

# *El absceso interesfinteriano como causa de dolor anal crónico*

Dr. Jorge Bermúdez Villegas,  
Dr. Gustavo Veirano,  
Dr. Omar Rompani.

El absceso interesfinteriano es una causa concreta y real de dolor anal crónico. Los autores lo encuentran en 12 casos en una serie de 123 pacientes portadores de abscesos y/o fistulas perianales. El diagnóstico preoperatorio se realizó en 10 casos mediante el hallazgo de un nódulo en el canal anal y la salida de pus por una cripta. El tratamiento consistió en la puesta a plano hacia el canal anal. Los autores insisten en el abordaje primario por el espacio interesfinteriano. La confirmación histológica del origen cripto-glandular se obtuvo en el 100% de los casos. Todos los casos curaron sin secuelas salvo un caso de incontinencia.

*PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:*  
*Anal diseases.*

## **SUMMARY: The intersphincteric abscess as a cause of chronic anal pain.**

The intersphincteric abscess is a certain and sure cause of chronic anal pain. The authors have found it in 12 cases out of a series of 123 patients suffering from abscesses and/or perianal fistula. The pre-operative diagnosis was carried out in ten cases through the finding of a nodule in the anal canal and pus suppuration through a crypto glandular cavity. The treatment consisted in the even off to the anal canal. Authors insist on a primary approach through the intersphincteric space. The histologic confirmation of the crypto-glandular origin in a 100% of the cases. All cases recovered without any sequels except for a case of incontinency.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 14 de setiembre de 1983.

Prof. Adjunto, Asistente Interino, Asistente de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Osorio 1275, Montevideo. (Dr. J. Bermúdez.)

*Clinica Quirúrgica "1" (Director Prof. Dr. Bolívar Delgado); Clínica Quirúrgica "A" (Director Prof. Dr. Alberto Aguiar); Clínica Quirúrgica "B" (Director Prof. Dr. Jorge Pradines). Fac. de Medicina, Montevideo.*

## **RÉSUMÉ: L'abcès intersphinctérien comme cause de douleur anale chronique.**

L'abcès intersphinctérien est une cause concrète et réelle de douleur anale chronique. Dans un série de 123 patients, porteurs d'abcès ou fistules périanales, il a été présent dans 12 cas. Le diagnostic préopératoire a été effectué dans 10 cas, à travers la découverte d'un nodule du canal anal et la sortie de pus à travers une crypte. Le traitement a consisté dans la mise à plan vers le space intersphinctérien. La confirmation histologique de l'origine cryptoglandulaire fut obtenie dans le 100% des cas. Tous les cas ont guéri sans séquelles, sauf un cas d'incontinence.

## **INTRODUCCION**

El dolor anal crónico constituye una causa relativamente poco frecuente de consulta. Sin embargo, habitualmente plantea problemas, tanto en el diagnóstico de su causa como en su tratamiento.

Entre las distintas etiologías del dolor anal crónico figura una entidad poco y mal conocida que es el absceso interesfinteriano crónico (AIEC). Esta entidad, en los textos clásicos<sup>(6)</sup> figuraba como criptitis, abscesos cripticos o submucosos.

Eisenhammer<sup>(4)</sup> le da su nombre actual, estableciendo nuevos conceptos anatómicos. Parks<sup>(12)</sup> en 1973 relaciona el absceso interesfinteriano con el dolor anal crónico, estableciendo las bases clínicas para su diagnóstico y su tratamiento.

**MATERIAL Y METODOS**

Revisando la serie personal de uno de nosotros (J.B.V.) sobre 123 pacientes, 32 tenían un absceso interesfinteriano (AIE), pero solamente 12 pacientes referían una historia que permite catalogarlos como portadores de AIEC.

**ANALISIS**

La distribución por sexo y edad no ofrece ninguna particularidad para señalar. No encontramos un predominio en el sexo masculino como señalan otros autores como Golliger<sup>(6)</sup> y Parks<sup>(12)</sup>.

El tiempo de evolución varía desde semanas a años. Todos ellos recibieron en algún momento tratamiento médico sintomático y/o tratamiento quirúrgico.

En tres casos se observó la asociación con fisura anal crónica (25%); uno de ellos había sido intervenido con dilatación anal.

Otros tres pacientes tenían antecedentes de operación por absceso perianal. Dos eran abscesos de la margen anal y uno un absceso isquio-anal.

El principal motivo de consulta fue la persistencia de la sintomatología.

El diagnóstico de AIEC se pudo establecer con certeza en el preoperatorio en 10 pacientes (84%). En los dos restantes (16%) se sospechó de su existencia decidiéndose su exploración bajo anestesia.

