



Clínicas Quirúrgicas Facultad de Medicina
Universidad de la República. Uruguay 2018

ABSCEOS Y FÍSTULAS ANALES

Dra. Noelia Brito Viglione
Dr. Fernando Bonilla Cal

Introducción

Los abscesos y fístulas perianales son en la mayoría de las ocasiones, estadios sucesivos de una enfermedad supurativa representando el absceso la fase aguda y la fístula la fase crónica.

Son patologías de consulta frecuente en el servicio de urgencia, de etiología benigna, pueden ser incapacitantes y deteriorar la calidad de vida cotidiana; determinando en algunos casos una enfermedad crónica, recidivante y de difícil erradicación.

Epidemiología

La incidencia es mayor en hombres que en mujeres, con una relación hasta 3 veces más frecuente en el sexo masculino. Los grupos de edad más afectados son entre los 20 a 40 años, constituyendo el 65% de la totalidad de los casos. Sin embargo, se pueden encontrar en todas las edades.

Etiopatogenia

El 90% de los abscesos anorectales se originan en la infección de las *glándulas anales*, mientras que el 10% restante resulta de una patología específica como enfermedad de Crohn, infección específica (tuberculosis, actinomicosis), lesión por cuerpo extraño (huesos de pollo o espina de pescado), posquirúrgicos o neoplásicos.

Las *glándulas anales* se localizan mayoritariamente en el hemiano posterior, sus túbulos se abren dentro del conducto anal en las criptas de la línea dentada o pectínea. La secuencia fisiopatológica comienza con la obstrucción y dilatación de los conductos,

estasis, infección y abscedación. En la fase inicial la inflamación y supuración compromete a la glándula provocando una criptitis; esta evoluciona a la formación de un absceso que suele tener lugar en el espacio *interesfinteriano*; desde allí el pus colectado podrá seguir diferentes trayectos: descender al margen anal (absceso perianal) o penetrar en el esfínter externo (EE) y alcanzar el espacio isquiorectal (absceso isquiorectal). Con menos frecuencia, la infección puede progresar en dirección cefálica hacia el espacio supraelevador (absceso pelvirectal–supraelevador), dirigirse hacia atrás hacia los espacios postanales (absceso retroanal o postal profundo o superficial), o comunicarse a través de estos últimos con el homónimo del lado opuesto (absceso en herradura).

Su drenaje a través de la piel perianal, sea espontáneo o quirúrgico, puede dar origen a una fístula. Al igual que los abscesos, el 90% de las fístulas también responden al origen criptoglandular y el 10% restante a un variado grupo de patologías, que en alguna etapa de su evolución desarrollaran una fístula, en particular la enfermedad de Crohn.

Clasificación de los abscesos perianales

Los espacios de tejido celulosos alrededor del canal anal permiten la clasificación según su localización: perianal (60%), isquiorectal (20%), submucoso, interesfinteriano y pelvirectal.

Manifestaciones clínicas

El dolor es el síntoma clave. A diferencia de la fisura anal el dolor es permanente, pulsátil y sin relación con la defecación, y la mayoría de los casos se acompaña de una tumoración con elementos fluxivos. La presencia de dolor perianal y fiebre debe hacernos pensar en un absceso ano-rectal pero esta última falta con frecuencia.

Al examen físico, en los abscesos perianales e isquirectales se observa tumor, rubor, edema y piel tensa. Sin embargo estos hallazgos pueden no ser tan obvios cuando el absceso es

interesfinteriano, postanal profundo o del espacio supraelevador. Estos últimos son infrecuentes; pueden notarse el abombamiento correspondiente a la colección al tacto rectal.

En el absceso en *herradura* la colección se disemina atravesando la línea media en los espacios circumanales; por lo general está variedad se observa en los espacios isquioanales en los que el pus migra a través del espacio postanal profundo.

Es importante indagar si es el primer episodio o existen antecedentes de drenajes, ya sea espontáneo o quirúrgico, lo que corresponde con la abscedación de un trayecto fistuloso ya constituido. La presencia de inmunosupresión (DM, obesidad, VIH, neutropenia) puede implicar un proceso de rápida evolución, involucrando gérmenes diferentes a los habituales así como un curso de mayor gravedad.

