

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**PREVALENCIA DE ABSCESOS ANORRECTALES, Y SU RELACIÓN CON
FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES EN PACIENTES DEL SERVICIO
DE COLOPROCTOLOGIA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO DURANTE EL
PERIODO DE ENERO DEL 2001 A MARZO DEL 2011**

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN

DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORES:

ERAZO VERDUGO CARLOS ESPARTACO

REINA CASTRO ANDREA CAROLINA

DIRECTOR: DR. PATRICIO MORETTA

QUITO 2012

**PREVALENCIA DE ABSCESOS ANORRECTALES, Y SU RELACIÓN CON
FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES EN PACIENTES DEL SERVICIO
DE COLOPROCTOLOGIA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO DURANTE EL
PERIODO DE ENERO DEL 2001 A MARZO DEL 2011**

DEDICATORIA

A mis padres Carlos Emilio y Marcia, a hermanos Juan Alfaro y Sariri, a mis tíos Julio y Remigio, a mis abuelos y en especial a Carla Sofía, mi inspiración para todo en la vida.

Espartaco Erazo

DEDICATORIA

Dedico todo el esfuerzo y trabajo de este proyecto a DIOS que ha estado presente en cada paso que doy.

A cada uno de los miembros de MI FAMILIA, pilares fundamentales; quienes a lo largo de toda mi vida han velado por mi bienestar y educación, depositando su entera confianza y apoyo en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Por ellos es que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida.

También dedico este proyecto a mi ESPOSO, mi amigo incondicional, mi confidente, apoyo constante en todo momento. Lo amo con toda mi alma.

A todos ellos este proyecto, que sin ellos, no hubiese podido ser.

Andrea Reina

AGRADECIMIENTO

Este proyecto es el resultado del esfuerzo conjunto de todos los que formamos este equipo de trabajo. Agradecemos a nuestros directores y tutores de tesis, quienes a lo largo de este tiempo han puesto su conocimiento, tiempo y paciencia a este sueño, el cual ha finalizado llenando todas nuestras expectativas.

A nuestros padres quienes a lo largo de toda la vida han apoyado y motivado nuestra formación, y creyeron en nosotros y nuestras habilidades.

Al Proceso de Docencia e Investigación y Departamento de estadística del Hospital Eugenio Espejo por permitirnos obtener datos fundamentales de nuestro trabajo y ser partícipes de nuestra formación.

Y finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa universidad la cual abre sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

TABLA DE CONTENIDOS

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| 2. CAPITULO I..... | 10 |
| 2.1 ABSCESO ANORRECTAL..... | 11 |
| 2.2.1 Epidemiología..... | 11 |
| 2.2.2. Etiología..... | 12 |
| 2.2.3. Fisiopatología..... | 16 |
| 2.2.4. Localización..... | 18 |
| 2.2.5 Cuadro Clínico..... | 19 |
| 2.2.6 Diagnóstico..... | 21 |
| 2.2.7 Tratamiento..... | 21 |
| 2.3 FISTULAS..... | 23 |
| 2.3.1 Epidemiología..... | 23 |
| 2.3.2 Clasificación..... | 23 |
| 2.3.3 Etiología..... | 27 |
| 2.3.4 Cuadro Clínico..... | 28 |
| 2.3.5 Exploración Física..... | 28 |
| 2.3.6 Diagnóstico..... | 31 |
| 2.3.7 Tratamiento..... | 33 |
| 2.3.7.1 Alternativas Terapéuticas..... | 34 |

| | |
|--|----|
| 3. CAPITULO II | |
| 3.1 DISEÑO METODOLÓGICO..... | 42 |
| 3.1.1 Problema..... | 42 |
| 3.1.2 Objetivo general..... | 42 |
| 3.1.3 Objetivos específicos..... | 42 |
| 3.1.4 Hipótesis..... | 43 |
| 3.1.5 Tamaño de la muestra..... | 44 |
| 3.1.6 Operacionalización de variables..... | 45 |
| 3.1.7 Plan de análisis de datos..... | 52 |
| 3.1.8 Aspectos Bioéticos..... | 53 |
| 4. CAPITULO III | |
| 4.1 RESULTADOS..... | 55 |
| 4.1.1 Análisis descriptivo | 55 |
| 4.1.2 Análisis Multivariar..... | 60 |
| 5. DISCUSIÓN..... | 71 |
| 6. CONCLUSIONES..... | 78 |
| 7. RECOMENDACIONES..... | 78 |
| 8. BIBLIOGRAFÍA..... | 80 |
| 9. ANEXOS..... | 89 |

Lista de Cuadros

| | |
|--|----|
| Cuadro 1.- ABSCESO ANORRECTAL: CAUSAS..... | 12 |
|--|----|

Lista de tablas

| | |
|---|----|
| Tabla No 1.- CLASIFICACIÓN DE LAS FISTULAS ANORRECTALES SEGÚN PARKS..... | 23 |
| Tabla 2.- CARACTERISTICAS DE LOS ABSCESOS..... | 59 |
| Tabla 3.- FACTORES DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON ABSCESO ANORRECTAL..... | 62 |
| Tabla 4.- ANTECEDENTES PERSONALES RELACIONADOS CON ABSCESSO ANORRECTAL..... | 67 |
| Tabla 5 .- HÁBITOS RELACIONADOS CON ABSCESSO ANORRECTAL.... | 68 |
| Tabla 6.- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS RELACIONADOS CON ABSCESSO ANORRECTAL..... | 70 |

Lista de Gráficos

| | |
|---|----|
| Gráfico 1.- POSIBLES DIRECCIONES DE LA EXTENSIÓN DE LOS ABSCESOS ANORRECTALES..... | 17 |
| Gráfico 2.- LOCALIZACIÓN DE LOS ABSCESOS (CORONAL)..... | 18 |
| Gráfico 3.- LOCALIZACIÓN DE LOS ABSCESOS (SAGITAL)..... | 18 |
| Gráfico 4.- REGLAS DE GOODSALL..... | 28 |
| Gráfico 5.- IDENTIFICACIÓN DE FISTULAS..... | 30 |
| Gráfico 6.- DISTRIBUCIÓN POR SEXO AÑO 2001-2011..... | 55 |
| Gráfico 7.- DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD..... | 56 |
| Gráfico 8.- DISTRIBUCIÓN POR INSTRUCCIÓN | 57 |
| Gráfico 9.- OCUPACIONES..... | 57 |
| Gráfico 10.- MOTIVO DE CONSULTA..... | 58 |
| Gráfico 11.- RELACIÓN ENTRE SEXO Y ABSCESO ANORRECTAL..... | 60 |
| Gráfico 12.- RELACIÓN ENTRE ESCOLARIDAD Y ABSCESO ANORRECTAL..... | 61 |
| Gráfico 13.- RELACIÓN ENTRE DIABETES Y ABSCESO ANORRECTAL..... | 63 |
| Gráfico 14.- RELACIÓN ENTRE ANTECEDENTES PROCTOLÓGICOS Y ABSCESO ANORRECTAL..... | 64 |

| | |
|--|----|
| Gráfico 15.- RELACIÓN ENTRE TRAUMA Y ABSCESO ANORRECTAL.... | 65 |
| Gráfico 16.- RELACIÓN ENTRE NEOPLASIAS Y ABSCESO ANORRECTAL | 67 |
| Gráfico 17.- RELACIÓN ENTRE ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS Y ABSCESSO ANORRECTAL..... | 17 |

Resumen:

Es un estudio descriptivo retrospectivo que tuvo como objetivos: determinar la prevalencia de pacientes con abscesos anorrectales, los factores de riesgo que predisponen a los mismos y sus complicaciones en pacientes que presentan absceso anorrectal, en el servicio de Coloproctología del hospital Eugenio Espejo de enero del 2001 a marzo del 2011. Los abscesos y fístulas perianales representan una de las patologías más frecuentes en el servicio de coloproctología.

Material y Método: Se analizaron 385 historias clínicas por abscesos y fístulas anorrectales entre enero del 2001 y marzo de 2011. Se tuvieron en cuenta aspectos demográficos de la población, antecedentes de diabetes, trauma, infecciones, antecedentes quirúrgicos.

Resultados: La presencia de los factores de riesgo: antecedente de trauma por cuerpo extraño y golpe (OR=4, IC 95% 1.33 – 9.9, p=0.02), los antecedentes de diabetes (OR=7.83, IC 95% 2.89 – 21.18), antecedentes proctológicos (OR=29, IC 95% 12,8 - 65,8) se asociaron con absceso y fístula anorrectal. Mientras que, cirugías previas de la región ano perineal (OR=1, IC 95% 0.47 – 2.24, p=0.9), , infecciones (OR=8,3, IC 95% 0,52 - 135,8, p=0,52) y neoplasias (OR=4 IC 95% 0,36 - 46,8, p=0,74), a pesar de de indicar una fuerte asociación para patología anorrectal, no mostraron significancia estadística en el estudio.

Conclusiones: En la mayoría de los pacientes la etiología fue inespecífica. La presencia de antecedente de trauma por cuerpo extraño y golpe y la diabetes se asociaron con absceso y fístula anorrectal.

Palabras clave: Absceso anorrectal, fístula anorrectal, trauma anoperineal.

Abstract:

This retrospective descriptive study had two major objectives: To determine the prevalence of perianal abscess, the risk factors and complications in patients diagnosed with perianal abscess in the Coloproctology service of Eugenio Espejo Hospital, from January 2001 to March 2011. The perianal abscesses and fistulas represent one of the most frequent coloproctological pathologies.

Materials and Methods: Three hundred eighty five clinical records of patients with a diagnosis of anorectal abscesses were analyzed, between January 2001 and March 2011. We take account demographic aspects of population, diabetes antecedents, injury, infections, and surgical antecedents.

Results: The presence of an antecedent of perianal injury (OR=4, IC 95% 1.33 – 9.9, p=0.02), the antecedent of diabetes (OR=7.83, IC 95% 2.89 – 21.18), proctologic antecedents, (OR=29, IC 95% 12,8 - 65,8) were associated with abscess and fistula. Previous anoperineal surgeries, (OR=1, IC 95% 0.47 – 2.24, p=0.9), infections (OR=8,3, IC 95% 0,52 - 135,8, p=0,52) and neoplasias (OR=4 IC 95% 0,36 - 46,8, p=0,74), despite of having a strong association with anoperineal pathology, not showed an statistical significance in this study.

Conclusions: The etiology of the abscesses in a big part of patients were unspecific; the presence of anoperineal injury antecedent, and the diabetes were associated with abscess and fistula

Key Words: Anal abscess, anal fistula, anoperineal injury

1. INTRODUCCIÓN:

Los abscesos anorrectales se describen como una cavidad anormal llena de líquido purulento (1), situada en los tejidos de la región anorrectal (2).

La aparición de un absceso anorrectal es más frecuente en varones que en mujeres, a razón de 3:1. Su incidencia máxima se localiza entre los 30 y los 59 años de edad, y la principal manifestación clínica es el dolor perianal, el mismo que origina 15% de las visitas al consultorio del cirujano colorrectal. Esto supone costos importantes en el sistema de salud, por el manejo que requieren y sus complicaciones. Un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado permiten tomar medidas adecuadas en el pronóstico de estos pacientes. El trastorno es más prevalente en inmunodeficientes como los diabéticos, los que tienen trastorno hematológico o una enteropatía inflamatoria y en individuos HIV positivos (3).

Dentro de la patología anorrectal, los abscesos constituyen un trastorno frecuente, los abscesos y fistulas se consideran dos formas de una misma entidad en la que los primeros representan la fase aguda y las segundas, la crónica. La fistula anorrectal, que se define como una comunicación anormal entre el conducto anal y la piel perianal, es un proceso infeccioso crónico que en su fase aguda forma un absceso. (2).

Para la comprensión y un correcto tratamiento de la patología proctológica, es fundamental el conocimiento de la anatomía de esta región. Se llega a decir, que con sólo el dominio anatómico de esta zona es posible

comprender más del 80% de esta Patología. Por otra parte, hay afecciones cuyas características dependen exclusivamente de la configuración anatómica de la región (4).

Los abscesos son clasificados según su lugar de origen en los diferentes espacios en: perianales, isquiorrectales, interesfintéricos, supraelevadores, siendo los perianales y los isquiorrectales los más comunes (5).

Los abscesos perianales se ubican en las proximidades del ano, entre la fascia superficial del periné y la piel. Los abscesos isquioanales o isquiorrectales ocupan el espacio o fosa del mismo nombre, limitada por arriba por el elevador del ano, y por dentro por el esfínter anal. Los abscesos retroanales ocupan un espacio virtual triangular muy pequeño ubicado por la pared posterior del ano entre el esfínter externo y las fibras que desde él se dirigen hacia atrás para constituir el rafe anocoxígeo. Los abscesos submucosos ocupan la submucosa de la parte más baja del recto, especialmente en la región posterior (4).

Los abscesos anorrectales son también de dos tipos primarios o inespecíficos y secundarios o específicos. Los abscesos anorrectales primarios no tienen identificada ninguna enfermedad que predisponga a la formación de este tipo de abscesos. La teoría etiológica más apoyada es la criptoglandular. (3), (4), (5).

La teoría de que los abscesos anales son de origen criptoglandular está sustentada no solamente en bases anatómicas, sino también en el hecho de

que en la mayoría de abscesos anorrectales el orificio primario se encuentra a nivel de la línea anorrectal.

En esta teoría dentro del conducto anal existen pliegues longitudinales denominados columnas o glándulas de Morgagni, los cuales forman una pequeña cavidad en su porción más inferior (a la altura de la línea dentada), cavidad que se denomina cripta anal. De acuerdo con la teoría se produce una infección en las criptas, por lo general microorganismos entéricos que desencadenan los abscesos (2).

Los abscesos anorrectales secundarios se han vinculado a enfermedades como causa específica de estos abscesos. Patologías específicas que incluyen la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerativa crónica inespecífica, infecciosas como tuberculosis, actinomicosis, infección por virus de inmunodeficiencia adquirida, linfogranuloma venéreo, traumáticos como: empalamiento, cuerpo extraño introducido o ingerido, enemas, quirúrgicos como cirugía prostática, episiotomía, hemorroidectomía, esfinterotomía, prostatectomía afecciones locales como enteropatía inflamatoria, cáncer rectal o anal, adenomas vellosos e inflamación pélvica: antecedente de radiación o enfermedades sistémicas como leucemia, linfoma u otras causas de pancitopenias, han sido señaladas como causa específica de abscesos anorrectales. (3), (4), (5), (6).

En un estudio de investigación realizado en el Hospital General de México con 112 pacientes diagnosticados de abscesos perianales se encontró que el 48.98% presento como patología asociada la diabetes mellitus, 18.37%

hipertensión arterial, 14,29% alcoholismo, 2.04% postquirúrgico de hemorroidectomía entre otros (22). Otros autores informan diabetes mellitus en 2 a 30 % de los sujetos con absceso anorrectal. (5).

Aunque esto no necesariamente implica una causa específica de los abscesos, dada la posibilidad de que la diabetes tenga un origen criptoglandular, lo que es muy factible en la mayor parte de los casos es que el desarrollo de la enfermedad sea por la predisposición de estos pacientes a la infección (7). Esto en numerosas ocasiones lleva a utilizar, con más frecuencia y en mayores dosis, tratamientos antibióticos, que a su vez acarrear un riesgo aumentado de reacciones adversas medicamentosas y un gasto farmacéutico más elevado. (7).

Se sabe que la inmunidad está alterada en los pacientes con Diabetes Mellitus. La asociación entre Diabetes Mellitus y el elevado riesgo de infecciones es una creencia mantenida en la práctica clínica habitual. Sin embargo, la evidencia para soportar dicha asociación es escasa (8).

Sin embargo existen otras revisiones realizadas apoyan la idea de una mayor susceptibilidad y frecuencia para las infecciones bacterianas, mientras que otros hacen hincapié en la mayor gravedad para las infecciones cuando éstas tienen lugar, en particular las provocadas por organismos raros incluyendo los hongos (9).

La disminución del poder fagocitario de los leucocitos podría estar directamente relacionada con el grado de hiperglucemia, sobre todo si existe desnutrición, trastornos de la hidratación o del pH sanguíneo. El quimiotactismo y el poder bactericida de los linfocitos también están muy disminuidos en los diabéticos (8).

La formación de polioles que producen una alteración funcional del sistema de defensa del hospedador, especialmente de los leucocitos polimorfonucleares está mediada por unos receptores específicos que son unas moléculas de superficie denominados RAGEs. Los radicales de oxígeno de los AGEs son reconocidos por los receptores RAGEs de los PMNs fijándose a ellos con gran avidez. (10).

Algunos autores afirman que el buen control glucémico mejora la función inmune: en un estudio se estimó la actividad bactericida de los neutrófilos mediante técnica de quimioluminiscencia en 45 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1, 68 pacientes con DM2 y un grupo control no diabético de 40 pacientes. Se midieron los valores de la quimioluminiscencia global en sangre, que tendieron a ser mayores en los no diabéticos. También se estudiaron durante 21 días 10 pacientes con DM2 tratados con insulina y se observó que los valores de quimioluminiscencia tendían a subir, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa en ninguno de los casos. Sin embargo, la correlación negativa entre quimioluminiscencia y hemoglobina glicosilada, Hb A1c, en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1 y 2 sí fue significativa. Esto sugiere que la función bactericida de los neutrófilos está

asociada al control glucémico, por lo que se debe hacer un especial seguimiento de las glucemias en pacientes diabéticos con infección. Aunque no queda demostrado que con un mejor control glucémico se reduzca la infección bacteriana clínica (11).

