

Antibióticos coadyuvantes al drenaje quirúrgico de los abscesos anorrectales para la prevención de fístulas anorrectales. Resultados preliminares

Mayor M.C. Felipe Alejandro **López-Silva**,* Tte. Cor. M.C. Ret. Carlos **Belmonte-Montes**,**

Mayor M.C. Enrique **Hernández-de-Anda*****

Escuela Militar de Graduados de Sanidad-Hospital Central Militar. Ciudad de México.

RESUMEN

Antecedentes. Las infecciones anorrectales son una emergencia quirúrgica común. Se conoce como absceso a la colección purulenta localizada en una cavidad formada a expensas de tejidos desintegrados y por fístula anorrectal a una comunicación patológica entre el anorrecto y algún tejido adyacente, víscera o piel.

Material y métodos. Se realizó un estudio longitudinal, experimental con grupo control en el área de colon y recto del Hospital Central Militar en el cual se incluyeron todos los pacientes con absceso anorrectal en el periodo comprendido del 10 octubre del 2004 al 10 de mayo del 2005, que no tenían indicación de uso de antibióticos. Estableciéndose un grupo control con drenaje quirúrgico del absceso y un grupo experimental con tratamiento quirúrgico y tratamiento con ciprofloxacino.

Resultados. El grupo experimental se integró con ocho (47%) pacientes, de los cuales uno (13%) era mujer, presentándose en uno de ellos fístula anorrectal. El grupo control se integró con nueve (53%) pacientes, de los cuales todos fueron hombres. Se realizó la prueba de χ^2 para la comparación de ambos grupos en lo que respecta a la presencia de fístula anorrectal, no se encontró significancia estadística ($p = 0.9293$).

Conclusiones. Este estudio no es concluyente respecto al papel del ciprofloxacino como método preventivo de fístulas anorrectales secundarias a drenaje quirúrgico de abscesos anorrectales.

Palabras clave: Absceso anorrectal, fístula anorrectal, ciprofloxacino.

Adjuvants to antibiotics, surgical drainage of anorectal abscess prevention of anorectal fistulas. Preliminary results

SUMMARY

Background. Anorectal infections are a common surgical emergency. It is known as the purulent abscess located in a cavity formed at the expense of disintegrated tissues and anorectal fistula a pathological communication between the anorectum and some tissue adjacent viscera or skin.

Material and methods. We conducted a longitudinal study, experimental control group in the area of colon and rectum of the Central Military Hospital which included all patients with anorectal abscess in the period from October 10, 2004 to May 10, 2005, not had an indication for antibiotic use. Establishing a control group with surgical drainage of the abscess and an experimental group with surgery and treatment with ciprofloxacin.

Results. The experimental group was composed of eight (47%) patients, of whom one (13%) were women, occurring in one anorectal fistula. The control group was composed of nine (53%) patients, all of whom were men. We performed the χ^2 test for comparison of two groups with respect to the presence of anorectal fistula, there was no statistical significance ($p = 0.9293$).

Conclusions. This study is not conclusive regarding the role of ciprofloxacin as a preventive method of anorectal fistulas secondary to surgical drainage of anorectal abscesses.

Key words: Anorectal abscess, anorectal fistula, ciprofloxacin.

* Graduado del curso de Especialización y Residencia en Cirugía General. Escuela Militar de Graduados de Sanidad/Hospital Central Militar, México, D.F. ** Cirujano Coloproctólogo, Ex-jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital Central Militar, México, D.F. Actualmente adscrito al Staff del Centro Médico ABC, Campus Observatorio, México, D.F. *** Cirujano Coloproctólogo, Jefe del Servicio de Colon y Recto del Hospital Militar Regional La Paz, Baja California.

Correspondencia:

Dr. Felipe Alejandro López-Silva

Jefatura de Residentes, 6o. Piso entre la 1ra. y 2da. Sección, Hospital Central Militar. Av. Manuel Ávila Camacho, Esq. Ejército Nacional, Lomas de Sotelo, México, D.F., C.P. 11250. Tel.: 5557-3100, Ext.:1403.

Recibido: Agosto 31, 2009.

Aceptado: Junio 18, 2010.