Diagnóstico

Es *clínico* y se basa la presencia del dolor característico y el hallazgo de la tumefacción fluxiva. Ante la sospecha de *abscesos profundos isquiorectales y pelvirectales* sin expresión cutánea e inaccesibles al tacto rectal, son necesarios estudios de imagen siendo el de elección la *Resonancia nuclear magnética*. La *tomografía computada* es menos sensible para colecciones pequeñas interesfinterianas y la *ecografía endoanal* es mal tolerada en la fase inflamatoria aguda.

Tratamiento

El tratamiento de los abscesos perianales consiste en antibioticoterapia, analgésicos antiinflamatorios y drenaje quirúrgico de la colección.

El plan antibiótico debe estar dirigido a la flora intestinal (E. Coli y anaerobios sobre todo B. Fragilis). Los planes más utilizados son: Amoxicilina con inhibidores de betalactamasa en asociación con Metronidazol o Ciprofloxacina. La antibioticoterapia puede resultar



Absceso perianal anterior (radio de hora 2).



Tomografía evidencia extensión supraelevador de absceso postanal profundo.

en un tratamiento suficiente en la fase inicial de criptitis anal.

Para el drenaje quirúrgico del pus, la incisión suele emplazarse en la zona central de eritema y fluctuación evitando seccionar el aparato esfinteriano.

Con el manejo terapéutico estándar hasta un 30% de los abscesos perianales recidivan. La recurrencia del absceso suele indicar la formación de un trayecto fistuloso.

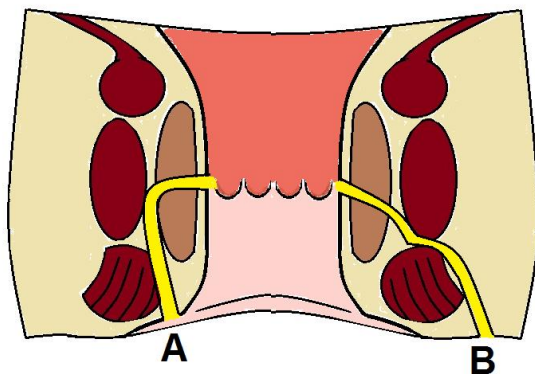
FÍSTULA ANAL

Es una comunicación anormal de la luz ano-rectal con la piel perianal, a través de un trayecto inflamatorio crónico que no tiene tendencia espontánea a obliterarse. La identificación de los orificios fistulosos (interno y externo), su trayecto y relación con el esfínter son esenciales para la correcta clasificación anatómica y para planear el tratamiento quirúrgico adecuado.

Los trayectos fistulosos simples poseen un *orificio interno* (OI) que habitualmente se sitúa en la línea dentada o criptopapilar y un *orificio externo* (OE) que se abre en la piel perianal, tanto más cerca del margen cuanto más bajo y superficial es su recorrido. Al igual que los abscesos anales, en el 90% de los casos las fístulas anales tienen su OI en la comisura anal posterior o dorsal.

Clasificación

Las fístulas anales se clasifican en base a la relación del trayecto con el aparato esfinteriano (esfínter interno y esfínter externo) dado que esta tiene importante implicancia en el tratamiento y pronóstico.



Trayectos fistulosos más frecuentes: A interesfinteriano. B transesfinteriano bajo.

Fístulas interesfinterianas: el trayecto fistuloso se encuentra en el espacio interesfinteriano no atravesando el esfínter externo; representan un 30% de los casos.

Fístulas transesfinterianas el trayecto atraviesa ambos esfínteres (interno y externo) hacia la

fosa isquiorectal y corresponden a la variedad más frecuente.

Fístulas supraesfinterianas el trayecto pasa por encima del haz puborectal y suelen abrirse en la fosa isquiorectal a distancia del margen anal.

Fístulas extraesfinterianas se dirigen desde el recto atravesando el plano de los elevadores y la fosa isquioanal hacia la piel perianal; corresponden al 3% de los casos, y resultan de una perforación del recto por cuerpos extraños o iatrogénica, o por otra patología concomitante.

La mayoría de las fístulas comprometen en su travesía menos del 30% del esfínter externo y se consideran simples. Se definen como *fístulas complejas* un conjunto de situaciones anatómicas y clínicas de difícil resolución, que incluyen *orificios múltiples* y *trayectos complejos*: ramificados, altos, en herraduras; y aquellas *secundarias* a patología inflamatoria intestinal, radiación, incontinencia preexistente.

