

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		GUIA DE MANEJO: ABSCESO PERIANAL	CÓDIGO: CI-COLO-GM-04
 	UNIDAD: CLINICO QUIRURGICA		FECHA DE EMISIÓN: 01-10-2015
	PROCESO: CIRUGIA		VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		Página 1 de 6

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

1. OBJETIVO

Brindar los parámetros e indicaciones correctas para el manejo de pacientes que consultan al hospital militar con absceso anorrectal, para optimizar el diagnostico y el tratamiento evitando complicaciones graves y recurrencia de esta patología.

2. METODOLOGIA

La presente guía se baso en el consenso médico del Hospital Militar Central, consultas bibliográficas con otras Instituciones, así como con la Secretaría de Salud para la actualización de las guías existentes en el Hospital Militar Central.

3. ALCANCE

Definición, epidemiología, patogénesis, características clínicas y parámetros prácticos para el tratamiento del absceso anal.

4. POBLACION OBJETO

Público en general que presente esta patología.

5. RECOMENDACIONES

ABSCESO PERIANAL

DEFINICIÓN

Es la fase de manifestación aguda de una colección de material purulento, que surge de las criptas glandulares en el ano y el recto en el 95%, en un 5% hay otras causas como cuerpos extraños, trauma, infecciones específicas y enfermedad inflamatoria intestinal, necrosis de tumores. En un porcentaje del 50% - 60% puede dejar comosecuencia una fistula perianal que es la manifestación crónica de estas infecciones. El absceso perianal subcutáneo e isquiorrectal se manifiesta con signos de inflamación en la piel perianal, dados por dolor, rubor, calor, tumefacción o tenencia. Los abscesos submucosos y pelvirrectales no muestran signos de inflamación en la piel perianal; y solo causan un dolor anal pulsante severo y en el tacto rectal se palpa la tumefacción y el punto gatillo de dolor dentro del canal anal o la unión anorrectal. Los abscesos que no son drenados oportunamente se extiende a los tejidos adyacentes (espacio isquiorrectal, espacio supraelevador, retrorrectal e incluso puede llegar al retroperitoneo), en ocasiones pueden ser origen de una fascitis necrotizante del perine (gangrena de fournier) o progresar hacia una infección sistémica.

GUIA DE MANEJO	ABSCESO PERIANAL	CODIGO	CI-COLO-GM-04	VERSION	01
		Página:	2 de 6		

5. RECOMENDACIONES

EPIDEMIOLOGIA

La prevalencia de absceso anal en la población general es probablemente más alta que la vista en la práctica clínica debido a que la mayoría de los pacientes con síntomas referidos al ano y recto no acuden a atención médica. Se estima que hay aproximadamente 100.000 casos por año en los Estados Unidos.

La principal edad de presentación del absceso anal y fistula es los 40 años (rango de 20 a 60). Adultos hombres tienen dos veces más riesgo de desarrollar estas dos patologías en comparación con la mujer.

PATOGENESIS

Un absceso anal generalmente se origina de una glándula criptica infectada. Hay típicamente entre 8 y 10 glándulas, organizadas circunferencialmente entre el canal anal al nivel de la línea dentada. Las glándulas penetran el esfínter interno y terminan en el plano inter esfintérico. Un absceso anal se desarrolla cuando una glándula criptica llega a ser obstruida con material de desecho, edema de las paredes, lo cual permite el crecimiento bacteriano y la formación del absceso. La supuración sigue el camino de menos resistencia y el fluido infectado se colecciona en el espacio donde la glándula termina. Se define como fistula la comunicación anormal entre dos superficies epiteliales, la fistula anal comunica el orificio de la cripta glandular con la piel perianal excepto la fistula extraesfinterica que el orificio primario se puede originar en el recto y el secundario en la piel perianal.

MANIFESTACIONES CLINICAS

- Dolor severo en región anorectal es una constante para todos los abscesos y semiológicamente este dolor es palpitante.
- Síntomas constitucionales como fiebre y malestar son comunes.
- Drenaje rectal purulento puede ocurrir si hay drenaje espontaneo del absceso.
- Aproximadamente la mitad de abscesos anales resultaran en el desarrollo de fistula crónica desde la glándula anal inicial infectada hasta la piel. El riesgo de desarrollar fistula no es influenciado en relación a si la fistula drena espontáneamente o si el drenaje quirúrgico fue desarrollado.

