

5 - 6. FISTULA Y ABSCESO ANAL.

DEFINICIÓN.

El absceso y la fístula anal son dos fases del mismo padecimiento, el primero en fase aguda o inicial y la segunda en fase crónica o secuela. La fístula es el conducto de paredes fibrosas infectadas, que comunica una cripta anal con la piel o con la luz del recto; el orificio localizado en la cripta se denomina primario o interno y el cutáneo mucoso o secundario. El orificio primario es donde habitualmente se origina el proceso.

EPIDEMIOLOGÍA

Es una afección muy frecuente en la práctica coloproctológica más común en el sexo masculino y en edades que fluctúan entre 30 a 50 años.

CLASIFICACIÓN

La fístula anal se clasifica en transesfinteriana, interesfinteriana, extraesfinteriana y supra esfinteriana.(2)

CUADRO CLÍNICO

Produce mínimas molestias; se manifiesta por secreción purulenta persistente y escasa, que procede de una elevación cutánea del tejido inflamatorio (orificio secundario), a veces dolorosa al tacto, que puede ser única o múltiple, situado en cualquiera de los dos cuadrantes perianales, con mayor frecuencia en los posteriores a distancias variables del ano, algunas tan lejanas como 12 a 13 cm y aun más. Aproximadamente en la mitad de los casos se encuentra un aumento en el volumen e hiperpigmentación de la piel en la región que rodea el orificio fistuloso, que traducen la presencia de un absceso que no fue totalmente vaciado. En conjunto el absceso y la fístula siguen una de las siguientes evoluciones

- A)** Cuando el absceso drena ya sea espontáneamente o quirúrgicamente, supura cuatro a cinco días se ocluye el orificio y el padecimiento aparentemente se cura; en un tiempo variable de semanas a meses y aun años, el absceso reincide vuelve a vaciarse y desaparece nuevamente; esto puede suceder innumerables veces.
- B)** El orificio fistuloso una vez desaparecido el absceso continúa supurando durante semanas o meses, al cabo de los cuales se ocluye; después de una temporada variable asintomático el absceso se vuelve a formar.
- C)** La fístula persiste supurando constante y escasamente, por el tiempo indefinido sin formación de abscesos.
- D)** La fístula supura constantemente se cierra por dos a tres días y se inicia la formación de un nuevo absceso y así sucesivamente.

LABORATORIO

Los estudios bacteriológicos de la secreción purulenta son innecesarios excepto en etiología fímica o micótica.

GABINETE

El uso de un estilete como exploración preoperatorio puede extender la infección. La fistulografía con el propósito de diagnóstico y conocer el trayecto de la fístula si el material de contraste logra pasar con facilidad los trayectos fistulosos, lo podrá hacer el estilete durante la operación, si por el contrario es introducido a presión puede romper la pared de la fístula y causar error diagnóstico. El ultrasonido endoanal es útil para anatomía de fístulas complejas. La radiología gastrointestinal rígida y flexible no son necesarias excepto en pacientes en que se sospeche de enfermedad inflamatoria intestinal quienes se recomienda colonoscopia y tránsito intestinal.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Historia de absceso perianal.

Drenaje anal o perianal de secreción purulenta o intermitente.

Presencia de orificio fistuloso secundario con trayecto fistuloso dirigido hacia la cripta de origen

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tuberculosis: La fístula coexiste con el padecimiento pulmonar, pero un paciente tuberculoso puede tener una fístula criptoglandular.

Linfogranuloma venéreo: Debe sospecharse en orificios fistulosos múltiples, signos de infección subcutánea severa, irregularidad de la mucosa rectal al tacto y el típico estrechamiento del recto situado unos 4 a 6 cm. del ano.

Colitis ulcerosa inespecífica puede ser una de sus complicaciones.

Quiste pilonidal: Orificio en la línea media sacrococcigea constituido por pelos a través del orificio.

Hidradenitis supurativa o Hypoderma: infección de las glándulas sudoríparas se inicia con nódulos subcutáneos que se reblandecen y supuran y se extienden a otras glándulas y forman trayectos subcutáneos fistulosos que comunican al exterior. Pueden abarcar ambas regiones glúteas sacrococcigea e inguinales con zonas hiperpigmentadas brillantes de aspecto inflamatorio.

Actinomicosis: Enfermedad rara con numerosos orificios fistulosos supurantes con signos de infección subcutánea severa y extensa. Ataque severo al estado general. El tratamiento con antibióticos representa el elemento diferencial importante.

Furunculosis y quistes sebáceos infectados: Es un forúnculo similar a un absceso. El quiste evacua supura y evacúa su contenido intermitentemente. Rara vez fistulizan.

Cuerpos extraños: Sustancias anestésicas pueden producir abscesos.

Divertículos de sigmoides: Casos severos fistulización.

Laceraciones obstétricas: Cicatrización defectuosa de desgarramiento perianal o episiotomía pueden dejar fístulas.

Osteomielitis de huesos pélvicos. Algunos fistulizan a región anal y perianal.

COMPLICACIONES

Fase aguda (abscesos) sepsis graves y muerte.

Destrucción del esfínter e incontinencia anal.

Cambios neoplásicos malignos en fístulas de larga evolución.

Complicación post-quirúrgica: incontinencia anal en cirujanos de poca experiencia.

TRATAMIENTO

Tratar el absceso y la fístula en la misma operación.

Fistulectomía o fistulotomía.

La fistulectomía reseca la totalidad del trayecto fistuloso por lo que es más radical y disminuye la recidiva mayor riesgo de incontinencia; la fistulotomía solo una porción del trayecto.

La incontinencia esfinteriana por fistulectomía es posible en fístulas muy altas que requieren división del anillo rectoanal.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Avendaño EO, Abscesos y fístulas anales. En: Murguía DD, gastroenterología y hepatología Practica, Ed. Intersistemas Editores, México, DF., 1999, 163.
2. Fielding LP, Golboy SM. Surgery of colon, rectum and anus. 1993, 814-840
3. Deen KL, Williams JG, Hutchinson R, Keighley MR, Kumar D. Fistulas in ano: endoanal ultrasonographic assessment assists decision making for surgery. Gut 1994; 35:391-4.
4. Corman ML. Colon and rectal Surgery. J.B. Lippincot Company, Philadelphia, 1993: 133-169.
5. Gordon PH, Nivatvongs S. Principles and Practice of surgery for the colon, rectum and anus. Quality Medical Publishing, 1992:221-250

ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

