



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LO TRABAJADORES DEL ESTADO

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES ASOCIADAS AL DRENAJE EN
CONSULTORIO DE ABSCESOS ANO-RECTO-PERINEALES

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:
DR. RODRIGO MONROY CARVAJAL

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD:
COLOPROCTOLOGÍA

ASESOR DE TESIS:
DR. GUSTAVO GALICIA NEGRETE

NO. DE REGISTRO DE PROTOCOLO:

687.2018

CIUDAD DE MÉXICO 2019





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.

DR. DANIEL ANTONIO RODRÍGUEZ ARAIZA
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DRA. FLOR MARÍA DE GUADALUPE
ÁVILA FEMATT
JEFE DE ENSEÑANZA MÉDICA

DRA. MARTHA EUNICE RODRÍGUEZ ARELLANO
JEFE DE INVESTIGACIÓN

DR. HÉCTOR NORMAN SOLARES SÁNCHEZ
PROFESOR TITULAR

DR. GUSTAVO GALICIA NEGRETE
ASESOR DE TESIS

Resumen.

Antecedentes y objetivos: el absceso ano-recto-perineal constituye una de las tres principales causas de consulta externa y cirugía en el servicio de Coloproctología. La mayoría de los abscesos pueden ser drenados en el consultorio, pero esto se asocia a complicaciones. Nuestro objetivo fue determinar la incidencia de complicaciones, así como los factores asociados, después del tratamiento quirúrgico realizado en consultorio. **Métodos:** se realizó una revisión retrospectiva, observacional, longitudinal, para determinar la incidencia de complicaciones en los pacientes con absceso ano-recto-perineal que fueron tratados con drenaje en consultorio con anestesia local en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, del 1 de marzo del 2018 al 28 de febrero del 2019. **Resultados:** se estudiaron 78 pacientes, 55 hombres y 23 mujeres, con una mediana de edad de 53 años. El absceso más común fue el perianal en 44 (56.4%), seguido del absceso postanal superficial con 14 casos (17.9%), absceso isquioanal 12 (15.4%), interesfintérico con 6 (7.7%), absceso postanal profundo 1(1.3%) y con absceso supraelevador 1(1.3%). El 16.7% (13) habían presentado drenaje espontáneo previo a su valoración. Hubo complicaciones posteriores al drenaje en 34.6% (27 pacientes), de los cuales el 20.5%(16) desarrollaron una fístula y el 12.8%(10) presentaron recidiva. **Conclusión:** Las complicaciones más frecuentes asociadas al drenaje de abscesos ano-recto-perineales son la recidiva y el desarrollo de fístula ano-recto-perineal. La diabetes mellitus II es un factor que se asocia a mayor riesgo de recidiva posterior al drenaje. Hubo una incidencia de complicaciones de 34.6% posterior al manejo quirúrgico en consultorio.

Abstract

Background: the anorectal abscess is one of the three main causes of external consultation and surgery in the Coloproctology service. Most abscesses can be drained in the office, but this is associated with complications. Our objective was to determine the incidence of complications, as well as the associated factors, after the surgical treatment performed in the office. **Methods:** a retrospective, observational, longitudinal review was conducted to determine the incidence of complications in patients with anorectal-perineal abscess who were treated with drainage with local anesthesia, in the Lic. Adolfo López Mateos Regional Hospital. From March 1, 2018 to February 28, 2019. **Results:** 78 patients, 55 men and 23 women were studied, with a median age of 53 years. The most common abscess was perianal in 44 (56.4%), followed by superficial postanal abscess with 14 cases (17.9%), ischioanal abscess 12 (15.4%), intersphincteric with 6 (7.7%), deep postanal abscess 1 (1.3%) and with supralelevator abscess 1 (1.3%). 16.7% (13) had presented spontaneous drainage prior to its evaluation. There were complications after drainage in 34.6% (27 patients), of which 20.5% (16) developed a fistula and 12.8% (10) developed recurrence. **Conclusion:** The most frequent complications associated with the drainage of anorectal abscesses are recurrence and the development of anorectal fistula. Diabetes mellitus II is a factor that is associated with an increased risk of recurrence after drainage. There was an incidence of complications of 34.6% after surgical management in the office.

Agradecimientos:

A mis padres, maestros y amigos.

Contenido

RESUMEN.....	I
ABSTRACT.....	II
ABREVIATURAS.....	IV
INTRODUCCIÓN.....	1
ETIOGENIA.....	1
EPIDEMIOLOGÍA.....	1
CLASIFICACIÓN DE ABSCESOS ANO-RECTO-PERINEALES.....	1
Abscesos perianales.....	1
Abscesos isquioanales.....	2
Absceso Interesfintérico.....	2
Absceso Supraelevador.....	2
Absceso postanal profundo.....	2
TRATAMIENTO.....	3
Antibióticos postoperatorios.....	3
Microbiología.....	3
COMPLICACIONES.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	5
OBJETIVO GENERAL.....	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
MATERIAL Y MÉTODOS.....	5
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	5
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	6
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	6
METODOLOGÍA.....	6
ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS.....	6
RESULTADOS.....	6
DISCUSIÓN.....	12
CONCLUSIÓN.....	14
BIBLIOGRAFÍA.....	15

Abreviaturas.

AARP: Absceso ano-recto-perineal

ASCRS: American Society of Colo-Rectal Surgeons

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES ASOCIADAS AL DRENAJE EN CONSULTORIO DE ABSCESOS ANO-RECTO-PERINEALES EN EL HOSPITAL REGIONAL LICENCIADO ADOLFO LÓPEZ MATEOS ENTRE LOS PERIODOS DE MARZO DEL 2018 A FEBRERO DEL 2019

Introducción.

El absceso ano-recto-perineal es un proceso inflamatorio agudo que se define como una colección de material purulento que inicia en el espacio interesfintérico, y puede afectar a los distintos espacios anorrectales. A menudo es la manifestación inicial previo a la formación de una fístula ano-recto-perineal. Incluso se podrían considerar como dos fases del mismo padecimiento, el primero en fase aguda o inicial y la segunda en fase crónica o secuela.