Antecedentes

Las infecciones anorrectales son una emergencia quirúrgica común. Se conoce como absceso a la colección purulenta localizada en una cavidad formada a expensas de tejidos desintegrados y por fístula anorrectal a una comunicación patológica entre el anorrecto y algún tejido adyacente, víscera o piel.^{1,2} El absceso anorrectal es un proceso infeccioso de origen criptoglandular que puede terminar o no en la formación de una fístula anorrectal, no obstante hasta 70% de las fístulas anorrectales tiene como antecedente un absceso anorrectal.^{1,2} Estos dos padecimientos constituyen 50% de todas las afecciones anorrectales.² Algunos autores consideran al absceso anorrectal como una forma de presentación aguda y a la fístula anorrectal como una forma de presentación crónica.² La recurrencia del absceso anorrectal, después del drenaje mediante incisión simple, es un hecho frecuente que se ha reportado en hasta 48% de los casos.^{3,4}

A pesar de que reportes internacionales^{2,5-7} demuestran una incidencia de hasta 50% para fístulas anorrectales, en un estudio previo esta Sección de Cirugía de Colon y Recto del Hospital Central Militar, el Mayor M.C. Manuel Wilfrido Hidalgo-Barraza encontró que las fístulas anorrectales se presentan sólo en 23% de los pacientes con abscesos anorrectales (tesis recepcional de la residencia de cirugía general, Escuela Militar de Graduados de Sanidad).

Tratamiento del absceso y fístula anorrectales

Los objetivos principales del manejo del absceso y fístula anorrectales son tratar la infección, evitar la recurrencia y reducir al máximo la incontinencia anal. El drenaje quirúrgico sigue siendo el estándar en el tratamiento del absceso anorrectal.⁸ Existen puntos controvertidos entre cirujanos en cuanto a la amplitud del drenaje y a la necesidad de encontrar el trayecto que comunica a la cripta que originó el absceso.⁸ Por otra parte, el manejo quirúrgico de la fístula anorrectal tiene también sus variantes. Las alternativas son una fistulectomía, una fistulotomía, la colocación de setón, el uso de sellos de fibrina o la creación de colgajos de mucosa rectal. Igualmente, cuando se diagnostica un absceso y fístula anorrectales simultáneos, hay quienes recomiendan sólo drenar el absceso y dejar la fístula para tratamiento secundario^{8,9} mientras que otros recomiendan dejar un setón en el trayecto de la fístula luego del drenaje del absceso.¹⁰⁻¹²

Tradicionalmente, el uso concomitante de antibióticos más drenaje quirúrgico del absceso anorrectal sólo deben utilizarse en pacientes con una celulitis extensa no claramente delimitada y con compromiso sistémico como taquicardia, polipnea, etc., o en pacientes ancianos, inmunosuprimidos, diabéticos y con valvulopatías cardíacas¹² y específicamente con el objeto de reducir el riesgo de infecciones sistémicas, no de prevenir la incidencia de fístulas anorrectales. En un hecho de observación y luego de un estudio retrospectivo (Ochoa y cols., tesis recepcional de residencia de cirugía general, Hospital ABC), el autor principal de esta investigación ha notado una posible reducción de hasta 50%

en la incidencia de fístulas anorrectales con el uso concomitante de antibióticos al drenaje quirúrgico en los pacientes de absceso anorrectal.

Infectología del absceso anorrectal

Los principios del uso de antibióticos recomiendan el ajuste del mismo a la sensibilidad del agente bacteriano causal.¹⁴ A este respecto, en por lo menos dos estudios microbiológicos de grandes series se aislaron de la secreción de fístulas anorrectales cultivos polimicrobianos en 78%,¹⁵ predominando en los cultivos en forma aislada *Escherichia coli* con 22 hasta 45%,^{15,16} bacteroides fragilis en 17 a 20%,^{15,16} *Enterococcus* spp 16%,¹⁶ *Staphylococcus aureus* 12%¹⁵ y *Streptococcus viridians* 12%,¹⁵ no teniendo evidencia que se relacionen con la cronicidad de la fístula.¹⁵

Dentro de los antibióticos que se usan más comúnmente en el manejo de infecciones por bacterias intestinales, el ciprofloxacino,¹⁷ que es efectivo contra la mayoría de enterobacterias,¹⁷⁻¹⁹ tiene la ventaja de existir en presentaciones para administración oral y endovenosa con un muy bajo índice de efectos indeseables (náusea, vómito, diarrea, dolor abdominal, erupciones cutáneas, fototoxicidad).