Es un hecho importante en coloproctología, donde la diabetes mellitus tiene una alta prevalencia. En la serie fístulas anorrectales del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, 21% de los pacientes presentó diabetes mellitus como enfermedad crónica intercurrente (5).

En la serie de fístulas anorrectales del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán se encontraron causas específicas en 10 % de los casos. La mitad de esta cifra correspondió a infección por HIV y el resto a enteropatía inflamatoria; la diabetes mellitus no se consideró causa específica y se encontró en 21% de los casos. (9).

En una serie británica, 24 de 234 casos de abscesos anorrectales (10%) correspondieron a origen específico y la enfermedad de Crohn fue la causa más frecuente, seguida de diabetes mellitus; el resto obedeció a causas diversas. (8).

Se considera también un factor de riesgo importante la enfermedad inflamatoria intestinal en la cual se incluyen dos entidades clínicas distintas, pero relacionadas, la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn. En la colitis ulcerosa existe una inflamación difusa del colon, con compromiso del recto, y

que se extiende de manera proximal y continua, localizándose el proceso inflamatorio habitualmente en mucosa y submucosa colónica.

La Enfermedad de Crohn es una inflamación crónica y transmural y que, a diferencia de la colitis ulcerosa, puede afectar a uno o varios segmentos del tracto digestivo, con compromiso predominante en íleon terminal, colon y región perianal (12).

En pacientes con enfermedad de Crohn es común la formación de abscesos, en un estudio prospectivo realizado en Alemania se encontró que de 126 pacientes consecutivos con enfermedad de Crohn perianal visto regularmente en una clínica de consulta externa; 48,4 por ciento tenían al menos un absceso perianal (seguimiento medio de 32+/-17 meses). En total, 110 episodios de un absceso con 145 abscesos anatómicamente distintos fueron documentados. El desarrollo de los abscesos perianales en la enfermedad de Crohn depende de la corriente fecal y el tipo anatómico de la fístula anal. (13).

Igualmente en pacientes con colitis ulcerosa se realizó un estudio con 465 pacientes para determinar las complicaciones anorrectales más frecuentes y se encontró que el 17.6% (82 pacientes) presentan complicaciones anorrectales (absceso, fístula anoperineal o rectovaginal y/o fisura anal) específicamente 6% (28 pacientes) presentaron absceso anorrectal, de los cuales 21 fueron abscesos simples y los restantes 7 abscesos múltiples. Estas complicaciones fueron asociadas con ataques de colitis que

generalmente fueron severos. La mayoría de las complicaciones ocurren durante el año del primer ataque, después la duración de los síntomas tiene poco efecto en la incidencia de complicaciones anorrectales. (14).

En pacientes inmunodeprimidos como los pacientes VIH positivos se presenta frecuentemente desordenes que afectan a la región anorrectal, derivados del estado frágil de sus inmunidad. Es así que la patología anorrectal se observa en aproximadamente un tercio de los pacientes en algún punto durante el curso de su enfermedad, y se estima que la mitad de estos requerirán tratamiento quirúrgico. Dentro de este grupo de trastornos se encuentra el absceso anorrectal (15).

De una serie de casos de 260 pacientes VIH positivos estudiados en Washington que presentaron patología anorrectal se encontró que los síntomas más comunes fueron dolor perianal 55%, masa perianal 19%, y proctorragia 16%; se identificaron cuarenta desórdenes anorrectales diferentes, los infecciosos representaron el 14% dentro del cual los abscesos anorrectales 25%, fistula 34% y fisura 32%. Ciento setenta y un pacientes que representa el 66% presentaron más de una patología, con un promedio de 2.9 entidades alrededor del paciente. De manera que podemos observar que la patología anorrectal en este grupo es común, múltiple y variada, además que la recurrencia es alta también (15).

Otro grupo de pacientes considerados inmunodeprimidos son pacientes con neoplasia y sometidos a quimio y radioterapia tal es el caso de la leucemia y el linfoma, en 44 pacientes con enfermedades malignas se presentaron 57 episodios de infección anorrectal; diecisiete pacientes fallecieron pero solo en siete casos fue la infección anorrectal la causa del deceso. El indicador pronóstico de recuperación más importante fue el número de días de neutropenia durante el episodio infeccioso (16).

En un estudio realizado en Turquía la incidencia de infecciones perianales fue de 7.3% en 259 pacientes con leucemia aguda, solo uno de 108 pacientes con leucemia crónica sufrieron del problema y el absceso perianal fue la indicación obligatoria para tratamiento quirúrgico. En los pacientes que presentaban períodos de contajes normales de neutrófilos se observó mayor formación de abscesos anorrectales (17).

Las complicaciones más frecuentes que produce esta patología son las fístulas perianales, que son más bien consideradas como la fase crónica de la enfermedad, Una fístula consiste en un orificio interno en la luz anorrectal, un trayecto inflamatorio crónico y un orificio externo en la piel perianal. Puede tener ocasionalmente extensiones secundarias o múltiples orificios externos. Los objetivos del tratamiento de la fístula son la erradicación del proceso supurativo infeccioso y la preservación de la continencia anal. Para cumplirlos se debe tener en cuenta la identificación correcta de los orificios externo e interno, el o los trayectos y su relación con la masa muscular

esfintérica. Se ha encontrado que 66.07% de pacientes desarrollan fístula anal después del drenaje en un seguimiento de seis meses (5).

CAPITULO I

1.1 ABSCESO ANORRECTAL

Son una cavidad anormal llena de líquido purulento situada en los tejidos de la región anorrectal.

1.5 .1 Epidemiología

No hay cifras estadísticas fiables para establecer la incidencia de esta patología (20). Los datos sujetos a sesgos, a menudo provienen de centros de especialidades (2). En Harrison, la presencia del absceso anorrectal origina aproximadamente el 15% de las consultas en Coloproctología (3). En un estudio realizado en Helsinki, la incidencia fue de 8 en 100000 habitantes (18). Mientras en la Mayo Clinic de Rochester y el Saint Mark's Hospital de Londres las hospitalizaciones por enfermedad anorrectal fué del 4 al 10 %. (3), (19).

Los abscesos anorrectales son más habituales en hombres que en mujeres a una razón de 2:1 (3), (4), (9), y una proporción de 3:1 (1b²⁰).

Pueden aparecer a cualquier edad, presentándose con mayor frecuencia entre la tercera y quinta década de la vida. Tampoco se ha identificado los factores ocupacionales relacionados a esta patología (2).

1.5 .2. Etiología

En relación a la causa, los abscesos anorrectales se dividen en: inespecíficos o primarios en el 95% y específicos o secundarios a patologías específicas (2), (20).

Aproximadamente, el 20% de los abscesos son secundarios o específicos. Del 80% restante, aproximadamente un tercio puede explicarse por una infección producida por gérmenes de la superficie cutánea (21).

A los abscesos anorrectales primarios no se ha identificado patología alguna que predisponga a la formación de este tipo de absceso. A pesar de la controversia, la teoría con mas respaldo es la criptoglandular, en que la oclusión de una cripta desencadena el absceso (3), (4), (5).

Cuadro 1.- ABSCESO ANORRECTAL: CAUSAS

| INESPECIFICAS O PRIMARIAS | ESPECIFICAS O SECUNDARIAS | |
|---------------------------|------------------------------------|---------------------|
| Teoría Criptoglandular | Enfermedad inflamatoria Intestinal | Enfermedad de Chron |
| | | Colitis Ulcerativa |
| | Trauma Anorrectal | Empalamiento |
| | | Cuerpo extraño |
| | | Golpe |
| | Cirugía | Episiotomía |
| | | Hemorroidectomía |
| | | Prostatectomía |
| | Neoplasia | Carcinoma |
| | | Leucemia |
| | | Linfoma |
| | Inmunodepresión | VIH |
| | | Diabetes |
| | Infecciones | Tuberculosis |
| Actinomicosis | | |

Fuente: Givel J, Mortensen N, Roche V. *Anorectal and colonic diseases*. Third Edition. Berlin, Germany. Springer, 2010; (3): 219. Takahashi Takeshi. *Colon, recto y ano: enfermedades médico-quirúrgicas*. 1 edición. Editores de Textos Mexicanos. 2003; (9): 169. Traducción: Carlos Espartaco Erazo / Andrea Carolina Reina

Se indica diversas patologías como causantes específicos de abscesos anorrectales (2). Estudios en Estados Unidos e Inglaterra la causa mas frecuente es la enfermedad de Crohn, aunque en menor frecuencia también la colitis ulcerativa. Otras entidades pueden causar abscesos anorrectales, como: infecciones entre ellas tuberculosis, actinomicosis, infección por virus de inmunodeficiencia humana, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, traumatismos, cirugía que comprometa la región perianal; afectaciones locales como cáncer rectal y anal, antecedentes de radioterapia (3), (4), (5), (6).

El la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerativa, los abscesos anorrectales aparecen como una complicación del daño crónico de la mucosa y la ulceración; los abscesos son la causa más frecuente de dolor en estos pacientes y habitualmente son el paso previo a la formación de una fístula. En cuanto a la tuberculosis, es el resultado de la complicación de una tuberculosis secundaria avanzada prolongada, secundaria a la complicación del material infeccioso expectorado. Por lo general los bacilos quedan atrapados en los agregados linfoides de la mucosa del intestino delgado y grueso, que sufren agrandamiento inflamatorio con ulceración de la mucosa superpuesta, fuente de la mayoría de las complicaciones: abscesos, fístulas, peritonitis (22).

La actinomicosis es una infección crónica producida por un microorganismo anaerobio gram positivo *Actinomyces*, que normalmente coloniza el tracto respiratorio superior, el tracto gastrointestinal, y el tracto genital femenino.

Actinomyces israelii es la especie mas frecuente. El germen tiene una baja virulencia y produce enfermedad solo cuando la barrera mucosa normal se altera, produciendo formación de abscesos múltiples, fistulizacion, o una masa (23).

El compromiso anorrectal es común en los pacientes con VIH. Al inicio del decenio de los noventa, se estimaba que entre 5 y 35% de los pacientes desarrollarían manifestaciones proctológicas (24). Para finales del decenio, la enfermedad anorrectal se presentaba en la tercera parte de los individuos seropositivos (25) y se constituyó de referencia quirúrgica; la cirugía era necesaria en la mitad de ellos. Los problemas anorrectales pueden presentarse en muchos pacientes antes del diagnóstico del VIH o pueden ser la primera manifestación de su enfermedad (26). El estado de inmunosupresión resultaría en una elevada frecuencia de sepsis perianal en los pacientes seropositivos, pero los datos en la literatura son conflictivos en torno a este punto. Sin embargo, sí parece haber una mayor incidencia de complicaciones sépticas, como gangrena necrosante y abscesos metastásicos, en los pacientes infectados por VIH que sufren abscesos perianales. Algunos señalan una frecuencia mayor de abscesos interesfintéricos, abscesos crónicos y abscesos complejos, en pacientes con estadios avanzados de sida (27).

Las personas con alteraciones hemáticas (leucemia, anemia aplásica, neutropenia cíclica, linfomas, diversos tipos de neoplasias) son pacientes de riesgo para sufrir patología anorrectal. El 10% presenta absceso anorrectal

en la evolución de su enfermedad de base, en la que la mayoría está precedida por una neutropenia importante. Los pacientes refieren dolor anal constante, sin datos visibles de inflamación o eritema; después pueden presentar retención urinaria y rápidamente llegar al shock séptico. El pronóstico está relacionado con la neutropenia y con la respuesta del paciente a la quimioterapia (3), (20).

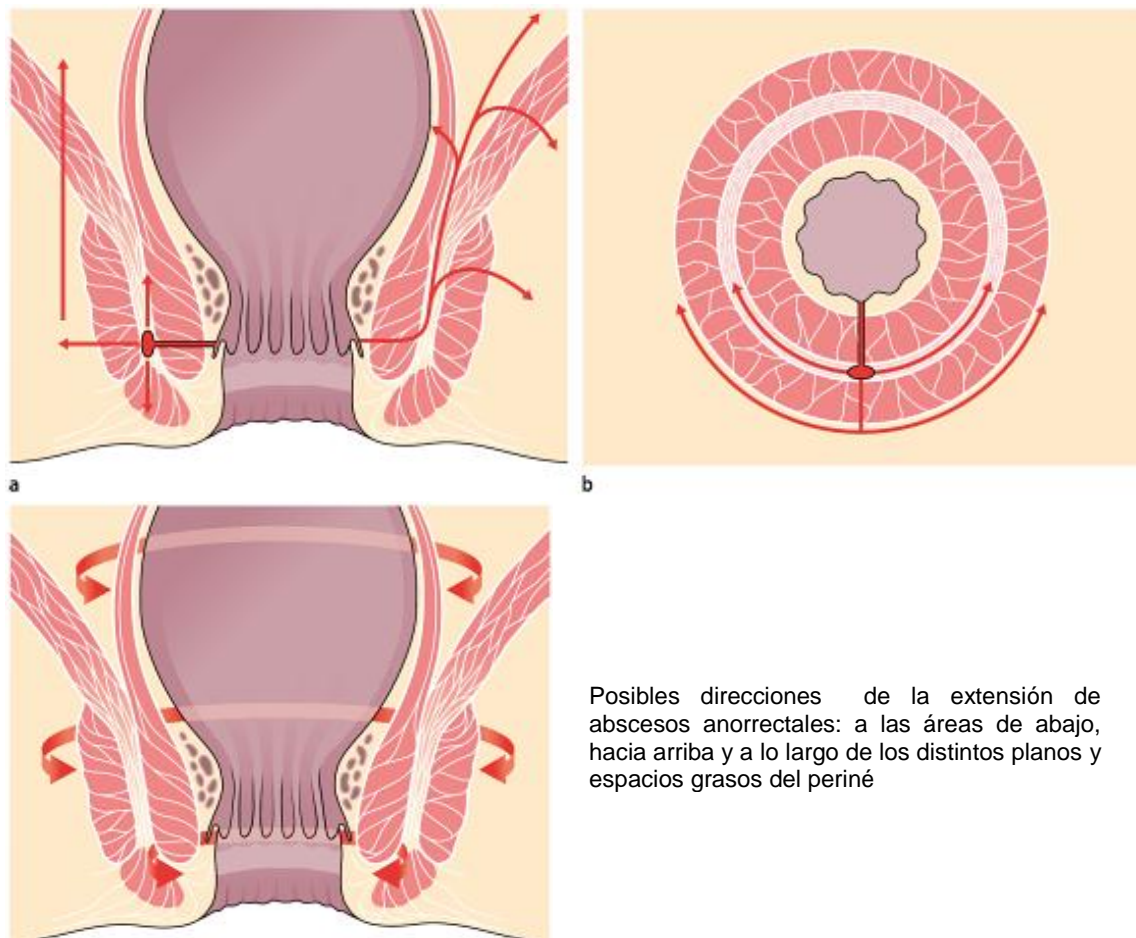
En relación a la diabetes mellitus, no como una causa específica de los abscesos, se indica de un 2 al 30 % de pacientes con absceso anorrectal (5), pero por la predisposición de estos sujetos a las infecciones sin relación a la teoría criptoglandular (7). Un estudio en Gran Bretaña, indica a la diabetes mellitus como la segunda causa de abscesos anorrectales de origen específico, luego de la enfermedad de Crohn (8). Según el Instituto Nacional de Ciencia Médicas y Nutrición Salvador Zubirán la diabetes mellitus no se consideró una causa específica encontrándose en el 21% de los casos (9). Existen infecciones que prácticamente son exclusivas de diabéticos; otras que se dan con mayor gravedad y complicaciones. Se intuye que la inmunidad está alterada en los pacientes con diabetes mellitus. La disminución del poder fagocitario de los leucocitos podría estar directamente relacionado con el grado de hiperglucemia, sobre todo si existe desnutrición, trastornos de la hidratación o del pH sanguíneo. El quimiotactismo y el poder bactericida de los linfocitos también están muy disminuidos en los diabéticos (8).

1.5 .3. Fisiopatología

Dentro del conducto anal, en la porción más inferior de la columna de Morgagni, la cripta anal sufre una oclusión de su conducto excretor por materia fecal, inflamación o infección por microorganismos entéricos, lo que desencadena la formación de una colección purulenta que puede drenar hacia los distintos espacios pararrectales y anales (2), (5). Comúnmente, la infección se extiende en dirección inferior, sin extender el límite externo delimitado por el esfínter anal externo; pero la infección puede tomar distintas direcciones, superior o contralateral, por las comunicaciones posteriores bilaterales. Existen múltiples espacios potenciales en que puede acumularse material purulento; los de mayor constancia son: espacio perianal (lateral al margen anal, su límite superior es la línea dentada); espacio isquioanal (su límite superior es el elevador del ano y el inferior la piel perineal); espacio interesfinteriano (por debajo al espacio perianal y se extiende en sentido superior dentro de la pared del recto); espacio supraelevador (límite superior es el peritoneo y el inferior el elevador del ano); espacio submucoso (entre el esfínter interno y la mucosa) y el espacio retrorrectal (situado entre los dos tercios superiores del recto y sacro, limitado en el plano anterior por la fascia propia del recto, en sentido posterior por la fascia presacra y en el inferior por la fascia retrosacra, extendiéndose hasta el espacio retroperitoneal. Además se menciona el espacio posanal superficial (comunica los espacios perianales de ambos lados) y el espacio posanal profundo (comunica los espacios isquianales de

ambos lados) que es la vía más frecuente para los abscesos en herradura (2), (28).

Gráfico 1.- POSIBLES DIRECCIONES DE LA EXTENSIÓN DE LOS ABSCESOS ANORRECTALES.



