses⁽⁴⁾ . Rizzo encontró que hasta un tercio de los pacientes presentaron fístula , no encontramos en nuestro estudio diferencia entre los porcentaje obtenidos,con la revisión bibliográfica , la recurrencia fue baja en nuestro estudio⁽²⁾. Onaca encontró que el 7.6% de los casos drenados presento recurrencia del absceso anal lo cual en nuestra investigación se obtuvo rangos más bajo

asociado a que el 97.7% de los casos solo fue necesario una intervención para obtener un buen drenaje⁽²³⁾

En los pacientes que presentaron fístula que correspondió a un 37.2% de los casos , de estos el 59.3% de los casos era fistula simple y un 40.6% era compleja, Parks presentó una clasificación donde la fistula interesfintérica (45%) fue la más común seguido de la transesfintérica (29%) , seguido de la fistula supraelevador con un 20% de los casos y la fistula extraesfintérica con un 5%de los casos. Se observo que entre los hallazgos la de la fistula anal simple y fistula anal compleja (representa compromiso del esfínter anal externo mayor del 30%, transesfintérica alta , extraesfinterica, supraelevador, asociado a enfermedad inflamatorio, intestinal ,fistula anteriores en mujeres, fistula rectovaginal, posradiación, malignas, Incontinencia) no hubo continencia, y el origen fue criptoglandular en ambos ⁽¹²⁾ y durante su drenaje en ninguno se colocó setón de drenaje o corte. **Robert Beaulieu** ⁽³⁰⁾ reportó en una revisión bibliográfica que el 15% de las fistula complejas no son de origen criptoglandular , no encontrando en nuestra investigación otra causa de las fístula anal.

En cuanto a si hay una relación entre el tipo de abordaje y la presencia de fístula se encontró que no hay relación causal , se calculó el **chi cuadrado : 0.639 df 1 una significancia 0.429 odds ratio : 0.690 CI 95% (0.277-1.717)**, según los hallazgos no hubo diferencias en el manejo ya tanto en los pacientes ambulatorio y hospitalizado ya que tuvieron datos similares de porcentajes de fistula, no se realizó fistulotomía , en ninguno de ellos. De haber realizado fistulotomía en paciente seleccionado había reducido significativamente la formación de fístula como lo demostró Malik en la revisión de Cochrane en el 2010 con una reducción significativa en la aparición posterior de fistula⁽¹⁸⁾

En cuanto si hay una beneficio entre el uso de antibiótico posoperatorio y la presencia de fístula se encontró que , odds ratio de 2.473 P: 0.182, CI 95% (0.634-9.642). esto es similar con al estudio de Sozener donde no hubo un efecto protector significativo demostrable del uso de antibiótico⁽²⁹⁾

Conclusiones

- 1- . No hay relación causal entre la aparición de fístula anal y el tipo de abordaje que se le brinda a los pacientes en el servicio de Coloproctología en el Hospital General de México.
- 2.. No hay evidencia que los antibióticos posoperatorios reduzcan la aparición de fistula anal en el servicio de Coloproctología en el Hospital General de México.
3. . El procedimiento mas común fue el perianal en igual relación con el primer diagnóstico siendo el más común el absceso perianal. , a la mayoría se le receto antibiótico posoperatorio y la complicación más común fue la fistula siendo la mayoría de tipo simple. No hubo incontinencia , y la recurrencia fue baja.
4. No hubo diferencias significativas en la evolución clínica de los pacientes al comparar los dos tipos de abordaje (ambulatorio/hospitalario) aplicados.

Recomendaciones

- 1. Realizar por parte del Servicio de Coloproctología un protocolo o guía para el manejo de los abscesos anales.**
- 2. Valorar el uso de antibióticos en abscesos anales basado en la mejor evidencia científica .**
- 3. Promover la investigación anual de las cirugía de los abscesos anales a los residentes de cirugía, en la búsqueda de factores agravantes y benéficos en la evolución de pacientes a quienes se le realiza un drenaje del absceso anal.**

