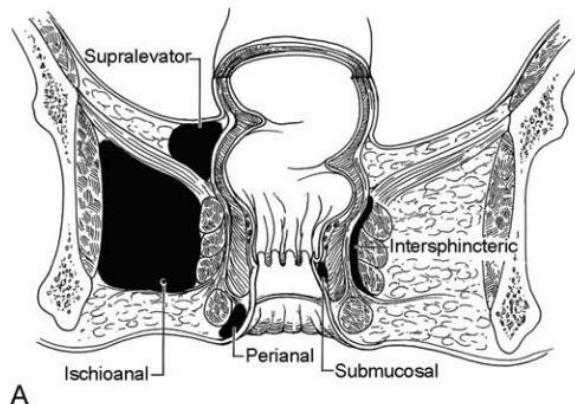




## ABSCEOSOS Y FÍSTULAS

Los abscesos y fístulas anorrectales son generalmente estadios sucesivos de una misma enfermedad supurativa. El absceso supone la fase aguda y la fístula la fase crónica.

- El 90% de los abscesos anorrectales tienen su origen en una infección no específica. Los organismos más frecuentemente implicados en la formación de abscesos son *E. coli*, *Enterococcus sp.* y *Bacterioides sp.*
  - El origen de la enfermedad se ha intentado explicar, según la teoría criptoglandular de Parks, por obstrucción y sobreinfección de las glándulas anales. No existen pruebas concluyentes de que esta etiopatogenia sea cierta.
1. Los abscesos se clasifican según su localización anatómica en perianales, submucosos, interesfinterianos, isquioanales y pelvi-rectales (Figura 1): los abscesos más comunes son los perianales (60%) y los menos frecuentes los de localización pelvi-rectal (4%).
  2. El pus puede extenderse circunferencialmente en los espacios interesfinteriano, supraelevador, isquioanal o postanal, pudiendo presentarse como abscesos en herradura.



La presentación clínica se correlaciona con la localización anatómica.

- Los abscesos perianales e isquioanales se presentan como una tumoración dolorosa y ocasionalmente fluctuante.
- Los abscesos interesfinterianos y submucosos pueden no presentar signos externos y cursan con dolor anal y signos de sepsis.
- Los abscesos interesfinterianos altos o supra elevadores presentan dolor rectal



intenso acompañado por síntomas urinarios: disuria, retención urinaria.

Los abscesos perianales e isquioanales se diagnostican por inspección.

Los endoanales, interesfinterianos y submucosos se diagnostican mediante el tacto rectal en el que se aprecia una tumoración dolorosa o con punción y aspiración de pus intraoperatoriamente en el paciente con sospecha clínica de absceso perianal. En estos abscesos puede ser necesario realizar una prueba de imagen diagnóstica, TAC o Resonancia Magnética preoperatoria o ecografía endoanal intraoperatoria.

## Tratamiento

### ***Principios generales***

- El tratamiento, aunque no exista fluctuación, es el drenaje quirúrgico. Los antibióticos solo están indicados en inmunodeprimidos, o gran componente inflamatorio. Se deben emplear en los pacientes descritos en el capítulo 2.
- Se debe evitar la instrumentación de la cavidad del absceso que puede dar lugar a efectos adversos como una fístula compleja.
- Los pacientes inmunodeprimidos o diabéticos se consideran pacientes de riesgo de complicaciones graves como la fascitis necrotizante si se retrasa el desbridamiento.

### ***Abscesos perianales e isquioanales***

- – Se desbridan en el punto más declive de la tumoración y más próximo al ano. Así, si el paciente desarrolla posteriormente una fístula, esta tendrá un trayecto más corto.
- – Para evitar que la piel se cierre antes de que el absceso se haya curado, es necesario reseca un fragmento de piel.

### ***Absceso submucoso***

- Se desbridan por vía endoanal mediante la incisión de la mucosa en toda la longitud del absceso.

### ***Absceso interesfinteriano***

- El desbridamiento se realiza, vía endoanal, mediante la sección del esfínter interno en toda la extensión del absceso.
- Nunca se debe drenar un absceso interesfinteriano desde la fosa isquioanal para evitar la aparición de una fístula transesfinteriana alta o supraesfinteriana.