Los síntomas y signos que llevaron al diagnóstico fueron los siguientes:

- 1) Dolor anal crónico. Acentuado antes y después de la defecación, aunque no siempre semejaba el dolor del síndrome fisurario. Estuvo presente en el 100% de los casos.
- 2) Hipertonía anal severa. Fue hallada en el 100% de los casos.
- 3) Nódulo palpable en el canal anal. Siempre lo encontramos en la zona de máximo dolor. Fue hallado en 6 casos (50%).
- 4) Salida de pus a nivel criptopapilar o en el lecho de una fisura. Se objetivó durante la anoscopia en 3 casos (25%). Uno de los casos presentó salida de pus coincidentemente con el alivio de la sintomatología.

Se obtuvo la confirmación operatoria en todos los casos, realizándose siempre la intervención con anestesia general, con una minuciosa exploración digital y visual del canal anal y el sector bajo de la ampolla rectal, buscando posibles extensiones del proceso en sentido vertical u horizontal.

**Cuadro I**

Caso Nº	Nombre Sexo Edad	Proced.	Tiempo evolución	Dolor	Hipertonía esfint.	Nódulo palpable	Salida pus	Fisura	Fiebre	Topografía	Histología	Secuela
1	H.R. ♀ 37	CAQ	2 m 1/2	+	+	+	-	-	-	Com post Hora 6	-	-
2	M.A. ♂ 26	H.B.	4 m	+	+	+	-	-	+	Com post Hora 6	-	-
3	A.A. ♂ 64	H.B.	> 3 a	+	+	-	+	+	-	Com post Hora 6	+	-
4	L.C. ♂ 27	H.B.	1 m 1/2	+	+	+	-	-	+	Lat. Dcho Hora 9	+	-
5	M.L.D. ♀ 47	H.B.	3 m	+	+	-	-	-	-	Com post Hora 6	+	-
6	L.G. ♂ 36	H.B.	2 m	+	+	-	-	-	-	Com post Hora 6	+	-
7	A.M.de P. ♀ 49	Frat.	> 2 a	+	+	-	+	+	-	Com post Hora 6	-	+ Incont. leve
8	I.M.M. ♀ 21	H.B.	1 m 1/2	+	+	+	-	-	-	Com Ant Hora 12	+	-
9	D.P. ♂ 29	H.B.	6 m	+	+	-	+	+	-	Com post Hora 6	+	-
10	M.R. ♀ 51	H.B.	1 m	+	+	+	-	-	-	Com post Hora 6	+	-
11	M.R. ♂ 32	H.B.	3 sem.	+	+	+	-	-	-	Com post Hora 6	+	-
12	A.P. ♂ 53	CASMU	> 2 a	+	+	-	+	-	-	Lat. Dcho Hora 9	-	-

En los dos casos de confirmación operatoria, con la anestesia general se palpó el nódulo que había pasado desapercibido en el examen vigil del enfermo.

La topografía circunferencial fue comisural posterior en 9 casos, anterior en uno y lateral derecho en 2.

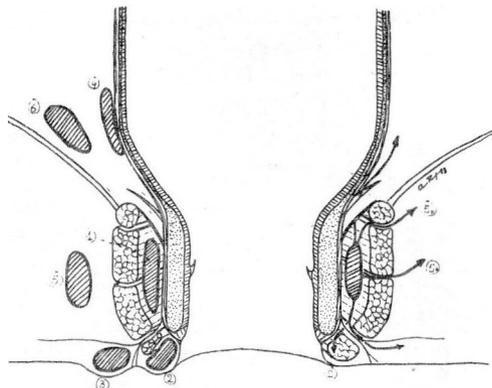
En todos los casos sin fisura<sup>(9)</sup>, se abordó el espacio interesfinteriano como maniobra quirúrgica inicial, luego de evacuado el absceso se procedió a la puesta a plano, seccionando piel, mucosa y esfínter interno hasta el nivel cripto-glandular (Fig. 1). A ese nivel siempre resecamos un pequeño sector del esfínter interno que, junto con el curetaje del absceso, busca eliminar restos glandulares que pudieran ser fuente de recidivas.

En 8 pacientes el material de esta resección fue enviado para estudio anátomo-patológico, encontrándose en todos ellos restos glandulares (100%).

Uno de los casos (N° 4) intervenido previamente por un absceso isquio-rectal presentó un trayecto transesfinteriano ciego interno que fue resecado. Se cerró la brecha muscular con catgut y se drenó la fosa isquio-rectal al tiempo que se ponía a plano el sector interno.

