



UNIVERSIDAD DEL SURESTE LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA

**MATERIA:
CLÍNICA QUIRÚRGICA**

PATOLOGIA ANORECTAL

**DOCENTE:
DR. EDUARDO ZEVADUA.**

**ALUMNO:
DIEGO LISANDRO GÓMEZ TOVAR.**

**TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS
CHIAPAS A; 13 DE DICIEMBRE DE 2021**

Patología Anorrectal

1) Definición

corresponde a una acumulación de material purulento en una región o espacio cercano al ano o al recto y puede drenar su contenido a través de un orificio en la piel perianal o en la mucosa rectal, pudiendo de esta manera dar origen a la formación de una fístula,¹ la cual corresponde a un conducto de paredes fibrosas que comunica a la cripta anal que le dio origen con la piel perianal o con el recto; el orificio localizado en la cripta se denomina primario y el cutáneo o mucoso, orificio secundario.

Por lo que los abscesos anorrectales y las fístulas anorrectales constituyen un padecimiento asociado y evolutivo, el primero como la forma aguda y el segundo como la fase crónica.

Con respecto a su etiología, en 1878 Chiari postuló la teoría del origen criptoglandular, la cual señala que la cripta anal sufre una infección y se obstruye, con la participación generalmente de enterobacterias. En los abscesos que se originan en la piel perianal, las infecciones pueden ser desencadenadas por otros grupos de bacterias como el *Staphylococcus*.

Se presenta en este artículo una revisión de los aspectos fundamentales de incidencia, signos y síntomas, diagnóstico y tratamiento de los abscesos anorrectales.

La principal complicación del drenaje de un absceso anorrectal es la formación de una fístula, que se presenta en 60% de los casos. El tratamiento de las fístulas anorrectales es quirúrgico y está determinado por la clasificación preoperatoria de la fístula y por la relación de su trayecto con los esfínteres del ano.

2) Etiología

Los abscesos anorrectales se denominan primarios o inespecíficos cuando tienen un origen criptoglandular; y secundarios o específicos cuando se relacionan con otras enfermedades, como la enfermedad de Crohn, tuberculosis, traumatismos,

cirugía anorrectal previa, cáncer anal o rectal, radiación, linfomas, leucemias, entre otras causas. En los casos de abscesos de localización pelvirrectal se deben descartar otras alteraciones como la salpingitis o enfermedad diverticular complicada.

La mayoría de los abscesos anorrectales tienen un origen criptoglandular (90 a 97%). Las criptas anales pueden obstruirse por traumatismos, cuerpos extraños o materia fecal. Nesselrod postuló tres etapas en la formación del absceso, en la primera el material infectante de las heces penetra en las criptas; éstas, a manera de embudo, permiten que dicho material llegue a las glándulas; en la segunda etapa la infección se propaga a los tejidos perianales, perirrectales, o ambos, y en la tercera se forma el absceso en alguno de los espacios perianales y perirrectales ; también existen otros factores involucrados como la virulencia bacteriana y el estado inmunológico del paciente.

De acuerdo con el espacio que afectan, los abscesos se clasifican en: interesfintéricos, perianales isquiorrectales, submucosos, pelvirrectales, o bien, puede haber afectación de más de un espacio, como ocurre en los abscesos en herradura. El tipo de absceso más frecuente es el perianal seguido por el isquiorrectal. Los menos frecuentes son los supra-elevadores. Las fístulas se clasifican según la trayectoria que siguen a través de estos espacios y la relación que guardan con respecto a los esfínteres anales; la clasificación actualmente más utilizada es la de Parks, en la cual se consideran cuatro tipos principales de fístulas.

Clasificación de Parks de las fístulas anorrectales.

1. Fístulas interesfintéricas.

El trayecto atraviesa sólo el esfínter anal interno.

2. Fístulas transesfintéricas.

El trayecto atraviesa ambos esfínteres.

3. Fístulas supraesfintéricas.

El trayecto atraviesa por encima del esfínter externo.

4. Fístulas extraesfintéricas.

3) Factores de riesgo

El canal anal tiene unas pequeñas glándulas que forman parte de la anatomía normal. Si las glándulas en el ano se obstruyen puede dar lugar a una infección. Cuando la infección es grave, es frecuente que se produzca un absceso. Las bacterias, las heces o materias extrañas también pueden obstruir las glándulas anales y causar un absceso. La enfermedad de Crohn, el cáncer, el trauma y la radiación puede aumentar el riesgo de infecciones y fístulas.

4) Epidemiología

Los abscesos y las fístulas anorrectales son enfermedades comunes, aunque existen pocos datos sobre su frecuencia. La mayor incidencia de los abscesos anorrectales ocurre en la tercera y cuarta décadas de la vida. Su frecuencia es mayor en los hombres que en las mujeres (de 2:1 a 3:1).

En aproximadamente 30% de los pacientes con abscesos anorrectales existe una historia previa de abscesos similares que se resolvieron espontáneamente o que requirieron

intervención quirúrgica.

Parece haber una mayor incidencia de abscesos y fístulas anorrectales durante las estaciones de primavera y verano. Los abscesos perianales se presentan también en infantes, en este grupo de edad generalmente el drenaje simple es suficiente para resolver esta condición, requiriéndose rara vez de alguna intervención quirúrgica

5) Fisiopatología

La corta duración y la naturaleza esporádica e infrecuente de este trastorno han dificultado la identificación de mecanismos fisiopatológicos, pero las contracciones anormales del músculo liso pueden ser responsables del dolor. Dos estudios citaron familias en las que se encontró una forma hereditaria de proctalgia fugaz, está

asociada con la hipertrofia del EAI y el estreñimiento. Las crisis de proctalgia fugas a menudo son precipitadas por eventos estresantes de la vida o ansiedad, en un estudio no controlado a doble ciego la mayoría de los pacientes eran perfeccionistas, ansiosos y/o hipocondríacos.