ETIOGENIA

Dependiendo de la causa, los abscesos ano-recto-perineales se pueden clasificar en primarios y secundarios. Los primarios son originados por patologías, que incluyen: traumatismos, malignidad, cuerpos extraños, antecedente de radiación, tuberculosis, actinomicosis o enfermedad de Crohn.¹

Los abscesos ano-recto-perineales secundarios son causados por obstrucción de los conductos anales, lo que se le conoce como teoría *Criptoglandular*.² De todos los abscesos el 90% son el resultado de una infección criptoglandular. La teoría criptoglandular sostiene que la oclusión o infección de una cripta forma un absceso, puede extenderse en varias direcciones y posteriormente desarrollar una fístula.²

También pueden ser el resultado de complicaciones de cirugías colorrectales, como las hemorroidectomías.

En el conducto anal existen las criptas anales, que se conectan con glándulas. En promedio existen alrededor de 6 a 12 criptas. En dos terceras partes de los pacientes una cripta se conecta con una glándula. No todas las criptas se conectan con glándulas. El sitio más frecuente donde se encuentran las glándulas es en la submucosa. En dos terceras partes de los pacientes, una o más ramas entran al esfínter, y en la mitad, las ramas atraviesan el esfínter interno hasta llegar al músculo longitudinal conjunto.³

EPIDEMIOLOGÍA

Al momento de presentación, la mayoría de los pacientes se encuentran en la tercera o cuarta década de la vida ⁴. Los hombres tienen hasta dos veces más riesgo de desarrollar un absceso ano-recto-perineal.^{5,6,7} Se ha encontrado una mayor incidencia en primavera y verano. No se ha encontrado una correlación entre la higiene personal o la presencia de diarrea con la formación de abscesos ano-recto-perineales.⁸ Se ha encontrado que el antecedente de tabaquismo se relaciona con mayor riesgo de desarrollar un absceso ano-recto-perineal.⁹

CLASIFICACIÓN DE ABSCESOS ANO-RECTO-PERINEALES.

Se han descrito 4 tipos principales de abscesos: perianal, isquioanal, interesfintérico y supraelevador, los cuales son nombrados dependiendo de la relación que guardan con los esfínteres anales y los espacios anorrectales. Se ha sugerido que todos los abscesos tienen un origen común en el espacio interesfintérico.¹⁰ Cada tipo de absceso presenta características clínicas particulares.

Abscesos perianales:

Se identifican como masas superficiales, dolorosas, cerca del margen anal, fluctuantes. Se considera uno de los tipos de absceso más frecuentes, con una incidencia de 40 – 60%,¹¹ dependiendo de la experiencia de cada cirujano, la población estudiada y el autor

Inician con dolor anal, generalmente durante la evacuación, o que se puede exacerbar al estar sentado. Se puede asociar a secreción perianal. En algunas ocasiones, se manifiesta como una tumoración aguda, dolorosa que recurre y drena espontáneamente. La presencia de fiebre y leucocitosis son poco frecuentes. Pueden presentar antecedentes de incisión y drenaje previos.

Clínicamente se encuentran datos de eritema. Al tacto rectal hay induración o posible fluctuación. En la anoscopia se puede encontrar salida de material purulento por la cripta afectada. Generalmente no es necesario la realización de rectosigmoidoscopia rígida.

Abscesos isquioanales.

Se puede presentar como una tumoración eritematosa, endurecida o blanda hacia la región glútea, o puede ser virtualmente inaparente, manifestándose únicamente con dolor. Este tipo de absceso se encuentra en 20 al 25%.¹¹ Casi siempre hay presencia de pus abundante. No se puede completar la exploración proctológica con anoscopia o rectosigmoidoscopia por la presencia de dolor, pero es recomendable realizarlo en algún punto posterior al drenaje, para descartar otras condiciones que puedan producir esta manifestación.

Absceso interesfintérico.

En los abscesos interesfintéricos, inicia la infección en la cripta, se recorre cefálicamente y se puede manifestar como una masa en la parte inferior del recto. Diseca a través del espacio interesfintérico. Los abscesos interesfintéricos representan el 2 – 5%¹¹ de todos los abscesos ano-recto-perineales.

Se manifiesta como dolor en el recto o ano, que generalmente empeora durante la defecación. Puede estar presente una sensación de abultamiento en el recto. Puede haber presencia de secreción purulenta o mucosa transanal, y puede haber fiebre.

En la exploración proctológica se puede encontrar la masa dolorosa, que a veces se podría confundir con un trombo hemorroidal interno. A la anoscopia se puede encontrar la cripta causal, con salida de material purulento. Puede encontrarse una fisura anal concomitante, que se encuentran presentes hasta en el 25% de los pacientes.

Absceso supraelevador.

Un absceso interesfintérico alto se puede extender hacia el espacio supraelevador y formar un absceso supraelevador. Se presenta raramente, únicamente en el 2.5% de los casos.¹¹ Se ha considerado a la diabetes y a la obesidad como factores importantes para el desarrollo de abscesos supraelevadores. Además se ha encontrado relación con diverticulitis, infecciones ginecológicas, apendicitis o la enfermedad de Crohn.

Dolor glúteo y perianal son las manifestaciones más frecuentes. La mayoría de los pacientes presenta fiebre y leucocitosis.

Absceso postanal profundo.

El absceso postanal profundo generalmente inicia posterior a la formación de un absceso postanal superficial, que avanza e infiltra el ligamento anococcígeo. El paciente suele quejarse de dolor rectal severo, con irradiación hacia el sacro o coxis. Puede ser exacerbado al sentarse, la defecación puede verse afectada. El dolor es continuo y no se ve afectado por la posición. Los síntomas pueden imitar la proctalgia fugax o la coccigodinia, con la diferencia de la presencia de fiebre frecuentemente.

