



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado e Investigación

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL
ESTADO**

**SENO ANAL: MITO O REALIDAD? EN EL SERVICIO DE
COLOPROCTOLOGIA HOSPITAL REGIONAL LIC.
ADOLFO LÓPEZ MATEOS, ISSSTE.**

Trabajo de Investigación que Presenta el:

DR. EDGARDO ARGÜELLES SANDOVAL

Para Obtener el diploma de la Subespecialidad en

COLOPROCTOLOGIA

Asesor de Tesis:

DR. OSCAR COYOLI GARCÍA

339.2007

2007





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.

DEDICATORIAS

A mi familia, pilares de mi vida

A mis maestros, guías en el camino

A mis compañeros y amigos, apoyo en el camino

A Dios, pilar, guía, apoyo y fin último de mis sacrificios en este camino de la medicina.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	1
2.	ANTECEDENTES.....	2
3.	MARCO TEÓRICO.....	3
	a. Etiología.....	4
	b. Origen criptoglandular.....	3
	c. Clasificación	4
	d. Espacios perianales.....	4
	e. Tratamiento.....	5
	f. Formación de fístula anal.....	6
	g. Cierre de orificio de drenaje.....	7
	h. Seno anal.....	7
2.	OBJETIVOS DELTRABAJO	9
	a. Objetivos General	
	b. Objetivos Específicos	
3.	JUSTIFICACION DEL TRABAJO	10
4.	DISEÑO	11
	a. Criterios de Inclusión . . .	13
	b. Criterios de Exclusión .	13
	c. Criterios de Eliminación .	13
5.	RESULTADOS	14

6.	CONCLUSIONES
	.19	
7.	BIBLIOGRAFÍA
	...21	

RESUMEN

En el Servicio de Coloproctología del Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos del ISSSTE Cd. De México se realizó estudio prospectivo, longitudinal, abierto, con el fin de determinar el porcentaje de pacientes que posterior al drenaje de un absceso anal y cierre de la herida forman un seno anal. MATERIAL Y METODOS: hipótesis: la mayoría de pacientes en que cerró orificio de drenaje forman un seno (pared del absceso) que puede formar un nuevo absceso. Se estudiaron pacientes con drenaje de absceso en consulta de Marzo 2006-Marzo 2007. USG endoanal cuando cerró orificio de drenaje. Exploración quirúrgica y resección en quien se identificó seno anal y correlación clínico-quirúrgica

RESULTADOS: drenaje de abscesos a 65 pacientes: 41 formaron fístulas (63%). 24 cerró el orificio de drenaje (37%): de estos, en 9 pacientes se realizó diagnóstico clínico sin USG de seno anal, se intervinieron encontrando seno en 8, en 1 paciente solo cicatriz

En 14 se realizó USG con hallazgo de seno, 13 se operaron y se corroboró seno en 12, en uno solo cicatriz., 1 paciente no aceptó cirugía y se mantiene en vigilancia 1 paciente perdido.

Todos los pacientes con seno y resección del mismo (20) sin recidiva. CONCLUSIONES: de los 24 pacientes en que cerró orificio se documentó seno en 19 de 21 operados (90.5%). El USG tuvo sensibilidad de 100 % (12 de 12 senos).Especificidad 92.30%. El estudio sugiere que la mayoría de pacientes con orificio de drenaje cerrado forman seno que predispone a nuevos abscesos aún después de largos periodos, el USG endoanal es un estudio eficaz para detectar la formación de senos posteriores a un absceso anal.

PALABRAS CLAVE: absceso anal, seno anal, ultrasonido endoanal.

SUMMARY

In the Service of Coloproctology of the Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE Mexico's City, was carried out a prospective, longitudinal, and open study to know the percentage of patients who develop an anal sinus after the drainage of an anal abscess and the closure of the drainage wound. MATERIAL AND METHODS: hipotesis: most of patients in which the drainage wound is closed, develop an anal sinus (wall of the abscess) that could lead to the formation of a new anal abscess. The study was made in patients with ambulatory drainage of anal abscess in consulting room, during the period from March 2006 to March 2007. USG endoanal was made when the drainage wound closed. Patients with identified anal sinus were taken to surgery and resection was carried out and surgical-clinic correlation was made. RESULTS: 65 patients with drainage of anal abscess: 41 developed fistula (63%). In 24 the drainage wound closed (37%): from this:, In 9 patients diagnosis of anal sinus was made by clinical means without USG all of this were operated, founding anal sinus in 8 and only scar 1 patient. 14 patients with USG and finding of anal sinus, 13 or those were operated and the sinus was corroborated in 12, and 1 patient only scar was found. 1 patient didn't want surgery and is kepted in surveyllance. 1 patient was lost. All the patients with anal sinus resection (20) are asymptomatic. CONCLUSIONS: From the 24 patients in wickt the drainage wound closed an anal sinus was found in 19 of 21 patients operated (90.5%). The USG had a sensitivity of 100%

(12 of 12 sinus) and specificity of 92.30%. This study suggest that most of patients in which the drainage wound closed are goind to develop an anal sinus that could predispose to development of new anal abscesses, even after long periods asymptomatic. Endoanal USG is an effective tool for detecting development of anal sinus alter drainage of anal abscesess.