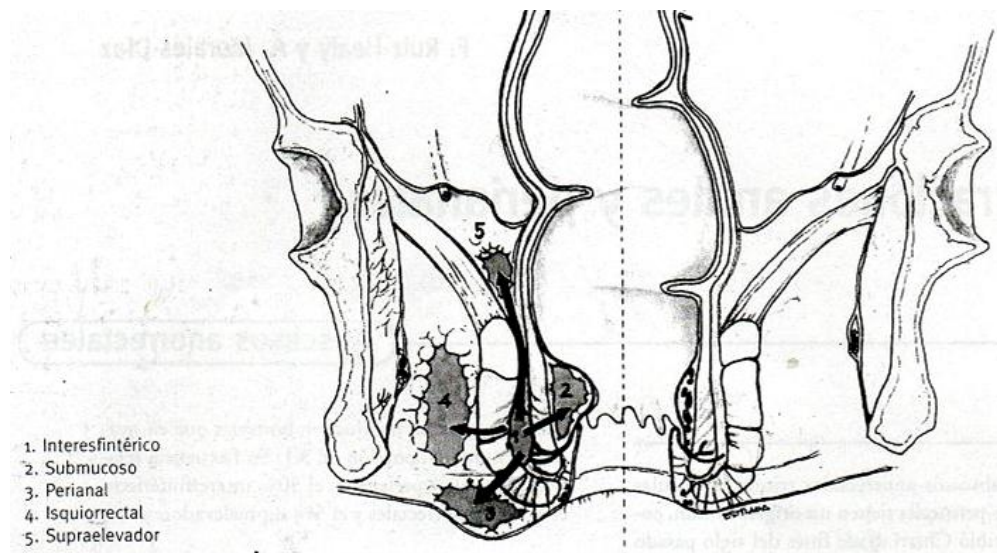
Fuente: Givel J, Mortensen N, Roche V. *Anorectal and colonic diseases*. Third Edition. Berlin, Germany. Springer, 2010; (21): 242.

1.5 .4.- Localización

Los abscesos anorrectales reciben su denominación, de los espacios anatómicos que ocupan y se les conoce como: abscesos perianales, submucosos, interesfintericos, isuiorrectales y supraelevadores. La

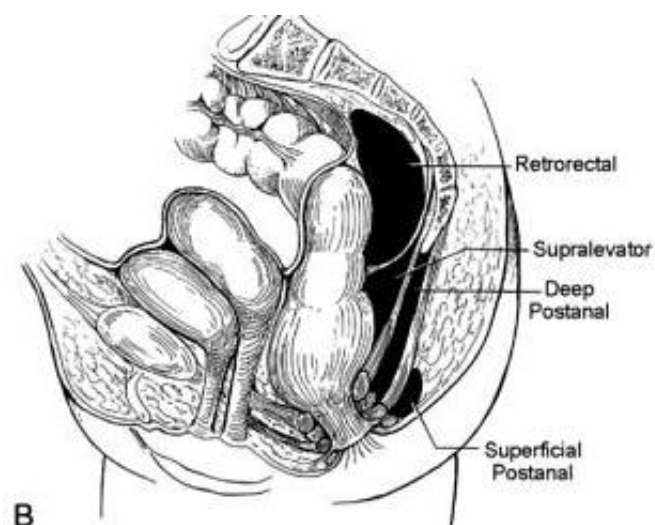
frecuencia relativa es: del 50% perianales, el 30% interesfintéricos, el 15% isquirrectales y el 5% supraelevadores (20), (29).

Gráfico 2.- LOCALIZACIÓN DE LOS ABSCESES (CORONAL).



López-Ríos F. *Enfermedades Anorrectales. Diagnóstico y tratamiento*. Madrid, España. Harcourt Brace de España, S.A. 1999; (3): 170.

Gráfico 3.- LOCALIZACIÓN DE LOS ABSCESES (SAGITAL)



Fuente: Wolff B, Fleshman J, Beck D, Pemberton J, Wexner S. *The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery*. Nueva York: Springer. 2007: 219.

1.5.5 Cuadro Clínico

Las características clínicas de los abscesos anorrectales pueden variar de acuerdo a la localización de estos. El dato clínico mas importante en esta patología es el dolor. Con aparición de lenta evolución de horas a días, de localización anorrectal (proctalgia); dependiendo de la ubicación hay dolor glúteo en los isquiorrectales, dolor paraanal en los abscesos submucosos y perianales, o mal localizados e irradiados en los supraelevadores. La intensidad puede ser de moderada a intensa. Con características: pulsátil y continuo, además de aumentar su intensidad al sentarse, toser, estornudar, pujar. Al examen físico se puede visualizar un abultamiento bien delimitado, de aspecto eritematoso, incluso la presencia de líquido purulento en la región perianal. Al aplicar un poco de presión en la región perianal afectada es posible demostrar abombamiento o induración del absceso, que causan dolor en las zonas relacionadas a los espacios perianales o isquioanales, sin embargo en los abscesos ubicadas en el espacio interesfinteriano o supraelevador, las maniobras resultan inútiles. Generalmente, el absceso submucoso diseca en el mismo plano y en dirección hacia abajo, lo que se hace presente en el margen anal como el tipo perianal. En cuanto al dolor, en los que la disección es hacia arriba, está mal definido, refiriendo una sensación de recto lleno, que se incrementa en la defecación. En la exploración física el margen anal se encuentra normal, al tacto se aprecia una tumoración dolorosa con tensión bajo la submucosa. El absceso isquiorrectal es muy doloroso y aumenta con la defecación, al sentarse y al

caminar, de inicio glúteo. En caso de originarse en el espacio postanal profundo es coccígeo; es ciático, si afecta el canal de Alcock (zona de paso de vasos y nervios pudendos y escrotales o de labios mayores) en caso de extenderse anteriormente. En el espacio postanal profundo puede producirse un absceso en comunicación con el espacio isquiorrectal y en la cara posterior, por debajo del esfínter externo e inferior al elevador del ano. Caracterizado por un dolor mal definido en el cóccix, sacro o glúteo que se intensifica al sentarse y a la defecación. En este tipo de absceso la extensión puede dirigirse hacia uno de los espacios isquiorrectales, y en caso de extenderse hacia los dos espacios isquiorrectales se formará un absceso en herradura. En el caso del absceso supraelevador, se presenta como resultado de la presencia de procesos purulentos pélvicos como: diverticulitis abscesificada, enfermedad de Crohn o intervenciones quirúrgicas pélvicas transabdominales y traumatismos perineales (2), (20).

1.5 .6 Diagnóstico

El diagnóstico de absceso anorrectal es principalmente clínico. Los exámenes de laboratorio son de escaso valor. Los estudios de imagen son útiles solamente en ciertos casos de diagnóstico difícil. Por ecosonografía se logra identificar, abscesos interesféricos de difícil diagnóstico, pero no debería ser un recurso forzoso (30). La imagen por resonancia magnética se utilizaría solamente en casos difíciles. Podría obtenerse una biometría hemática con leucocitosis y neutrofilia. El estudio microbiológico del absceso es muy discutido y no se recomienda su aplicación (3).

1.5 .7 Tratamiento

El tratamiento de esta patología anorrectal es quirúrgico, con drenaje del absceso inmediatamente después del diagnóstico preciso. Se debe realizar una incisión en forma de cruz en la zona donde fluctúa el absceso para permitir un drenaje desde la profundidad, lo más cerca al ano para evitar largos trayectos de cicatrización en el caso del desarrollo de una fistula posterior. En cuanto a la localización, para los abscesos interesfinterianos se recomienda una resección limitada del esfínter interno a nivel de la línea dentada; los abscesos isquioanales se deben drenar con una insición en cada fosa isquioanal y un corte en el esfínter interno para drenar el espacio posanal profundo. La incidencia de recurrencia de absceso o fistula consecutiva muestran cifras del 40 al 60%. (2), (20).

Las lesiones que comprometen mas del 25 % del perímetro del colon, con contaminación fecal intraabdominal, daño tisular severo, grandes laceraciones, zonas con desvascularización, shock prolongado, asociado con lesiones de otros órganos requieren ser tratadas con colostomía (31).

En el estudio realizado por Sheng-Fang Cheng y Col. de la Sociedad de Cirugía Colorrectal de Taiwan, se aislaron varios gérmenes tanto aerobios como anaerobios causantes de los abscesos anorrectales; predominan en el primer grupo E. Coli 81%, Klebsiella pneumoniae 25%, Streptococcus spp. 25%, y dentro del segundo grupo predomina Bacteroides fragilis con el 62.5. Se hicieron cultivos que midieron la sensibilidad de estas bacterias para llegar a una recomendación acerca de la antibioticoterapia óptima. Se

encontró que la sensibilidad de E. Coli a Amikacina fue del 100%, Amoxicilina Acido Clavulánico y Cefazolina 84.6%, Ciprofloxacina y Gentamicina 69.2%. Para los anaerobios la sensibilidad al Metronidazol fue del 100%, Ampicilina Sulbactam 78.6%, Clindamicina 57.1% (3).

En el estudio se recomienda como primera elección de antibióticos la amoxicilina ácido clavulánico, cefazolina y metronidazol; en casos de infección severa se prefiere la amikacina sobre la gentamicina para el tratamiento debido al alto índice de resistencia observado en el estudio (32).

1.6 FISTULAS

La fístula anorrectal es una comunicación anormal que se forma entre el conducto anal y la piel de la región perianal. Hay bibliografía (2), que considera a la fístula como un proceso infeccioso crónico secundario a la formación de un absceso perianal (fase aguda), mientras otros las señalan como complicación del mismo (20).

1.6.1 Epidemiología

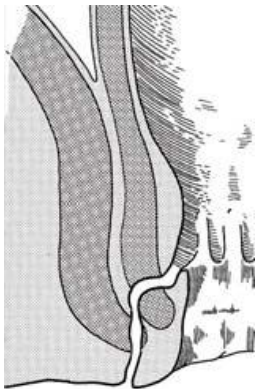
Tanto los abscesos como las fístulas son patologías proctológicas frecuentes en la consulta. Los datos que la bibliografía aporta acerca de los porcentajes de abscesos que fistulizan son variados; se considera que alrededor de 91.8% de los pacientes que tienen absceso presentarán fístula, otros reportan porcentajes de 66.07% (5). Las publicaciones más actual con la que se cuenta reporta 50% de abscesos que llegar a formar fístula (33).

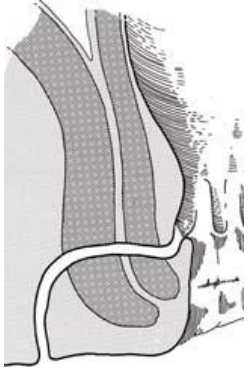
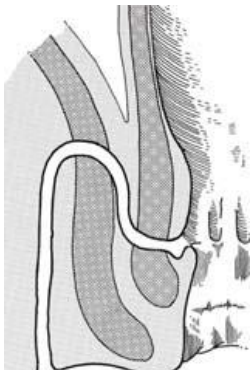
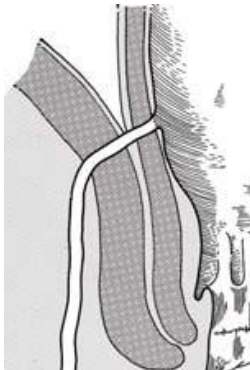
Se reporta que 45% de las fistulas son interesfinterianas, 30-40% transesfinterianas, Supraesfinterianas 4%, extraesfinterianas 2% (2).

1.6.2 Clasificación

Existen diversas clasificaciones, la más usada es la de Parks, que las divide principalmente en cuatro grupos de acuerdo a la relación que guarde con el esfínter anal: interesfinterianas, transesfinterianas, supraesfinterianas y extraesfinterianas. Existe otra clasificación que las divide en simples y complejas dependiendo su relación con el anillo anorrectal y la complejidad de su resolución. Los diversos tipos se detallan en la tabla a continuación:

Tabla No 1.- CLASIFICACIÓN DE LAS FISTULAS ANORRECTALES SEGÚN PARKS

| | |
|---|---|
| <p>Interesfinterianas</p>  | <p>La fistula permanece únicamente en el plano interesfinteriano; es el tipo más común.</p> |
|---|---|

| | |
|---|--|
| <p>Transesfinterianas</p>  | <p>El trayecto fistuloso pasa del plano interesfinteriano hacia la fosa isquiorrectal, a través del esfínter externo</p> |
| <p>Supraesfinterianas</p>  | <p>El trayecto fistuloso pasa del plano interesfinteriano, por arriba del músculo puborrectal, sigue hacia abajo hacia el músculo elevador, continúa hacia la fosa isquiorrectal y al final transcurre hacia la piel</p> |
| <p>Extraesfinterianas</p>  | <p>Corre completamente por fuera de complejo esfinteriano externo; el trayecto fistuloso pasa por la piel perineal a través de la grasa isquiorrectal y los músculos elevadores para llegar al recto</p> |
| | |

| | |
|-----------|--|
| Simples | Son trayectos interesfinterianos o transesfinterianos en los que se identifica el orificio interno (externo), por debajo del anillo anorrectal |
| Complejas | Por lo general dentro de este grupo se incluyen a aquellas fistulas cuyo trayecto se extiende por arriba del anillo anorrectal, tres cuartas partes de la circunferencia del esfínter anal externo, o a las que tienen relación con el músculo puborrectal, como son las transesfinterianas superiores, Supraesfinterianas y extraesfinterianas. También se denominan complejas a las que por su trayecto, características y concomitancia con otras patologías son de difícil resolución. |

También podemos mencionar la Clasificación del Hospital de la Universidad de Saint James (Inglaterra) en la que señala 5 grados de fistulas:

Grado I. Fístula interesfinteriana simple. Es el tipo más frecuente y corresponde a un trayecto recto entre el canal anal y la piel del periné, sin ramificaciones o abscesos asociados. El trayecto está limitado al espacio interesfinteriano, no compromete la musculatura de los elevadores del ano ni la fosa isquiorrectal.

Grado II. Fístula interesfinteriana con absceso interesfinteriano. En estos casos, también la enfermedad está confinada al espacio interesfinteriano, pero ha formado una colección inflamatoria en el tejido graso o tractos secundarios. Habitualmente estos tractos tienen una morfología en herradura.

Grado III. Fístula transesfinteriana. Esta atraviesa el espacio interesfinteriano y alcanza el esfínter externo, el cual cruza para llegar a la fosa isquiorrectal. Desde allí se dirige habitualmente hacia abajo para abrirse en la piel de la región perineal.

Grado IV. Fístula transesfinteriana con absceso o trayecto secundario en la fosa isquiorrectal. Se trata una complicación con la formación de una colección o absceso en el espesor de la fosa isquiorrectal o isquioanal.

Grado V. Enfermedad de supraelevadores y transelevadores. En algunos pocos casos la enfermedad puede extenderse cranealmente hasta la pelvis, por sobre el nivel de los elevadores del ano.

La importancia de esta clasificación es que caracteriza y separa el compromiso del espacio interesfinteriano (grados 1, 2), del compromiso transesfinteriano (grados 3, 4), dado que este último tiene mayor posibilidad de comprometer la continencia después de la cirugía. Separa además el compromiso infrapelviano (grados 1-4) del pelviano (grado 5) que compromete el plano por sobre los elevadores del ano y sus fascias (34).

1.6.3 Etiología

Un 80% de las fístulas perianales es causada por la infección criptoglandular y desarrollo de un absceso interesfinteriano. No obstante, también existen otras causas, como por ejemplo enfermedad de Crohn, tuberculosis, procesos inflamatorios pelvianos, traumas y radioterapia (35)

En si la causa de la formación de las fístulas no está bien definida, sin embargo la teoría criptoglandular ya mencionada en el capítulo anterior es la más aceptada, pues señala que la fuente de las enfermedades anorrectales supurativas es la infección de una glándula anal. No todos los individuos poseen glándulas anales y no todas las personas pueden desarrollar fístulas, es decir que la variación en el número y profundidad de esas glándulas explique la diferencia en la predisposición individual a sufrir una septicemia anorrectal (3).

1.6.4 Cuadro Clínico

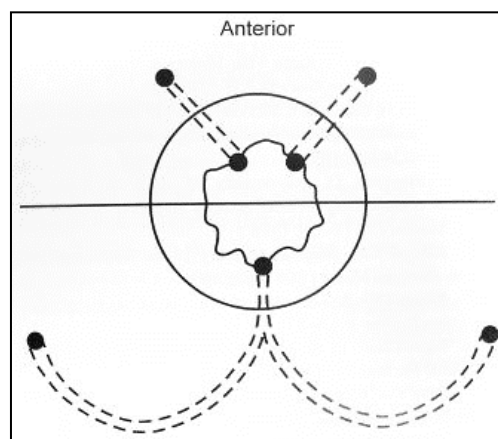
El paciente que presenta fístula anal, tiene por lo general antecedentes clínicos de absceso anoperineal, el mismo que se resolvió o drenó de manera espontánea por facultativo, o quirúrgicamente.

Entre los síntomas característicos están la secreción purulenta intermitente, dolor anorrectal, prurito anal, y en ocasiones sangrado, este último síntoma causado por la eliminación del tejido de granulación en el orificio interno.

1.6.5 Exploración Física

La inspección y la palpación forman la base de la valoración inicial; la inspección nos permite valorar ante todo la búsqueda del orificio externo, puesto que la relación con el conducto anal constituye la clave del origen de la fístula. Puede verse un granuloma con exudado purulento que usualmente corresponde al orificio secundario; los orificios secundarios cercanos al ano sugieren fistulas interesfinterianas y los más alejados despiertan la sospecha de fistulas transesfinterianas. Cuanto más se aleja del orificio secundario del ano, tanto mayor es la probabilidad de extensión complicada hacia planos superiores. Goodsall y Miles (5) enuncian que cuando el orificio externo es anterior a una línea transversal que divide al ano en dos semicircunferencias, el trayecto será radial con un orificio interno en la misma proyección en el ano. Cuando el orificio externo es posterior a esta línea, el orificio interno se encontrará en la línea media posterior.

