



Tratamiento de la Sepsis Anorrectal

Experiencia Quirúrgica en el Hospital Clínico, Univ. de Chile

J. I. VERGARA, MD; C. H. JENSEN, MD; C. AZOLAS, MD; R. CARDENAS, MD; G. PEREZ, MD; R. GARRIDO, MD.

Palabras claves: Absceso perianal, Sepsis, Tratamiento quirúrgico.

En este trabajo se estudiaron y trataron 182 pacientes con abscesos perianales, 151 hombres y 31 mujeres, atendidos durante el período 1987-1992; se analizó su distribución por sexo y edad, se clasificaron de acuerdo con Parks y col, se discutió su evolución y resultados quirúrgicos. El absceso más frecuente fue el subcutáneo (33%), seguido en frecuencia por el submucoso. La sintomatología más relevante fue el dolor perianal, con un período promedio de evolución de 9.4 días. Todos los casos fueron operados y en el 24.3% de ellos el procedimiento se efectuó en la sala de cirugía ambulatoria. La anestesia general sólo se usó en el 23.4%. En 35 pacientes (19.3%) se presentaron complicaciones siendo la más frecuente la recidiva precoz por drenaje insuficiente. La mortalidad fue del 3.3%. Se concluyó que el absceso perianal es frecuente, que debe ser diagnosticado en forma precoz y su tratamiento, adecuado y oportuno. En un alto porcentaje de los casos se puede efectuar la cirugía como procedimiento ambulatorio. Debe emplearse un seguimiento minucioso para diagnosticar y tratar la fístula secundaria.

INTRODUCCION

Los abscesos perianales son relativamente frecuentes. Para el diagnóstico y tratamiento adecuado se necesita un conocimiento avanzado de la anatomía anorrectal. El diagnóstico y el tratamiento quirúrgico equivocados, pueden llevar a una morbilidad prolongada y a recurrencias frecuentes (1).

Existe acuerdo en que la sepsis perianal se origina en el nivel criptoglandular, desde donde el proceso se difunde dando lugar a los diferentes tipos de absceso que conocemos; la relación de éstos con el aparato esfinteriano anal es lo que permite clasificarlos en orden a efectuar un tratamiento adecuado (2).

Doctores: Juan Ignacio Vergara B., Christian Jensen B., Carlos Azolas S., René Cárdenas D., Guillermo Pérez O., Rodolfo Garrido C., Unidad Académica de Coloproctología, Dpto. de Cirugía, Hospital Clínico de la Univ. de Chile, Santiago, Rep. de Chile.

Se revisó nuestra experiencia en los últimos 5 años sobre el tratamiento quirúrgico de la sepsis perianal.

MATERIAL Y METODO

Se efectuó una revisión retrospectiva de 182 pacientes portadores de sepsis perianal, intervenidos quirúrgicamente por la Unidad Académica de Coloproctología, del Departamento de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, durante el período 1985-1989. En ellos se analizó su distribución por edad y sexo, se clasificaron de acuerdo con Parks y col (2), se revisó el tratamiento quirúrgico y sus resultados en relación con las complicaciones, mortalidad y recidiva. Se definió como drenaje insuficiente aquel en el cual se efectuó una incisión pequeña que no permitió el desbridamiento adecuado de la cavidad del absceso, y cuando no se efectuó resección de los bordes de incisión para permitir un drenaje satisfactorio. Se definió como recidiva tardía aquella que ocurrió después de los 30 días del tratamiento inicial.

RESULTADOS

En el período estudiado se trataron 182 pacientes portadores de abscesos perianales, 151 hombres (82.9%) y 31 mujeres (17.1%), es decir, que la relación hombre-mujer, fue de 5:1. La distribución por edades fue similar para ambos sexos, con un promedio de 45.2 años y un rango entre 19 y 82 años. El 81.7% de los casos se distribuyó entre la tercera y la sexta década de la vida.

El síntoma predominante fue el dolor perianal, el cual estuvo presente en 161 casos (88.5%); los otros síntomas que se presentaron con frecuencia fueron aumento de volumen y fiebre.