A la exploración física puede no encontrarse evidente. Se puede presentar únicamente con aumento de la sensibilidad rectal posterior. En caso de sospecha, se puede realizar una punción entre el recto y el coxis.

TRATAMIENTO

El drenaje del absceso es el tratamiento medular en los abscesos ano-recto-perineales. Debe realizarse lo más pronto posible. La ausencia de fluctuación no es justificación para posponer el drenaje.

El drenaje se puede realizar en consultorio cuando son superficiales. En caso de que haya mucho dolor para la exploración se puede realizar en quirófano.

Se pueden utilizar antibióticos en situaciones especiales como diabetes, celulitis extensa, inmunosupresión o en portadores de válvulas cardíacas, como manejo conjunto nunca como tratamiento único.¹² Estudios de laboratorio son innecesarios a menos que el paciente presente síntomas sistémicos. Generalmente no es necesario realizar estudios de gabinete como ultrasonido endoanal, tomografía computada o resonancia magnética a menos que se tenga dudas sobre el origen de los síntomas. Generalmente el diagnóstico se determina con una adecuada exploración proctológica ya que en la mayoría de los casos es posible determinar la cripta causal al realizar tacto y anoscopia.

Es importante realizar diagnóstico diferencial con hidradenitis, forúnculos, VIH, herpes, tuberculosis, hidradenitis o actinomicosis. Siempre hay que tener en consideración que pliegues anales engrosados, la presencia de múltiples fisuras, fisuras excéntricas, o la presencia de fístulas asociadas se relacionan con enfermedad de Crohn.¹³

Se debe de dar manejo médico a base de antibióticos y baños de asiento, y revalorar en 24 a 48 horas. El absceso puede estar presente a pesar de la ausencia de fluctuación e induración. Nunca se debe dar manejo únicamente a base de antibióticos sin drenaje.

La incisión para realizar el drenaje, se debe de realizar lo más medial posible, es decir, lo más cerca de la línea dentada, con el objetivo de que si se forma una fístula sea lo más corta posible. Se han descrito dos tipos de técnicas para realizar la incisión en el drenaje de los abscesos ano-recto-perineales: en X y en elipse. El más utilizado es el segundo.

El drenaje se puede realizar en consultorio o en quirófano. En el consultorio se lleva a cabo con anestesia local. La realización de un drenaje adecuado es muy importante para el éxito del procedimiento. Se realiza una incisión pequeña, lo más cercano al margen anal. La manipulación agresiva y el rompimiento de las loculaciones son innecesarios y además pueden aumentar el riesgo de lesionar ramas del nervio pudiendo, principalmente en los abscesos isquioanales.

Antibióticos postoperatorios.

El uso de antibióticos posterior al drenaje de un absceso ano-recto-perineal ha sido tema de controversia. No se han encontrado beneficios de uso de antibióticos posterior al drenaje para prevenir la formación de fístulas.¹⁴

El drenaje es la parte medular del tratamiento. El uso de antibióticos podría ser benéfico para pacientes con enfermedades como enfermedad inflamatoria intestinal, VIH y celulitis asociada.

Microbiología.

Usualmente se realiza cultivo para determinar el tratamiento antibiótico apropiado. Como se mencionó previamente, en el caso de los abscesos ano-recto-perineales no es necesario el tratamiento antibiótico. Sin embargo puede tener algunos beneficios para descartar la probabilidad de desarrollo de fístula. Si el cultivo encuentra microorganismos distintos a los presentes en el tracto digestivo, disminuye el riesgo de formación de fístula subsecuentemente. Así como, en caso de encontrar organismos entéricos, aumenta el riesgo de desarrollo de fístula.

Se ha encontrado que los microorganismos anaerobios son los predominantemente aislados en abscesos ano-recto-perineales, aunque *S. aureus* es frecuentemente encontrado. En no-diabéticos se ha

hallado mayormente la presencia de *E. coli*, *Bacteroides*, *Enterococos* y organismos de la piel, como estafilococos coagulasa negativos, *S. aureus* y *Peptostreptococcus*. Se ha encontrado que cuando la infección es por *Klebsiella* hay mayor riesgo de formación de fístula.¹⁵

Un cultivo podría ser de ayuda para aquellos pacientes con abscesos recurrentes. Algunos autores aconsejan cultivo de todos los abscesos que presenten eritema extenso, celulitis y escasa secreción purulenta, ya que se pueden relacionar con *S. aureus* meticilino resistente.¹⁶

La ASCRS recomienda que los pacientes con antecedente de endocarditis bacteriana, con válvulas cardíacas, enfermedades congénitas cardíacas o trasplante cardíaco deben recibir antibioticoterapia previo al drenaje.

COMPLICACIONES.

Dentro de las complicaciones que pueden ocurrir posterior al drenaje de un absceso ano-recto-perineal se encuentran principalmente la recurrencia, el desarrollo de fístula anorrectal, la incontinencia anal, el sangrado, y la retención aguda de orina. El proceso etiológico para la formación de una fístula y la persistencia después del desarrollo de un absceso es pobremente entendida, pero se piensa que es distinto del factor etiológico que inició el problema.

La incidencia de recurrencia de abscesos ano-recto-perineales o la formación de fístula después de un drenaje inicial es de aproximadamente 35%.¹⁷ Existe controversia sobre los factores que predisponen estas circunstancias.

En la literatura se ha encontrado que es mayor la incidencia de abscesos ano-recto-perineales en pacientes mayores de 40 años, sin embargo se ha encontrado que la recurrencia es hasta dos veces mayor en pacientes menores a 40 años.¹⁸

El género y el uso de antibióticos no parecen tener influencia sobre el desarrollo de complicaciones.¹⁸ En el caso de la diabetes, se ha encontrado que podría ser un factor protector para el desarrollo de fístula posterior al drenaje,¹⁹ ya que se ha encontrado que los pacientes con diabetes mellitus desarrollaron menos frecuentemente que aquellos que no la tienen; esto debido a que la diabetes mellitus predispone a una infección perianal superficial.