KEY WORDS: anal abscess, anal sinus, endoanal ultrasound.

INTRODUCCION

El absceso anal es un proceso inflamatorio, infeccioso, agudo, que junto con la subsecuente formación de una fístula anal son una de las patologías proctológicas más comunes con implicaciones importantes con respecto a la calidad de vida del paciente y al riesgo de alteración en la continencia anal secundaria a la lesión del complejo esfintérico del ano por el mismo proceso infeccioso o por el procedimiento quirúrgico requerido como tratamiento. (1,2,3).

ANTECEDENTES

El absceso anal se presenta en todas las edades, siendo descrito desde los dos meses de edad, sin embargo dos tercios de los casos ocurren entre la 3ª y la 4ª décadas de la vida, es más frecuente en hombres con una relación 3:1 sobre las mujeres y parece tener mayor incidencia en primavera y verano. (1,4,5)

El ultrasonido endoanal fue desarrollado en la década de 1950 pero fue hasta la década pasada en que empezó a tomar un rol importante en la evaluación de la patología proctológica con el desarrollo de los transductores de 360°. (3) El acceso a este tipo estudio ha sido limitado por el costo de los transductores por lo que hasta hace relativamente poco tiempo no se tenía una manera objetiva de evaluar la existencia de un probable seno anal. Hasta el momento no existe ningún estudio en la literatura mundial en que se halla utilizado este tipo de estudio en la evaluación de pacientes que han sido tratados de abscesos anales y en los que ha cerrado el orificio de drenaje.

En nuestro Servicio se han atendido pacientes que posterior al drenaje de un absceso anal estuvieron asintomáticos por periodos hasta de 17 años antes de formar nuevamente otro absceso en el mismo sitio, varios de estos pacientes que no se han atendido han formado abscesos en más de 2 ocasiones y en varios se han formado fístulas complejas que han requerido procedimientos quirúrgicos extensos, con pérdida variable de músculo esfintérico que en algunos ha llevado a diferentes grados de incontinencia posterior a la cirugía.

Estos nuevos abscesos se explicarían por la persistencia de un "seno anal".

MARCO TEORICO

La etiología puede ser inespecífica lo cual ocurre en el 90% de los casos al obstruirse el conducto de drenaje de una glándula anal sin causa aparente a lo cual se conoce como origen criptoglandular, o bien específica, con relación a patologías como neoplasia, radiación, enfermedad inflamatoria intestinal, trauma, cuerpos extraños, tuberculosis, actinomicosis, otras. (1,3)

Con relación al origen criptoglandular tenemos que hay de 6-10 glándulas alrededor del conducto anal que desembocan en criptas a nivel de la línea dentada. (fig. 1) De acuerdo con Parks (6) dos tercios de estas glándulas penetran en el espesor del esfínter anal interno y la mitad lo atraviesan por completo terminando en el espacio intersfintérico sin llegar al esfínter externo, teniendo esto como implicación el que el proceso infeccioso originado en alguna de estas glándulas puede diseminarse en varias direcciones siendo la más común la vía interesfintérica. (fig. 2)