DIAGNOSTICO

Se basa tanto en los hallazgos de la historia clínica como el examen físico inspección y tacto rectal e incluye: Dolor, fiebre y tumefacción y renitencia en la piel perianal, en las fosas isquiorrectales en el canal anal o unión anorrectal. Buscar el punto gatillo q desencadena o aumenta el dolor es importante para ubicar el absceso.

-Imágenes: TAC o RNM o ultrasonido son de ayuda ante la sospecha clínica de una absceso anorectal no palpable o ubicable clínicamente.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- Fistula anorectal
- Quiste epidermoide presacral
- Hidradenitis supurativa
- Hemorroides internas
- Quiste pilonidal
- Absceso glándula de bartolini

GUIA DE MANEJO	ABSCESO PERIANAL	CODIGO	CI-COLO-GM-04	VERSION	01
		Página:	3 de 6		

5. RECOMENDACIONES

- Necrosis tumoral.

CLASIFICACION DE ABSCESOS ANORECTALES

-Absceso submucoso

-perianal o subcutaneo: Colección q se localiza por debajo de la piel perianal, sin alojarse por fuera del plano de los esfínteres.

-Absceso isquirectal: Absceso que penetra por el esfínter anal externo hacia el espacio isquirectal y se presenta como una área difusa, indurada, renitente entre las nalgas

-Absceso interesfinterico: 2 – 5 % de los abscesos, localizado en el surco interesfinterico entre el esfínter interno y externo. Por tanto puede con frecuencia no causar cambios en la piel perineal, pero puede ser palpado como una masa fluctuante que protruye dentro del lumen durante el examen digital rectal.

-Absceso supraelevador: Puede tener dos orígenes, la típica infección criptoglandular que viaja hacia el espacio supraelevador o un proceso pélvico inflamatorio tal como enfermedad diverticular perforada o enfermedad de Crohn. Se presentan con dolor severo perianal, fiebre, algunas veces retención urinaria. Requiere TC abdominopelvica para establecer el diagnostico.

-Absceso en herradura: Es un absceso que compromete los cuadrantes laterales y pueden comunicarse por el espacio subcutáneo, interesfinterico y supraelevador.

RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO

ABSCESO PERIANAL:

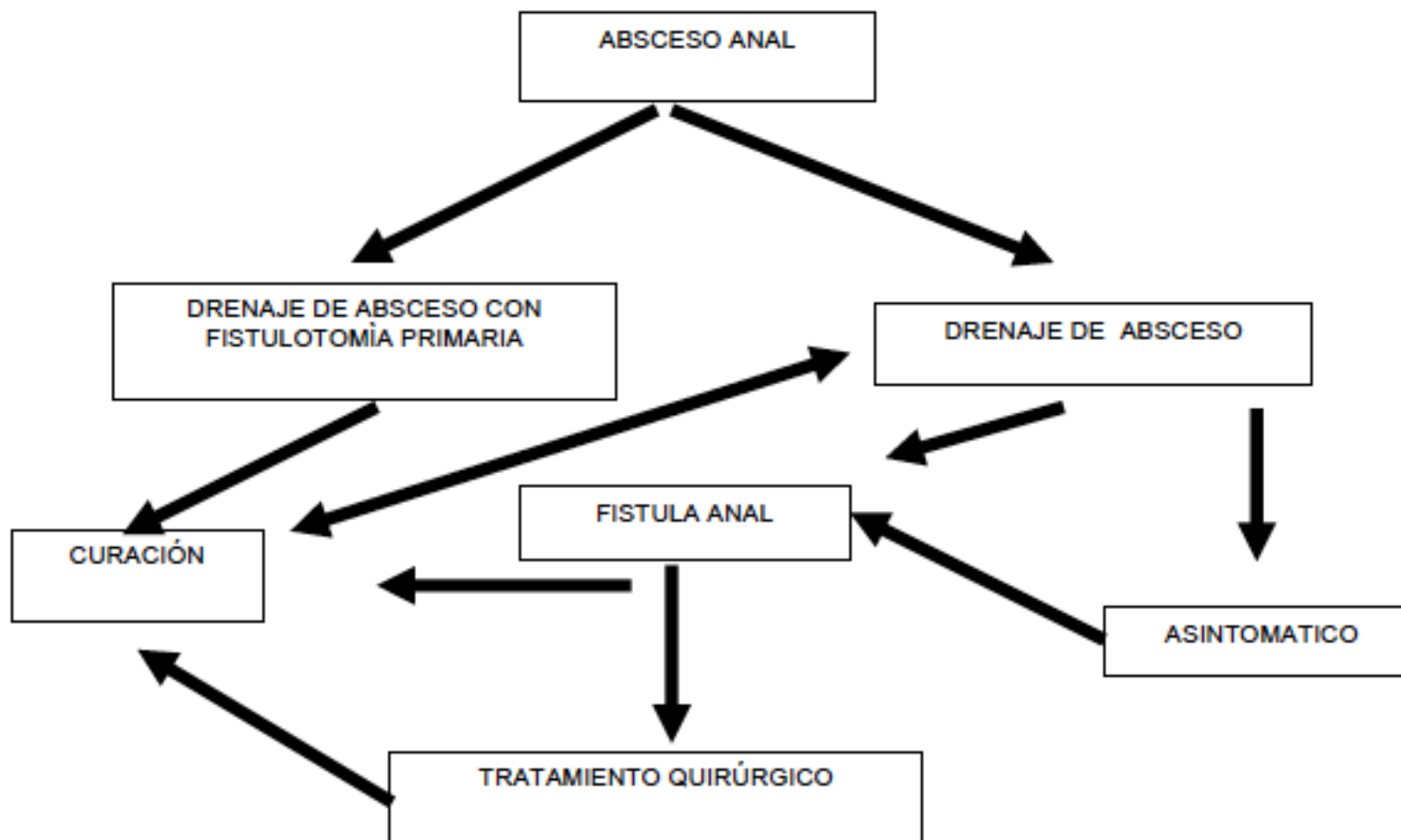
1. Un absceso perineal debe ser tratado de manera oportuna por incisión y drenaje. Nivel de evidencia I – Grado B. la falta de fluctuación no debe retrasar el drenaje. Las metas del tratamiento deben incluir incisión y drenaje del absceso y la prevención de una recurrencia aguda, previniendo el cierre prematuro de la incisión. Un seton con frecuencia es usado para controlar los abscesos recurrentes antes del reparo definitivo de la fistula anal. En la actualidad se recomienda seton de drenaje por ocho a doce semanas para madurar y crear fibrosis del trayecto fistuloso y posteriormente hacer la cirugía definitiva la cual puede ser una ligadura interesfinterica del trayecto fistuloso (LIFT) o un avance de colgajo mucoso, esta estrategia del seton de drenaje es la que mejora los resultados o el éxito de la cirugía.

2. Los antibióticos son una adición innecesaria al manejo de rutina (incisión y drenaje) de un absceso no complicado. Nivel de evidencia II, Grado A. No mejoran los tiempos de curación, no reduce la recurrencia y por tal razón no está indicado ordinariamente. Estos estudios excluyen a pacientes con condiciones de alto riesgo (inmunosupresión, diabetes, celulitis extensa mayor a 6 cm de diametro, dispositivos protésicos cardiacos) en tales condiciones los antibióticos deben ser iniciados. Adicionalmente la asociación americana del corazón aconseja antibiótico preoperatorio antes de la incisión y drenaje en pacientes con válvulas cardiacas protésicas, endocarditis bacteriana previa, falla cardiaca compleja congénita, malformaciones cardiacas congénitas, disfunción valvular adquirida, cardiomiopatía hipertrófica y prolapso de válvula mitral.