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio de tipo comparativo, prospectivo, aleatorizado, en el periodo comprendido del 15 de octubre de 2004 al 10 de mayo de 2005, en pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias y Consulta Externa de Colon y Recto del HCM. Con diagnóstico de absceso anorrectal.

Diseño del estudio: Metodología: Con un grupo control manejado con tratamiento quirúrgico tradicional y un grupo experimental que fue manejado con tratamiento quirúrgico y ciprofloxacina 500 mg IV c/12 h a su ingreso cambiando a V.O. al reinicio de la misma, administrándose desde el momento del diagnóstico hasta completar 21 días de tratamiento antibiótico.

Seguimiento: Se realizó el control de los pacientes a los siete y 14 días de iniciado el tratamiento, posteriormente al cumplir uno, dos, cuatro y seis meses de iniciado el tratamiento, por medio de interrogatorio e inspección formal por los médicos asesores del trabajo en estos controles se verificó curación, recidiva del absceso o formación de fístula describiendo en forma detallada el tipo y localización de las dos últimas patologías de existir.

Criterios de inclusión:

- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes militares en activo, retirados y derechohabientes.
- Pacientes con datos clínicos de absceso anorrectal.
- Mayores de 15 años.
- Pacientes con las características señaladas que acepten ser incluidos por medio de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con indicación clásica para uso de antibióticos.
- Paciente con algún tipo de inmunosupresión adquirida.
- Pacientes con alergia a la ciprofloxacina.
- Pacientes que se nieguen a participar en el estudio.
- Pacientes con cuadros previos de absceso y/o fístula anorrectal.
- Abandono del tratamiento antes de los 10 días.
- Pacientes que abandonaron el seguimiento antes de las seis semanas.

El presente estudio se apegó en todo momento a las proposiciones de los tratados de Helsinki en lo que respecta a la investigación científica donde se involucra material humano, contando con el consentimiento informado de cada uno de los participantes. Se contó con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Central Militar, así como del Comité de Investigación de la misma institución.

Método estadístico

Los resultados se sometieron a la prueba estadística de t de Student a fin de establecer si ambos grupos eran comparables, así como para determinar si existió significancia estadística entre los diferentes datos de ambos grupos tomando para el efecto valores de $p < 0.05$. Se utilizó la prueba χ^2 para determinar si existió diferencia significativa entre ambos grupos en lo que respecta en la presencia de fístula anorrectal.

Resultados

Se revisaron 25 pacientes con diagnóstico de ingreso en el Servicio de Urgencias y en la Consulta Externa de Colon y Recto de absceso anorrectal, de los cuales sólo en 17(68%) pacientes cumplieron con los criterios de inclusión, los ocho (32%) restantes fueron excluidos, dos (8%) por presentar

recidiva de absceso, dos (8%) por presentar síndrome de inmunodeficiencia adquirida, además del absceso anorrectal y cuatro (16%) diabetes mellitus tipo 2, se corroboró el diagnóstico de absceso anorrectal en cualquiera de sus tipos.

Los 17 (68%) incluidos en el estudio con diagnóstico de absceso anorrectal corroborado transoperatoriamente, arrojaron los siguientes resultados:

La edad promedio de los pacientes fue de 39.8 años, con un rango de edad de 25 y 61 años, con predominio en el sexo masculino 16 (94%) pacientes. Se identificaron ocho (47%) pacientes con absceso perianal, seis (35%) pacientes con absceso interesfintérico, dos (12%) pacientes con absceso isquiorrectal, y un (6%) paciente con absceso supraelevador (*Cuadro 1*), todos fueron sometidos a drenaje quirúrgico de absceso con marzupialización de la herida con poliglactina 910 surgete anclado, 16 (94%) el procedimiento se realizó con bloqueo epidural en quirófano y uno (6%) se realizó en la Consulta Externa de Colon y Recto con anestesia local.