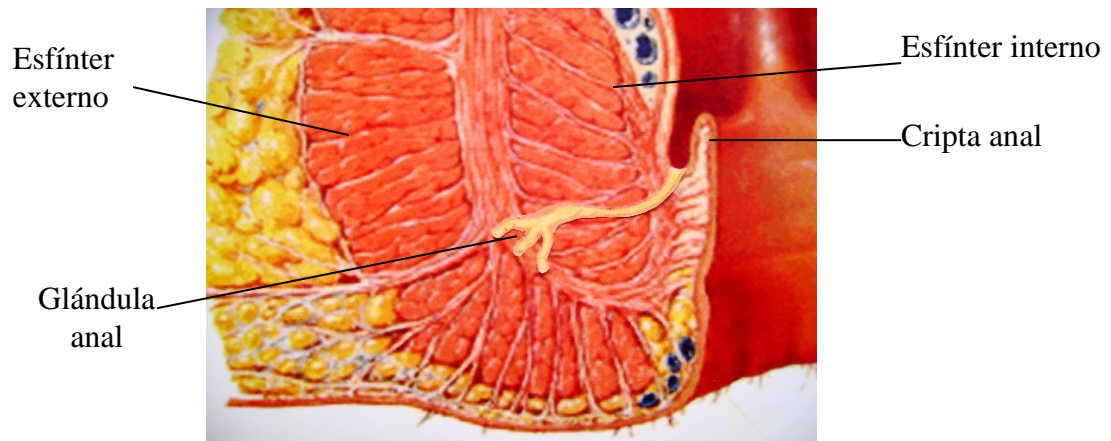


Fig. 1

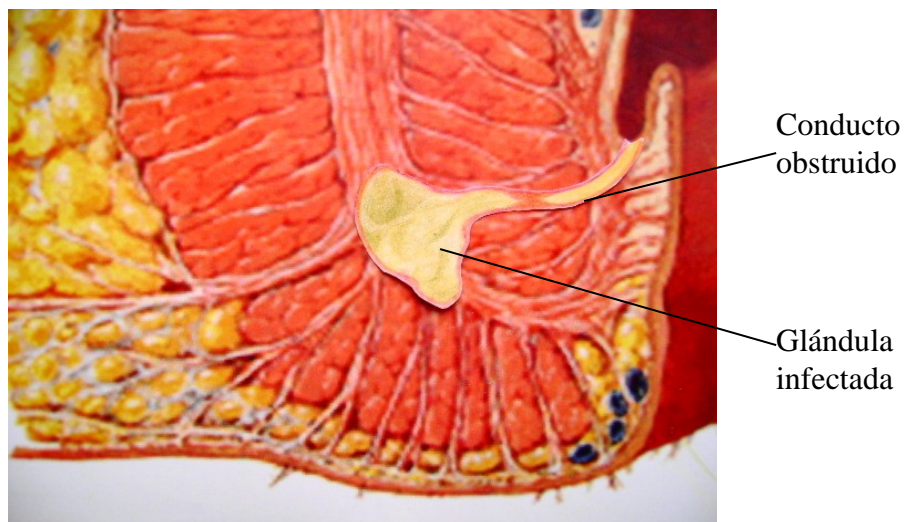


Fig. 2

Los abscesos se clasificarán de acuerdo al espacio perianal que se encuentre afectado, siendo estos espacios los siguientes: interesfintérico (1), submucoso (2), perianal (3), isquiorrectal (4), supraelevador (5). (fig. 3)

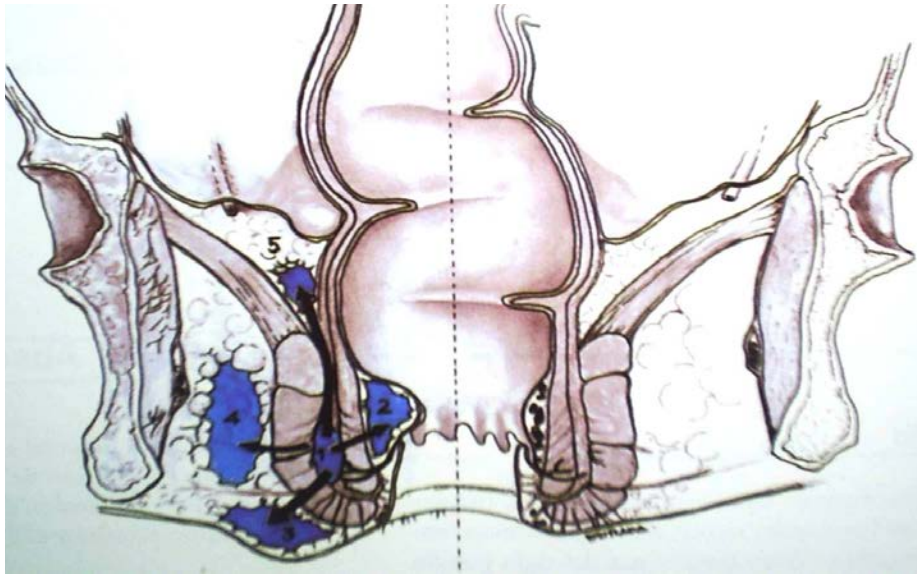


Fig. 3

El más común es el perianal (42%), seguido por el isquiorrectal (22.7%).(2)

El tratamiento aceptado para el absceso anal de manera tradicional (a,b,c) y sugerido por The Standards Task Force of The American Society of Colon and rectal Surgeons (7) consiste en realizar una incisión en la piel perianal sobre el punto con mayor fluctuación cercano al borde anal y drenar el absceso a través de esta incisión, dejando el orificio abierto. (fig. 4)