La distribución de los abscesos, de acuerdo con Parks y col, se muestra en la Tabla 1. El tipo de absceso más frecuente fue el subcutáneo (33%), seguido en frecuencia por el submucoso y luego el isquiorrectal. La gangrena perianal calificada como complicación grave de los abscesos anorrectales, se presentó en 7 pacientes (4%).

Tabla 1. Incidencia de la localización anatómica de la sepsis anorrectal.

Localización	Núm.	%
Subcutáneo	60	33
Submucoso	53	28
Isquiorrectal	41	23
Pelvirrectal	8	4
S. Fournier	7	3
No consignado	16	9

El tiempo de evolución varió entre 1 y 30 días, con un promedio de 9.4 días; el 57% de los casos fue tratado durante la primera semana de evolución clínica.

Se pudo determinar que en el 95% el origen fue criptoglandular, traumático en 3 casos, enfermedad de Crohn en 2, diverticular en 1 y misceláneo en 3 pacientes.

Todos los enfermos fueron intervenidos quirúrgicamente; el tipo de procedimiento empleado y la técnica anestésica se presentan en la Tabla 2. Se utilizó anestesia local en 44 casos (24.3%) que fueron intervenidos en la sala de procedimientos ambulatorios. La intervención se efectuó en el pabellón de cirugía mayor en 130 pacientes (71.4%); no fue mencionado el medio quirúrgico en 8 casos (4.3%). De los pacientes operados en el pabellón o sala de cirugía mayor, se utilizó anestesia regional en 87 de ellos, lo que sumado a aquellos en que se empleó anestesia local, nos da un 72% de casos intervenidos sin anestesia general. Esta última se utilizó solamente en 43 pacientes (23.4%).

Tabla 2. Tipos de anestesia en el tratamiento quirúrgico de la sepsis anorrectal.

Anestesia	Núm.	%
Local	44	24.3
Regional	87	48.0
General	43	23.2
No consignado	8	4.5

El procedimiento quirúrgico empleado estuvo en directa relación con el tipo de absceso encontrado. Ya en publicación anterior (6) hemos descrito la técnica quirúrgica adecuada para cada tipo de absceso.

Se aislaron gérmenes en 32 casos (17.6%) siendo el más frecuente la *E. coli* (Tabla 3), en muchas ocasiones existió asociación bacteriana.

Luego del procedimiento quirúrgico la evolución clínica fue satisfactoria en 147 pacientes (80.7%); se presentaron complicaciones en 35 casos (19.3%) de las cuales la más frecuente fue la recidiva precoz por drenaje incompleto, en 12 oportunidades; de estos pacientes, 9 habían sido drenados en el pabellón de cirugía mayor. En 6 pacientes se comprobó la existencia de choque séptico, 4 de ellos con gangrena perianal severa. La recidiva tardía se presentó en 5 casos y en 4 oportunidades debieron ser intervenidos. El

Tabla 3. Hallazgos bacteriológicos en la sepsis anorrectal.

Bacteriología	Núm.	%
Sin cultivo	150	82.8
Con cultivo	32	17.2
<i>E. coli</i>	22	
<i>Klebsiella</i>	5	
<i>Proteus</i>	4	
<i>Estreptococo</i>	3	
<i>Bacteroides</i>	3	
Gram (-)	3	
<i>Pseudomona</i>	2	
<i>Enterococo</i>	1	
<i>Anaerobios</i>	1	
<i>Estafilococo</i>	1	

resto de las complicaciones se puede observar en la Tabla 4.

La mortalidad en nuestra serie fue del 3.3% (6 casos) que correspondieron a 2 enfermos portadores de gangrena perianal severa (Síndrome de Fournier), secundaria a abscesos perianales insuficientemente drenados en otros servicios, o a consulta tardía, y los 4 pacientes restantes sufrían otras patologías de base (cardiopatía coronaria en 3 casos e insuficiencia renal y diabetes en 1).

Tabla 4. Tipo de complicaciones en la sepsis anorrectal.