### ***Abscesos isquioanales en herradura- absceso postanal profundo***

- Su drenaje requiere dos incisiones, una a cada lado del ano. Ambas incisiones se unen con un drenaje que se pasa por debajo de la línea media posterior.
- Los abscesos postanales profundos presentan mayor complejidad en su manejo. se realiza una incisión longitudinal entre el ano y el cóccix; a través de ella se separan los fascículos de la porción superficial del esfínter externo, y por el espacio interesfinteriano se secciona el esfínter interno hasta la línea pectínea. Además se hacen dos contra-incisiones en ambas fosas isquioanales para drenar las extensiones laterales del absceso (Figura 5.3).

### ***Absceso supraelevador***

Es necesario determinar el origen de los mismos para realizar un drenaje que no dé lugar posteriormente a fístulas complejas.

- Si la causa es un absceso interesfinteriano, debe tratarse por dentro del ano con sección del esfínter interno. Si la causa es un absceso isquioanal con una prolongación por encima del elevador, el drenaje debe hacerse a través de la piel perianal
  - Si la causa es una enfermedad pélvica el drenaje puede realizarse por vía abdominal o endorrectal, en relación a cual sea más accesible.
- ***Fistulotomía además del desbridamiento***

Un punto de controversia es si se debería realizar fistulotomía primaria, en caso de visualizarse el trayecto fistuloso, a la vez que el desbridamiento del absceso.

- A favor, la fistulotomía primaria elimina la fuente de infección, disminuye la tasa de recurrencias y de cirugías y por lo tanto la invalidez y la morbilidad añadida.
- En contra, un 34-50% de los pacientes con absceso anal no desarrollarán una fístula. Además, la instrumentación necesaria para la búsqueda del orificio interno en un terreno inflamado puede llevar a la creación de falsas vías.
- La decisión de realizar una fistulotomía primaria debe ser individualizada y practicada sólo por cirujanos con un adecuado conocimiento de la anatomía de la región anal. La creación de una falsa vía y la división



innecesaria del esfínter deben ser consideradas inaceptables en la práctica diaria.

- Nunca se realizará fistulotomía en pacientes añosos, o con fístulas transesfinterianas altas y en mujeres con fístulas anteriores y cicatrices de episiotomía. Además, tampoco se debe realizar en pacientes con enfermedad de Crohn, o sida VIH .
- Una actitud intermedia es dejar un sedal como drenaje si en la exploración se aprecia con claridad la salida de pus por un orificio a nivel de la línea pectínea y el trayecto de la fístula se puede canalizar sin dificultad.
- El paciente suele tener el antecedente de un absceso perianal con posterior secreción persistente o intermitente de pus, ano húmedo, prurito anal, en algunos casos refieren la reabscedación recurrente.
- Identificar síntomas que pudieran hacer sospechar una enfermedad específica como causa de la fístula, interrogar sobre alteraciones de la continencia anal y de antecedentes obstétrico-quirúrgicos que pudieran comprometer la función del esfínter anal.

## **Diagnóstico**

### ***Exploración física***

- Buscar la presencia del Orificio Fistuloso Externo (OFE) en la región perianal o perineal, del que puede salir pus.
- La palpación desde el orificio externo hacia el canal anal podrá mostrar una induración que corresponde al trayecto fistuloso. Si en la palpación se pierde el trayecto, es posible que se trate de una fístula más alta. Si se sigue hasta el espacio interesfinteriano, lo más probable es que corresponda a una fístula baja.
- El tacto rectal debe intentar localizar el orificio interno en canal anal y valorar la presencia de abscesos o trayectos secundarios.
- La regla de Goodsall tiene una buena correlación cuando el orificio es posterior pero no cuando es anterior



### **Exploraciones complementarias : En Fístulas Recidivadas o complejas como complemento a la exploración bajo anestesia.**

- **Resonancia Magnética:** Sensibilidad hasta 100%. Exactitud hasta 85% de trayectos principales. Diferencia de trayectos fibrosos.
- **Ecografía endoanal:** Precisión en trayectos principales y secundarios hasta 80%. Sin embargo, para localizar el orificio interno entre el 40-80%. Adecuada representación de los esfínteres.
- **La manometría anorrectal:** puede indicarse en pacientes con alteraciones de la continencia anal.
- **Colonoscopia:** ante sospecha de neoplasia o enfermedad inflamatoria intestinal.