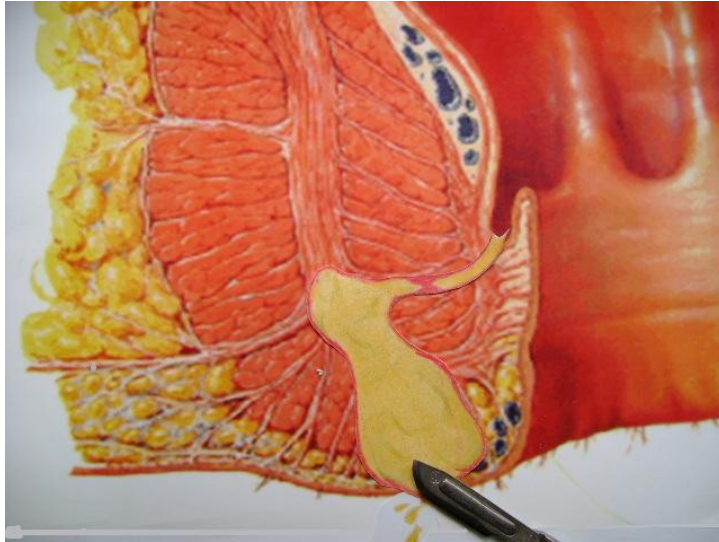


Fig. 4

Aproximadamente 2/3 de los pacientes con abscesos anales drenados de esta manera formarán una fístula.(8) Una fístula se define como la comunicación anormal entre dos epitelios, esto es que se forma un conducto fibroso que comunica el conducto anal o el recto con la piel perianal.(fig. 5)

Los pacientes que forman fístula son intervenidos quirúrgicamente en quirófano para resección de la misma, cortando porciones variables de esfínter dependiendo del trayecto y complejidad de la fístula.

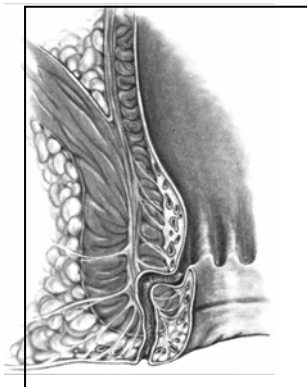


Fig. 5

En el resto de los pacientes el orificio de drenaje del absceso cerrará y según las principales bibliografías (1,2,3,9,10,4,5) sobre el tema, un grupo curará de manera definitiva y otro grupo tendrá abscesos recidivantes con el riesgo teórico de mayor daño al mecanismo esfintérico o formación de fístulas complejas.

Los pacientes en que cierra el orificio de drenaje se ha sugerido de manera tradicional que se mantengan en observación y de formar nuevos abscesos sean estos drenados por medio de incisión en consultorio nuevamente, y solo hasta formar fístula sean intervenidos formalmente. (3)

Morson opina que la cronicidad del padecimiento se debe a la persistencia del epitelio de la glándula en el tracto fibroso que se une al orificio primario en la cripta anal afectada. (1)

Teóricamente, en los casos en los que ha cerrado el orificio de drenaje, no existe una comunicación entre la piel y el epitelio del conducto anal por lo que no se puede llamar fístula al tracto fibroso que persiste por lo que se le ha denominado "seno anal". (fig. 6) (11)

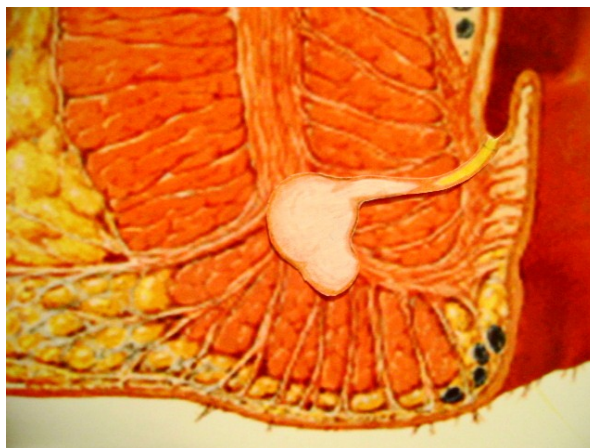


Fig. 6

Este seno anal daría eventualmente origen a un nuevo absceso ya sea por permanecer epitelio glandular en él o bien al desobstruirse el conducto que lo comunica con la cripta anal y llenarse nuevamente con líquido fecal al no tener vía de salida hacia la piel perianal como ocurre en la fístula.

OBJETIVOS

Objetivo General: Determinar el porcentaje de pacientes con absceso anal que posterior al tratamiento con incisión y drenaje desarrollan un seno anal causante de la recurrencia del absceso.