Grafico 4.- REGLAS DE GOODSALL



Reglas de Goodsall. Si existe un orificio secundario posterior al plano coronal es muy probable que la fístula se origine en una cripta en la línea posterior y que el trayecto sea curvo. Un orificio secundario anterior indica que la fístula, se origina en la cripta más cercana, en cuyo caso el trayecto es recto.

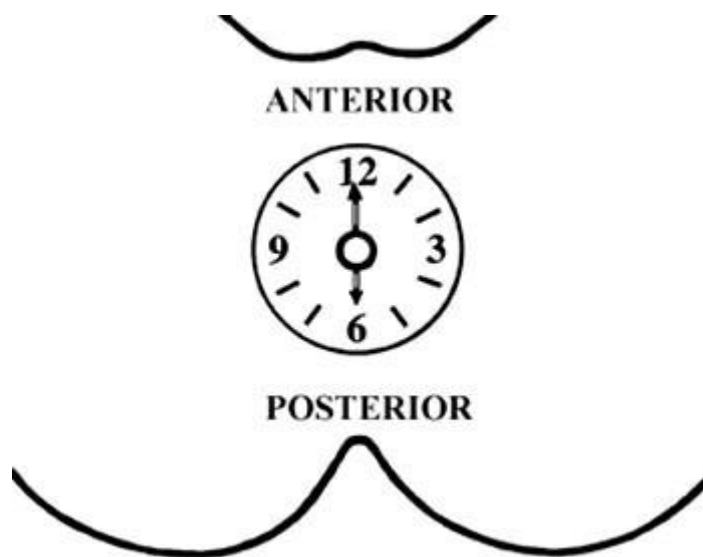
Fuente: Soffía, Pablo, Caracterización de fístulas anorrectales mediante resonancia magnética de alta resolución. Revisión pictográfica. Revista Chilena de Radiología. Vol. 12. 2006. Chile.

De acuerdo con la regla de Goodsall, los orificios secundarios ubicados a cada lado del conducto anal, probablemente se originen de una cripta situada en la línea media posterior. Las excepciones a esta regla incluyen orificios anteriores alejados a más de 3cm del margen anal y orificios secundarios múltiples; en tales situaciones los orificios primarios suelen ubicarse en las criptas posteriores. A la palpación mediante el tacto rectal nos es factible palpar los tejidos entre los orificios primario y secundario de la fistula como cordones subcutáneos indurados; de esta forma se puede determinar la dirección del trayecto sobre todo si es superficial. Si se extiende más hacia el interior se sospechará de fistulas en el espacio posanal profundo, en forma de induración posterior o lateral, o bien fistulas en herradura, donde hay una extensión bilateral comunicada en sentido posterior. Algunas circunstancias limitan el examen como son las grandes cicatrices, obesidad, dolor, y trayectos extraesfinterianos o supraelevadores. La palpación anal digital puede revelar la cripta afectada que se mostrará umbilicada. El tacto rectal permite además la evaluación del esfínter y su indemnidad. La palpación de induraciones fuera de la dirección del trayecto primario hace sospechar en una extensión secundaria. La anoscopía resulta de utilidad para identificar el orificio interno en el conducto anal y observar la salida de una pequeña cantidad de pus en la línea dentada, así como la apariencia e integridad de la mucosa rectal. La canulación con estilete o sonda acanalada y la instilación de líquido por el orificio externo es igualmente útil para la identificación del trayecto fistuloso, pero es conveniente realizarla bajo anestesia local, y siempre guiándose con el tacto

rectal para evitar lesiones y falsos trayectos al momento de la examinación (34).

Para el reporte del tipo de fístula hallada los cirujanos coloproctólogos suelen utilizar un sistema horario para referirse a la localización de las lesiones en torno a la región anal, en el que las 12 corresponden al periné anterior, las 6 al rafe posterior, las 9 al margen anal derecho y las 3 al margen anal izquierdo.

Gráfico 5.- IDENTIFICACIÓN DE FISTULAS



Identificación de FA en piel de acuerdo al puntero horario

Fuente: Soffia, Pablo, Caracterización de fístulas anorrectales mediante resonancia magnética de alta resolución. Revisión pictográfica, Revista Chilena de Radiología. Vol. 12, 2006, Chile.

1.6.6 Diagnóstico

El diagnóstico se realiza por clínica y exploración física, sin embargo hay varios métodos de diagnóstico cuya utilidad radica en la identificación del

trayecto fistuloso en pacientes con fistulas complejas que son de difícil resolución.

Rectosigmoidoscopia: El examen endoscópico del recto deberá cuando exista sospecha de la existencia de patologías asociadas, la historia de fistulas múltiples o recurrentes o el examen proctológico son sugestivos de enfermedad inflamatoria intestinal se debe realizar una colonoscopia con biopsia.

Fistulografía: Es un estudio radiológico que consiste en el paso de material de contraste hidrosoluble por el orificio fistuloso secundario mediante un pequeño catéter con el fin de delinear el trayecto fistuloso. Este procedimiento no ha ganado popularidad por ser un método impreciso tanto para detectar el orificio interno como para delinear los trayectos secundarios en la gran mayoría de los casos; hay estudios que demostraron su inexactitud hasta en el 84% (5). De la misma manera Goldberg y García Aguilar determinan que la fistulografía no es de valor en el estudio de sus pacientes ya que los detritus y el material purulento obturan los trayectos, dan falsas imágenes y además no demuestran la relación entre los trayectos y la masa esfinteriana ni con los músculos del piso pélvico. Sólo está indicada cuando se sospecha una fístula con trayectos extraesfintéricos. (36).

Ecografía endoanal: Este estudio no ha demostrado ser superior a la evaluación digital en la exploración proctológica. Es muy útil cuando se tienen múltiples episodios de sepsis, cirugías anorrectales previas,

patologías asociadas, o con trayectos difíciles de identificar, tiene un bajo valor predictivo positivo (5).

Resonancia Magnética Nuclear: Las imágenes obtenidas con la resonancia magnética nuclear muestran con claridad la relación de las fístulas con la musculatura esfintérica, el elevador del ano y los espacios perianales. Pueden demostrarse a través de este método los trayectos extraesfintéricos y distinguirse el tejido cicatrizal del tejido inflamatorio (3).

Lunnis y colaboradores demuestran tasas de concordancia entre las imágenes y los hallazgos operatorios de 85.7% para la presencia del trayecto primario y orificio interno, 91.4% para la presencia y el sitio de las extensiones secundarias o abscesos, 94.3% para la presencia de los planos de la herradura y 80% para la posición del orificio externo (34).

Manometría anorrectal: La evaluación de la función anal mediante la manometría anorrectal puede ser de utilidad ante la presencia de alteraciones en la continencia previas a la cirugía de la fístula o ante una fístula recidivada que debe ser tratada quirúrgicamente.

1.6.7 Tratamiento

El tratamiento definitivo de la fístula anorrectal es quirúrgico y tiene por objeto erradicar la infección y evitar la recurrencia, con el menor índice de incontinencia posible.

La intervención quirúrgica debe empezar siempre con una exploración anal bajo anestesia, colocando previamente al paciente ya en posición quirúrgica, se usa el espejo bivalvo de Pratts para ubicar los orificios y el estilete para valorar el trayecto, la importancia radica en que en muchas ocasiones la verdadera dimensión de la fístula, de lo que se halla comprometido se realiza en el quirófano y sobre todo la identificación del orificio primario, pues la no identificación del mismo desencadena altas tasas de recurrencias. Otros factores relacionados con la recurrencia son la complejidad de las fistulas, fistulas en herradura, sexo femenino, cirugías previas, afectación del esfínter anal (2), (20).

2.6.7.1 Alternativas Terapéuticas

Fistulotomía: Es la técnica más usada y ampliamente aceptada, sencilla, efectiva y brinda una rápida recuperación. Es el método de elección en la mayoría de las fístulas submucosas, interesfinterianas y transesfinterianas bajas. Consiste en extirpar sólo el techo del trayecto fistuloso y dejar en su sitio el fondo poner a plano el trayecto y curetear el lecho. Puede realizarse con anestésicos locales en el consultorio. Los cuidados postoperatorios se basan en analgesia y baños de asiento con antisépticos. (5)

Fistulectomía: La Fistulectomía consiste en la extirpación completa de la fístula, guiada por el estilete; Se hace una incisión en la piel, de extremo a extremo de la fístula, siguiendo el trayecto fistuloso ya identificado por el

estilete; se profundiza el corte con electrobisturí, hasta extirpar por completo el trayecto fistuloso y así obtener una pieza que contiene el estilete aún en su sitio. (5)

Tiene dos grandes desventajas, primero la exéresis quirúrgica es mayor, con más sección del músculo, amplia resección de piel, por lo tanto mayor tejido cicatrizal quedando un ano defectuoso; y segundo el tiempo de cicatrización es significativamente más prolongado, de modo que la incontinencia para gases es tres veces más frecuente con respecto a la fistulotomía (2)

Colocación de Sedales: El principio de esta técnica está basado en que la presencia de un cuerpo extraño desencadenará una reacción de tejido fibroso alrededor del tracto. La lenta y sostenida tensión del sedal corta el trayecto y el músculo esfinteriano por debajo. A medida que el sedal se hace más superficial, el tejido cicatrizal que reemplaza al tracto fija ambas partes mismo. En la actualidad se manejan tres modalidades, que son el sedal, el setón de corte y el setón de drenaje. El sedal se basa en la colocación de un cuerpo extraño en el trayecto fistuloso, con objeto de promover fibrosis y en una segunda cirugía se retira el sedal; con ello, se evita la sección esfinteriana y la pérdida de la fuerza de contracción. El setón de corte tiene el mismo principio que el sedal, pero el material empleado es diferente, en la actualidad se utiliza silastic. El setón de drenaje sirve únicamente para evitar la formación de nuevos abscesos (5)

La ventaja de este método, en teoría, es que la forma en que se produce la sección de los esfínteres, produciría menos problemas con la continencia. La

desventaja es el discomfort ocasionado al paciente y la gran cantidad de controles post quirúrgicos necesarios.

Esta indicado en los siguientes casos

- Fístula que compromete gran masa esfintérica
- Fístulas anteriores en mujeres
- Pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal o HIV
- Pacientes ancianos con función esfintérica disminuida
- Dudas del nivel de la fístula y su relación con el esfínter
- Fístulas simultáneas múltiples
- Pacientes sometidos previamente a múltiples cirugías o injurias esfinterianas.

Deslizamiento de colgajos: El principio básico de este procedimiento es lograr un cierre adecuado del orificio primario evitando la división del aparato esfinteriano; las indicaciones para el tratamiento con colgajos de las fístulas son las mismas que para el uso del sedal. Las ventajas son el menor riesgo de incontinencia postoperatoria, al no seccionar la masa esfinteriana y más rápida cicatrización. Esta técnica está ganando cada vez más seguidores pues en series como la de Aguilar con 189 pacientes, se encontró una recurrencia de 1.5% e incontinencia fecal en menos del 10%; sin embargo, no especifica el tipo de fístulas tratadas. (5)

Colocación de goma de fibrina: Otra modalidad utilizada para la atención de una fístula anal es la fibrina, con el objeto de sellar el trayecto fistuloso sin

sección de la musculatura esfinteriana. Inicialmente se formuló pegamento autólogo del propio plasma del paciente o crioprecipitados. En la actualidad existen varios preparados comerciales que mezclan solución de fibrinógeno con trombina y calcio en una jeringa doble. Se identifica el trayecto fistuloso hasta su orificio primario, se introduce un estilete maleable diseñado para ese propósito, ranurado, para poder hacer un curetaje de todo el trayecto fistuloso y se irriga a presión con solución fisiológica, posteriormente se inyecta la fibrina por el orificio fistuloso secundario hasta que se vea salir por el orificio fistuloso primario; se ocluyen ambos orificios con sutura. (5)

Tapón de colágeno biodegradable AFP (Anal Fistula Plug): El plug es un xenoinjerto bioabsorbible compuesto de submucosa intestinal porcina liofilizada. Está indicado para ser implantado en todo el trayecto fistuloso, con el fin de reforzar el tejido blando para la oclusión y cierre definitivo de la fístula; una vez que el proceso del cuerpo natural de restauración está terminado, el injerto no es detectable. Su mecanismo de acción es similar al de la colocación de tapones de fibrina. En esta técnica la incontinencia fecal es poco probable, ya que la colocación de la misma no se realiza con secciones al esfínter (37).

El manejo debe ser estéril, minimizando el contacto incluso con los guantes estériles y debe ser introducido por el orificio primario pues es la zona de alta presión del fístula, así como el sitio de ingreso de los detritus fecales, se introduce hasta que esta abertura esté satisfactoriamente ocluida, el orificio

secundario permanece abierto Es posible que se presente algo de drenaje durante dos a cuatro semanas hasta doce semanas

No debe implantarse el tapón en un tracto fistuloso demasiado infectado o con absceso presente, se recomienda el uso de un sedal de manera provisional hasta que no haya evidencia de inflamación aguda, purulencia o drenaje excesivo, y esperar alrededor de seis a ocho semanas hasta que el tejido de la zona se estabilice.

Es necesario el uso de antibióticos pre y postquirúrgicos, ya que la cirugía se realiza en un área anatómica donde no se garantiza la esterilidad, sin embargo, hay que tomar en cuenta el tipo de antibiótico usado pues, según referencia del fabricante del producto la gentamicina, la povidona yodada, bacitracina, vancomicina, y polimixina B, dificultan la neovascularización, epitelización y curación de la herida.

Con la finalidad de obtener mejores resultados, se debe minimizar la actividad del paciente por lo menos por dos semanas esto incluye ejercicio extenuante, levantar pesos superior a 10 libras, actividad sexual

Las complicaciones que se pueden presentar con esta técnica son: inflamación, induración, migración, extrusión del tapón, formación de serosas, infecciones, abscesos, recurrencia de la fístula. En casos de infecciones, abscesos, reacciones alérgicas se debe considerar la retirada del tapón.

Los factores de riesgo evaluados por su posible asociación con el fracaso del plug fueron la edad, clasificación de la fístula y comorbilidades (diabetes, VIH, colitis ulcerosa e inmunosupresión incluyendo azathioprina, 6-mercaptopurina, methotrexate y predisona). No se vio que se asociaran con la curación a las 12 semanas usando el análisis multivariado. Sin embargo, con sólo 27 pacientes, este modelo tenía baja potencia estadística para mostrar una diferencia significativa (38).

Johnson y col. alcanzaron resultados promisorios en un estudio prospectivo de 15 pacientes con fístulas anorrectales altas tratados con el plug, con tasas de cierre del 87% en un seguimiento a mediano plazo de $13,8 \pm 3,1$ semanas. Después de este estudio inicial, varios autores han reportado experiencias ulteriores usando el plug para fístula anal, con éxito en el 41% al 89% de los casos. (1b³⁴).

Kleif, J y col. encontraron en un estudio hecho con 40 pacientes con fístulas, 47.5% de éxito de cura de las fístulas con el plug, en un tiempo promedio de seguimiento de 60.5 días. (39).

En un estudio comparativo entre la técnica de adhesivo de fibrina, y el uso del plug versus la técnica convencional se encontró que las tasas de curación en la semana 12, fueron desde el 39% para el adhesivo de fibrina al 60% para el colgajo de avance. El seguimiento ulterior de los pacientes tratados con el *plug* mostró una mejora continua con curación en 3 de 27, llevando la tasa de curación a las 24 semanas a 19 de 27 pacientes (70,4%).

De los 11 pacientes tratados con *plug* con fístulas persistentes a las 12 semanas, en 3 había infección y 5 tenían extrusión del *plug*. Cuatro de las 5 extrusiones ocurrieron dentro de la primera semana y la 5 a las 4 semanas. De los 3 pacientes restantes, 2 curaron a las 24 semanas del postoperatorio y 1 tuvo una apertura fistulosa persistente a las 24 semanas. Los autores hallaron tasas de curación similares para el *plug* anal y para el cierre convencional mediante colgajo de avance en el tratamiento de las fístulas perianales complejas en su estudio preliminar. Dada la baja morbilidad y la relativa simplicidad del procedimiento, el *plug* para la fístula anal debería ser considerado como un tratamiento alternativo efectivo para los pacientes con fístulas perianales complejas (29).

LIFT (Ligation of Interesphincteric Fistula Tract): En los últimos años, ha llamado la atención este nuevo método de resolución de fístulas de todo tipo; inicialmente fue descrito por Rojanasakul A y col. de Tailandia, en marzo de 2007, como “una nueva técnica de cirugía de fístula anal con preservación completa del esfínter”. Reportaron 18 pacientes con fístula anal, con cicatrización exitosa de la fístula anal en 17 de ellos (94.4%), sin alteración alguna del mecanismo de continencia. Originalmente fue recomendado para fístulas transesfintéricas y posteriormente refieren su utilidad en prácticamente cualquier tipo de fístula. La técnica requiere realizar una incisión curvilínea a nivel del espacio interesfintérico, sobre el trayecto de la fístula, el cual se disecciona hasta liberarlo, procediendo luego a ligarlo con

poliglactina a nivel del esfínter interno y seccionar el trayecto, para interrumpir el flujo fistuloso, se legra la parte distal y se amplía el orificio secundario para facilitar el drenaje (40).

