GOBIERNO FEDERAL

SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA GPC

Diagnóstico y tratamiento del Absceso Anal en pacientes pediatricos y adultos en los tres niveles de atención

Guía de Referencia Rápida

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: ISSSTE-663-13

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

IMSS

ISSSTE

PEMEX

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA MÉXICO

ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGÍA

Vivir Mejor

CIE- 10: K61.0: Absceso Anal

GPC: Diagnóstico y tratamiento del absceso anal en pacientes pediátricos y adultos en los tres niveles de atención.

Definiciones

Absceso anal se define como una colección de pus en los espacios perianales. Como consecuencia de la obtrucción de una glándula anal, con estasis bacteriana. Estos se puede extender en la fosa isquioanal, en el espacio supraelevador, en uno o ambos lados, formando una colección en herradura.

En algunas ocasiones y de manera menos frecuente extendiendose hacia la musculatura de los elevadores del ano.

Absceso Anal

El absceso anal es una de las lesiónes ano rectales más frecuentes, resulta en trayectos fistulosos. La mayoría de los abscesos anales son manejados con drenaje directo, mediante incisiones; siendo este tipo de tratamiento, el más exitoso en la mayoría de los pacientes.

Perianal (superficial 60%), Isquiorectal (perirectal 30%), intraesfinterico (5%) supraelevador (4%) y submucoso (1%). De los cuales el más común es el perianal.

Cuando los abscesos perianales se extienden intrapelvicos, deben de ser tratados de manera quirúrgica con una incisión directa sobre la lesión. Siendo el objetivo principal abordar de manera integral este tipo de patología con incisiones perianales, en abscesos complejos, es necesario la realización de varios orificios de salida para el material purulento y colocación de drenajes para mejorar evolución.

El absceso anorectal es común en pacientes sanos, y es debido a la obstrucción de una cripta anal, dependiendo de la glándula afectada, será el grado o complejidad de dicho absceso, asi como el patrón supurativo. Es básico conocer la anatómia anorectal y perianal para su tratamiento correctivo y beneficio del paciente.

La fístula anal se desarrolla aproximadamente en 1/3 de los pacientes que fueron sometidos a un drenaje de absceso ano rectal, una seria de 170 pacientes sin fistula ano rectal, fueron seguidos alrededor de 99 meses, posterior al drenaje de absceso y un 37% de estos pacientes presentaron fistula y el absceso recurrente en un 10%.

Un estudio de cohorte retrospectivo, de 148 pacientes con absceso ano rectal presentaron también un 37% presentaron fistula anal.

Cualquier recurrencia de una absceso anal en el mismo sitio donde previamente se habia presentado, debe de ser considerado fistula anal y tratado como tal.

Hay otras causas de absceso anal, incluyendo enfermedad inflamatoria intestinal, infecciones por hongos, micobacterias, neoplasias y traumatismo. Los abscesos que recurren secundario a cualquier causa antes mencionada deben de manejarse como fístulas complejas.

Manifestaciones Clínicas

La edad de presentación más frecuente se encuentra entre los 20 y 60 años, con una media de 40 años en ambos sexos.

El absceso anal debe de ser diagnósticado con signos clínicos, síntomas referidos por el paciente, inspección y exploración digital. Dolor intenso, continuo y progresivo en la región anal, de aparición súbita.

Los absceso de supraelevadores, a la exploración no se encuentran signos clínicos especificos, pueden presentar ataque al estado general, fiebre, dolor no localizado, y tenesmo rectal.

Abscesos interesfintericos presentan dolor severo, debe de realizarse tacto rectal sin excepción para corroborar el diagnóstico y localización del asbceso.

En clínica de primer nivel, si hay dolor anal, sin evidencia de absceso, se debe de enviar a urgencias del siguiente nivel de atención.

Pacientes en los que exista duda diagnóstica, se debe valorar la realización de anoscopia, rectosigmoidoscopia o realizar ultrasonido endoanal, siempre y cuando la sintomatología del paciente lo permita.

El diagnóstico debe de ser clínico, ya que la realización de la rectoscopia o anoscopía causan dolor severo en el paciente. El ultrasonido endoanal, permite con frecuencia encontrar la cripta de origen.

En clínica de segundo y tercer nivel, se sugiere bajo la sospecha de absceso anal, la valoración por cirujano general o coloproctologo.

Todo paciente con inmunocompromiso, y con síntomas de absceso anal debe de ser referido de manera inmediata para valoración y tratamiento subespecilista.

Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico diferencial debe de hacerse con tumoraciones, fístulas complejas.

Para realizar el diagnóstico diferencial debe de enviarse a realización de tomografía o resonancia magnetica.