Complicaciones	Núm.	%
Sin complicaciones	147	80.7
Con complicaciones	35	19.3
Recidiva precoz	12	
Choque séptico	6	
Recidiva tardía	5	
Receso anal	4	
Retención urinaria	3	
Necrosis glútea	3	
Rectorragia	1	
Hemorragia digestiva alta	1	

DISCUSION

La sepsis anorrectal representa el 3% de la patología atendida por nuestro equipo de trabajo. Como quedó demostrado en nuestra serie, se ve con mayor frecuencia en el sexo masculino y en el individuo joven. Esto mismo ha sido comprobado por otros autores (1, 3-6). La sintomatología predominante está representada por el dolor continuo y progresivo, el cual se exacerba con las maniobras de Valsalva (1). Llama la atención que en la mayoría de las veces el absceso perianal no se manifiesta con aumento de volumen local u otros signos clásicos propios de un proceso supurativo tales como fluctuación, rubor, aumento de la temperatura, etc. Esperar la aparición de estas manifestaciones, a menudo tiene como consecuencia la progresión de la sepsis, la cual en su estado más grave se manifiesta como gangrena perineal (6). Es por esto que la

conducta adoptada por los autores es la de tratar al paciente en la forma más precoz posible.

Se pudo comprobar que la patogenia de los abscesos fue criptoglandular en el 95% que concuerda con la mayoría de los autores en que la causa de la sepsis perianal estaría dada por una infección del tejido criptoglandular (1-7), desde donde se difundiría hacia los espacios anatómicos adyacentes, dando origen a los distintos tipos de abscesos conocidos, cuya ubicación anatómica es fundamental para decidir sobre el tipo de vaciamiento quirúrgico indicado (2). Una exposición detallada en relación con la técnica quirúrgica adecuada para cada tipo de absceso, ya fue discutida por nosotros en una publicación anterior (6), donde se señala que sólo los abscesos submucosos deben ser drenados por vía endoluminal.

Se debe destacar que, a diferencia de otras series (1, 3-6), el absceso submucoso se presentó en el 28%, cifra que incluso es más alta que la informada anteriormente por nosotros (6). No tenemos una explicación clara para este hecho. Los abscesos subcutáneos siguen representando el mayor volumen de casos, seguidos en frecuencia por los del espacio isquiorrectal. Los abscesos pelvirrectales son raros, representados por el 4.3% en nuestra casuística (3-6).

Es importante hacer notar que un gran número de pacientes consultó en forma tardía a la unidad (promedio 9.4 días); ello debido a que muchos de aquellos fueron erróneamente catalogados como portadores de complicaciones hemorroidales, fisura anal, etc., con el agravante de que algunos de ellos, incluso no fueron examinados. El dejar a su evolución espontánea estos cuadros de sepsis perianal, conduce irremediablemente, de no haber vaciamiento espontáneo, a distintos estadios de sepsis perianal, pasando por la celulitis hasta la fascitis necrotizante (6). Es recomendable, una vez hecho el diagnóstico, el vaciamiento precoz y adecuado de estas colecciones purulentas. En el 24.3% de esta serie, el drenaje fue efectuado en la sala de procedimientos ambulatorios, y en todos ellos se trataba de abscesos subcutáneos o isquiorrectales; en los casos de abscesos submucosos o profundos se prefirió hospitalizar al paciente y efectuar su tratamiento quirúrgico en la sala de cirugía mayor; la anestesia general sólo se empleó en 43 pacientes (23.4%). Sin embargo, esta conducta no ha sido adoptada por otras instituciones (1, 3, 4) donde prefieren efectuar la cirugía siempre con el enfermo hospitalizado. Creemos que está indicado en tratamiento ambulatorio de los abscesos subcutáneos e isquiorrectales con anestesia local, ya que contamos con todos los medios necesarios para el vaciamiento y posterior control de estos pacientes. El haber adoptado esta conducta, nos ha permitido disminuir los costos, evitar la pérdida de tiempo laboral y asegurar el tratamiento precoz y adecuado de los pacientes (6).

Es conveniente obtener cultivo del material purulento drenado; lamentablemente esto sólo fue posible en el 17.2% de nuestra serie; los gérmenes más frecuentemente encontrados correspondieron a los propios de la flora bacteriana intestinal. Esto tiene importancia ya que se ha compro-

bado, que en aquellos en los que el germen era de tipo cutáneo no se presenta fístula secundaria (4, 5), por lo cual estos pacientes no necesitarían de un seguimiento hospitalario prolongado.