En el año 2009, se presentó un trabajo de los autores J Bleier, H. Mooloo, avalado que representa la introducción de este método a los EUA. Presentaron 32 pacientes, con fístulas trans y supraesfintéricas corroboradas por ultrasonido, 81% de ellos con falla con otros procedimientos previos, en los que se resolvió la fístula con esta técnica en 50% de ellos, en un seguimiento de 10 meses, sin alteración alguna de la continencia. En el mismo año otro trabajo realizado por A. Sahanwani y col, de Malasia, presentaron 45 pacientes, 11% recidivantes, en los que se obtuvo éxito en 82.2%, en un seguimiento de 3 a 8 meses. En el 2010, el Dr. A. Aboulian, de Torrance, realiza un estudio en 22 pacientes, con fístulas transesfintéricas altas, no recomendables para fistulotomía, con un seguimiento de 2 a 15 meses, y con curación aparente de 77% de los casos, sin síntomas de incontinencia en el postoperatorio (Ib⁴⁰).

La Proctología es un área de la medicina que está tomando importancia en los últimos tiempos pero no ha sido muy explorada; dado que la patología de esta zona es considerada como una urgencia quirúrgica, específicamente en el caso de nuestro objeto de estudio que son los abscesos anorrectales estos se consideran como una urgencia proctológica frecuente en el Servicio de Coloproctología, puesto que es necesario tomar decisiones rápidas en

cuanto al manejo y tratamiento de los mismos para evitar complicaciones tanto a corto como a largo plazo.

Pese a esto no se cuentan con datos suficientes, fiables y actualizados en nuestro medio, ni en la región acerca de la prevalencia exacta de esta patología, la distribución étnica y de género así como tampoco están bien identificados los factores de riesgo para esta entidad. Lo cual tampoco permite valorar nuevas opciones de tratamiento y procedimientos a nivel de la consulta.

Es por eso que dada la magnitud de la patología, las complicaciones y los costes que genera la enfermedad representan un importante problema de salud que nos lleva a plantear un estudio que abarque lo relacionado a esta patología anorrectal.

CAPITULO II

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO:

3.1.1. Problema: ¿Cuál es la prevalencia y factores de riesgo, complicaciones de abscesos anorrectales en pacientes que acuden al servicio de Coloproctología del Hospital Eugenio Espejo durante el periodo de enero del 2001 a marzo del 2011?

3.1.2. Objetivos Generales:

- Determinar la prevalencia y factores de riesgo y su relación con abscesos anorrectales y sus complicaciones en pacientes que acuden al servicio de Coloproctología del hospital Eugenio Espejo durante el periodo de enero del 2001 a marzo del 2011.

3.1.3. Objetivos Específicos:

- Determinar los factores de riesgo como: diabetes mellitus, fisura anal, traumatismo anorrectal, neoplasias, radioterapia, enteropatía inflamatoria, infecciones, inmunodepresión, cirugía previa, y su relación con el desarrollo de abscesos y sus complicaciones.
- Analizar la relación de los factores de riesgo con la presencia de esta patología.
- Determinar las complicaciones de esta patología anorrectal.

- Identificar las frecuencia de los pacientes diagnosticados con absceso anorrectal quienes desarrollan complicaciones posteriores
- Analizar la relación entre la presencia de algún factor de riesgo y las recidivas del absceso anorrectal.
- Determinar factores demográficos de la presentación del absceso anorrectal.

3.1.4. Hipótesis:

La prevalencia de abscesos anorrectales es más alta en el grupo de pacientes que presentan diabetes mellitus como factor de riesgo.

La mayoría de los pacientes que presentan el absceso anorrectal no tienen un control adecuado de sus patologías consideradas factores de riesgo para desarrollar absceso anorrectal.

Las fístulas anorrectales son la complicación mas frecuente en los pacientes que presentan absceso anorrectal.

La presencia de algún factor de riesgo predispone para la aparición de recidivas en los pacientes.

La presentación de los abscesos anorrectales se relaciona con género, grupo etario y ocupación del paciente.

3.1.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para determinar la relación entre los factores de riesgo para presentar absceso anorrectal en pacientes que acudieron al servicio de coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, en el periodo 2001 – 2011, se realizó un estudio descriptivo retrospectivo.

Para obtener los 385 pacientes se realizó una revisión de la base de datos del registro de egresos hospitalarios por año del Departamento de Estadística del HEE, del cual se obtuvieron los nombres, números de historias clínicas y diagnóstico de egreso (abscesos anorrectales, y abscesos anorrectales con fistula).

Procedimiento para recolección de información

Para la determinación del tamaño de la muestra, se realizó calculando la precisión de proporción $[n = z^2 \times p(1-p) / e^2]$, en la que n es el tamaño de la muestra, z el nivel de confianza (95%), p la frecuencia esperada, e como la precisión(5%); y como proporción del 50 %. Por lo que el tamaño de la muestra para este estudio es de 385 pacientes

Se revisaron 385 historia clínicas del Archivo de Estadística del Hospital Eugenio Espejo, que contenían las variables a analizarse.

3.1.6. Operacionalización de variables del estudio:

| VARIABLES | CONCEPTO | SUB VARIABLES/ DIMENSIONES | INDICADOR | MEDIDA |
|--------------------|---|---|--|---------------|
| Absceso Anorrectal | Un absceso anorrectal es una cavidad anormal llena de líquido situada en la región anorrectal, que ocasiona dolor perianal. | Paciente con Absceso Anorrectal | Diagnóstico realizado en el servicio de Coloproctología: SI / NO: | Nominal |
| Fisura anal | Lesión que agrieta la mucosa de la parte final del canal anal, produciendo | Paciente con fisura anal | Diagnóstico realizado en el servicio de Coloproctología: | Nominal |

| | | | | |
|------------------------|--|---|--|---------|
| | dolor anal de gran intensidad. | | SI / NO: | |
| Traumatismo anorrectal | Agresión que sufre la región anorrectal a consecuencia de la acción de agentes físicos o mecánicos | Cuerpo Extraño Empalamiento Rotura Neumática Iatrogenia Abuso Sexual | Diagnóstico realizado en el servicio de Coloproctología: SI / NO: | Nominal |

| | | | | |
|-------------------------------------|---|--|--|----------------|
| | | <p>Puntapiés</p> <p>Traumatismo</p> <p>Externo</p> <p>Arma Blanca</p> <p>Arma de Fuego</p> | | |
| <p>Enteropatía Inflamatoria</p> | <p>Afección inmunitaria crónica del intestino</p> | <p>Colitis Ulcerativa</p> <p>Enfermedad de Crohn</p> | <p>Diagnóstico realizado en el servicio de Gastroenterología / Coloproctología:</p> <p>SI / NO</p> | <p>Nominal</p> |
| <p>Diabetes</p> | <p>Glucemia al azar</p> | <p>Diabetico/a</p> | <p>SI / NO</p> | <p>Nominal</p> |

| | | | | |
|-------------|---|--------------|----------------|---------|
| | <p>≥200 mgr/dl en presencia de síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia o pérdida de peso inexplicada).</p> <p>Glucemia en ayunas (al menos durante 8 horas) ≥126 mgr/dl.</p> <p>Glucemia ≥200 mgr/dl a las 2 horas tras la sobrecarga oral con 75 grs. de glucosa (SOG).</p> <p>Hemoglobina glucosilada (HbA1c) ≥6,5%.</p> | | | |
| Infecciones | Colonización de | Tuberculosis | Antecedente de | Nominal |

| | | | | |
|-----------------------------------|--|---|---|---------|
| | un organismo por especies exteriores | Actinomicosis Linfogranuloma Venéreo | cada patología SI / NO | |
| Inmunodepresión | Reducción o abolición de las reacciones inmunológicas de un organismo contra un antígeno | Síndrome de inmunodeficiencia adquirida – VIH Neoplasias | Antecedente de paciente con patología relacionada al absceso anorrectal: SI / NO | Nominal |
| Cirugías previas de la región ano | Intervenciones quirúrgicas relacionadas con | Cirugías previas | Antecedentes de cirugía previa al apareamiento | Nominal |

| | | | | |
|------------------------|---|--|--|---------|
| perineal | la región ano perineal | | del absceso anorrectal: SI / NO | |
| Sexo | en sentido amplio es lo que significa ser hombre o mujer, o también masculino o femenino, | | Hombre Mujer | |
| Edad paciente | Tiempo transcurrido en años a partir del nacimiento de una persona. | | Años cumplidos | Razón |
| Tratamiento quirúrgico | Realización de tratamiento quirúrgico para resolución del | | Tratamiento quirúrgico para resolución del absceso | Nominal |

| | | | | |
|----------------------------------|---|--|---|---------|
| | absceso anorrectal | | anorrectal: SI / NO | |
| Fístula Anorrectal | Presencia de fístula anorrectal en pacientes que presentaron abscesos anorrectales | | Fistula anorrectal establecida, en pacientes que tuvieron absceso anorrectal: SI / NO | Nominal |
| Tipo de fístula anorrectal | Clase de fístula anorrectal | | Presentación de fístula anorrectal para conducta resolutiva del tipo de fístula: Interesfinteriana Transesfinterian | Nominal |

| | | | | |
|--|--|--|-------------------|--|
| | | | a | |
| | | | Supraesfinterian | |
| | | | a | |
| | | | Extraesfinteriana | |

Elaboración: Espartaco Erazo/Andrea Reina

3.1.7. Plan de análisis:

El absceso anorrectal es el fenómeno que se estudió a través de la medición las variaciones de sus características en los sujetos de estudio.

Las variables cualitativas o categóricas (Absceso Anorrectal, factores de riesgo, género sexual) se midieron a través de frecuencias absolutas, razón de prevalencias.

Las variables cuantitativas (edad, # de controles, #te cigarrillos, alcohol) se midieron con medidas de tendencia central y medidas de dispersión.

El análisis multivariado resultó de asociar la variable dependiente en función de cada una de las categorías o mediciones de las variables independientes. Para la asociación entre variables categóricas se estableció la diferencia de proporciones de pacientes que tienen absceso anorrectal en cada una de las categorías de las variables independientes (factores de riesgo), utilizándose tablas de contingencia, Odds Ratio.

La prueba estadística para la demostración de la hipótesis en este estudio fue el Chi cuadrado, debido a la asociación de variables categóricas. Se demostró la diferencia de proporciones es significativa, entregando un valor que relaciona las diferencias entre lo observado y lo esperado, en cada una de las tablas de contingencia.

Se realizó la tabulación en MS Excel y posteriormente el análisis de cada una de las variables cualitativas y cuantitativas en SPSS 19 y Statcalc.

3.1.8. Aspectos Bioéticos:

Al tratarse temas relacionados a la salud, su importancia radica en que la información puede utilizarse para describir y obtener una noción de la situación de los pacientes con patología anorrectal; también se busca promover su detección acertada, para recibir un tratamiento oportuno, que pueda salvaguardar la sobrevida y la calidad de vida de los pacientes. Debido a la constante necesidad de datos que avalen aún más ciertos conocimientos e hipótesis, la investigación a este nivel sigue siendo necesaria, además de la promoción de estilos de vida saludables y prevención de complicaciones. En el presente estudio, por su naturaleza, no existieron conflictos de tipo bioético, ya que la observación, como el análisis de la información, se obtuvo de registros médicos, sin ningún conflicto de interés; recordando que se garantizó la confidencialidad de la información obtenida de cada paciente que formó parte de este estudio.

4. CAPITULO 3

4.1 RESULTADOS

4.1.1. Análisis Descriptivo

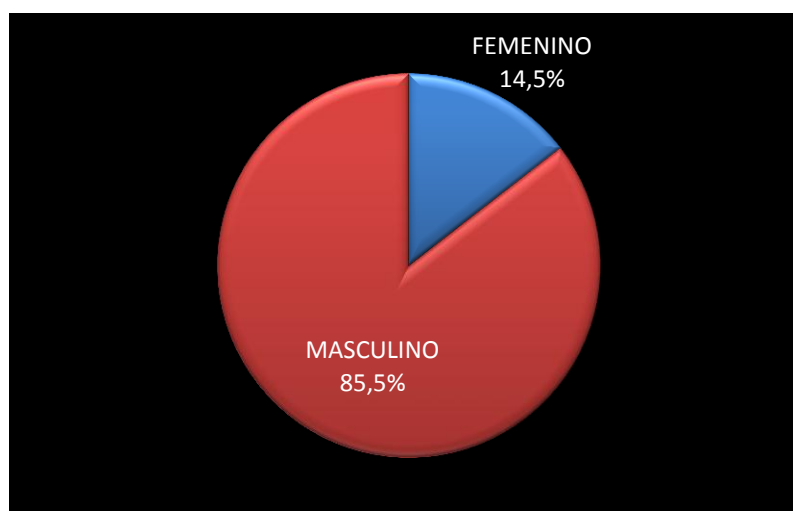
En el presente estudio se incluyeron un total de 385 historias clínicas de pacientes diagnosticados con absceso anorrectal, que fueron atendidas en emergencia, hospitalización y consulta externa del Hospital Eugenio Espejo en el período 2001-2011. Los abscesos anorrectales fueron la patología más común en el servicio de coloproctología en los últimos tres años (enero 2009-abril 2011), con el 21.4%, seguido por las hemorroides con 15.4%, y las fisuras anales 7.4%.

Información Socio Demográfica

Sexo

La aparición de los abscesos perianales fue más frecuente en varones con el 85.5%.

Gráfico 6.- DISTRIBUCIÓN POR SEXO AÑO 2001-2011



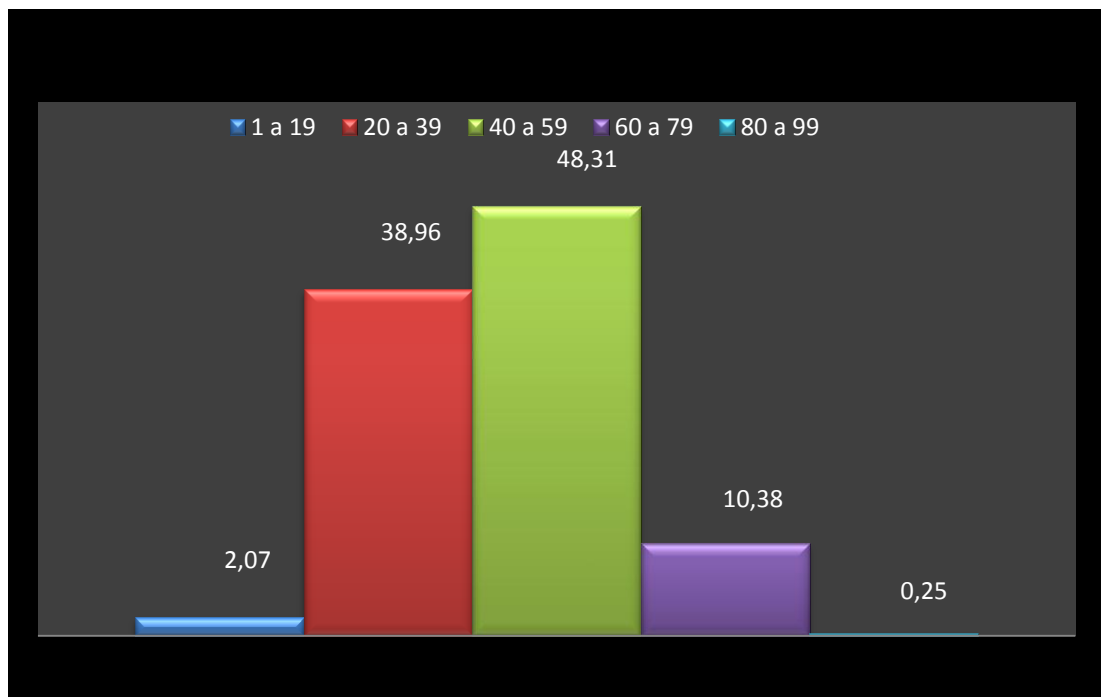
Fuente: Archivo de Estadística Hospital Eugenio Espejo

Elaboración: Espartaco Erazo/Andrea Reina

Edad

El grupo etario en el que predominó la aparición de esta patología fue el rango de edad de 40-59 años de edad con el 48,31%, seguido por el grupo de 20-39 años de edad. Se estableció una media de 42.99 años de edad con una desviación estándar de ± 13 años y moda de 42 años.

Gráfico 7.- DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD



Fuente: Archivo de Estadística Hospital Eugenio Espejo

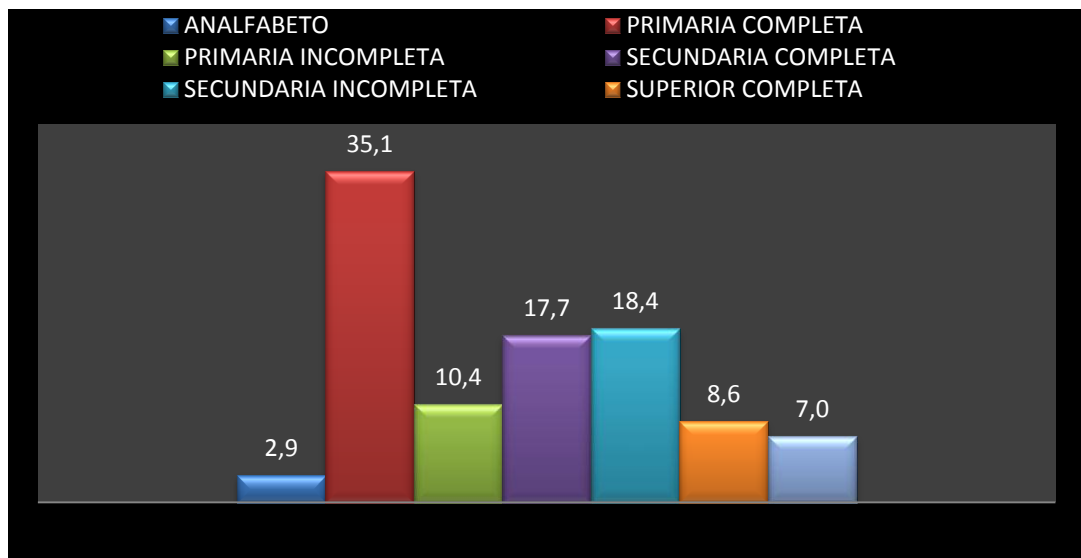
Elaboración: Espartaco Erazo/Andrea Reina

Instrucción Y Ocupación

En el nivel de escolaridad de la población del estudio predominó la primaria completa con el 35.1% y secundaria incompleta con el 18.4%; las

ocupaciones más frecuentes fueron las siguientes: chofer con el 17.1% (66 pacientes), jornaleros y amas de casa.