Otros autores han encontrado que un factor significativo asociado al desarrollo de recurrencia es el tiempo en que se realiza el drenaje posterior al inicio de la sintomatología. Los pacientes a los que se les realiza el drenaje más tempranamente tienen menor índice de recurrencia.¹⁹

La localización del absceso y otras comorbilidades no se han asociado con mayor riesgo de desarrollar una fístula o presentar recurrencia. Se ha visto que los hombres tienen más riesgo de desarrollar una fístula después de un absceso. Se ha sugerido que los fumadores tienen hasta dos veces más riesgo de desarrollar una fístula anal.¹⁹

Después de haber cumplido 5 años sin fumar, se iguala riesgo con no-fumadores. Aquellos que fuman o que dejaron de fumar en menos de 1 año tienen la mayor incidencia de desarrollar una fístula anal.¹⁹

Planteamiento del Problema.

El absceso ano-recto-perineal es una de las condiciones benignas más comunes en la práctica quirúrgica diaria del servicio de Coloproctología, sin embargo existen pocos reportes en los cuales se determine la incidencia de complicaciones asociadas al tratamiento de esta enfermedad, principalmente la recurrencia y la formación de fístulas, así como los factores relacionados con estas complicaciones.

Es por eso que es importante conocer la incidencia de recurrencia, las complicaciones postoperatorias y los factores predictivos de recurrencia y formación de fístula ano-recto-perineal en la población mexicana con la finalidad de tratar de disminuir la morbilidad posterior al manejo de los abscesos ano-recto-perineales.

Pregunta de Investigación.

¿Cuál es la incidencia de complicaciones asociadas al manejo de abscesos ano-recto-perineales?

Justificación.

Actualmente el absceso ano-recto-perineal constituye una de las tres principales causas de consulta externa y cirugía en el servicio de Coloproctología de nuestro hospital. Sin embargo, no existen reportes donde se determinen las principales complicaciones asociadas al tratamiento médico y quirúrgico de esta enfermedad.

Es importante conocer los factores que pueden estar relacionados al desarrollo de complicaciones posterior al manejo de abscesos ano-recto-perineales, así como su incidencia, para tratar de disminuir la morbilidad asociada al tratamiento quirúrgico de esta patología.

Los resultados del proyecto podrían constituir un beneficio para la población en general, tomando en consideración los elementos para mejorar la prevención, así como los factores relacionados al drenaje quirúrgico.

Objetivo General.

Determinar la incidencia de complicaciones de drenaje en consultorio de abscesos ano-recto-perineales.

Objetivos Específicos.

- Determinar cuáles son las complicaciones más frecuentes posterior al drenaje de abscesos ano-recto-perineales en consultorio.
- Comparar la incidencia de formación de fístulas ano-recto-perineales y recidiva posterior al drenaje en consultorio con el reportado en la literatura.
- Identificar los factores asociados a las complicaciones posteriores al drenaje de abscesos ano-recto-perineales en consultorio.

Material y Métodos.

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, longitudinal, para determinar la incidencia de complicaciones en los pacientes con absceso ano-recto-perineal que fueron tratados con drenaje en consultorio con anestesia local.

Se obtuvo la información necesaria de la base de datos de valoraciones de primera vez del servicio de Coloproctología del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos. Se revisaron los expedientes clínicos para determinar la presencia de complicaciones en las consultas de seguimiento. Se registraron todos los datos obtenidos en hoja de Excel, para su posterior análisis en el programa estadístico SPSS 20.0.

Criterios de inclusión.

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años de edad, derechohabientes al ISSSTE, atendidos en el servicio de Urgencias de Coloproctología, del hospital regional Lic. Adolfo López Mateos. Que fueron diagnosticados con absceso ano-recto-perineal y fueron drenados en consultorio

Criterios de exclusión.

Pacientes menores de 18 años.
Con presencia de fístula ano-recto-perineal previa
Abscesos causados por patología diferente al origen criptoglandular.

Criterios de eliminación.

Pacientes que no acudieron a vigilancia al servicio de Coloproctología del H.R.L.A.L.M.

Metodología

El diagnóstico del absceso ano-recto-perineal se realizó de manera clínica basándose en el interrogatorio y la exploración proctológica.

El procedimiento de drenaje en consultorio fue realizado o supervisado por cuatro cirujanos colorrectales certificados. A todos los pacientes se les colocó anestesia local.

Los pacientes fueron dados de alta una vez que se terminó el procedimiento. A todos los pacientes se les prescribió analgesia y tratamiento antibiótico a base de metronidazol por 7 días, además de medidas higiénico dietéticas. Todos los pacientes fueron examinados en la consulta externa del servicio de Coloproctología de esta unidad posteriormente. Hubo un seguimiento después de la cicatrización de la herida primero cada mes y posteriormente cada 3 meses. Ya recolectada la información se capturo en una base de datos en el programa Excel.

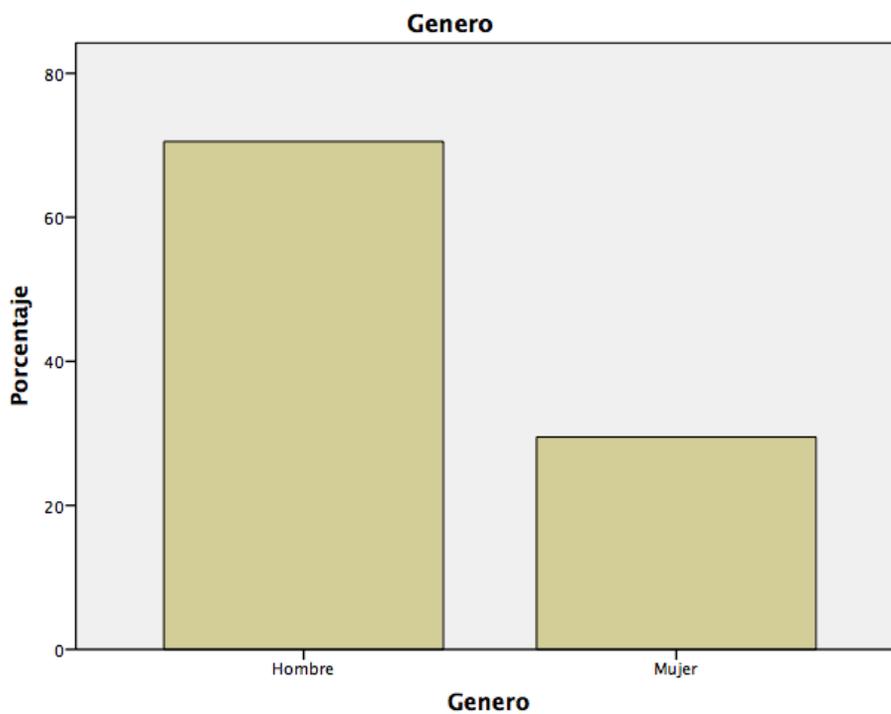
Análisis y procesamiento de datos.