Objetivos específicos:

1. Demostrar que la mayoría de los pacientes que no forman fístula posterior al tratamiento de un absceso anal con incisión y drenaje forman un seno anal.
2. Implementar un algoritmo de estudio que permita identificar los pacientes en los que el orificio de drenaje del absceso ha cerrado y que han formado un seno anal y se encuentran en riesgo de formar nuevamente otro absceso y/o fistulas complejas y que por lo tanto se beneficiarían de una intervención quirúrgica temprana.

JUSTIFICACION

La formación de abscesos anales de manera repetida implica para el paciente una alteración importante en la calidad de vida con el riesgo de requerir procedimientos quirúrgicos complejos con periodos prolongados de recuperación y riesgo importante de incontinencia anal que elevan de manera muy importante el costo de atención para la Institución, tanto por los periodos de incapacidad requeridos como por el costo mismo de las hospitalizaciones prolongadas y procedimientos quirúrgicos. También con el riesgo de demandas legales en contra de la Institución o del personal médico comprometido en el tratamiento del paciente.

HIPOTESIS

La causa de la recidiva de los abscesos anales es la formación de un seno anal

DISEÑO

Descripción general del estudio

El presente estudio se realizó en el servicio de Coloproctología del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE, Cd de México, en pacientes que fueron atendidos por diagnóstico de absceso anal y tratados en consultorio con incisión y drenaje de Abril del 2006 a Mayo del 2007

Se registraron en la hoja de recolección de datos: edad, sexo, síntomas, tiempo de evolución de los síntomas, tamaño del absceso, localización del absceso.

Se dió seguimiento con citas a las semanas 1, 3, 5, 8 para evaluar la formación de fístula o el cierre del orificio del drenaje.

A los pacientes en los que se formó fístula se realizó resección quirúrgica de la misma, a los pacientes en los que cerró este último se les realizó un ultrasonido endoanal para identificar la existencia probable de seno anal.

Los pacientes a los que se les detectó dicho seno se les propuso resección quirúrgica del mismo, a los que aceptaron se incluyeron en el grupo experimental y a los que no se incluyeron en el grupo control y se dió seguimiento a ambos grupos hasta la fecha en que finalizó el estudio para evaluar porcentaje de recidivas.

A los pacientes en que cerrara el orificio de drenaje y no se detectara seno anal en el ultrasonido se les daría seguimiento médico solamente para evaluar porcentaje de recidivas.

Se registraron en la hoja de seguimiento hallazgos del ultrasonido así como hallazgos quirúrgicos.

El ultrasonido endoanal se realizó con un transductor de 360° y de 7 MHz para conducto anal.

Técnica de realización del ultrasonido

El paciente se coloca en decúbito dorsal, se realiza inspección del área perianal para corroborar que el orificio de drenaje se encuentre cerrado, se realiza un tacto rectal lubricando el dedo índice con gel hidrosoluble para dilatar e identificar posibles masas o fluctuaciones, así como posibles trayectos fistulosos o existencia de seno palpable y así orientar mejor el estudio de ultrasonido.

Se cubre con un condón el transductor y lubrica con gel hidrosoluble y se introduce por el ano, se evalúa el conducto anal por tercios (superior, medio e inferior), se identifican esfínter anal interno, externo, espacio interesfintérico y extraesfintérico, se verifica la existencia de imágenes hipocogénicas de contorno regular ovalado que puedan corresponder a un seno anal, así como presencia de imágenes hiperecogénicas que puedan corresponder a tejido cicatrizal o trayectos fistulosos.

Se toman imágenes fijas de los tres tercios y se imprimen. Se realiza la interpretación por escrito y se anexan resultados al expediente.

Las hojas de seguimiento se encuentran en una base de datos en computadora con las imágenes fotográficas de cada ultrasonido así como de los procedimientos quirúrgicos y de las piezas de patología.

Criterios de Inclusión

- .- Todos los pacientes con hoja de referencia SM1-17 con diagnóstico de envío de absceso anal

Criterios de Exclusión

- .-Pacientes que hallan sido tratados en otra Institución de manera inicial.
- .-Pacientes con etiología específica del absceso (tuberculosis, actinomicosis, cuerpo extraño, etc)

Criterios de Eliminación

- .-Pacientes que no acudieron a sus citas subsecuentes, pacientes que no se cuente con hoja de recolección de datos del protocolo con la información completa.

RESULTADOS

En el servicio de Coloproctología del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE, Cd. de México, durante el período de abril del año 2006, al mes de Mayo de 2007, se trataron 65 pacientes con diagnóstico de absceso anal con realización de incisión y drenaje en consultorio. (Gráfico 1)

En 41 pacientes se formaron fístulas anales (63%) y fueron intervenidos quirúrgicamente para resección de las mismas.