Tratamiento

El tratamiento del absceso anal, una vez corroborado el diagnóstico, es el drenaje, con incisión en huso, o el destechamiento, con incisiones amplias que permitan el drenaje de la colección purulenta.

En todo procedimiento de drenaje de absceso anal, debe desbridarse las posibles tabicaciones del mismo. Al indicar un antibiotico, debe de cubrir flora bacteriana intestinal.

El ultrasonido es un metodo útil en el diagnóstico de seno anal posterior al drenaje y cicatrización de abscesos. Permitiendo elegir al paciente candidado para cirugía definitiva.

No se recomienda empaquetar los abscesos, ya que causan dolor intenso, y evitan el correcto drenaje del material purulento.

Los antibióticos acompañados del drenaje es lo indicado para los pacientes con inmunocompromiso. (diabeticos, obesidad morbida, inmuno deficiencia adquirida, quimioterpia)

Los pacientes con VIH y cuentas de CD4 mayores a 200, pueden ser manejados en forma similar a los pacientes sin inmuno compromiso.

.
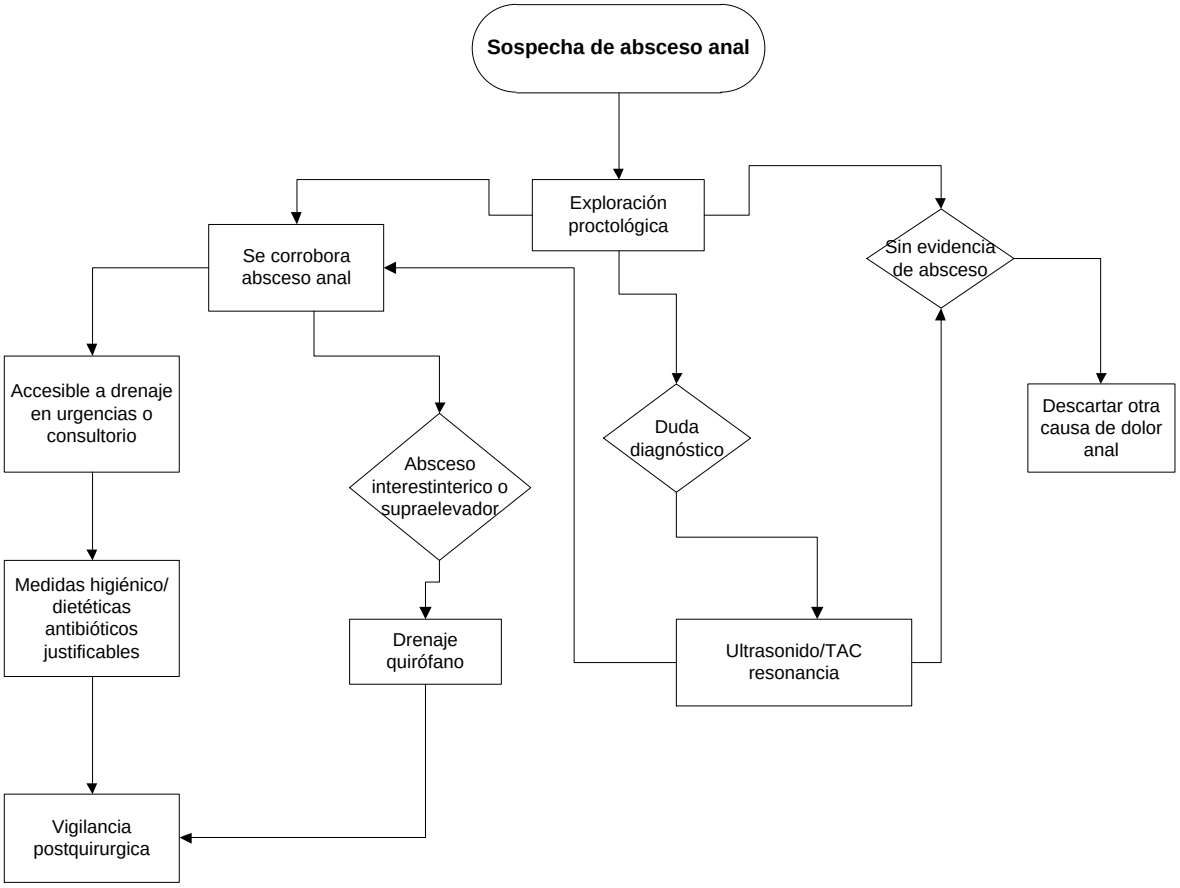
Diagrama de Flujo 1. Absceso Anal