

ABSCESOS ANORRECTALES PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA URGENTE

- a) Los abscesos francos y aquellos pacientes en los que se sospeche su existencia por induración o flemonización perianal u otros signos inflamatorios deben ser sometidos a drenaje sin demora. ¡No deben administrarse antibióticos ni antiinflamatorios y volver a citar al paciente para revisión! La ausencia de fluctuación no es motivo de retraso en el tratamiento.
Sólo está indicado el empleo de antibióticos asociados al drenaje en caso de pacientes valvulopatas (seguir protocolo), inmunodeprimidos, diabéticos severos o ante una celulitis extensa.
- b) Siempre se efectuará un tacto rectal, si las molestias lo permiten, y si es posible, anoscopia para localizar la supuración por el orificio interno.
- c) Se recomienda Ecografía endorrectal ante:
- * Dolor anal de etiología no clara
 - * Sospecha de absceso pelvirrectal (Puede ayudar también la Ecografía abdominal, el TAC abdominopélvico o la RM pélvica)
- d) Ante la sospecha de absceso endorrectal (interesfintérico) , si no está disponible la Ecografía, se efectuará revisión bajo anestesia.
- e) En los abscesos perianales simples puede efectuarse el desbridamiento y drenaje bajo anestesia local incluso en la sala de curas en casos seleccionados. Ante un muy evidente orificio interno fistuloso y certeza de trayecto bajo, podría efectuarse una fistulotomía directa, siempre por un cirujano experto en el manejo de estos pacientes. Nunca se efectuarán maniobras forzadas para localizar este orificio. Hay que recordar que: sólo un 30%-40% de pacientes desarrollarán después una fístula tras el drenaje simple, la fistulotomía puede hacer más complejo el procedimiento, y en más del 50% de casos no se hallará el orificio interno. La decisión debe ser personal en función de la experiencia y circunstancias..
- f) La incisión será al menos del tamaño de la cavidad de absceso. Puede abrirse en cruz para mejor drenaje.
- g) Los abscesos de la fosa isquiorrectal se drenarán en quirófano sin intentar efectuar fistulotomía. Se buscará en ellos una posible extensión en herradura. La incisión será lo más próxima posible al margen del ano (en la zona de fluctuación). Una opción es colocar una sonda de Pezzer en la cavidad abscesual. Los abscesos en herradura suelen depender de un absceso en el espacio postanal profundo con orificio interno generalmente visible y siempre en la línea media posterior. El drenaje debe ser bilateral. Está controvertido el tratamiento del espacio postanal profundo pero deberá hacerse en casos recidivantes o especialmente graves. En ellos, se drenará vía incisión media posterior, sección de la mucosa, y colocación opcional de un sedal laxo alrededor del complejo esfinteriano y en ocasiones de una sonda de Pezzer en la cavidad abscesual..
- h) Los abscesos endorrectales (interesfinterianos) se tratarán mediante exéresis endorrectal de una pastilla de mucosa y esfínter interno para dejarlos a plano.

- i) Aunque son relativamente raros, los abscesos supraelevadores dan pocos síntomas locales. Hay que buscar una fuente pélvica como salpingitis, Crohn, diverticulitis o tumor. Los abscesos isquiorrectales que se extienden por encima de los elevadores se drenarán siempre por la fosa isquiorrectal (en caso contrario se producirá una fistula extraesfinteriana). Las extensiones superiores de un absceso interesfintérico se drenarán siempre por vía endoanal (para evitar la producción de una fistula supraesfinteriana).
- j) Sólo se puede autorizar el taponamiento de la herida si sangra y tras el drenaje. El paciente se remitirá a su domicilio indicándole baños de asiento con agua templada. Las curas consistirán básicamente en revisión periódica de los bordes de la herida. No es necesario (y puede ser contraproducente) un programa de curas al uso, o en cualquier caso no se debe de taponar la herida. Se indicará por escrito que vuelvan a acudir si presentan dolor recidivante.
- k) Los pacientes con abscesos de repetición, los tratados con fistulotomía, los inmunodeprimidos y aquellos con abscesos complejos (herradura, interesfinterianos, supraelevadores...), serán controlados en consultas. La recidiva precoz de un absceso se debe a haber pasado por alto cavidades de absceso, cierre cutáneo prematuro o fistula subyacente.

Bibliografía:

1. Herold A, Lehur P, Matzel KE, O'Connell PR (Eds). Coloproctology. 2008. Berlín. Springer-Verlag.
2. Ortiz H. Abscesos y fistulas de ano. En: Guía de cirugía colorrectal. Asociación Española de Cirujanos. Ed. Arán. Madrid. 2011.
3. Schein M, Rogers PN, Assalia A (Eds). Schein's common sense emergency abdominal surgery. Heidelberg. Springer-Verlag 2010.
4. Steele, SR, Kumar R, Feingold, DL, Rafferty D, Buie WD. Practice parameters for the treatment of perianal abscess and fistula-in-ano. Dis Colon Rectum 2011; 54: 1465–1474.
5. Williams JG, Farrands PA, Williams AB, Taylor BA, Lunniss PJ, Sagar PM, Varma MS, George B. Position Statements on Malignant Large Bowel Obstruction and Anal Fistula. ACPGBI 2007.
6. Wolff B et al, Eds: The ASCRS Textbook of Colon and rectal Surgery. Springer-Verlag Eds, New York, 2007.