En 24 pacientes ocurrió cierre de la herida de drenaje del absceso (37%), de estos:

En 9 pacientes se realizó diagnóstico clínico sin USG (problemas técnicos) de seno anal, se les realizó exploración quirúrgica y se encontró seno anal en 8 de ellos siendo estos resecaados, en 1 paciente solo se encontró tejido cicatrizal. (Gráfico 2)

En 14 pacientes se USG endoanal con reporte de seno anal, 13 fueron operados encontrando seno anal en 12, en 1 solo se encontró tejido cicatrizal. 1 paciente con diagnóstico USG de seno anal no aceptó cirugía y se mantiene en observación. (Gráfico 3)

1 paciente se perdió durante el seguimiento después del drenaje del absceso.

De los 22 pacientes intervenidos con diagnóstico prequirúrgico clínico o ultrasonográfico de seno anal se corroboró el seno en 20 (quirúrgicamente y por patología), en 2 solo se encontró tejido cicatrizal. (Gráfico 4)

De los pacientes con diagnóstico de seno y resección quirúrgica del mismo (8 con diagnóstico clínico sin USG y 12 con USG) todos se encuentran asintomáticos, sin recidiva del absceso hasta el fin del estudio. Con periodo de seguimiento de 2 a 13 meses, media de 7 meses.

El ultrasonido endoanal detectó seno anal en 12 de 12 pacientes intervenidos con diagnóstico prequirúrgico ultrasonográfico de seno para una sensibilidad del 100%, con un falso positivo en 13 casos para una especificidad del 92.3%.

GRAFICO 1

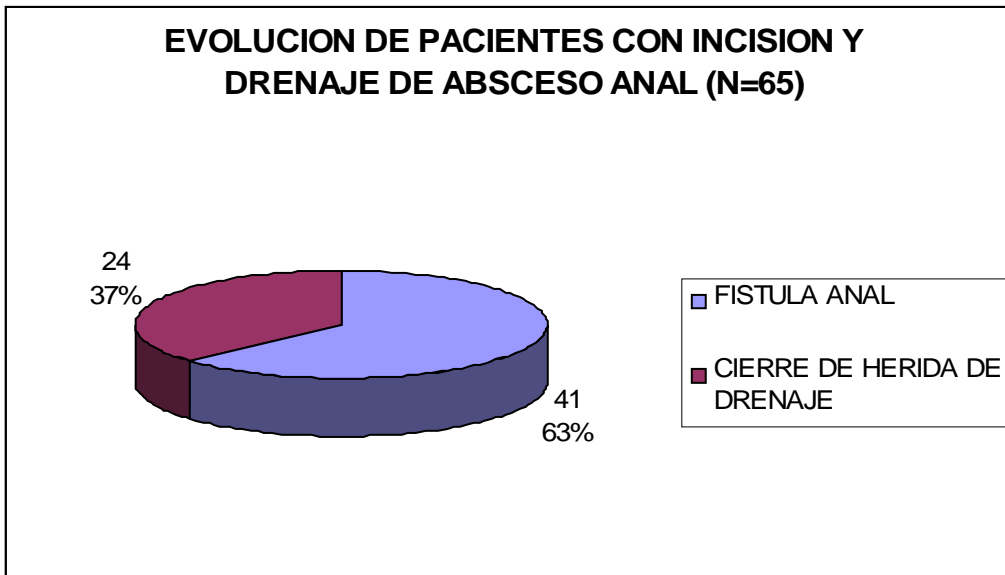


GRAFICO 2

PACIENTES INTERVENIDOS CON DIAGNOSTICO CLINICO PREQUIRURGICO SIN USG DE SENO ANAL (N=9)

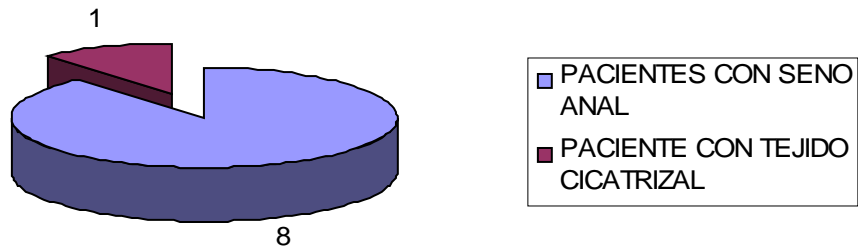


GRAFICO 3

PACIENTES CON DIAGNOSTICO USG PREQUIRURGICO DE SENO ANAL (N=14)