La evolución fue buena con desaparición de la sintomatología, cierre por segunda en un plazo de 3 a 5 semanas en 11 pacientes. En un paciente (N° 7) persistió el dolor, obligando a dos nuevas exploraciones y curetajes del fondo del absceso curando al cabo de 5 meses.

Desde el punto de vista funcional, la recuperación de la continencia fue la norma a excepción del caso N° 7, en el cual persistió durante meses la incontinencia para gases y materias líquidas. No conocemos el estado final evolutivo de esta paciente desde este punto de vista.



1) ABSCESO INTERESFINTERIANO. 2) ABS. MARGINAL DEL ARO-TRAYECTO INTERESFINTERIANO  
3) ABS. ISQUIOCAL SUPERFICIAL-TRAY. TRANSFINTERIANO BAJO. 4) ABS. INTERMUSCULAR ALTO.  
5) ABS. ISQUIOCAL PROFUNDO-6) TRAY. TRANSFINTERIANO MEDIO Y 3) ALTO. 6) ABS. PELVIRECTAL

Figura 1. Origen y difusión de los abscesos perianales.

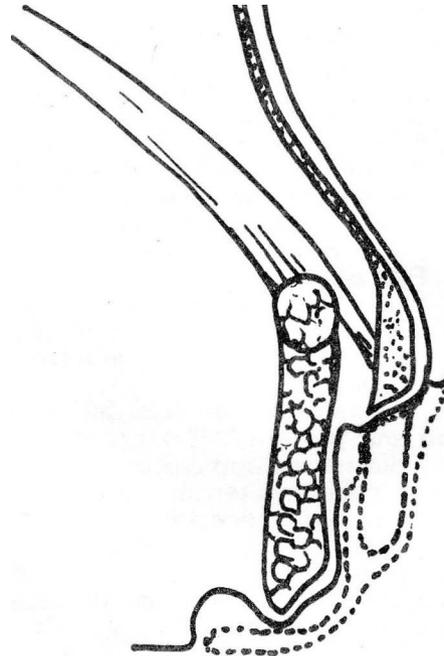


Figura 2. Esquema del tratamiento adecuado. Puesta a plano hacia la luz anal.

**DISCUSION**

Hasta 1956 estos procesos se conocían como abscesos submucosos. En esta fecha Eisenhammer<sup>(4)</sup> relaciona sus hallazgos anatómicos previos con las glándulas anales. Estas a menudo llegan hasta el espacio interesfinteriano. La infección de este espacio con formación de un AIE constituye el origen de la mayoría de los procesos supurados de la región.

Esta hipótesis no fue muy aceptada hasta que Parks en 1961<sup>(11)</sup>, 1967<sup>(12)</sup> y 1973<sup>(13)</sup> le brinda el apoyo y la experiencia del Hospital Sr. Mark's de Londres, al tiempo que en Alemania Stelzner<sup>(19)</sup> hace lo mismo.

En trabajos anatómicos previos<sup>(15, 16, 17)</sup> nos referimos a nuestras discrepancias anatómicas conceptuales sobre la ubicación del AIE y otros abscesos con relación a la pared del recto.

Goligher y col. en 1967<sup>(5)</sup> investigan la existencia del absceso interesfinteriano en relación con abscesos y fístulas perianales y en 29 casos solamente lo encuentran en 8.

En la presente serie confirmamos la existencia de restos glandulares en el 100% de los estudios realizados y nos llama la atención que en la serie de Parks<sup>(12)</sup> no fueron comprobados restos glandulares en ninguno de 33 casos.

En nuestra serie total de 123 casos, encontramos comunicación con un orificio criptico en el 98,5% de nuestros casos, cifra idéntica a la de Kovalcik<sup>(8)</sup> en una serie de 279 casos.

¿Por qué estos AIE evolucionan en forma crónica sin difundirse por las vías conocidas? La respuesta puede estar en la observación hecha en un paciente y confirmada en otros tres, de la salida periódica de pus hacia la luz del conducto anal con alivio inmediato de la sintomatología. Es posible que dicha descarga impida la progresión de la infección, no siendo advertida en el resto de los pacientes.

Desde el punto de vista clínico, la existencia de un dolor con los caracteres mencionados, sumados a la exacerbación durante el examen debe hacer pensar siempre en una patología orgánica.

Por frecuencia es la fisura anal lo primero en que debemos pensar, pero aun en caso de encontrar una fisura debemos pensar en la asociación con un AIE.

La existencia de una hipertonia esfinteriana severa no llama la atención y ha sido medida y comprobada por Parks<sup>(1)</sup> y Lord<sup>(9)</sup>, quien además le atribuye un carácter etiológico.