El grupo experimental se integró con ocho (47%) pacientes, de los cuales uno (13%) era mujer, con un promedio de edad de 38 años, con un rango de 22 y 54 años, con un promedio de seguimiento de cinco meses, con un rango de cuatro y seis meses, con un promedio de estancia hospitalaria de 1.2 días, con rango de uno y dos días, se conforma el grupo con cinco (63%) abscesos perianales, dos (25%) abscesos interesfintéricos y uno (13%) isquiorrectal, presentándose en un (13%) paciente fístula transesfintérica a las seis semanas de seguimiento, recibiendo tratamiento quirúrgico (fistulotomía) a las nueve semanas actualmente convaleciente.

El grupo control se integró con nueve (53%) pacientes, de los cuales todos fueron hombres, con un promedio de edad de 40 años, con un rango de 30 y 61 años, con un promedio de seguimiento de 5.3 meses, con un rango de cuatro y seis meses, con un promedio de estancia hospitalaria de 1.3 días, con rango de uno y tres días, se conforma el grupo con cuatro (44%) abscesos perianales, tres (33%) abs-

Cuadro 1. Relación de pacientes incluidos en el estudio.

Número	Edad	Seguimiento (Meses)	Días de encame	Tipo absceso	Sexo	Recibieron antibiótico	Presentaron fístula
1	31	6	0	Perianal	MASC	NO	NO
2	31	5	1	Interesfintérico	MASC	NO	NO
3	32	5	2	Interesfintérico	MASC	NO	NO
4	25	6	1	Perianal	FEM	SÍ	NO
5	48	6	2	Perianal	MASC	NO	NO
6	61	6	1	Isquiorrectal	MASC	NO	NO
7	62	6	3	Supraelevador	MASC	NO	NO
8	54	5	1	Interesfintérico	MASC	SÍ	NO
9	44	4	1	Perianal	MASC	SÍ	NO
10	32	5	1	Interesfintérico	MASC	SÍ	NO
11	35	5	2	Perianal	MASC	SÍ	SÍ
12	22	4	1	Perianal	MASC	SÍ	NO
13	35	4	1	Perianal	MASC	NO	NO
14	30	5	1	Interesfintérico	MASC	NO	NO
15	54	5	1	Isquiorrectal	MASC	SÍ	NO
16	37	5	2	Interesfintérico	MASC	SÍ	NO
17	31	4	1	Perianal	MASC	NO	SÍ

cesos interesfintéricos uno (11) isquiorrectal y uno (11%) supraelevador, presentándose en un (11%) paciente fístula transesfintérica a las 12 semanas de seguimiento, pendiente de tratamiento quirúrgico hasta el momento.

Se aplicó la prueba de t de Student a ambos grupos en lo que respecta a los grupos de edad no obteniendo diferencia estadística significativa en ambos ($p = 0.7233$) haciéndolos comparables (Figura 1).

Asimismo, se aplicó a los días de estancia hospitalaria no obteniendo significancia estadística ($p = 0.9347$) (Figura 2).

Finalmente se realizó la prueba de χ^2 para la comparación de ambos grupos en lo que respecta a la presencia de fístula anorrectal no encontrando significancia estadística ($p = 0.9293$) (Figura 3).

Se encontró un total de 12% de pacientes con presencia de fístula anorrectal después del tratamiento quirúrgico de absceso anorrectal.

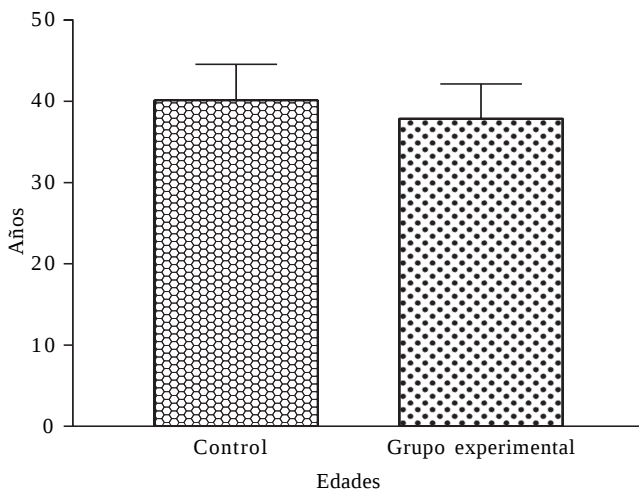


Figura 1. Grupos de edad.

