

abscesos y fístulas

Diversos procesos pueden conducir a la formación de pequeños abscesos, siendo de utilidad su reconocimiento, para evitar confusión con los abscesos que están en el espesor de las estructuras del órgano esfinteriano.

Absceso tuberoso. Las glándulas sudoríparas perianales, pueden ser lugar de procesos supurados como la hidrosadenitis axilar. Estos abscesos son habitualmente múltiples y recidivantes. El tratamiento es su evacuación con lo cual curan. Para evitar nuevos abscesos es necesario tratar ciertos procesos generales, diabetes, obesidad, y hacer medicación general y local anti infecciosa.

Absceso por hematoma. El hematoma de la margen del ano no evacuado, puede ir a la supuración y constituir un absceso en la margen del ano, cuya evolución espontánea es la abertura y persistencia temporaria de un pequeño trayecto fistuloso. El tratamiento de estos abscesos es la incisión radiada.

Abscesos intraesfinterianos. Los problemas fundamentales en los abscesos anales son las fistulizaciones y recidivas. Las causas de éstos procesos pueden resumirse en dos términos: **Persistencia de las causas del absceso. Cronicidad de una cavidad mal drenada.** Las insiciones deben adaptarse al tipo de absceso, por lo que su conocimiento anatómico y la correcta insición correspondiente, son fundamentales.

CAUSAS DEL ABSCESO

Las infecciones criptopapilares constituyen la fuente principal de supuraciones anales. La mayor frecuencia de las infecciones en las criptas posteriores, podría explicar la dominancia de los procesos supurados en esta región.

El tratamiento de todo absceso, requiere un cuidadoso estudio y tratamiento de toda la línea criptopapilar, pues la persistencia del foco inicial es factor de fistulización y la persistencia de otros focos es causa de nuevos abscesos.

En relación con la patología criptopapilar, debemos anotar la responsabilidad de los ductos serosos que desembocan en las criptas. Su fondo responde al esfínter interno y en muchos casos lo atraviesan.

Kratzer, G. L. y Dockerty, M. B. publicaron en 1947 un artículo importante sobre estos ductos, con una buena bibliografía. Su conocimiento data desde 1880 en que Herrmann y Desfoses los describieron en la región anal de embriones humanos. Son habituales y frecuentes en ciertos animales y en el hombre disminuye con la edad. Se les observa en la parte posterior del canal anal.

Estos ductos han sido considerados como posibles puntos de partida de las infecciones anales y responsables de la fistulización de abscesos y de recidivas postoperatorias. Esta opinión estaría corroborada por la mayor frecuencia de abscesos y fistulas en la parte posterior del órgano anal y la comprobación de procesos inflamatorios periductales importantes en todos los casos de criptitis. Hemos observado verdaderos bloques fibrosos múltiples en la parte posterior del ano, surcados de trayectos fistulosos, en los que la histología comprobó ductos seriamente alterados por la infección.

Se consideró años atrás, que la fistulización de los abscesos anales era debida a la naturaleza bacilar del proceso, considerando la gran frecuencia de estas fistulas en los enfermos bacilares. Entre ellos hay fistulas bacilares frecuentes, pero no es aceptable que toda fístula anal tenga ese origen.

Como posibilidades menos frecuentes anotemos los abscesos de ciertas enfermedades sistémicas como las hemopatías. La enfermedad de Crohn o colitis granulomatosa produce abscesos anales con fistulas, fatalmente recidivantes mientras persiste la enfermedad.

92

No puede quedar sin mención los abscesos por cuerpos extraños ingeridos, espinas, huesos, escarbadiantes, que se enclavan en la pared del órgano anal y dan abscesos y luego fistulas que se mantienen y recidivan mientras no se extraiga el cuerpo extraño.

TOPOGRAFIA DE LOS ABSCESOS

La ubicación exacta de los abscesos anales, así como sus posibles migraciones, son motivo de descripciones imprecisas y a veces erróneas. La consecuencia de éstos hechos es el mal drenaje, la retención y la formación de cavidades con cáscaras fibrosas que mantienen la fistulización.

El desconocimiento de la topografía de los abscesos anales depende de varios factores:

- falta de conocimientos de la anatomía de los espacios conjuntivos de la región;
- falta de estudios necrópsicos en esta efeción naturalmente benigna;
- incisiones frecuentemente mínimas que impiden la exploración;
- consideración de la topografía de los trayectos fistulosos, que están deformados de la primitiva disposición por la rectificación que les impone la fibrosis retráctil.

El órgano anal tiene varias áreas que pueden anatómicamente ser asiento de colecciones y tiene puntos débiles en las estructuras que limitan dichas áreas, por lo que la supuración puede pasar de una a otra.

La invasión puede tomar todas estas áreas constituyendo una esponja purulenta. Son los flemones hipersépticos graves que estudiaremos con el nombre de **flemones difusos**.

Lo más frecuente es que la supuración tome algunas de éstas áreas constituyendo abscesos. Lo habitual es que a partir de la infección criptopapilar se constituya un absceso submucoso; el que puede propagarse en profundidad por los ductos anales, atravesando el esfínter liso o interno.

La evolución de estos abscesos, bajo la influencia de la dinámica regional es hacia abajo. En esta migración pasadas las fibras que unen el anillo fibroso a la mucosa, pueden seguir dos caminos. Lo más frecuente es que, entre los haces subcutáneo y superficial del esfínter externo, llegue al espacio perianal, subcutáneo, produciendo así el absceso subcutáneo mucoso. La otra vía es

entre los haces profundo y superficial del esfínter externo, provocando el absceso **extraesfinteriano**.

Debemos completar esta enumeración anotando que los abscesos **perirrectales** cualquiera sea su origen, pueden penetrar en los espacios del segmento esfinteriano y exteriorizarse simulando abscesos propios de este segmento.