6) Cuadro clínico

El dolor es el síntoma principal, por lo general es muy intenso e incapacitante, de tipo punzante y que se intensifica al sentarse, deambular, toser o estornudar. Se puede presentar una zona de inflamación dolorosa, con hipertermia e hiperemia local; también se puede agregar supuración

transanal, fiebre y rectorragia El estado general no se encuentra afectado, a menos que coexistan

otras enfermedades como diabetes o estados de inmunosupresión; en estos enfermos la evolución es muy rápida y grave, pudiendo extenderse en todo el periné, dando lugar a una gangrena de Fournier, que puede poner en riesgo la vida del paciente.

En los casos en los que ya se ha establecido una fístula la molestia más frecuente es la presencia de uno o varios orificios en la periferia de la apertura anal por los cuales drena secreción purulenta en forma continua o intermitente, rara vez se expulsa gas o materia fecal durante la defecación a través de estos orificios; la presencia de secreción o heces irrita la piel y ocasiona escozor y prurito. El dolor por lo general es poco intenso; sin embargo, en los casos en los que hay alguna ramificación sin drenaje libre la molestia puede ser constante y progresiva, cuando también se ocluyen los orificios secundarios perianales reaparecen síntomas y signos similares a los del absceso anorrectal

7) Diagnóstico: estudios laboratoriales y de gabinete

El interrogatorio y la exploración proctológica son fundamentales en el caso de los abscesos anorrectales, es necesario descartar antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal, diabetes mellitus o enfermedades inmunosupresoras.

Para la exploración el paciente debe ser colocado en una posición que permita una inspección y una palpación adecuadas, si no se cuenta con mesa de exploración proctológica, se recomienda la posición de Sims con buena iluminación; se debe iniciar con la inspección de la región perianal, perineal, glúteos y región sacrocóccigea; por lo general se observa una tumefacción con hiperemia local, a la palpación puede haber hipertermia y la tumefacción puede ser fluctuante y muy dolorosa. Durante el tacto rectal se deben buscar puntos de abombamiento y dolor en el conducto anal y parte baja del recto; en ocasiones el guante sale manchado con material purulento, en algunos pacientes se puede realizar anoscopía, maniobra que permite observar la cripta afectada drenando al nivel de la línea dentada. En la actualidad el ultrasonido endoanal y endorrectal, la tomografía computada y la resonancia magnética, permiten evaluar la extensión y profundidad de los abscesos. Se debe hacer diagnóstico diferencial con otros procesos supurativos.

En el caso de las fístulas anorrectales el cuadro clínico se caracteriza por la presencia de uno o varios orificios secundarios perianales; sin embargo, es conveniente realizar una exploración proctológica completa con la finalidad de localizar la cripta primaria que dio origen a la infección; asimismo, se debe realizar una palpación cuidadosa de la región perianal para identificar el trayecto fistuloso.

8) Tratamiento

El absceso anorrectal constituye una emergencia y el tratamiento de elección es la incisión y el drenaje; en el caso de abscesos perianales o isquiorrectales que son palpables y presentan fluctuación se puede realizar una incisión con anestesia local en forma radiada y lo más

cercano posible a la apertura anal, ya que en caso de que se desarrolle una fístula, ésta se presentará con un trayecto corto y más fácil de resolver; cuando el absceso anorrectal no es palpable en la región perianal y el paciente refiere dolor intenso durante la exploración, se recomienda el tratamiento bajo anestesia y en el quirófano, en este caso se realiza el destechamiento del absceso con la resección de la cripta primaria, también se recomienda la exploración digital del absceso para evitar dejar septos internos. Cuando existen abscesos supraelevadores es conveniente descartar que no estén originados por un proceso intraabdominal.

Los antibióticos sólo están indicados en los casos en los que la infección de tejidos blandos es extensa y abarca el periné u otras regiones más distales al sitio inicial de la infección; también se indican en pacientes con enfermedad valvular cardíaca, con prótesis óseas, diabéticos, inmunocomprometidos, y en enfermos con SIDA. En estos casos se recomienda el empleo de antibióticos de amplio espectro tanto para aerobios como para anaerobios, y durante un lapso de siete días después del drenaje amplio del proceso infeccioso.

La principal complicación del drenaje de un absceso anorrectal es la formación de una fístula, que se presenta en 60% de los casos.

El tratamiento de las fístulas anorrectales es quirúrgico y está determinado por la clasificación preoperatoria de la fístula y por la relación de su trayecto con los esfínteres del ano; los principales riesgos en el tratamiento de las fístulas anorrectales son la recurrencia de las mismas y la incontinencia fecal.

En las llamadas fístulas simples interesfintéricas o con un trayecto transesfintérico bajo, la mayoría de los autores recomienda realizar una fistulotomía, que implica la resección de la pared anterior del trayecto fístuloso, permitiendo que la pared posterior del mismo mantenga unido el tejido muscular del complejo esfinteriano. Otra alternativa que se utiliza es la fistulectomía que consiste en la resección completa del trayecto fístuloso; sin embargo, esta segunda alternativa parece tener un mayor riesgo de incontinencia fecal.

9) Pronóstico

La cura de la herida llevará de 1 a 2 semanas según el tamaño del **absceso**. Aproximadamente el 50 % de los **abscesos** desarrollará fístulas anales que requerirán tratamiento.

Bibliografías:

1. Fisiopatología, diagnóstico y manejo de las principales enfermedades anorrectales, 2015.
2. Patología anorectal frecuente en atención Primaria/ 2016.
3. Abscesos y fístulas anorrectales Artículo de revisión Coloproctología/ 2013.