El hallazgo de un nódulo exquisitamente doloroso da la certeza al diagnóstico presuntivo. Todos los autores subrayan su importancia, así como a la salida espontánea de pus<sup>(3, 7, 10, 18)</sup>.

Frente a la duda diagnóstica, o a la presunción de un AIEC, no se debe dudar en recurrir al examen bajo anestesia. Sobre todo cuando se trata de un paciente operado por fisura y/o absceso o fístula perianal que no cura en los plazos habituales.

El no hacerlo así es causa de que con frecuencia la próxima consulta sea con una extensión del absceso a topografías de más difícil tratamiento.

La asociación con fisura en un 25% de esta serie coincide con la de Parks de 24%<sup>(12)</sup>. Esto es una advertencia de que al intervenir una fisura debe buscarse sistemáticamente el absceso interesfinteriano, pues en caso de existir estarían contraindicadas, tanto la dilatación como la esfinterotomía lateral interna.

Señalamos la conveniencia del abordaje

interesfinteriano primario hasta llegar al absceso<sup>(17)</sup>. Esto permite la exploración visual y palpatoria del espacio a nivel de las criptas o aún más arriba sin alterar las estructuras ni función anales.

En caso de confirmación, la puesta a plano hacia la luz del conducto anal es la táctica obligada.

En caso de exploración negativa (nos sucedió en dos oportunidades), el cierre de la incisión no tiene ninguna particularidad, ya que no hubo apertura de la luz anal ni sección esfinteriana.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BELLIVEAU P., THOMPSON S., PARKS A. — Fistula in ano. A manometric study. *Dis. Colon Rectum*, 26: 152, 1983.
- BERMUDEZ J., ROMPANI O., VEIRANO G. — Abscesos y fístulas perianales. Consideraciones diagnósticas y terapéuticas. *Cir. Urug.* 53: 370, 1983.
- CHRABOT C., LEELA PRASAD M., ABCARIAN H. — Recurrent anorectal abscesses. *Dis. Colon Rectum* 26: 105, 1983.
- EISENHAMMER S. — A new approach to the anorectal fistulous abscesses based on the high intermuscular lesion. *Surg. Gynecol. Obstet.* 106: 595, 1958.
- GOLIGHER J. — Surgery of the anus, rectum and colon. 3rd. ed. London, Baillière. Tyndall. 1975.
- GOLIGHER J., ELLIS M., PISSIDES A. — A study of the role of intersphincteric abscess formation in the pathogenesis of anorectal abscesses and fistula. *Br. J. Surg.* 54: 64, 1967.
- HANLEY P. — Abscesos y fístulas anorrectales. *Clin. Quir. Norte Am.* 3: 487, 1978.
- KOVALCIK P., PERRINGTON R., GROSS G. — Anorectal abscesses. *Surg. Gynecol. Obstet.* 149: 884, 1979.
- LORD P. — Approach to the treatment of anorectal disease, with special reference to hemorrhoids. In "Surgery Anal", Lloyd Nyhus, 9: 196, 1977.
- MARKS C., RITCHIE J. — Anal fistulas at St. Mark's Hospital. *Br. J. Surg.* 64: 84, 1977.
- PARKS A. — Pathogenesis and treatment of fistula in ano. *Br. Med. J.* 1: 463, 1961.
- PARKS A., THOMPSON J. — Intersphincteric abscess. *Br. Med. J.* 2: 537, 1973.
- PARKS A., GORDON P., HARDCASTLE J. — A classification of fistula in ano. *Br. J. Surg.* 63: 1, 1976.
- READ D., ABCARIAN H. — A prospective survey of 474 patients with anorectal abscesses. *Dis. Colon Rectum*, 22: 566, 1979.
- ROMPANI O. — Origen y diseminación de los procesos supurados perianales. Tesis de Doctorado. Montevideo. Facultad de Medicina. 1982. (Inédita).
- ROMPANI O., BERMUDEZ VILLEGAS J., VEIRANO G. — Fundamentos anatómicos de la patología y cirugía del canal anal. *Cir. Urug.* 53: 328, 1983.
- ROMPANI O., VEIRANO G., BERMUDEZ VILLEGAS J. — El espacio interesfinteriano como vía de abordaje quirúrgico. Presentado en el Congreso Latinoamericano de Proctología 8º Montevideo, 1981.
- SOHN N., WEINSTEIN M.A., ROBBINS R. — Anorectal disorders. *Curr. Probl. Surg.* 20: 34, 1983.
- STELZNER F. — Die Anorectalen Fisteln. Berlin, Springer. 1959.