### **Clasificación por su relación con los esfínteres anales**

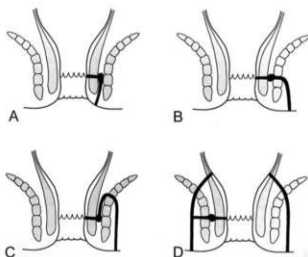
#### **Clasificación de Parks:**

**A.- Interesfinterianas:** 70% el trayecto transcurre en el espacio interesfinteriano.

**B.- Transesfinterianas:** 25%: el trayecto atraviesa ambos esfínteres, comprometiéndolo en distinto grado, según la longitud de esfínter distal al trayecto. Pueden asociar trayectos secundarios, o desembocar en espacio postanal. Si es circunferencial hacia uno o ambos lados se denominan en Herradura, generalmente con OFI en línea media posterior.

**C.- Supraesfinterianas:** 3%: sigue un trayecto ascendente por espacio interesfinteriano, por sobre el anillo anorrectal, y desciende por fosa isquiorectal.

**D.- Extraesfinterianas:** 2%: su origen esta en alguna patología séptica pélvica, atraviesa músculos del piso pélvico, drenada hacia el periné sin compromiso del aparato esfinteriano.



Fístulas superficiales no contempladas en clasificación de Parks :  
Submucosas o subcutáneas ej. fístula fisuraria.



### **Según Complejidad**

- *Fístulas simples*: aquellas con una mínima afectación del esfínter externo (<30%). Fístulas superficiales, interesfinterianas y transesfinterianas bajas.
- *Fístulas complejas*. (Las restantes) No hay unos criterios homogéneos, se denominan complejas aquellas con un mayor riesgo de recidivas o de alteraciones de la continencia anal:
  - Afectan a más del 30% del esfínter externo, como son las transesfinterianas medias-altas, y las supraesfinterianas.
  - Localización anterior en mujeres.
  - Múltiples trayectos.
  - Recidivadas.
  - En pacientes con alteraciones de la continencia anal.
  - Fístulas específicas como enfermedad de Crohn, VIH-SIDA o secundarias a tratamientos de radioterapia

### **Tratamiento Quirúrgico**

Pretende eliminar la fístula, prevenir la recurrencia y conservar la continencia. Identificando OFI, trayecto principales y secundarios si los hay y seccionando la menor cantidad de esfínter. Es útil la inyección de agua oxigenada y la canulación con estilete.

### **Técnica quirúrgica:**

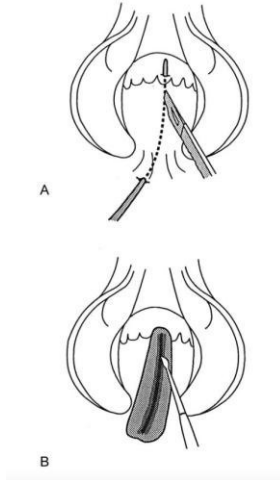
Paciente sin comorbilidad importante, operados en forma ambulatoria con o sin preparación mecánica retrograda.

Uso de AB profilaxis, según Norma.

Posición de litotomía forzada o Navaja sevillana en caso de lesiones anteriores.

### **Fistulotomía en fístulas simples. (Parks I)**

- Técnica de elección para Fístulas superficiales, interesfinterianas y transesfinterianas bajas.
- Localizar orificios fistulosos, canular y seccionar el techo del trayecto, quedando abierto al canal anal. Curetaje del lecho. Desaconsejable seccionar más del 30% del esfínter externo
- La fistulectomía alarga tiempo de curación y altera más la continencia.
- Resultados variables con tasas de recidiva entre el 0-21% y de alteración de la continencia entre el 0-82%.
- Marsupialización del trayecto puede acortar los tiempos de curación.



### **Sedales**

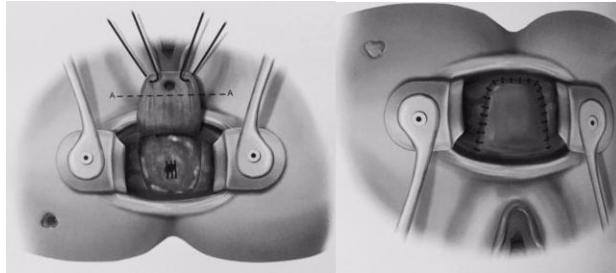
- Sedal laxo facilita el drenaje del trayecto para prevenir la formación de absceso sin intención curativa. Indicados en fístulas complejas y/o recidivadas con incontinencia o riesgo de ésta. Puede reexplorar eliminada la sepsis para realizar otros procedimientos.
- Sedal cortante realiza una fistulotomía progresiva en un período de tiempo al ir apretando a intervalos regulares el material elástico o de sutura que tutoriza la fístula. Indicada si la fistulotomía en un tiempo tiene riesgo de incontinencia.
- Las tasas de recidiva oscilan entre el 0-18% con las alteraciones de la continencia anal entre el 34-63%.

