

ABSCESOS FISTULOSOS ANORECTALES

Concepto, clasificación, diagnóstico y tratamiento.

Dr. Alejandro García Gutiérrez (1).

Dr. Luis Villasana Roldós (2).

1. Concepto

Los abscesos de la región ano-rectal tienen como característica que, en un elevado porcentaje, dejan como secuela un trayecto fistuloso, por lo que se definen como abscesos fistulosos.

Son más frecuentes en el adulto joven.

2. Clasificación

Tomando como referencia su relación con el músculo elevador del ano :

2.1. Por debajo del elevador del ano:

2.1.1. Perianal:

- Cutáneo.
- Subcutáneo.

2.1.2. Isquiorrectal.

2.2. Por arriba del elevador del ano:

2.2.1. Mural:

- Submucoso.
- Interesfintérico.

2.2.2. Pelvirrectal.

2.2.3. Retrorrectal.

3. Diagnóstico

3.1. Antecedentes:

- a. Mala higiene perianal y perineal.
- b. Malos hábitos defecatorios:
 - Constipación.
 - Diarreas.
- c. Enfermedades sistémicas:
 - Diabetes.
 - Leucemia.
 - Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

(1) Profesor de Mérito (ISCM-H), Prof. Titular de Cirugía (Consultante), Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García, Especialista de 2º Grado en Cirugía General, Jefe del Grupo Nacional de Cirugía del MINSAP.

(2) Profesor Auxiliar de Cirugía (Consultante), Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García (I.S.C.M.-H.). Especialista de 2º Grado en Coloproctología.

3.2. Cuadro clínico:

- Variará de acuerdo con la localización del absceso.
- La sintomatología dolorosa es más intensa, cuanto más próximos a la piel.

3.2.1. Abscesos situados por debajo del músculo elevador del ano:

a. Absceso perianal:

- Muy doloroso.
- Rubor y calor local.
- Aumento de volumen y posible fluctuación en el borde anal.
- Fiebre moderada.
- Dificultad a la defecación y a la micción.

b. Absceso isquiorrectal:

- Al inicio son menos dolorosos que los perianales.
- A medida que progresan aparece toma del estado general y aumento del dolor local.
- Fiebre elevada.
- Dificultad a la defecación y a la micción.
- Dolor al tacto rectal y perianal del lado del proceso.
- Rubor, edema perianal y después fluctuación perianal
- Puede ser bilateral debido a la extensión del proceso al espacio isquiorrectal contralateral , a través del espacio postanal.

3.2.2. Abscesos situados por encima del músculo elevador del ano:

a. Abscesos murales:

- Falso deseo de defecar.
- Dolor y abombamiento al tacto rectal en la zona del absceso.
- Fiebre cuando avanza el proceso.

b. Absceso pelvirrectal:

- Al inicio: Febrícula y molestias a la defecación y a la micción.
- Posteriormente:
 - Signos de irritación peritoneal.
- Al tacto rectal: Dolor, abombamiento y fluctuación por encima del límite ano-rectal.

c. Absceso retrorrectal:

- Al inicio: Pocos síntomas, similar al pelvirrectal.
- Los síntomas locales y generales progresan a medida que el absceso desciende hacia el ano.
- Al tacto rectal: Masa dolorosa y renitente , cubierta por mucosa, en la pared posterior del recto.

3.3. Exámenes complementarios:

3.3.1. Laboratorio:

- Hemograma.
- Glicemia.
- Serología (SIDA).
- Cultivo y antibiograma del pus.

3.3.2. Punción bajo anestesia, para confirmar el diagnóstico y realizar el

estudio microbiológico.

3.4. Diagnóstico diferencial:

Debe ser hecho con todas las afecciones anorrectales que provoquen dolor, tales como:

- Hemorroides trombosada.
- Tumores.
- Abscesos pilonidales.

4. Tratamiento quirúrgico

4.1. Abscesos infra -elevadores:

4.1.1. Abscesos perianales:

- Anestesia espinal en silla de montar o general endovenosa.
- Incisión radiada, que incluya el orificio interno de la papila.
- Desbridamiento amplio y drenaje.
- Estudio microbiológico del pus y antibiograma.

4.1.2. Absceso isquiorrectal:

- Anestesia espinal baja o general.
- Punción para confirmar el absceso y tomar muestra del pus.
- Incisión amplia en forma de cruz.
- Desbridamiento amplio con el dedo enguantado para eliminar tabiques.
- Lavado amplio de la cavidad y taponamiento con gasa y unguento de antibiótico.

4.2. Abscesos supra -elevadores:

4.2.1. Abscesos murales:

- Anestesia espinal baja o general.
- Punción para confirmar el absceso y tomar muestra del pus.
- Incisión longitudinal, a través de la mucosa rectal.
- Desbridamiento y lavado de la cavidad.
- Drenaje con hule de goma.

4.2.2. Absceso pelvirrectal:

- Anestesia espinal baja o general.
- Punción para confirmar el absceso y tomar muestra del pus.
- Incisión lateral al ano y por fuera de los esfínteres.
- Con control de un dedo intrarrectal, se introduce una pinza a través de la incisión, perforando el músculo elevador, hasta llegar a la cavidad del absceso.
- Desbridamiento y lavado de la cavidad.
- Drenaje con hule de goma.

4.2.3. Absceso retrorrectal:

- Anestesia espinal baja o general.
- Punción para confirmar el absceso y tomar muestra del pus.
- Incisión anteroposterior, en la región posterolateral del ano, cuidando de no incidir el esfínter.
- Con control de un dedo intrarrectal, se introduce una pinza a través de la incisión, hasta llegar a la cavidad del absceso.

- Desbridamiento y lavado de la cavidad.
- Drenaje con hule de goma.

4. Tratamiento postoperatorio

- 4.1. Antibioticoterapia (Ver el tema de antibióticos en el presente manual).
- 4.2. Baños de asiento tibios, 2 veces al día, a las 24 horas de la operación.
- 4.3. Curación diaria, evitando el cierre primario.