En 35 pacientes (19.3%) hubo complicaciones postoperatorias, siendo la más frecuente la recidiva precoz, ocurrida en 12 casos, debida a drenaje incompleto; en 9 de ellos el vaciamiento había sido realizado en el pabellón de cirugía mayor y por cirujanos no especialistas. Esto demuestra que el tratamiento quirúrgico practicado en los quirófanos de cirugía mayor no asegura una resolución adecuada de la patología, especialmente si el procedimiento no es realizado por un cirujano adiestrado en la especialidad. En seis oportunidades se comprobó sepsis, siendo la gangrena perirrectal la causa más frecuente de ella en 4 casos; los otros 2 casos se presentaron en pacientes portadores de patología asociada. La recidiva tardía se comprobó en 5 casos; todos ellos fueron reoperados y en la actualidad se encuentran libres de sepsis perianal. Se presentaron recesos en 4 casos, todos ellos portadores de absceso submucoso previo.

La mortalidad de la serie fue de 3.3% (6 pacientes), correspondientes a casos con enfermedad intercurrente grave (cardiopatía coronaria, insuficiencia renal y casos de gangrena perianal). Este último hecho vuelve a reafirmar la necesidad de un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno y adecuado.

Se puede concluir que los abscesos perianales son frecuentes y que deben ser diagnosticados y tratados en forma precoz y adecuada. El vaciamiento quirúrgico puede ser efectuado satisfactoriamente en forma ambulatoria, en pacientes con abscesos subcutáneos e isquiorrectales. En los casos de sepsis profunda, recomendamos la cirugía ambulatoria y en quirófano de cirugía mayor. El control periódico es fundamental para diagnosticar la fístula secundaria con miras a su tratamiento definitivo.

ABSTRACT

182 patients with anal abscesses were studied, 151 men and 31 women between 1987 and 1992. The distribution by age and sex was analyzed classifying them according to Pardo et al; evolution and surgical results are discussed. The most frequent type of abscess was sub-cutaneous (33%), followed by sub-mucous abscesses. The most relevant symptomatology was peri-anal pain, with an average evolution of 9.4 days. All cases were operated upon and in 24.3% the procedure was performed in the out-patient surgery room. General anesthesia was used only in 23.4% of the patients. 35 of them (19.3%) presented complications: early recurrence due to insufficient drainage was the most frequent. Mortality rate was 3.3%. It is concluded that anal abscesses are frequent and should be diagnosed early in order to initiate adequate and opportune treatment. In a high percentage of cases surgery can be performed in an outpatient basis. A strict follow-up should be carried out in order to diagnose and treat the secondary fistulae.

REFERENCIAS

1. Ramanujam P S, Prasad M, Abcarian H, Tan A B: Perianal Abscesses and Fistulas: a study of 1.023 patients. Dis Colon Rectum 1984; 27: 593-7
2. Parks A G, Gordon P H, Hardcastle J D: A classification of fistula in ano. Br J Surg 1976; 63: 1-12
3. Read D R, Abcarian H A: Prospective survey of 474 patients with anorectal abscess. Dis Colon Rectum 1979; 22: 566-9
4. Grace H R, Harper I A, Thompson R G: Anorectal sepsis: microbiology in relation to fistula in ano. Br J Surg 1982; 69: 401-3
5. Henrichsen S, Christian J: Incidence of fistula in ano complicating anorectal sepsis: a prospective study. Br J Surg 1986; 73: 371-2
6. Perez G, Contador J, Azolas C, Garrido R, Cardemil G, Lizana C, Chiong H: Abscesos anorrectales. Tratamiento y resultados. Rev Chile Cir 1984; 36: 359-63
7. Whitchead S M, Leach R D, Eykin S J, Phillips I: The aetiology of perirectal sepsis. Br J Surg 1982; 69: 166-8

La Revista Colombiana de CIRUGIA reitera la invitación permanente a todos los médicos colombianos a colaborar en ella a través de trabajos sobre temas científicos, técnicos, educativos, éticos, históricos, sociales, administrativos, forenses y humanísticos, preferiblemente relacionados con la medicina y la cirugía.

Se recuerda la necesidad de leer atentamente las “INDICACIONES A LOS AUTORES” que aparecen publicadas en todos los números de la Revista, con el fin de acondicionar bien el contenido y la presentación de los trabajos a las normas que en ellas se establecen.