Se realizó el análisis estadístico en el programa SPSS 20.0, en el cual se realiza análisis de frecuencias y de las variables cualitativas. Posteriormente se realizó comparación de medianas de las variables cuantitativas para determinar si existía alguna diferencia con la incidencia de complicaciones, para determinar si las comorbilidades asociadas influían en el desarrollo de las complicaciones se realizó el análisis de asociación con tablas de contingencia para determinar el valor de Ji^2 , tomando en cuenta un valor de asociación menor a 0.05, con intervalos de confianza del 95%.

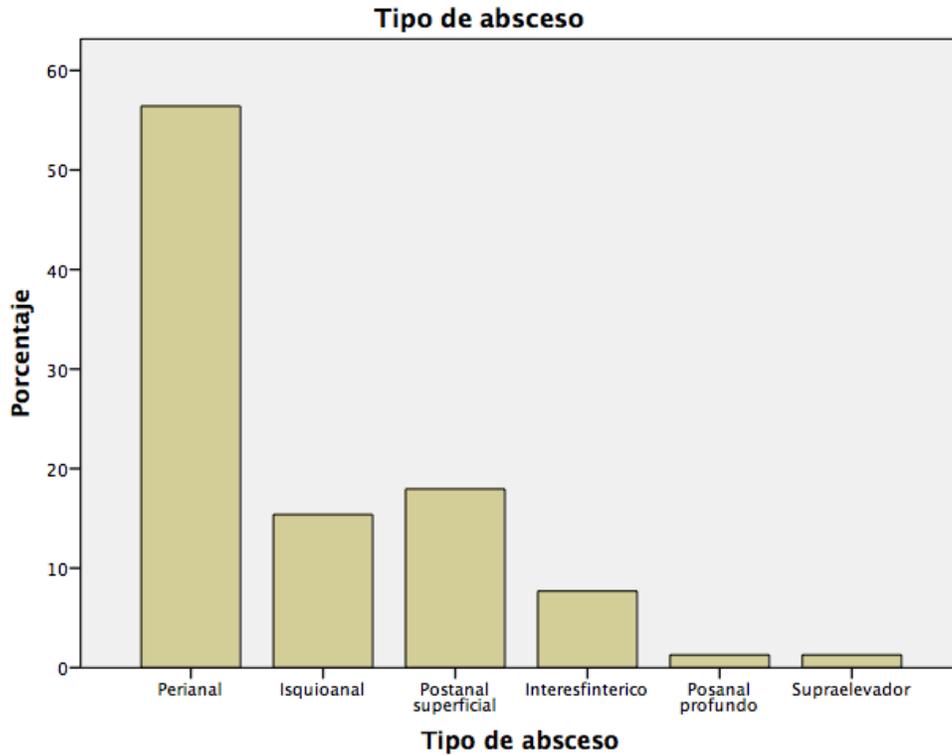
Resultados.

Se estudiaron un total de 78 pacientes que llegaron al servicio de urgencias de Coloproctología y se les hizo el diagnóstico de absceso ano-recto-perineal a los cuales se realizó drenaje de absceso en consultorio. Del total de pacientes 55 (70.5%) fueron hombres y 23 (29.5%) fueron mujeres.

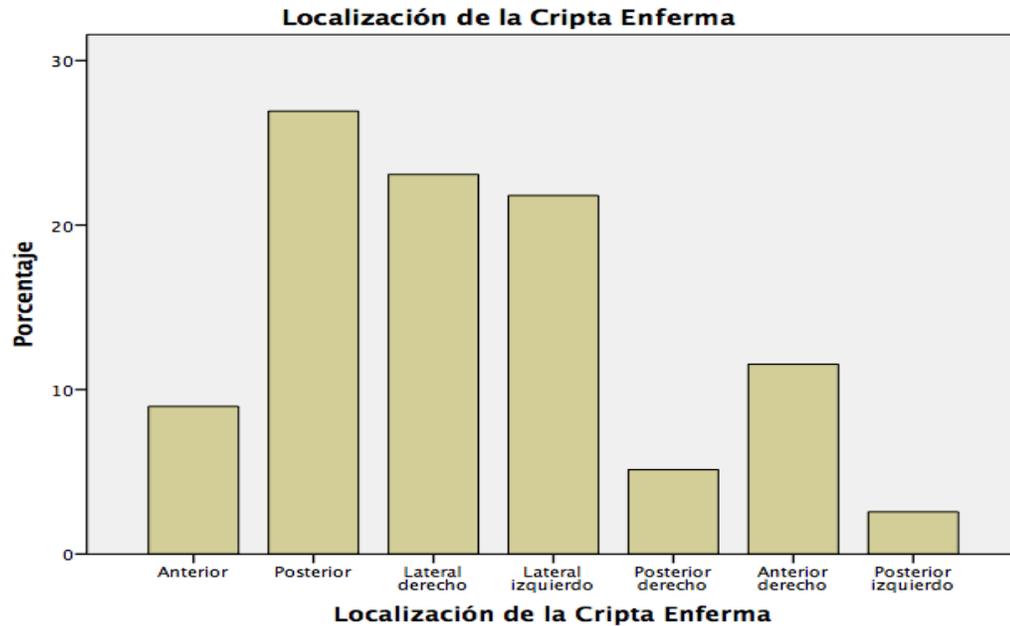
		Género			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	55	70,5	70,5	70,5
	Mujer	23	29,5	29,5	100,0
	Total	78	100,0	100,0	



El tipo de absceso ano-recto-perineal más frecuente fue el absceso perianal en 44 (56.4%), seguido del absceso postanal superficial con 14 casos (17.9%), absceso isquioanal 12 (15.4%) e interesfintérico con 6 (7.7%). Únicamente hubo un paciente con absceso postanal profundo (1.3%) y uno con absceso supraelevador (1.3%).