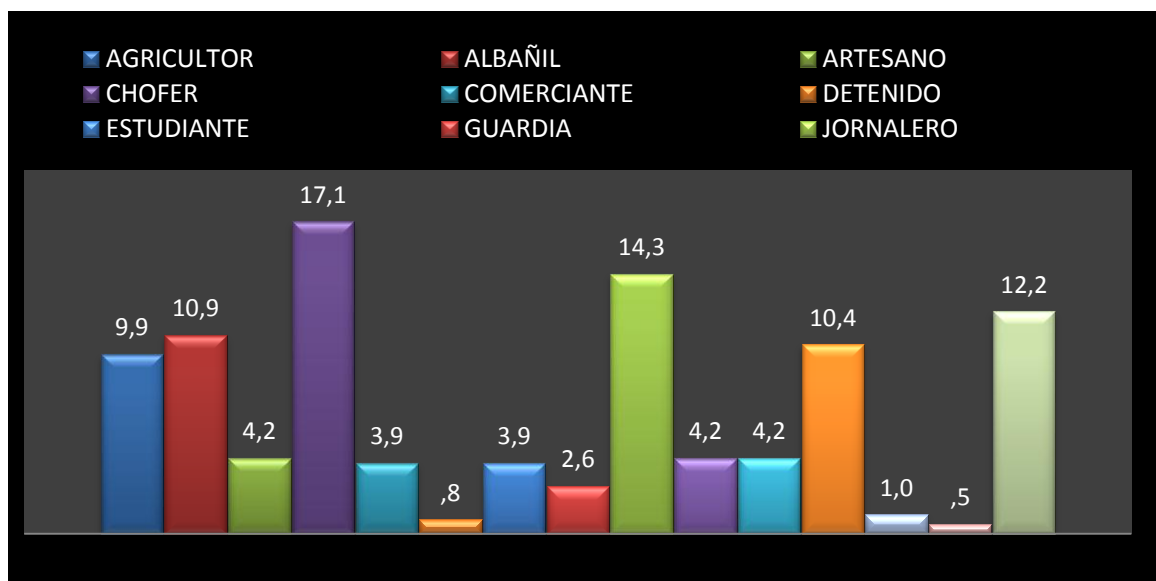
Gráfico 8.- DISTRIBUCIÓN POR INSTRUCCIÓN



Fuente: Archivo de Estadística Hospital Eugenio Espejo

Elaboración: Espartaco Erazo/Andrea Reina

Gráfico 9.- OCUPACIONES



Fuente: Archivo de Estadística Hospital Eugenio Espejo

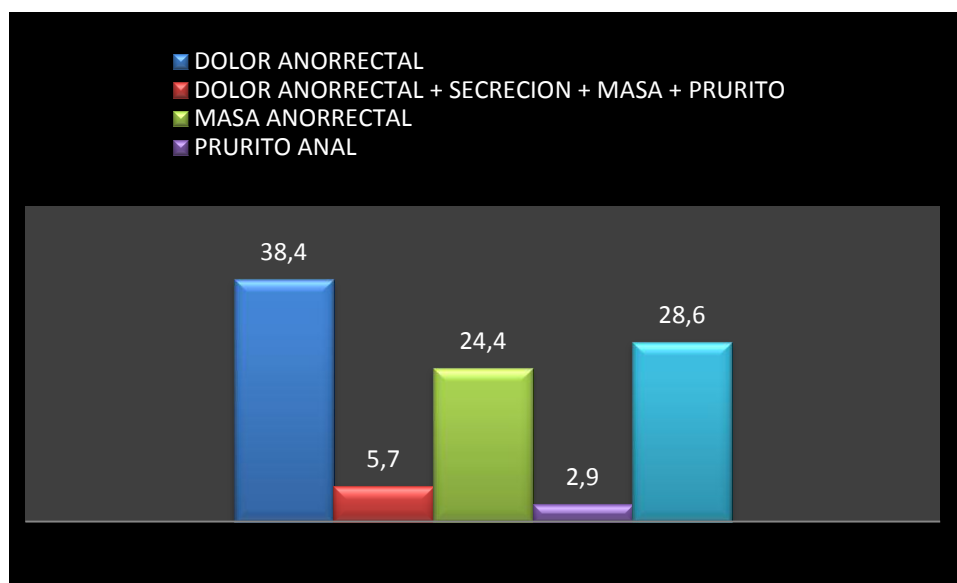
Elaboración: Espartaco Erazo/Andrea Reina

Características clínicas

Motivo de consulta

Los pacientes acudieron manifestando principalmente dolor anorrectal 38.4% y la presencia de secreción en la región anal 28.6%.

Grafico 10.- MOTIVO DE CONSULTA



Fuente: Archivo de Estadística Hospital Eugenio Espejo

Elaboración: Espartaco Erazo/Andrea Reina

Características de abscesos

Se encontró tres tipos abscesos: anoperineales 97.7%, isquiorrectales 2.1%, y 0.3% submucosos, drenados en su mayoría espontáneamente 49.4% y en consulta externa 39.5%, recibieron tratamiento antibiótico 51,2%.

La principal complicación del absceso fue la fístula que se presentó en el 89.4% de los pacientes, y de éstas 88.08% fueron fistulas anorrectales

simples, que fueron resueltas quirúrgicamente en su totalidad, teniendo como secuelas el 2.9% de incontinencia fecal (10 casos de 344). La media de días de hospitalización fue de 4.36 con una desviación estándar de ± 4.9 y moda de 3.

Tabla 2.- CARACTERISTICAS DE LOS ABSCESOS

| VARIABLE | RESULTADOS | | |
|---------------------------|------------------|-----|------|
| | TIPO | No. | % |
| TIPO DE ABSCESO | Anorrectal | 376 | 97.7 |
| | Isquiorrectal | 8 | 2.1 |
| | Submucoso | 1 | 0.3 |
| TIPO DE DRENAJE | Espontaneo | 190 | 49.4 |
| | Consulta externa | 152 | 39.5 |
| | Quirúrgico | 24 | 6.2 |
| | Domicilio | 19 | 4.9 |
| ANTIBIOTICOTERAPIA | Si | 197 | 51.2 |
| | No | 188 | 48.8 |
| FISTULA | Si | 344 | 89.4 |
| | No | 41 | 10.6 |
| TIPO DE FISTULA | Anoperineal | 303 | 88.1 |
| | Recidivante | 13 | 3.8 |
| | Múltiple | 11 | 3.2 |
| | Herradura | 11 | 3.2 |

Fuente: Archivo de Estadística Hospital Eugenio Espejo

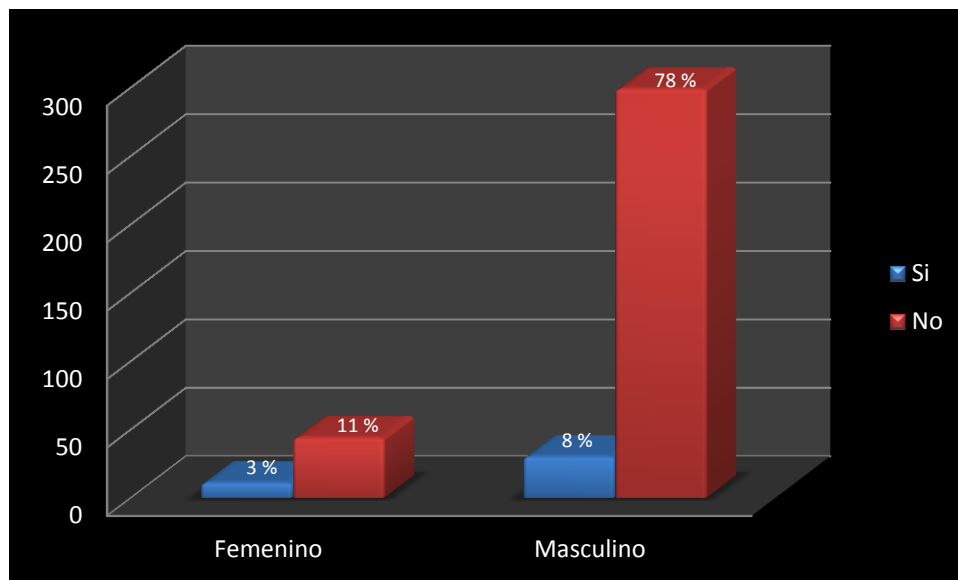
Elaboración: Espartaco Erazo/Andrea Reina

4.1.2. ANÁLISIS MULTIVARIAL

Relación entre características demográficas, antecedentes clínicos-quirúrgicos con presencia de abscesos

La aparición de los abscesos perianales fue más frecuente en el sexo masculino, de un total de 329 hombres, 30 acudieron en la fase aguda de la enfermedad, mientras que 299 en fase crónica. Se puede evidenciar con un OR de 9.5 y $p=0.002$ una fuerte asociación entre el ser hombre y presentar absceso anorrectal tanto en su fase aguda como crónica, resultando esta relación estadísticamente significativa.

Gráfico 11.- RELACIÓN ENTRE SEXO Y ABSCESO ANORRECTAL



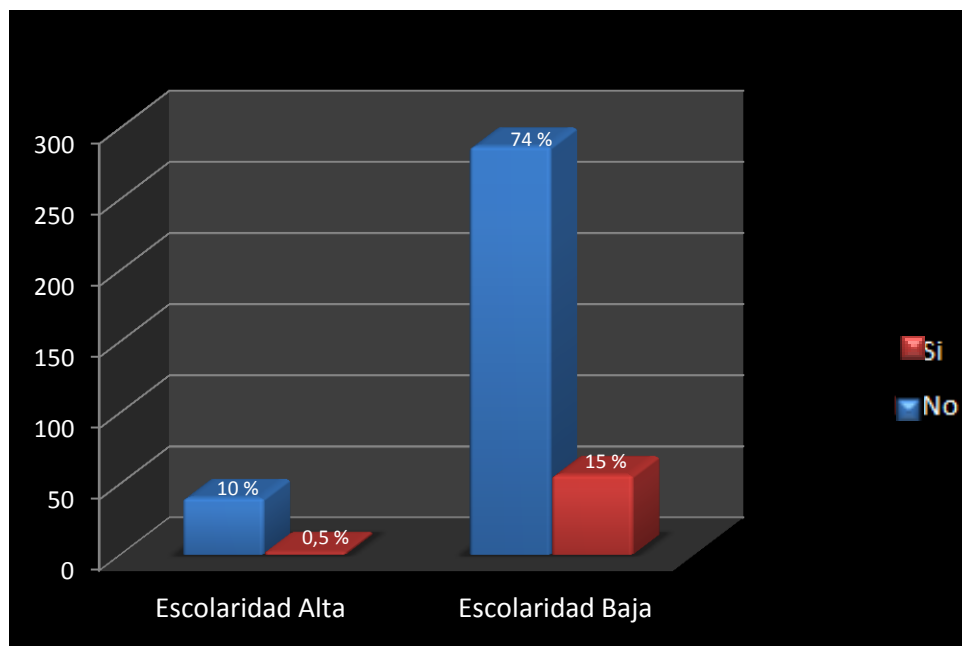
Fuente: Archivo de Estadística Hospital Eugenio Espejo

Elaboración: Espartaco Erazo/Andrea Reina

Escolaridad

Con respecto a la escolaridad, se evidencio que de 327 pacientes con escolaridad baja, 40 personas presentaron absceso anorrectal; y de 58 pacientes con escolaridad alta, solamente 2 presentaron absceso anorrectal. Se encontró asociación entre las personas con escolaridad baja en relación al absceso (OR = 3.05, p= 0,08), pero no fue significativa.

Gráfico 12.- RELACIÓN ENTRE ESCOLARIDAD Y ABSCESO ANORRECTAL



Fuente: Archivo de Estadística Hospital Eugenio Espejo

Elaboración: Espartaco Erazo/Andrea Reina

Ocupación

En la categoría de antecedentes proctológicos, se obtuvieron razones de prevalencias por tener varias opciones. Las razones agricultor/jornalero,

agricultor/oficinista, chofer /estudiante, chofer/guardia, chofer/oficinista, estudiante/oficinista, guardia, jornalero, jubilado/oficinista, mecánico/oficinista, pintor/QQDD indicaron una fuerte asociación de riesgo en relación al presentar absceso anorrectal. Las razones agricultor/artesano, chofer/jubilado, guardia, jornalero, jubilado/ jornalero, jubilado no presentaron asociación para absceso anorrectal.

Tabla 3.- FACTORES DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON ABSCESO ANORRECTAL

| ANTECEDENTES | % | OR | IC 95% | VALOR P |
|---------------------|----------|-----------|---------------|----------------|
| Sexo (masculino) | 85,5% | 9,5 | 1,29-15,7 | 0.002 |
| Escolaridad (baja) | 85 | 3,05 | 0,91-16,61 | 0,08 |

Fuente: Archivo de Estadística Hospital Eugenio Espejo

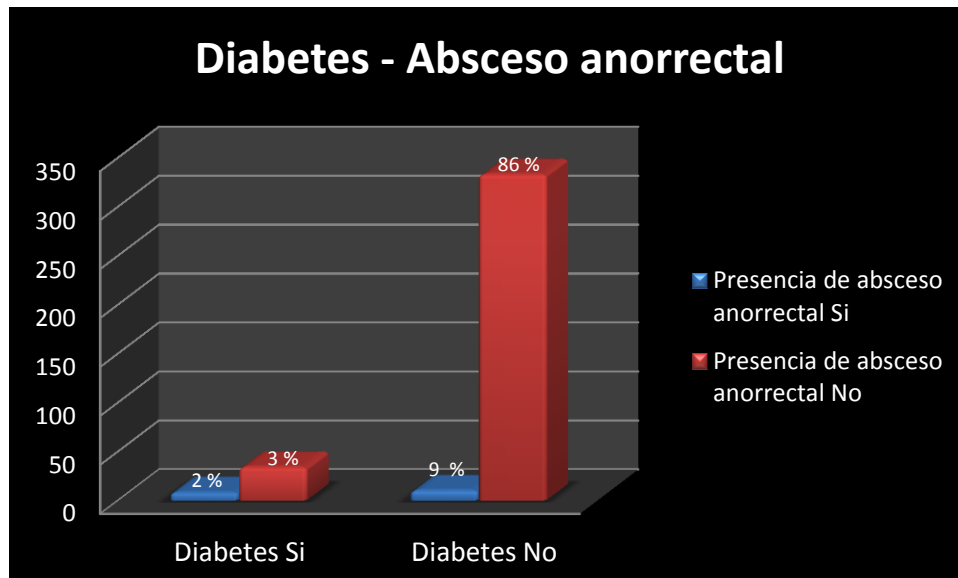
Elaboración: Espartaco Erazo/Andrea Reina

Relación entre antecedentes patológicos y abscesos

Antecedente de Diabetes Mellitus tipo 2

En la muestra se evidenció que, de un total de 18 pacientes diabéticos, 8 presentaron absceso anorrectal; y de un total de 367 personas no diabéticas, 34 pacientes presentaron este trastorno. Se evidenció hay una fuerte asociación entre antecedentes personales de diabetes con el absceso OR= 7,83; y estadísticamente significativo $p = (0,000)$.

Gráfico 13.- RELACIÓN ENTRE DIABETES Y ABSCESO ANORRECTAL



Fuente: Archivo de Estadística Hospital Eugenio Espejo

Elaboración: Espartaco Erazo/Andrea Reina

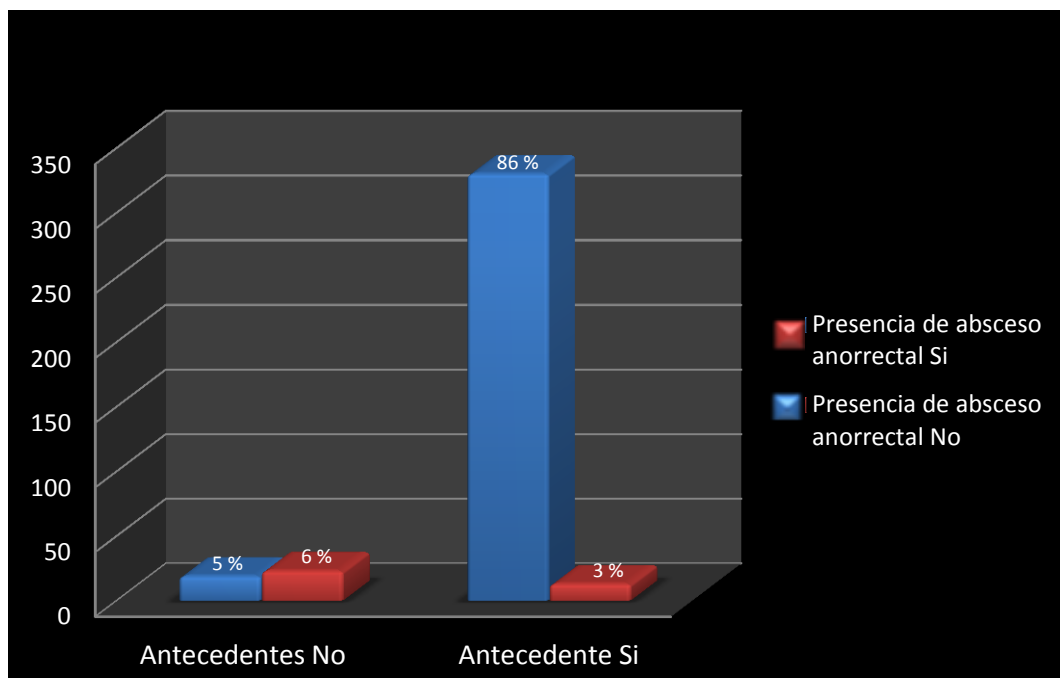
Antecedentes proctológicos

Al relacionar los antecedentes proctológicos y abscesos anorrectales, se obtuvo que de un total de 349 pacientes que presentaron algún antecedente proctológico (absceso, fisura, hemorroides), 19 personas si presentaron absceso anorrectal; mientras 36 pacientes que no presentaron antecedente proctológico, 23 si presentaron absceso anorrectal, encontrándose una fuerte asociación entre presentar alguno de los antecedentes proctológicos y desarrollar absceso anorrectal (OR= 29), y estadísticamente significativo ($p=0,000$).