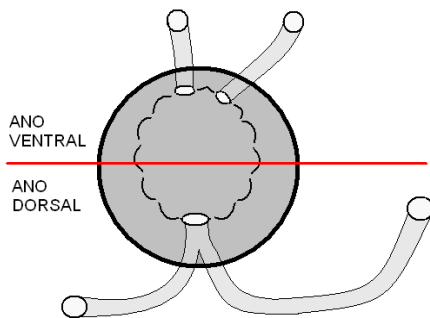
Manifestaciones clínicas

Es común que los pacientes presenten el antecedente de un *absceso perianal* que se drenó espontáneamente o en forma quirúrgica. Los síntomas de las fístulas anales pueden resumirse en dolor, tumefacción y supuración que suelen presentarse en forma cíclica. Los pacientes suelen estar períodos de meses o años con supuración o secreción crónica por lo demás anodina. Esta situación alterna con episodios de tumefacción local dolorosa (provocados por obstrucción y abscedación del trayecto) que alivian luego de una descarga de pus espontánea o quirúrgica.

La curación espontánea de una FA es excepcional, no obstante ocasionalmente se vuelven “inactivas” (sin brotes inflamatorio-infecciosos) manteniendo escasa o nula secreción.

Al examen físico, la inspección generalmente permite identificar el o los orificios externos, a veces asociado a dermatitis circundante; la expresión del trayecto puede objetivar la salida de material purulento. La localización del

orificio externo orienta acerca de la localización del OI primario, de acuerdo a la ley de *Goodsall*: cuando el OE se sitúa en el *hemiano anterior*, el trayecto fistuloso suele dirigirse en forma *radial* hacia la cripta patológica, mientras que los ubicados en el *hemiano posterior*, el trayecto se dirige en forma *curva* desembocando en una cripta en la línea media posterior. Son excepciones a esta regla los orificios múltiples y los anteriores que están a más de 3cm del margen anal.



Esquema de la regla de Goodsall.

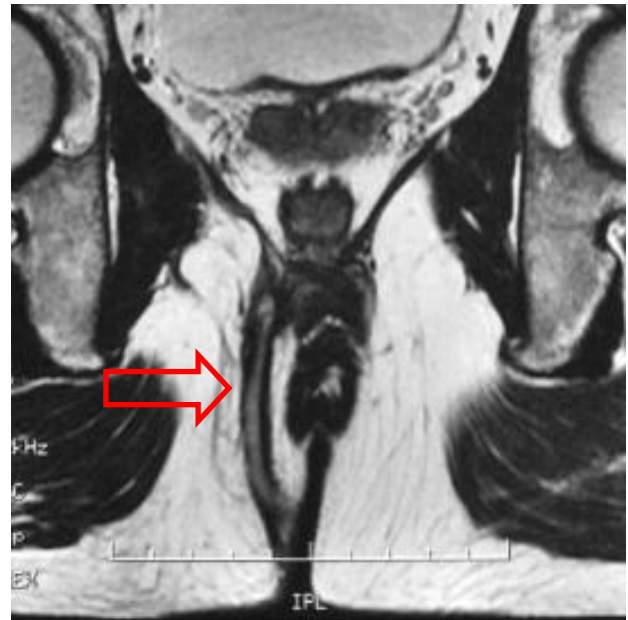
El tacto rectal permite evaluar el tono y longitud del esfínter. En ocasiones permite detectar la induración de la cripta patológica o el OI, o una tumefacción de un trayecto abscedado. La *anoscopía* es útil para identificar el orificio interno.

Estudios complementarios

Los pacientes con fístulas complejas pueden requerir imagenología para evaluar la anatomía de los trayectos y sus extensiones secundarias, presencia de colecciones y pesquisar patología asociada. Se utilizan la *ecografía endorrectal* o la RNM; la primera requiere la introducción de la sonda vía rectal y es operador dependiente. Cuando se sospeche alteración de la continencia es aconsejable realizar una *manometría anorrectal* para cuantificarla y adecuar la táctica quirúrgica. Igualmente, ante la sospecha de enfermedad de Crohn (orificios múltiples, situación atípica, bordes inflamados cianóticos) es mandatoria la exploración mediante colonoscopia con ileoscopia.

TRATAMIENTO

El tratamiento de las fístulas anales es quirúrgico y su objetivo es erradicar él o los trayectos fistulosos preservando la continencia anal (aparato esfinteriano). La limitante técnica que implica minimizar el daño del esfínter y la variabilidad de los trayectos fistulosos y sus extensiones secundarias, explican la alta tasa de recidiva fistulosa luego del tratamiento quirúrgico. Las fístulas que recidivan agregan



RNM trayecto supraesfinteriano derecho señalado con flecha roja.

una distorsión anatómica cicatrizal que incrementa la complejidad terapéutica.