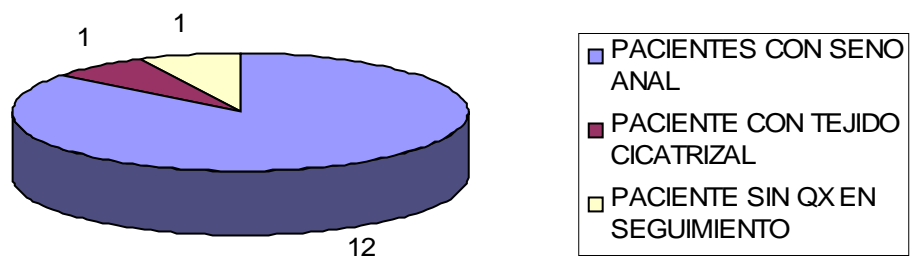


GRAFICO 4

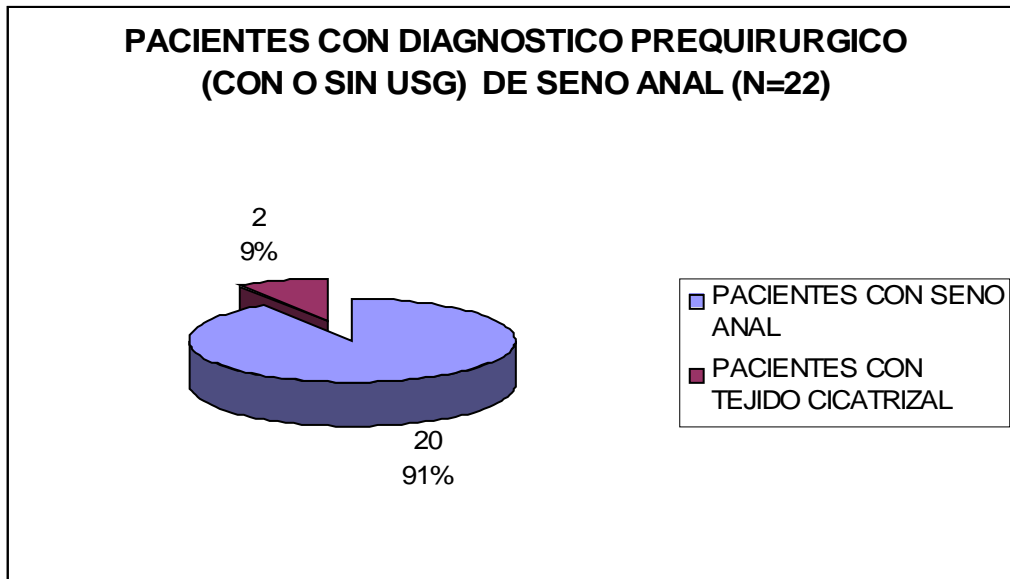
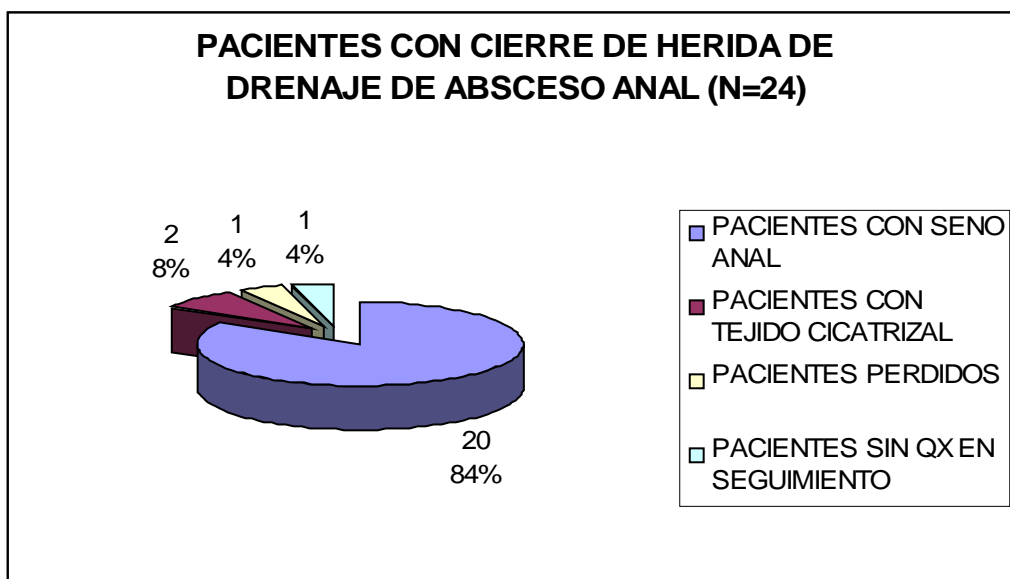