### **Colgajos de avance**

- Está indicada: fístulas transesfinterianas medias y altas, y supraesfinterianas.
- Se realiza una fistulectomía completa del trayecto, sutura de los orificios musculares de los esfínteres y descenso de un colgajo mucoso-submucoso con algunas fibras musculares, que se sutura a nivel de la línea pectínea o espacio interesfinteriano.
- Debe liberarse en sentido ascendente lo suficiente para que descienda sin tensión y de forma que la base mida el doble que su ápex.
- Los resultados, variables, presentan una tasa de recidiva del 20% (rango 0- 76), y un 13% de alteraciones de la continencia (rango 0-35).
- Sellando el trayecto con adhesivo de fibrina se disminuye de una manera significativa la tasa de recidiva.



- Colgajos de avance anocutáneos. El procedimiento se basa en deslizar un colgajo anocutáneo que se sutura a la mucosa del canal anal, cubriendo el orificio del esfínter interno previamente cerrado tras la fistulectomía. Este procedimiento es útil en fístulas recidivadas en las que es más difícil conseguir un adecuado colgajo de avance endoanal.



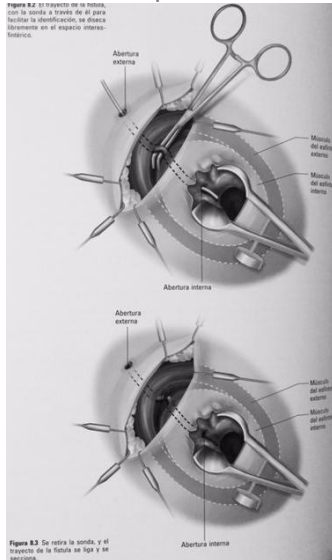
### ***LIFT (ligadura del trayecto en el espacio interesfinteriano)***

- Técnica propuesta recientemente (2007), para tratar fístulas complejas mediante un procedimiento conservador del esfínter anal. Se basa en localizar el trayecto a nivel del espacio interesfinteriano con ligadura y sección del mismo. Sin sección muscular conservando la continencia.
- Se puede indicar en cualquier fístula que atraviese espacio interesfintérico.

#### Técnica:

- Identificación de trayecto de fístula interesfintérica.
- Incisión 3-4cm en surco interesfintérico
- Disección del trayecto fistuloso.
- Sección y ligadura de ambos extremos con vicryl 2-0.
- Curetaje de los trayectos.
- Sutura de incisión con puntos separados reabsorbibles.
- Éxito entre 47-95% metaanálisis 2015.





### ***Técnicas biológicas***

- Son procedimientos mínimamente invasivos basados en aplicar materiales biológicos en el trayecto de la fístula, para simplificar el tratamiento y minimizar las alteraciones de la continencia anal.

Tapón : surgisis Anal Fistula Plug

Indicado en Fístulas transesfintéricas.

Uso en ausencia de infección y trayecto fistuloso bien formado.

Técnica:

Sección de setón laxo, reemplazo por tracción de sutura firme, previamente atada al extremo interno del setón.

Irrigación de trayecto de fístula con agua oxigenada. Curetaje fino del trayecto.

Sutura del extremo externo del tapón rehidratado.

Tracción de la sutura posicionando el tapón, sección del remanente externo.

Y sutura con material reabsorbibles de tapón al esfínter.

Cierre del defecto de mucosa.

Estudios con seguimiento Hasta 12 meses resultados diversos con cierre de fístula entre un 14 y 83%.



Servicio de Cirugía  
Coloproctología  
Hospital Clínico San Borja-Arriarán

Universidad de Chile  
Facultad de Medicina  
Dr. Felipe Illanes F.



Operaciones Anorectales Wexner , Fleshman 2013  
Guía Clínica Cirugía colorrectal Asociación española de cirujanos, 2012  
The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery 2007