BIBLIOGRAFÍA

1. **Fernández Albor G. Historia sucinta de la proctología. En: Lentini J. Temas de Coloproctología. Tomo I. Foltalba. Barcelona, España 1982. pp 25 - 32.**
2. Rizzo JA, Naig AL, et al. Anorectal abscesses and fistula in ano: Evidence-based management. SurgClin N Am. 2010; 90: 45-68.
3. Arshad Malik . The impact of specialist experience in the surgical management of perianal abscesses. IJS No. 9 (2011) 475-477.
4. Charúa-Guindic. Alternativas en el tratamiento quirúrgico de los abscesos anales, Cir Ciruj 2005;73:363-368.
5. Charua GL. Et. Al Fistula anal secundaria a drenaje quirúrgico de absceso anal. Rev Med Hosp Gen Mex 2004, 67 (3): 130-134.
6. Reis Neto, José .Revista Mexicana de Coloproctología,Vol. 15, No. 3,Septiembre-diciembre 2009,pp 65-70.
7. Bernal-Sprekelsen, Manejo de los abscesos perianales con o sin tratamiento de la fístula. Resultados de un estudio prospectivo. Cir Esp. 1998;64:559-62. - vol.64 núm 6
8. Healey JE Jr, Hodge J. Surgical Anatomy (2nd ed). Toronto: BC Decker, 1990, p. 262.
9. Whiteford MH. , Practice parameters for the treatment of perianal abscess and fistula-in-ano (revised). Dis Colon Rectum 2005;48:1337-42.

10. **Abcarian H. Anorectal infection: Abscess-fistula. Clinics in colon and rectal surgery 2011. 24:14.**

11. **Parks AG: Pathogenesis and treatment of fistula-in-ano. BMJ 1:463, 1961.**

12. **Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD: A classification of fistula-in-ano. Br J Surg 63:1, 1976**

13. **Winslett MC, Allan A, Ambrose NS: Anorectal sepsis as a presentation of occult rectal and systemic disease. Dis Colon Rectum 31:597, 1988.**

14. **Scott R. Steele, Practice Parameters for the Management of Perianal Abscess and Fistula-in-Ano, Dis Colon Rectum 2011; 54: 1465–1474.**

15. **Ryo Mamyama, Usefulness of Magnetic Resonance Imaging for Diagnosing Deep Anorectal Abscesses. Dis Colon Rectum, October 2000.**

16. **Corman ML. Colon and rectal surgery. 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 279-93.**

17. **Chien-Kuo Liu , Clinical and microbiological analysis of adult perianal abscess, Journal of Microbiology, Immunology and Infection (2011) 44, 204-208**

18. **Malik AI, Nelson RL, Tou S. Incision and drainage of perianal abscess with or without treatment of anal fistula. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 7.**

19. **B. Morcos, Contemporary management of perianal conditions in febrile neutropenic patients, EJSO xx (2013) 1-4 .**

20. Prasad ML, Read DR, Abcarian H. Supralelevator abscesses: diagnosis and treatment. *Dis Colon Rectum* 1981; 24:456–461.
21. Ho YH, Tan M, Chui CH et al (1997) Randomized controlled trial of primary fistulotomy with drainage alone for perianal abscesses. *Dis Colon Rectum* 40:1435–1438
- 22 . Oliver I, Lacueva FJ, Perez Vicente F et al (2003) Randomized clinical trial comparing simple drainage of anorectal abscess with and without fistula track treatment. *Int J Colorectal Dis* 18:107–110
- 23) Onaca N, Hirshberg A, Adar R. Early reoperation for perirectal abscess: a preventable complication. *Dis Colon Rectum* 2001; 44:1469–1473
- 24) Takaaki Yano, Prognostic factors for recurrence following the initial drainage of an anorectal abscess, *Int J Colorectal Dis* (2010) 25:1495–1498
- 25) Chrabot CM, Prasad ML, Abcarian H. Recurrent anorectal abscesses. *DisColon Rectum* 1983; 26:105–108
- 26) Mahmut Basoglu, Management of Fournier's Gangrene, *Surg Today* (2007) 37:558–563.
- 27) Hamadani, Ali. Who Is At Risk for Developing Chronic Anal Fistula or Recurrent Anal Sepsis After Initial Perianal Abscess? *Dis Colon Rectum* 52: 2 (2009).
- 28) Bikash Devaraj, M.D, **Recent Smoking Is a Risk Factor for Anal Abscess and Fistula**, *Dis Colon Rectum* 2011; 54: 681–685

29) Sozener, Ulas. Does Adjuvant Antibiotic Treatment After Drainage of Anorectal Abscess Prevent Development of Anal Fistulas? A Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind, Multicenter Study. Dis Colon Rectum 2011; 54: 923–929

30) Benjelloun E. B. .Acute abscess with fistula: long-term results justify drainage and fistulotomy 2013.