GRAFICO 5



CONCLUSIONES

- La mayoría de los pacientes en que cierra el orificio de drenaje de un absceso anal forman un seno anal (87.5%), que pudo corroborarse quirúrgico-histopatológicamente en 20 de 22 pacientes (91%). En el resto solo se encuentra tejido cicatricial. (9%)
- Con respecto al seno anal, lo definimos como un saco rodeado de tejido fibroso con orificio de entrada (cripto-glandular) SIN orificio secundario
- Clínicamente es palpable en la mayoría de los casos.
- En el USG endoanal se aprecia como zona hipoecóica de bordes regulares, unida al esfínter anal interno.
- El seno anal la causa de la mayoría de las recidivas en casos de abscesos anales
- El USG endoanal es una herramienta útil con sensibilidad y especificidad altas en el diagnóstico del seno anal en pacientes en que ha cerrado el orificio de drenaje de un absceso anal.
- Se requiere de un mayor número de pacientes y mayor seguimiento para validar la hipótesis.

ANEXOS

Anexo 1

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

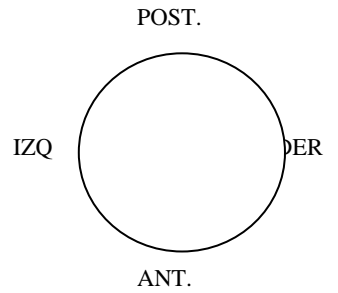
FECHA ATENCION 1ª VEZ (URG): *

TIEMPO DE SINTOMAS: *

SINTOMAS: *

LOCALIZACION Y TAMAÑO DEL ABSCESO:
(CM. Y CANTIDAD DRENADA)

*



1

FECHA:

DRENA MATERIAL: SI NO TIPO: PUS / SEROHEMATICO

SINTOMAS? Y E.F (TACTO)*

2ª CITA (3 SEMANAS):

HERIDA ABIERTA: SI NO

FECHA:

DRENA MATERIAL: SI NO TIPO: PUS / SEROHEMATICO

SINTOMAS? Y E.F. (TACTO)*

3ª CITA (5 SEMANAS):

HERIDA ABIERTA: SI NO

FECHA:

DRENA MATERIAL: SI NO TIPO: PUS / SEROHEMATICO

*

SINTOMAS? Y E.F. (TACTO)

4ª CITA (8 SEMANAS):

HERIDA ABIERTA: SI NO

FECHA:

DRENA MATERIAL: SI NO TIPO: PUS / SEROHEMATICO

*

SINTOMAS? Y E.F. (TACTO)

HALLAGOS USG: *

FECHA Y HALLAZGOS QX: *

BIBLIOGRAFIA

1. Goldberg MS: Fundamentos de Cirugía Anorrectal, 1ª Ed. 2ª reimpresión, México, Grupo Noriega Editores, 1992, pp139-148.
2. Fazio VW. Current Therapy in Colon And Rectal Surgery, 2d Ed. 2004. p 23-26.
3. Corman ML: Colon and Rectal Surgery, 2nd ed. Philadelphia, JB Lippincott, 1989, pp 224-236.
4. Ramanujan PS, Prasad ML, Abcarian H, Tan AB; Perianal abscesses and fistulas; A study of 1023 patients. Dis Colon Rectum 1984; 27: 593-597.
5. Read DR, Abcarian H; A prospective study of 474 patients with anorectal abscess. Dis Colon Rectum 1979; 22: 566-568.
6. Parks AG, Moson BC; Pathogenesis and treatment of fistula in ano. Br Med J; 1961; 1: 463.
7. Standards Task Force, The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for treatment of fistula-in-ano. Dis Colon Rectum 1996;39:1361.
8. Scoma JA, Salvat EP, Rubin RJ; Incidence of fistulas subsequent to anal abscesses. Dis Colon Rectum 1979;22:566.
9. Hamalaine KJ, Sainio P; Incidence of fistulas after drainage of acute anorectal abscesses.
10. Hrabot CM, Prasad ML, Abcarian H; Recurrent anorectal abscesses; Dis Colon Rectum 1983;26: 105-108.
11. Klosterhafen B, Offner F, Vogel P, Kirkpatrick CJ; Anatomic nature and surgical significance of anal sinus and anal intramuscular glands. Dis Colon Rectum 1991;34:156.
12. Vasilevsky CA, Gordon PH; The incidence of recurrent abscesses or fistula in ano following anorectal suppuration. Dis Colon Rectum 1984; 27: 126-130.