GUIA DE MANEJO	ABSCESO PERIANAL	CODIGO	CI-COLO-GM-04	VERSION	01
		Página:	4 de 6		

5. RECOMENDACIONES

ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

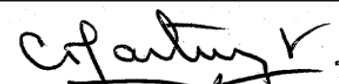
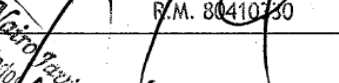
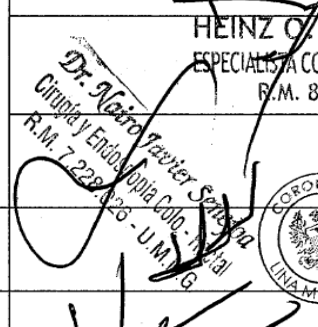
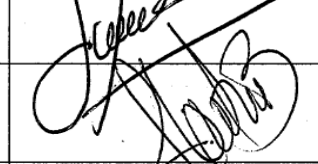
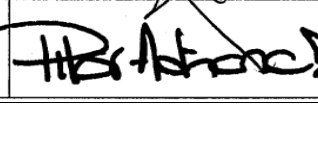


GUIA DE MANEJO	ABSCESO PERIANAL	CODIGO	CI-COLO-GM-04	VERSION	01
		Página:	5 de 6		

6. CONTROL DE CAMBIOS				
ACTIVIDADES QUE SUFRIERON CAMBIOS		OBSERVACIONES DEL CAMBIO	MOTIVOS DEL CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO
ID	ACTIVIDAD			
1	No Aplica			

7. ANEXOS				
BIBLIOGRAFIA				
1. Abcarian H. Anorectal infection: Abscess-fistula. Clinics in colon and rectal surgery 2011. 24:14. 2. Piazza DJ, Radhakrishnan J. Perianal abscess and fistula-in-ano in children. Dis Colon Rectum 1990; 33:1014. 3. Niyogi A, Agarwal T, Broadhurst J, Abel RM. Management of perianal abscess and fistula-in-ano in children. Eur J Pediatr Surg 2010; 20:35. 4. Nelson RL, Abcarian H, Davis FG, Persky V. Prevalence of benign anorectal disease in a randomly selected population. Dis Colon Rectum 1995; 38:341. 5. Sainio P. Fistula-in-ano in a defined population. Incidence and epidemiological aspects. Ann Chir Gynaecol 1984; 73:219. 6. Rizzo JA, Naig AL, Johnson EK. Anorectal abscess and fistula-in-ano: evidence-based management. Surg Clin North Am 2010; 90:45. 7. Anal abscess/fistula. American Society of Colon & Rectal Surgeons. 2008. www.fascrs.org/patients/conditions/anal_abscess_fistula/ (Accessed on April 25, 2011). 8. Barnett, JL, Raper, SE. Anorectal diseases. In: Yamada Textbook of Gastroenterology, 2nd edition, Yamada, T, Alpers, D, Owyang, et al (Eds), JB Lippincott, Philadelphia 1995. p.2027. 9. Practice parameters for treatment of fistula-in-ano. The Standards Practice Task Force. The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Dis Colon Rectum 1996; 39:1361. 10. Schouten WR, van Vroonhoven TJ. Treatment of anorectal abscess with or without primary fistulectomy. Results of a prospective randomized trial. Dis Colon Rectum 1991; 34:60. 11. Pezim ME. Successful treatment of horseshoe fistula requires deroofing of deep postanal space. Am J Surg 1994; 167:513.				

GUIA DE MANEJO	ABSCESO PERIANAL	CODIGO	CI-COLO-GM-04	VERSION	01
		Página:	6 de 6		

APROBACIÓN					
	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA	
ELABORÓ	Dr. Carlos Martínez	Coloproctologo	Octubre de 2015		
	Dr. Heinz Ibáñez				
	Dr. Nairo Senejoa				
REVISÓ	CR. Lina María Mateus Barbosa	Líder Área Coloproctología	Octubre de 2015		
APROBO	CR. MD. Juan Carlos Luque Suárez	Jefe de Unidad del Sector Defensa – Unidad Clínico Quirúrgica	Octubre de 2015		
	BG. MD. Clara Esperanza Galvis Díaz	Subdirector Sector Defensa – Subdirección Medica	Octubre de 2015		
PLANEACION –CALIDAD Revisión Metodológica	SMSM. Pilar Adriana Duarte Torres	Coordinadora Grupo Gestión de Calidad Integral	Octubre de 2015		