Se han descrito múltiples técnicas, y el nivel de evidencia en la literatura sobre el resultado de las distintas opciones es muy bajo. Los procedimientos quirúrgicos fundamentales se diferencian en:

Fistulotomía

Consiste en la “puesta a plano” de la fistula para permitir la cicatrización por segunda intención. Dado que la sección incluye al músculo superficial al trayecto con el consiguiente riesgo sobre la continencia anal, se utiliza en las fístulas submucosas, interesfinterianas y transesfinterianas bajas.



Sedal siliconado en una fístula transesfinteriana.

Fistulectomía

Consiste en la disección y resección del total o parcial del tejido fibroso del trayecto, al que se agregan técnicas de cierre del orificio interno, preservando el músculo esfinteriano. Una técnica adjunta para obliterar el OI es el *deslizamiento de colgajos* que se realiza en las fístulas complejas que comunican el ano-recto con el periné, la vagina o tracto urinario.

Sedales

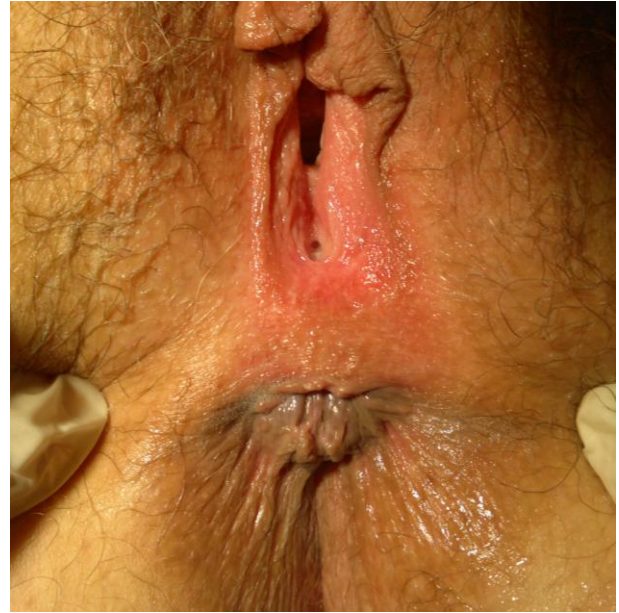
El término sedal deriva de *cerda*, utilizada como drenaje para mantener permeable el trayecto e interrumpir el ciclo de obstrucción y abscedación. Eventualmente permite guiar la fibrosis cicatrizal y epitelización del trayecto. Usualmente son de látex, silicona o nylon; se anudan dejando un asa sin tensión que atraviesa el trayecto (no se recomiendan actualmente los sedales a tensión o cortantes).

Ligadura de la fístula interesfinteriana (LIFT)

Es un abordaje que preserva el esfínter desconectando el trayecto en el espacio interesfinteriano.

FÍSTULAS ANO-RECTO VAGINALES

Mención aparte merecen las fístulas del ano-recto al tracto genital femenino. Puede ser una



Fístula ano-vaginal. Al desplegar el introito se observa el orificio fistuloso en la línea media.

condición congénita pero en su mayoría son adquiridas siendo las dos variedades más comunes en nuestro medio las ocasionadas por trauma obstétrico y las secundarias a infección criptoglandular; otras causas son la enfermedad de Crohn, secuelas quirúrgicas (cirugía ginecológica, resección anterior baja de recto, confección de reservorios), tumores malignos de la región y radioterapia.

Su sintomatología característica (pérdida de gas o heces por la vagina) puede interferir con el desempeño psico-social y sexual resultando en ocasiones devastador para la paciente.

El tratamiento es quirúrgico y se basa en el empleo de técnicas de reparación del esfínter y del cuerpo perineal, requiriendo en algunos casos de estoma detransitante transitorio.

REFERENCIAS

Davis BR, Kasten KR. Anorectal abscess and fistula. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery, 2016. DOI 10.1007/978-3-319-25970-3_14.

Steele SR, Kumar R, Feingol DL, Rafferty JL, Buie WD. Practice Parameters for the management of perianal abscess and fistula-in-ano. Dis Colon Rectum 2011; 54: 1465-1474. DOI: 10.1097/DCR.0b013e31823122b3.

Brito N. Patología Benigna Anorectal. Departamento Básico de Cirugía. Curso virtual 2018 para CGIQ. Eva.fmed.edu.uy.