En cuanto a la localización de la cripta causal, el sitio más frecuente fue el posterior con 21 (26.9%) siguiendo en frecuencia lateral derecho y el lateral izquierdo con 18 (23.1%) y lateral izquierdo con 17 (21.8%). La localización anterior se encontró en 7 (9%), anterior derecha 9 (11.5%), posterior derecha 4 (5.1%) y posterior izquierda 2 (2.6%).



Se encontró que un 26.9% (21), de todos los pacientes, contaban con antecedente de diabetes mellitus tipo II, mientras que el 73.1% no padecían esta enfermedad. En cuanto a la hipertensión arterial sistémica, únicamente 12.8% (10) tuvieron antecedente de este diagnóstico. Solo se encontraron 8 (10.3%) pacientes con otras comorbilidades, que fueron: hipertrofia prostática benigna e insuficiencia renal crónica en 2 pacientes cada una, mieloma múltiple, cáncer de recto, hipotiroidismo y VIH.

Con respecto al antecedente de tabaquismo, se consideró como antecedente positivo a aquellos pacientes con hábito tabáquico presente al momento del interrogatorio y a los que tenían menos de 5 años de haberlo suspendido; y fueron un total de 43.6% (34). Mientras que los pacientes sin tabaquismo fueron 44 (56.5%).

		<i>DM</i>			
		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Válidos</i>	<i>Si</i>	<i>21</i>	<i>26,9</i>	<i>26,9</i>	<i>26,9</i>
	<i>No</i>	<i>57</i>	<i>73,1</i>	<i>73,1</i>	<i>100,0</i>
	<i>Total</i>	<i>78</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	

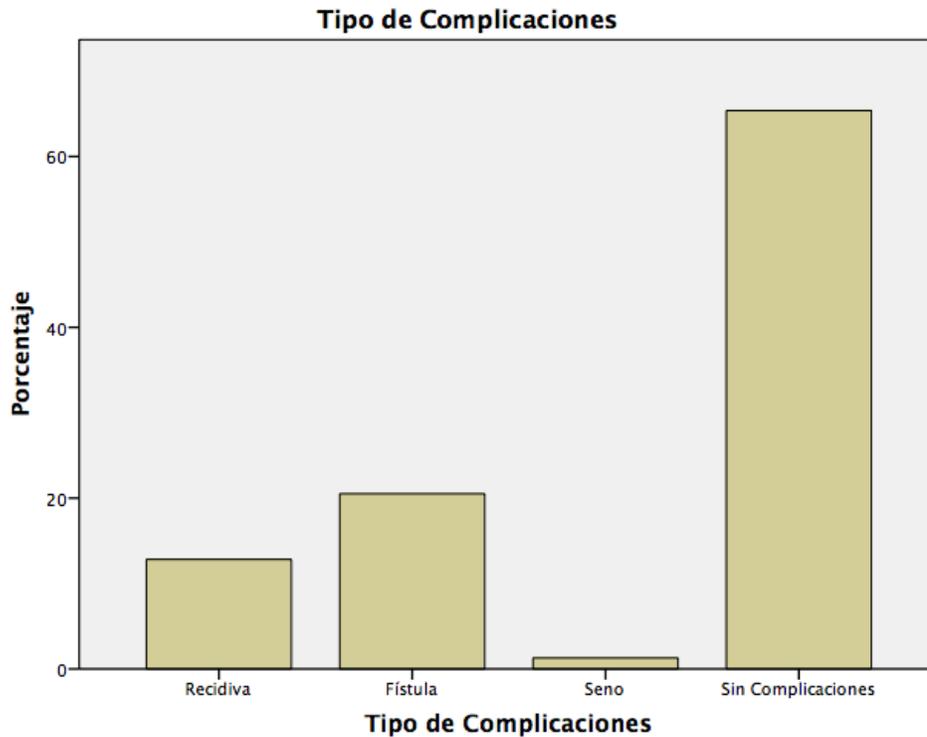
De los pacientes incluidos, el 16.7% (13) habían presentado drenaje espontáneo previo a su valoración. Del total de pacientes incluidos en el estudio, únicamente 15.4% (12) desarrollaron necrosis y extensión del mismo por lo que se realizó un segundo drenaje, desbridación y cripectomía en quirófano.

<i>Drenaje Espontaneo</i>					
		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Válidos</i>	<i>Si</i>	13	16,7	16,7	16,7
	<i>No</i>	65	83,3	83,3	100,0
	<i>Total</i>	78	100,0	100,0	

Se encontró que el 34.6% (27) tuvieron una complicación posterior al drenaje quirúrgico, mientras que el 65.4% (51) no presentaron complicaciones en el periodo de tiempo evaluado.