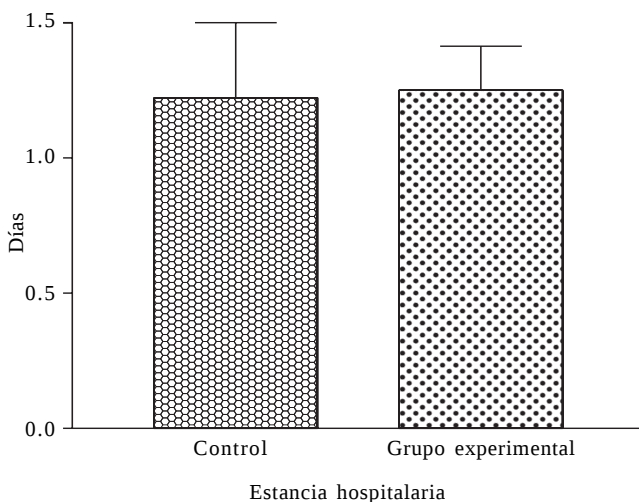


Figura 2. Días de estancia hospitalaria.

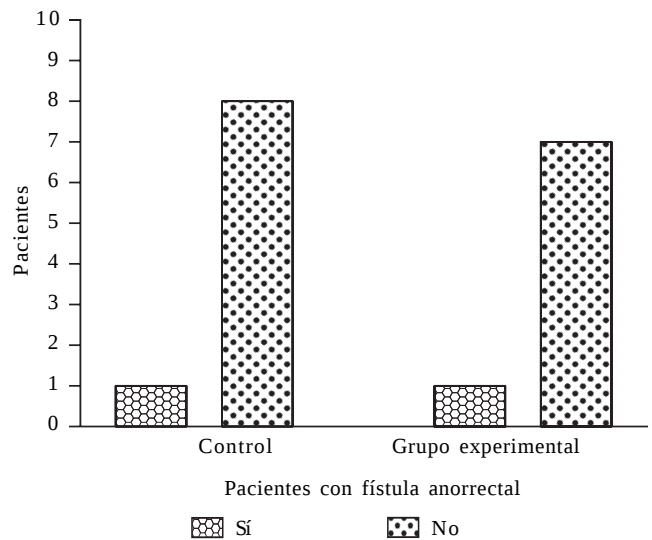


Figura 3. Presencia de fístula anorrectal por grupos.

Discusión

Este estudio se realizó con el propósito de establecer el posible beneficio del uso de antibióticos en la prevención de la fístula anorrectal después del tratamiento quirúrgico del absceso anorrectal, hasta el momento el estudio incluyó a 17 pacientes que sólo promedian en conjunto cinco meses de seguimiento y sólo dos pacientes presentaron fístula (uno de cada grupo), cabe señalar que la fístula anorrectal puede estar presente hasta después de dos años del drenaje del absceso anorrectal, aunque una gran mayoría se presenta entre las seis y 12 semanas, como es el caso de nuestro estudio. Lo que traduce la necesidad de llevar el seguimiento de los pacientes por un espacio de tiempo más prolongado considerando adecuado por lo menos un año, así como incluir por lo menos 20 pacientes por grupo para definir el papel real de la ciprofloxacina en la prevención de fístulas anorrectales.

Por lo tanto, nuestro estudio hasta este momento no puede demostrar el verdadero papel del ciprofloxacino como preventivo de la fístula anorrectal como complicación al drenaje quirúrgico del absceso anorrectal presentando en el resultado de la prueba de χ^2 un valor de p cercano a 1, no existiendo diferencia estadística significativa en ambos grupos.