En la categoría de antecedentes proctológicos, se obtuvieron razones de prevalencias por tener varias opciones. La razón absceso

anorrectal/hemorroides presentó una fuerte asociación entre el tener antecedente de hemorroides y presentar absceso anorrectal. No se reportaron casos de pacientes con antecedente de fisura rectal que hayan presentado absceso

Gráfico 14.- RELACIÓN ENTRE ANTECEDENTES PROCTOLÓGICOS Y ABSCESO ANORRECTAL



Fuente: Archivo de Estadística Hospital Eugenio Espejo

Elaboración: Espartaco Erazo/Andrea Reina

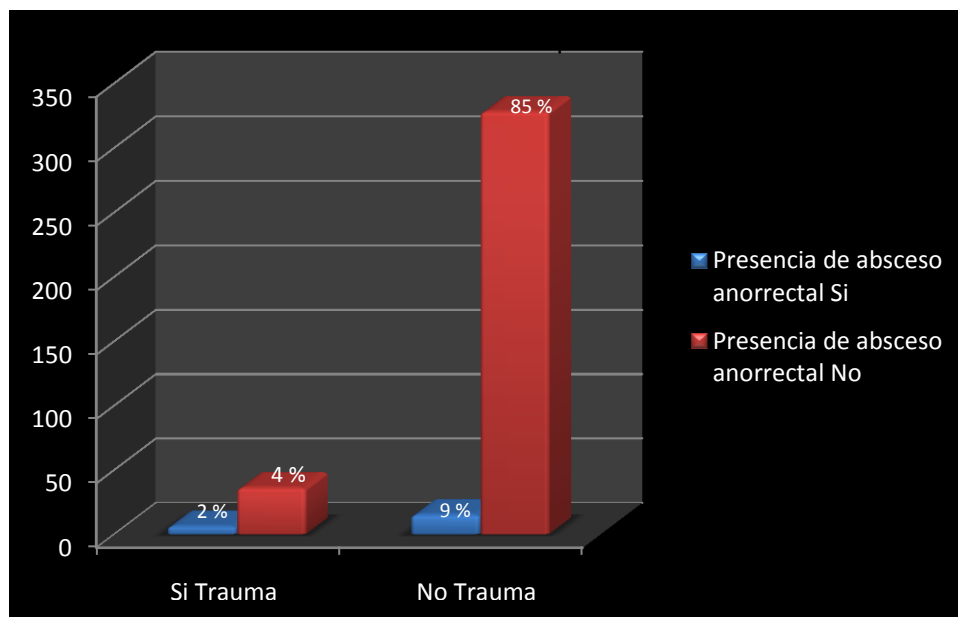
Traumatismo

De la relación entre el antecedente de trauma que compromete la región ano perineal y la aparición de absceso anorrectal se obtuvo que, de los 21 que presentaron como antecedente el trauma, seis presentaron absceso

anorrectal, y de los 364 pacientes que no tuvieron antecedente traumático, 36 presentaron absceso. Resultó tener una fuerte asociación entre el antecedente de trauma y absceso anorrectal que fue significativo (OR= 4; p= 0,02).

El antecedente de trauma al tener varias categorías (caída, cuerpo extraño, exposición a calor, golpes) se obtuvo la respectiva razón de prevalencias. Se observó que la razón cuerpo extraño/golpe tuvo una fuerte asociación con la patología anorrectal.

Gráfico 15.- RELACIÓN ENTRE TRAUMA Y ABSCESO ANORRECTAL



Fuente: Archivo de Estadística Hospital Eugenio Espejo

Elaboración: Espartaco Erazo/Andrea Reina

Infecciones

Al relacionar las infecciones (solo se encontró tuberculosis) y el absceso anorrectal se observó que de los 2 pacientes diagnosticados con tuberculosis, 1 presentó absceso anorrectal. Y de 383 personas que no presentaron tuberculosis, 41 presentaron absceso anorrectal. Lo que resultó tener (OR= 8,3 y $p= 0,52$) una fuerte asociación para absceso anorrectal, pero no fue significativo.

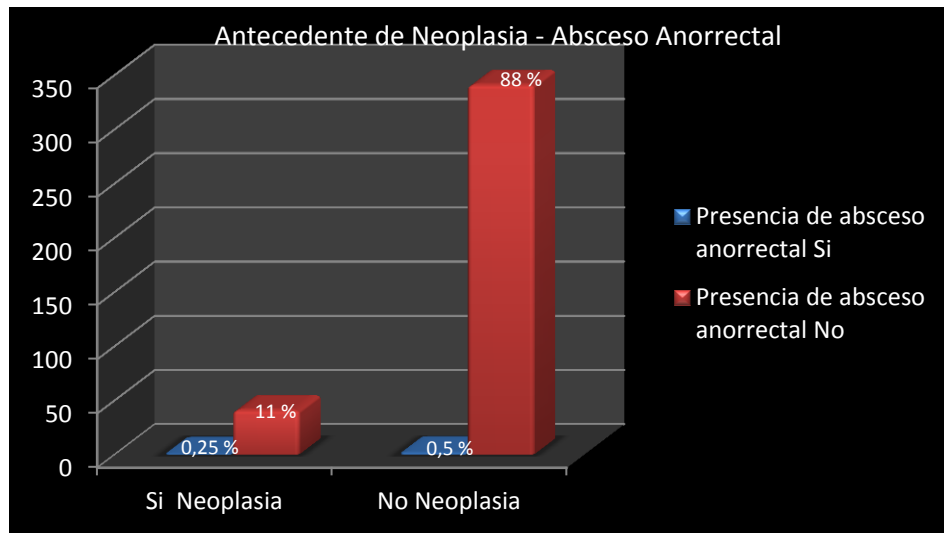
VIH

Se analizó la relación entre la presencia de VIH y absceso anorrectal, 1 paciente con VIH, no presentó absceso anorrectal y de los 384 pacientes sin VIH, 42 presentaron abscesos. No hubo asociación, ni significancia ($p= 0,72$).

Neoplasias

Se analizó la relación entre absceso anorrectal y el antecedente de neoplasia (cáncer mamario, leucemia, linfoma). De los 3 pacientes con antecedente de neoplasia, 1 presentó absceso en el motivo de consulta; de los 382 pacientes sin el antecedente neoplásico, 41 presentaron absceso. Hubo una fuerte asociación entre los pacientes con el antecedente de neoplasia y la presencia de absceso anorrectal (OR= 4; $p= 0,74$); pero no fue significativo.

Gráfico 16.- RELACIÓN ENTRE NEOPLASIAS Y ABSCESO ANORRECTAL



Fuente: Archivo de Estadística Hospital Eugenio Espejo

Elaboración: Espartaco Erazo/Andrea Reina

Enfermedad inflamatoria intestinal

No se reportó ningún caso de pacientes con Enfermedad de Crohn o enterocolitis ulcerativa.

Tabla 4.- ANTECEDENTES PERSONALES RELACIONADOS CON ABSCESO ANORRECTAL

| ANTECEDENTES | % | OR | IC 95% | VALOR P |
|-----------------------------------|------|------|--------------|---------|
| Diabetes Mellitus tipo 2 | 4,7 | 7,83 | 2,89 - 21,18 | 0,000 |
| Antecedentes proctológicos | 90,6 | 29 | 12,8 - 65,8 | 0,000 |
| Traumatismo | 5,5 | 4 | 1,33 - 9,9 | 0,02 |
| Infecciones | 0,5 | 8,3 | 0,52 - 135,8 | 0,52 |
| Neoplasias | 0,8 | 4 | 0,36 - 46,8 | 0,74 |

Fuente: Archivo de Estadística Hospital Eugenio Espejo

Elaboración: Espartaco Erazo/Andrea Reina

Alcohol y Tabaco

Al relacionar la ingesta de alcohol, consumo de tabaco y absceso anorrectal, se obtuvo que de los 174 pacientes que ingieren alcohol, 14 presentaron absceso anorrectal, mientras que de los 211 pacientes que no consumen alcohol, 28 desarrollaron absceso anorrectal. De los 51 pacientes que consumen tabaco, 3 presentaron absceso anorrectal, mientras que de los 334 que no consumen tabaco, 34 si presentaron absceso anorrectal. Lo que resultó haber una asociación protectora y estadísticamente no significativa (OR= 0.5; p=0.14) y (OR=0.47; p=0.32) respectivamente

Al realizar la prueba t para diferencia de medias y resultó ser significativa en las personas que ingieren alcohol por semana y por mes en relación a los pacientes que no ingieren alcohol. Similares resultados se obtuvieron en los pacientes que consumen tabaco por semana. En las personas que consumían tabaco por mes, resultó no ser significativa.

Tabla 5 .- HÁBITOS RELACIONADOS CON ABSCESO ANORRECTAL

| ANTECEDENTES | % | OR | IC 95% | VALOR P |
|---------------------|----------|-----------|---------------|----------------|
| Alcohol | 45,2 | 0,5 | 0,29 – 1,12 | 0,14 |
| Tabaco | 13,2 | 0,47 | 0,14 – 1,5 | 0,32 |

Fuente: Archivo de Estadística Hospital Eugenio Espejo

Elaboración: Espartaco Erazo/Andrea Reina

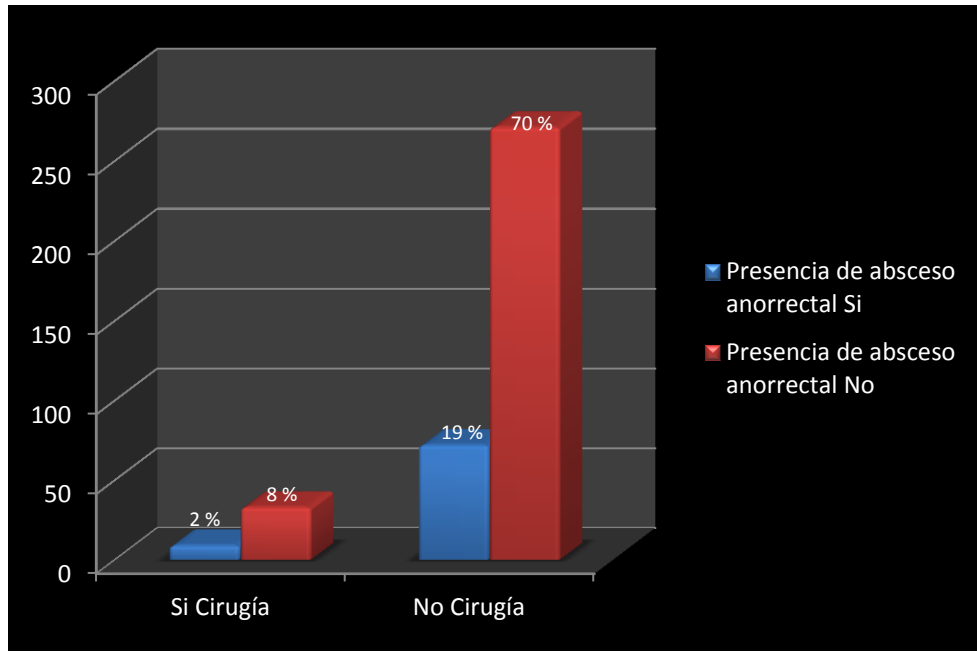
Hábitos defecatorios

En la prueba t para diferencia de medias entre los hábitos defecatorios por día y por semana, no hubo significancia entre el hábito defecatorio por semana y la presencia de absceso, contrario a lo encontrado en relación al hábito defecatorio por día donde si se encontraron diferencias significativas.

Antecedentes quirúrgicos anoperineales

En la relación entre la presencia de antecedentes quirúrgicos anoperineales (drenaje de absceso anorrectal, episiotomía, fistulectomía, fisurectomía y hemorroidectomía) y la presencia de absceso anorrectal, se encontró que de un total de 81 pacientes con antecedentes quirúrgico, 9 presentaron absceso anorrectal; mientras que de los 304 pacientes sin antecedente quirúrgico, 33 si presentaron absceso anorrectal; lo que no presentó asociación, ni significancia (OR=1; p=0,9).

Gráfico 17.- RELACIÓN ENTRE ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS Y ABSCESO ANORRECTAL



Fuente: Archivo de Estadística Hospital Eugenio Espejo

Elaboración: Espartaco Erazo/Andrea Reina

Tabla 6.- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS RELACIONADOS CON ABSCESO ANORRECTAL

| ANTECEDENTES | % | OR | IC 95% | VALOR P |
|---|----|----|--------------|---------|
| Antecedentes quirúrgicos anoperineales | 21 | 1 | 0,47 – 2, 24 | 0,9 |

Fuente: Archivo de Estadística Hospital Eugenio Espejo

Elaboración: Espartaco Erazo/Andrea Reina

5. DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue la relación entre los factores de riesgo y la presencia de absceso anorrectal en los pacientes que acudieron al servicio de coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en el periodo 2001 – 2011.

Existen varios factores asociados al desarrollo de los abscesos anorrectales, que pueden ser vinculados al medio y también propios del paciente en relación a sus condiciones culturales, sociales.

Resultados similares se han observado en otros estudios, sin embargo las condiciones poblacionales, socioculturales de nuestro medio son distintas a las analizadas por otros autores, estimulando a realizar un análisis en nuestro medio.

Son pocas las entidades clínicas que se ven estrechamente relacionadas con múltiples factores de riesgo con los abscesos anorrectales y las fístulas.

En el presente estudio se analizó un total de 385 pacientes diagnosticados con absceso anorrectal que fueron atendidas en emergencia, hospitalización y consulta externa de coloproctología del HEE.

Los abscesos y fístulas perianales representan una de las patologías coloproctológicas más frecuentes en la consulta externa en EEUU (2), (20); se encontró solo una publicación que reporta a los abscesos perianales como 15% de las consultas proctológicas, el resto de estudios no aporta con un porcentaje exacto de la epidemiología de esta enfermedad (3). En el

presente estudio realizado en el servicio de Coloproctología del Hospital Eugenio Espejo, se encontró como la primera causa de las consultas en los tres últimos años con 21,4% de las consultas.

Se encontró una mayor frecuencia en hombres que en mujeres; Charúa y Col (5) señala el predominio de hombres sobre mujeres en una relación 4:1 y porcentajes de 82.15% y 17.85% respectivamente (2), Harrison 3:1 (3), y Guerrero 2:1 hallando predominio en hombres. Goligher y Col (41) informan que la diferencia entre ambos sexos puede explicarse por la actitud menos cuidadosa en general de los hombres hacia la limpieza anal, por su tipo de ropa interior, más áspera, causante de más fricción en la piel perianal.

Según los grupos de edad encontramos que es prevalente en edades comprendidas entre los 40-59 años o quinta década de vida, resultado relativamente similar a lo reportado en las publicaciones de Guerrero y Harrison (10), donde la prevalencia es en edades entre 30-50 años; sin embargo contrasta con datos proporcionados por Palmieri y cols (33) que señalan mayor frecuencia en edades entre 20 y 40 años.

En el presente estudio el absceso anoperineal se presenta con mayor frecuencia en personas que cursan la primaria completa y secundaria incompleta, y que desarrollan actividades de chofer, jornalero y amas de casa. Goligher y Col. informan que los pacientes en especial los hombres por su tipo de trabajo, a menudo más duro y que requiere tiempos prolongados sentados, o bien trabajo en lugares que no les permiten una

limpieza anal adecuada y generan más sudoración en la región anal predisponen a la formación de los abscesos.

Clínicamente el estudio revela que el dolor anoperineal, la aparición de masa anoperineal y la secreción son los principales motivos de consulta; de los estudios revisados, Charúa (5) encuentra dolor anorrectal en 85% de los pacientes, tumoración o masa en el 92.85%, fiebre 32.14%, escalofríos 20.53%, rubor en piel 20.53% y secreción 2.67% como último motivo de consulta, hallazgo que contrasta con el presente estudio donde se encontró a la secreción como tercer motivo importante de consulta, y no se encontró y la fiebre, escalofríos y rubor como motivos de consulta.

Se identificaron tres tipos de abscesos: anoperineales, isquiorrectales y submucosos, siendo el anoperineal el más representativo con el 97.7% de los casos; Harrison (3) menciona que 40-50% son anoperineales, isquiorrectales, 20-25%, interesfinterianos 2-5%; mientras Charúa (22) señala porcentajes similares a nuestros resultados con abscesos anoperineales 75.89%, absceso isquiorrectal 21.43%, y 2.68% interesfintéricos. Ninguna de las dos evidencias menciona a los abscesos submucosos como una categoría de la clasificación.