<i>Complicaciones</i>					
		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Válidos</i>	<i>Si</i>	27	34,6	34,6	34,6
	<i>No</i>	51	65,4	65,4	100,0
	<i>Total</i>	78	100,0	100,0	

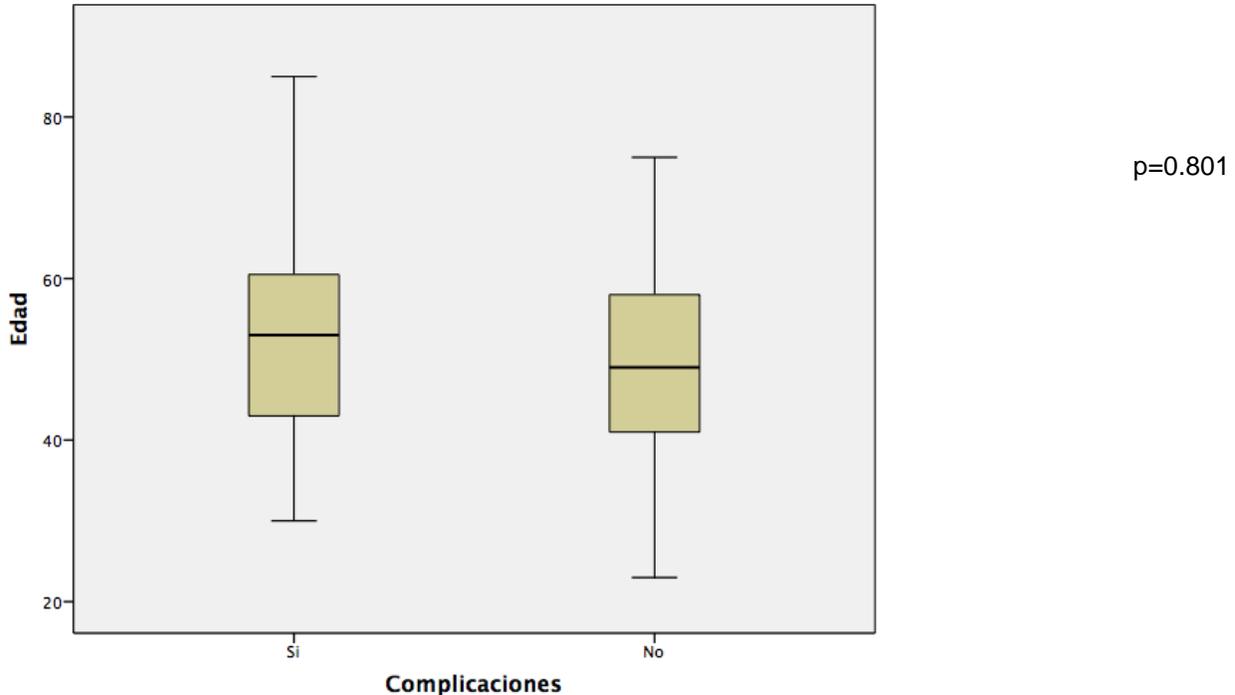
Se contemplaron todas las complicaciones descritas en la literatura posterior al drenaje, sin embargo, solo se encontraron tres complicaciones dentro de la población estudiada, que fueron: recidiva de absceso, formación de fístula ano-recto-perineal y seno. 10 pacientes presentaron recidiva o extensión del absceso (12.8%). El 20.5% (16) desarrollaron fístula posterior al drenaje, y únicamente un paciente formó un seno anal. (1.3%). No se encontraron más complicaciones.



De los 27 casos que tuvieron antecedente de diabetes mellitus tipo II, se complicaron posterior al drenaje 10 de ellos. (p 0.182). Los pacientes que tenían antecedente de hipertensión arterial sistémica, que fueron 10, únicamente la mitad, tuvieron complicaciones posterior al drenaje. (p=0.284). Por lo que no se encontró asociación entre la presencia de estas comorbilidades con el desarrollo de complicaciones.

Los pacientes con antecedente de tabaquismo (34), 10 tuvieron complicaciones, (p=0.304). En relación a aquellos pacientes que habían presentado drenaje espontáneo previo a la valoración por nuestro servicio, se observó que 7 presentaron complicaciones (p 0.11), sin embargo, tampoco se encontraron asociaciones estadísticamente significativas. El antecedente de drenaje espontaneo tampoco influyó en la recidiva o extensión de la necrosis, p 0.8.

Al realizar una comparación de medianas con la prueba estadística T student, no se encontraron diferencias significativas al comparar la edad dentro del grupo que presentó complicaciones con el que evolucionó satisfactoriamente, p 0.801.



En cuanto a la recidiva, 16 pacientes la presentaron, de los cuales 10 fueron hombres y 6 mujeres. ($p=0.43$). De todos los pacientes que presentaron recidiva del absceso o extensión de la necrosis, 8 tenían diabetes mellitus tipo II. ($p=0.025$). Por lo que podemos determinar que existe una asociación estadísticamente significativa entre los pacientes con antecedente de diabetes mellitus y la presencia de recidiva del absceso o extensión de la necrosis, independientemente del grado de control metabólico.

Discusión.

Se han descrito en la literatura varias complicaciones, sin embargo en nuestra investigación solo encontramos 3 tipos de complicaciones posteriores al drenaje de absceso en consultorio: Recidiva, formación de fístula y seno anal. Se encontró una incidencia de complicaciones de 34.6 %, muy similar a la descrita en la literatura que es de 35%.⁴

En cuanto a la edad de los pacientes, se ha sugerido que la recurrencia de abscesos posterior al drenaje es hasta dos veces mayor en menores de 40 años.¹⁸ Distinto a los resultados obtenidos en el presente estudio, donde no se encontró diferencia en cuanto al rango de edad, siendo la mediana de edad 53 de quienes sí tuvieron complicaciones, y de 49 en los que evolucionaron satisfactoriamente p 0.801.

La mayoría de los pacientes del presente análisis fueron hombres, en un 75%. Pero no se encontró una diferencia estadística en cuanto a la aparición de las complicaciones, relacionadas con el género, reforzando la suposición de que el género no parece tener influencia sobre el desarrollo de complicaciones¹⁸.