El porcentaje del tipo de abscesos, así como el porcentaje de fístulas presentado en esta serie de pacientes difiere en forma importante de la reportada por Hidalgo en estudio retrospectivo realizado en nuestro medio, así como de la reportada en la literatura y estudios internacionales previos, requiriendo una serie mayor de pacientes para poder ser comparada.

Conclusiones

El porcentaje de distribución de tipos de abscesos y fístulas anorrectales no se apega con la referida en la literatura

mundial y con la reportada en estudios previos en nuestro medio.

Este estudio requiere de continuidad y seguimiento por lo mínimo un año a fin de concluir el verdadero papel del ciprofloxacina como método preventivo de fístulas anorrectales secundarias a drenaje quirúrgico de abscesos anorrectales.

Este estudio no es concluyente respecto al papel de la ciprofloxacina como método preventivo de fístulas anorrectales secundarias a drenaje quirúrgico de abscesos anorrectales.

Referencias

1. Fry RD, Kodner IJ. Anorectal disorders Ciba Clin Symp 1985;37:6-11.
2. Parks AG. Pathogenesis and treatment of fistula-in-ano. Br Med J 1961; 1: 463-9.
3. Eisenhammer S. A New approach to the anorectal fistulous abscess on the high intramuscular lesion. Surg Gynecol Obstet 1958; 106: 595-9.
4. Vasilevsky CA, Gordon PH. The incidence of recurrent abscesses or fistula-in-ano following anorectal suppuration. Colon Rectum 1984; 27(2): 126-30.
5. Goodsall DH, Milles WE. Classic articles in colonic and rectal surgery: Disease of the anus and rectum. Dis Colon Rectum 1982; 25: 262.
6. Parks AG, Gordon PH. A classification of fistula-in-ano. Br J Surg 1976; 63: 1-12.
7. Vasilevsky CA. Results of treatment of fistula-in-ano. Dis Colon Rectum 1984; 28: 225-31.
8. Hamalainen KP, Sainio AP. Incidence of fistulas after drainage of acute anorectal abscesses. Colon Rectum 1998; 41(11): 1357-61; discussion 1361-2.
9. Hamalainen KJ, Sainio P. Incidence of fistulas after drainage of acute anorectal abscesses. Dis Colon Rectum 1998; 41: 1357-62.
10. Knoefel WT, Hosch SB, Hoyer B, Izbicki JR. The initial approach to anorectal abscesses: fistulotomy is safe and reduces the chance of recurrences. Surg 2000; 17(3): 274-8.
11. Ho YH, Tan M, Chui CH, Leong A, Eu KW, Seow-Choen F. Randomized controlled trial of primary fistulotomy with drainage alone for perianal abscesses. Colon Rectum 1997; 40(12): 1435-8.
12. Oliver I, Lacueva FJ, Perez Vicente F. Randomized clinical trial comparing simple drainage of anorectal abscess with and without fistula track treatment. Colorectal Dis 2003; 18(2): 107-10.
13. The ASCRS. Practice parameters for treatment of fistula-in-ano. Dis Colon Rectum 1996; 1361-2.
14. Buyukasik Y, Ozcebe OY, et al. Perianal infections in patients with leukemia. Importance of the course of neutrophil count. Dis Colon Rectum 1998; 41: 81-5.
15. de San Ildefonso PA, Maruri ChI, Facal AC. Bacteriology of anal fistulae. Esp Enferm Dig 2002; 94(9): 533-6.
16. Seow-Choen F, Hay AJ, Heard S, Phillips RK. Bacteriology of anal fistulae. Surg 1992; 79(1): 27-8.
17. Madan AK. Use of ciprofloxacin in the treatment of hospitalized patients with intra-abdominal infections. Ther 2004; 26(10): 1564-77.
18. Fernandez J, Barrett JF, Licata L. Comparison of efficacies of oral levofloxacin and oral ciprofloxacin in a rabbit model of a staphylococcal abscess. Antimicrob Agents 1999; 43(3): Chemother. 667-71.
19. Behra-Miellet J, Dubreuil L, Jumas-Bilak E. Antianaerobic activity of moxifloxacin compared with that of ofloxacin, ciprofloxacin, clindamycin, metronidazole and beta-lactams. Antimicrob Agents 2002; 20(5): 366-74.