En promedio 30-40% de los abscesos culminarán en la aparición de la fístula anal según referencias de Harrison, versus el 26-50% que señala Guerrero, y Charúa (22) 66.07%, en el presente estudio se observó 89.4% de casos de abscesos que terminaron en fistulas. La resolución de las mismas fue quirúrgica al 100%.

La principal complicación de la resolución quirúrgica fue la incontinencia fecal, que en este estudio fue de 2.9%, siendo menor al observado por Astiz (42), que encuentra 8% de incontinencia fecal después de la reparación de la fistula.

Encontramos una notable prevalencia de factores de riesgo en el estudio que pudieran justificar una considerable magnitud de hospitalización y complicaciones en los pacientes.

Phillips y cols (43), Gordon y cols (44) y Ayala (45), señalan a la patología anorrectal más frecuente en hombres que en mujeres, de la misma manera que lo mencionado anteriormente en el presente estudio donde se encontró esta asociación, ($p=0.002$).

Se encontró que la escolaridad baja de los pacientes se asocia a la presencia de esta patología anorrectal, sin embargo la relación entre estos no fue significativa ($p= 0,08$), similar hallazgos se encontró en el estudio de López-Ríos (20).

En relación a las ocupaciones, si bien se evidencia prevalencia de abscesos en pacientes dedicados a la albañilería, los mecánicos, jornaleros, oficinistas, agricultores y quehaceres domésticos para desarrollar patología anorrectal, no se evidencia asociación ni es estadísticamente significativo; hallazgo similar al de Takahashi (2) en el 2003, que no identifica la ocupación como factor asociado al desarrollo de la patología anorrectal

Con relación a la diabetes, Aguilar-Salinas y cols (46) indica a la diabetes como factor de riesgo para esta patología; Charúa y Col (5) reporta que, el 48.98% presento como patología asociada la diabetes mellitus, 18.37%. Otros autores informan diabetes mellitus en 2 a 30 % de los sujetos con absceso anorrectal (1b⁵). En el presente estudio se observó que hay asociación entre la diabetes y la presencia de absceso y fistula, la misma que es estadísticamente significativa.

Al analizar los antecedentes proctológicos se encontró una fuerte asociación entre los antecedentes proctológicos y el desarrollo de absceso anorrectal con significancia estadística. En cuanto a los antecedentes quirúrgicos no se asoció con la presencia de abscesos anorrectales.

Phillips y cols (43), Keighley y cols (47), y Alvarado-Cerna y cols (48) señalan al trauma anoperineal como una de las causas de presentación de absceso anorrectal, hallazgo similar al del presente estudio, en el que los cuerpos extraños y golpes, representan un riesgo significativamente estadístico para el desarrollo de abscesos.

Otros factores estudiados fueron las neoplasias e infecciones, en Phillips y cols (43), Gordon y cols (44), Keighley y cols (47) y Alvarado-Cerna y cols (6), estos factores constan como factores asociados al posterior desarrollo de la patología anorrectal, sin embargo en este estudio se observó que si bien el padecer tuberculosis, cáncer mamario, leucemia, linfoma es un factor de riesgo para presentar absceso anorrectal, su relación no fue estadísticamente significativa.

Los trabajos realizados en Keighley y col (47), refieren también como factor de riesgo, la enfermedad inflamatoria intestinal, que incluye la enfermedad de Crohn y enterocolitis ulcerativa, cabe mencionar que estas entidades son características de países industrializados y en poblaciones de etnia blanca, en este estudio no se encontró pacientes con estas enfermedades, por lo que estos factores no son aplicables a nuestra realidad.

En lo que respecta a los pacientes infectados con VIH, la información en Ayala y cols (45), señala a esta entidad como factor de riesgo asociado a la patología anorrectal, por su mecanismo de inmunodeficiencia y exposición a infecciones. Los resultados del presente estudio, en contraposición con la referencia bibliográfica, indican que no hay asociación entre la infección por VIH y el riesgo de presentar patología anorrectal.

En cuanto a los hábitos de alcohol y el consumo de tabaco, López-Ríos (20) y Takahashi (2) no los señalan como factores de riesgo para los abscesos anorrectales; se decidió realizar el análisis en este estudio por la elevada prevalencia del consumo de alcohol y una importante prevalencia de tabaco en los pacientes de la muestra. Los resultados indicaron que la ingesta de alcohol y tabaco no tienen asociación con la presencia de absceso.

La información de la literatura revisada en López-Ríos F (20) y Takahashi (2) acerca de los hábitos defecatorios como factor asociado para absceso anorrectal, resultaron ser similares en este estudio, porque los hábitos defecatorios son factor de riesgo para otras patologías anorrectales como las fisuras anales y no para los abscesos anorrectales.

En nuestro medio existen varios motivos por los que los pacientes no acuden en primera instancia donde el facultativo al presentar algún síntoma o signo relacionado a la aparición del absceso anorrectal, un porcentaje importante espera meses e incluso años para acudir a consulta, como constó en las historias clínicas. El desconocimiento y la idiosincrasia de la población tienen un rol importante para la demora en la atención por el personal de salud, e incluso en el seguimiento del paciente luego de la atención recibida.

Limitaciones metodológicas del estudio

Al ser un estudio retrospectivo la información recolectada se basa únicamente en la información proporcionada por las historias clínicas, la misma que en muchos casos no se encontró descrita de manera más detallada o completa en algunas ocasiones.

6. CONCLUSIONES

- La prevalencia de los abscesos anorrectales en el servicio de coloproctología en los últimos tres años (enero 2009-abril 2011) fue del 21.4%, La población más prevalente con patología anorrectal es la masculina, y las ocupaciones albañil, agricultor, chofer, jornalero, mecánico y quehaceres domésticos se asociaron con absceso y fístula anorrectal.
- Los factores de riesgo: antecedentes de trauma por cuerpo extraño y golpe, los antecedentes proctológicos (hemorroides) y diabetes mellitus tipo 2 se asociaron con el absceso y fístula anorrectal.
- No se encontró asociación entre neoplasias, infecciones, antecedentes quirúrgicos, alcohol y tabaco y la presencia de abscesos anorrectales.
- En este estudio las causas específicas o secundarias no fueron la principal causa para presentar absceso anorrectal; siendo la teoría criptoglandular la que explicaría el origen de la patología anorrectal, tal como refiere la literatura médica revisada.
- Las fistulas anorrectales por su ubicación, trascendencia clínica, y las repercusiones que puede traer tras su resolución quirúrgica son de especial interés para dar manejo oportuno y adecuado a los pacientes que la tienen.

- Los resultados de este estudio proporcionó datos para el desarrollo de programas de información para una oportuna asistencia de las personas a la atención por el personal de salud, al presentar sintomatología y/o signos de la patología anorrectal. Sin embargo los datos obtenidos se encontraron en una población de estrato socioeconómico medio bajo y bajo, por lo que no podemos extrapolar los resultados a la población en general.

7. RECOMENDACIONES

Informar a los pacientes con absceso anorrectal, sobre las características clínicas de su patología y de la posible formación de fístula anorrectal, para su resolución quirúrgica.

Se recomienda a los médicos e internos rotativos que realicen la anamnesis de los pacientes con patología anorrectal, detallar la información de importancia y completar los datos de la enfermedad actual; para así realizar análisis mas detallados y obtener información que resulte significativa, estableciendo con profundidad los factores de riesgo y características de los abscesos y fístulas anorrectales.

Se recomienda realizar estudios de similares características a la presente investigación, debido a que no existió diversidad en cuanto a etnia, residencial actual, hábitos higiénicos; por la falta de esta información en la mayor parte de las historias clínicas.

BIBLIOGRAFIA

1. Real Academia Española. *Diccionario de la Real Academia Española*. 21^a ed. Madrid: UNIGRAF 1992.
2. Takeshi Takahashi. *Colon, recto y ano: enfermedades médico-quirúrgicas*. 1 edición 2003. Editores de Textos Mexicanos
3. Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, Loscalzo J. Harrison *.Principios de Medicina Interna*.17 va edición. McGraw Hill.
4. Castejón Marco, *Urgencias Proctológicas*, Cirujano del Hospital General de Honduras, Profesor UNAH - Cátedra de Cirugía, Vol. 42, 1974, Honduras.
5. Charúa Guindic Luis, *Fistula anal secundaria a drenaje quirúrgico de absceso anal*, Revista Medica Hospital General de México, 2004.
6. Alvarado – Cerna R. Bracho- Riquelme R. *Perianal actinomycosis: a complication of a fistula –in-ano – Report of a case*. Dis Col REc 1994: 37:80.

7. Parks AG, Gordon PH, HArDcastle JE. *A classification of fistula in ano.*
Br J Surg 1976; 63: 1-2.
8. Nirmal J, Caputo GM, et al: *Infections in Patients with Diabetes Mellitus.* N Engl J Med 1999; 341: 1906-12.
9. Bartelink ML, Hoek L, Freriks JP: *Infections in patients with type 2 diabetes in general practice.* Diabetes Res Clin Pract 1998; 40: 15-19.
10. Balint, Kacsoh. *Endocrine Physiology*, 2000, McGraw Hill.
11. Pallarés J, López A, Cano A, Fábrega J y Mendive J. *La infección urinaria en el diabético.* Aten Primaria 1998; 21: 630-637.
12. Vasilevsky C. *Cirugía de abscesos y fístulas en Complicaciones de la cirugía*, Colorrectal Hicks, Beck D, opelka F, Timmcke A. Ed Masson Williams and Wilkins 1998. 189-2019.
13. Makowiec F, *Perianal abscess in Crohn's disease*, Universidad de Tübingen, Alemania, 1997.

14. De Dombal F.T, *Incidence and management of anorectal abscess, fistula and fissure, in patients with ulcerative colitis*, Diseases of the Colon & Rectum, Vol 9, 1990
15. William L., *Perianal manifestations of human immunodeficiency virus infection. Experience with 260 patients*, The George Washington University, Diseases of the Colon & Rectum, Vol 41, 1997.
16. Sidney R, *Perianal diseases in HIV-patients compared with a seronegative population*, Instituto de Infectología "Emilio Ribas", Sao Paulo Brazil.
17. Buyukasik Y, *Perianal infections in Patients with Leukemia. Importance of the course of Neutrophil Count*, Hacettepe University Medical School, Turkey, 1996.
18. Sanio P. *Fistula-in-ano in a defined population. Incidence and epidemiological aspects*. Ann Chir Gyneacol 1984; 73: 219-224.
19. Marks CG, Ritchie JK. *Anal Fistulae at St. Mark's Hospital*. Br J Surg 1977; 64: 1003-1007.
20. López-Ríos F. *Enfermedades Anorrectales. Diagnóstico y tratamiento*. Madrid, España. Harcourt Brace de España, S.A. 1999; (3): 51-61.

21. Grace RH. The role of microbiology in the etiology and management of acute anorectal sepsis. En Anal Fistula, Philips RKS, Lunnis P) (eds.). Chapman & Hall. London, 1996, pp. 25-31..
22. Kumar V, Abbas A, Fausto N. Robbins y Cotran Patología estructural y funcional. Elsevier España S.A. Madrid. 2005.
23. Benkhraba K, Benkabbou A, El Malki H, Amahzoune M, Mohsine R, Ifrine L et al. Digestive actinomycosis: three cases and review. Gastroenterol Clin Biol. 2006;30:775-8.
24. Schmitt SL, Wexner SD, Ogueras JJ, Jagelman DJ. Is aggressive treatment of perianal ulcers in homosexual HIV seropositive men justified? *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 240-6.
25. Barrett WL, Callahan TD, Orkin BA. Perianal manifestations of human immunodeficiency virus infection. *Dis Colon Rectum* 1998; 41; 606-12.
26. Weiss EG, Wexner SD. Surgery for anal lesions in HIV-infected patients. *Ann Med* 1995; 27: 467-71

27. Fleshner PR. Management of anal diseases in the patient infected with human immunodeficiency virus. *Seminars in Colon & Rectal Surgery* 1998; 9: 90-3.
28. Nivatvongs S, Gordon PH. Surgical anatomy. En Gordon PH, Nivatvongs S (eds). Principles and practice of Surgery for the Colon, Rectum and Anus, 2nd ed. St Louis (MO): Quality Medical Publishing, 1999; 4-39.
29. Wolff B, Fleshman J, Beck D, Pemberton J, Wexner S. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. Nueva York: Springer. 2007: 33-34.
30. Cataldo PA, Senagore A, Luchtefeld MA. Intrarectal Ultrasound in the evaluation of perirectal abscesses. *Dis Col Rec* 1993; 36: 554-558..
31. Bubrick MP, Roistad BS. "Intestinal Stomas" in Principles and Practice of Surgery for the colon Colon. Rectum and Anus. 1992 pag: 855-905
32. Sheng-Fang Cheng, Microbiological Analysis of Perianal Abscess and its Treatment, Colon Rectal Surgeon Society, 2010, Taiwan.

33. Pascual Palmieri N, Gavosto S, Pigatto J, Serra F. Controversias en el tratamiento de abscesos y fístulas perianales. *Revista Mexicana de Coloproctología* Vol. 15, No. 1. Enero - Abril, 2009. pp 9-12.
34. Soffia, Pablo, Caracterización de fistulas anorrectales mediante resonancia magnética de alta resolución. Revisión pictográfica, *Revista Chilena de Radiología*. Vol. 12, 2006, Chile.
35. Castejón Marco, *Urgencias Proctológicas*, Cirujano del Hospital General de Honduras, Profesor UNAH - Cátedra de Cirugía, Vol. 42, 1974, Honduras.
36. Londoño, Eduardo, La resonancia magnética en la evaluación del piso pélvico y el periné, *Revista Médica Cirugía y Cirujanos*, Vol 70, 2002, México.
37. COOK medical. www.surgisisafp.com
38. Chung W. Plug para fístula anal y adhesivo de fibrina versus tratamiento convencional en la reparación de las fístulas perianales complejas, 2009..
39. Kleif, J. Acceptable results using plug for the treatment of complex anal fistulas. *Danish Medical Bulletin*, 2011, Dinamarca.
40. Vargas de la Llata, Rubén, LIFT en el tratamiento de la fístula anal, *Revista Cirujano General*, Vol. 33, 2011, México.

41. Goliger J. Cirugía del Ano, recto y colon. Salvat editores. Segunda Edición. Tomo 1. Pag 161.
42. Astiz J.M. y Col, *Abscesos y Fistulas Anales*, Revista Argentina de cirugía, 2007, Buenos Aires-Argentina.
43. Philips RKS, Luniss PJ. *Anorectal sepsis*. En Nicholls RJ, Dozois RR (eds). *Surgery of the colon %Rectum*, 1st ed. New York: Churchill Livingstone, 1997; 255-284.
44. Gordon PH. *Anorectal abscesses and fistula-in-ano*. En Gordon PH (eds). *Principles and Practice of Surgery For the Colon, Rectum, and Anus*, 2nd ed. St Louis (MO) ; Quality Medical Publishing, 1999; 242-286.
45. Ayala M, Jimenez R, García-Osogobio S, et al. *Tratamiento quirúrgico de las fístulas anorrectales. Experiencia de 17 años en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán*. *Rev Gastroenterol Mex* 1999; 64: 154-158.
46. Aguilar-Salinas CA, Sahagún RM, Reza A, Talavera CI. *El paciente diabético*. En Takahashi T, Dominguez G (eds). *Cuidados Médicos Perioperatorios*, 1^a ed. México DF; McGraw-Hill Interamericana. 2000: 159- 175.

47. Keighley MRB, Williams NS. *Anorectal Abscess*. En Keighley MRB, Williams NS (eds). *Surgery Of the Anus, Rectum and Colon*, 2nd ed. London: WB Saunders, 1999; 466-486.
48. Alvarado – Cerna R, Bracho- Riquelme R. *Perianal actinomycosis: a complication of a fistula –in-ano* – Report of a case. *Dis Col REc* 1994; 37:80.

ANEXOS

ANEXO 1

RECOLECCIÓN DE DATOS

| | |
|------------------|--|
| Historia Clínica | |
|------------------|--|

| | | |
|------|-----------|--|
| Sexo | Masculino | |
| | Femenino | |

| | |
|-------------|--|
| Edad (años) | |
|-------------|--|

| | |
|--|--|
| Instrucción | |
| Ocupación | |
| Hábitos: Defecatorios Miccionales Alcohol Tabaco | |
| Antecedentes Personales | |
| Antecedentes familiares | |
| Motivo de Consulta | |
| Enfermedad Actual | |
| Absceso Si/No | |
| Tratamiento | |
| Fistula SI/No | |
| Fecha de Ingreso | |
| Cirugía : Fecha Diagnostico Pre/post Qx Cirugía Progrmada/ Realizada Dieresis Exposición Exploración y Hallazgos Procedimiento | |

| | |
|-------------------------------|--|
| Orificio: Primario/Secundario | |
|-------------------------------|--|

| | |
|----------|--|
| Trayecto | |
|----------|--|

| | |
|--|--|
| Tratamiento Antibiotico: Si/No Cual | |
| Días de hospitalización | |
| Fecha de Egreso | |
| Controles | |
| Complicaciones | |

| | | |
|----------------------|---------------------------|--|
| Instrumento revisado | Nota de ingreso | |
| | Historia clínica | |
| | Notas de evolución | |
| | Biometría hemática | |
| | Tiempos de coagulación | |
| | Gasometría | |
| | Hoja de signos vitales | |
| | Estudios histopatológicos | |
| | Estudios endoscópicos | |
| | Informe final del alta | |

ANEXO 2 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