En el caso de aquellos pacientes con antecedente de padecer diabetes mellitus tipo II, la diabetes, se ha encontrado que podría ser un factor protector para el desarrollo de fístula posterior al drenaje, no así con respecto a la recidiva¹⁹. En este estudio se encontró una mayor incidencia de recidiva de absceso en pacientes portadores de DMII, con un OR de 2.3, lo que se interpreta que los pacientes con DMII tienen

2.3 veces más riesgo de desarrollar recidiva del absceso o extensión de la necrosis. Lo anterior relacionado, probablemente, al retraso en la cicatrización característico en los pacientes con diabetes.¹⁷

La localización del absceso y otras comorbilidades no se han asociado con mayor riesgo de desarrollar una fístula o presentar recurrencia, de acuerdo a lo encontrado en otros estudios. Lo cual concuerda con lo hallado en este estudio.⁵

En cuanto al tabaquismo, se ha sugerido que los fumadores tienen hasta dos veces más riesgo de desarrollar complicaciones posterior al drenaje del absceso ano-recto-perineal.¹⁹ No se encontró relevancia significativa en el presente análisis estadístico, donde, de los 34 pacientes con este antecedente, solamente 10 presentaron complicaciones, con una p de 0.39.

Conclusión.

El absceso ano-recto-perineal es una de las tres principales causas de consulta en un servicio de Coloproctología. Por lo que es muy importante tener amplio conocimiento sobre su tratamiento y posibles complicaciones.

El objetivo de la presente investigación fue estudiar a los pacientes que acudieron al servicio de Coloproctología en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos con diagnóstico de abscesos ano-recto-perineales, a los cuales se les realizó drenaje en consultorio.

Se logró identificar que las complicaciones más frecuentes posterior al drenaje de abscesos ano-recto-perineales en consultorio son: la recidiva y la formación de fístula ano-recto-perineal, presentando una incidencia similar a la descrita en la literatura internacional.

En cuanto a los factores relacionados con el desarrollo de estas complicaciones, únicamente se encontró una relación directa, estadísticamente significativa, entre la diabetes mellitus y el riesgo de padecer una recidiva posterior al drenaje de un absceso en consultorio. Para el resto de las variables estudiadas, como fueron: género, tabaquismo, tipo de absceso y sitio de cripta causal, no se encontró una relación directa con el desarrollo de complicaciones.

Se pueden llevar a cabo otros trabajos de investigación para identificar el patrón y los predictores de complicaciones en la población mexicana, para constituir un beneficio para la población general en el tratamiento y prevención de recurrencia y formación de fístulas; así como para nuestra práctica diaria para encaminar o modificar los esfuerzos hacia un mejor resultado de tratamiento de esta patología.

Bibliografía.

1. Grace RH, Harper IA, Thompson RG. Anorectal sepsis: microbiology in relation to fistula-in-ano. *Br J Surg.* 1982;69:401–403.
2. Xu RW, Tan KK, Chong CS. Bacteriological study in perianal abscess is not useful and not cost-effective. *ANZ J Surg.* 2016;86:782–784.
3. Sangwan YP, Rosen L, Riether RD, Stasik JJ, Sheets JA, Khubchandani IT. Is simple fistula-in-ano simple? *Dis Colon Rectum.* 1994;37:885–889.
4. Sahnan K, Askari A, Adegbola SO, et al. Natural history of anorectal sepsis. *Br J Surg.* 2017;104:1857–1865.
5. Vasilevsky CA, Gordon PH. The incidence of recurrent abscesses or fistula-in-ano following anorectal suppuration. *Dis Colon Rectum.* 1984;27:126–130.
6. Raghavaiah NV. Anal fistula in India. *Int Surg.* 1976;61:243–245.
7. Hyman N. Anorectal abscess and fistula. *Prim Care.* 1999;26:69–80.
8. MarcusRH, StineRJ, CohenMA. Perirectalabscess. *AnnEmerg Med.* 1995;25:597–603.
9. Read DR, Abcarian H. A prospective survey of 474 patients with anorectal abscess. *Dis Colon Rectum.* 1979;22:566–568.
10. Turra G, Gherardi GM, Mangiarotti S, Arrighi E. Recurrent anorectal abscesses [in Italian]. *Chir Ital.* 1984;36:266–271.
11. Fucini C. One stage treatment of anal abscesses and fistulas: a clinical appraisal on the basis of two different classifications. *Int J Colorectal Dis.* 1991;6:12–16.
12. Tozer PJ, Whelan K, Phillips RK, Hart AL. Etiology of perianal Crohn's disease: role of genetic, microbiological, and immuno- logical factors. *In amm Bowel Dis.* 2009;15:1591–1598.
13. Sözener U, Gedik E, Kessaf Aslar A, et al. Does adjuvant anti- biotic treatment after drainage of anorectal abscess prevent development of anal fistulas? A randomized, placebo-con- trolled, double-blind, multicenter study. *Dis Colon Rectum.* 2011;54:923–929.
14. Pearce L, Newton K, Smith SR, et al.; North West Research Collaborative. Multicentre observational study of out- comes after drainage of acute perianal abscess. *Br J Surg.* 2016;103:1063–1068.
15. Ghahramani L, Minaie MR, Arasteh P, et al. Antibiotic therapy for prevention of fistula in-ano after incision and drainage of simple perianal abscess: a randomized single blind clinical trial. *Surgery.* 2017;162:1017–1025.
16. Sahnan K, Adegbola SO, Tozer PJ, Watfah J, Phillips RK. Perianal abscess. *BMJ.* 2017;356:j475.
17. Burns EM, Rigby E, Mamidanna R, et al. Systematic review of discharge coding accuracy. *J Public Health (Oxf).* 2012;34:138–148.
18. Sugrue J, Nordenstam J, Abcarian H, et al. Pathogenesis and persistence of cryptoglandular anal fistula: a systematic review. *Tech Coloproctol.* 2017;21:425–432.
19. Oliver I, Lacueva FJ, Pérez Vicente F, et al. Randomized clinical trial comparing simple drainage of anorectal abscess with and without fistula track treatment. *Int J Colorectal Dis.* 2003;18:107–110.