ANEXO - FICHA DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

ABSCESO ANAL

FOLIO: _____ No Expediente: _____ Historia clínica: _____

FECHA: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____

SEXO : Femenino Masculino

OCUPACION: Empleado Desempleado Ama de Casa Campesino

Comerciante Otros.

ESTADO CIVIL : Soltero casado unión libre

ESCOLARIDAD: 1) básica 2) media, 3) Superior, 4) Licenciatura ,

5) Posgrado 6) Analfabeta .

Tipo de Abordaje:

Tipo de Abordaje : _____

Tipos de abscesos:

1) Perianal 2) Interesfinterico 3) Isquiorectal 4) Supraelevador

5) submucoso 6) Absceso en herradura isquiorectal ,

Sintomas : (Varias respuestas)

Incomodidad anal dolor inflamación Fiebre

sangrado descarga de pus Disuria

retención urinaria malestar general

Factores de Riesgos : (varias respuestas)

- 1) Consumo de esteroides 2) Diabetes 3) Dispositivo prótesis
4) Enfermedades cardiacas 5) relaciones sexuales anales 6) cirugías anorectal
previas
e
6) fumador 7) Enfermedades inflamatoria intestinal 8) VIH

ETIOLOGIA:

- 1) Enfermedad anorectal 2) Colonico 3) enfermedad de la piel
4) infección especiales 5) trauma 6) Maligna 7) enfermedad
sistémica

- Cirugias Previas: 1) hemorroidectomia 2) Fistulotomia 3)
Esfinterotomia
4) anastomosis coloanal

DIAGNOSTICO

- Clinico Ultrasonido Endoanal Tomografía pélvica y abdominal
Resonancia magnetica

Riesgo Cardiovascular Goldman:

- 1) I 2) II 3) III 4) IV

Riesgo Anestesico ASA:

- 1) I 2) II 3) III 4) IV 5) V 6) VI

FOLIO: Tratamiento Quirurgico :

FECHA DE DRENAJE: _____

Lugar: 1) Consulta externa 2) Quirofono ambulatorio 3) Quirofono central
Coloproctologia

Antibioticos preoperatorio :

1) Metronidazol 2) Ciprofloxacina 3) Ceftriazona 4) Metro/Cipro
5) Ceftriazona/Metro 6) Otro _____

Tipo anestesia:

1) Local 2) local mas sedación 3) Regional 4) General

Tipo de cirugía :

1) Perianal 2) Isquiorectal 3) Intrarectal 4) Interesfinterico
5) Postanal -superficial 6) Postanal- profundo. 7) Submucoso.

Tiempo de Cirugia: _____

Cantidad de sangrado: _____cc

Cultivo : 1) presente 2) ausente

Numero de intervenciones: 1) uno 2) dos 3) tres 4) Mas de
tres.

Solucion Quimica de Lavado: , 1) Microdacyn 2) Isodine 3) Agua
Oxigenada

4) Jabon Liquido 5) Dakin 6) Otro.

Uso de drenajes: 1) presente 2) ausente

Fistulotomia primaria: 1) presente 2) ausente

Seton de drenaje : 1) presente 2) ausente

Cirujano: 1) Medico Adscrito 2) Residente.

Cuidados posoperatorio

Antibióticos: 1) presente 2) ausente

Antibióticos usados: 1) metronidazol 2) Metro/-cipro 3) metro/ceftrizona.

4) Otros _____

Complicaciones: 1) recurrencia 2) Incontinencia 3) fallecimiento

4) Fistula

Tipo de Fistula: 1) simple 2) Compleja

Bacteriología de cultivo: 1) Gram positivo 2) Gram negativo 3) Anaerobios

4) Otros _____

TIEMPO DE CIERRE DE HERIDA: _____

Reporte de Ultrasonido, Tomografia o Resonancia Magnetica:

