



Drenaje quirúrgico de absceso anorrectal y fistulotomía como manejo primario se asocia a baja tasa de recurrencia

Jesús Alberto Bahena-Aponte,* Mónica De Jesús-Mosso,†
Jorge González,‡ Sari Narsil Angélica Mejía-Arcadia,§ Quintín Héctor González-Contreras§

* Cirujano gastrointestinal y laparoscopia avanzada. Hospital Médica Sur. † Cirugía general y Curación de heridas. ‡ Universidad Anáhuac.
§ Patología clínica. Hospital Central Militar. § Cirugía colorrectal y Laparoscopia avanzada. Hospital Médica Sur. CDMX, México.

Primary fistulotomy and surgical drainage abscess is associated with low fistula recurrence rate

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 15 Núm. 2 / Abril-Junio, 2026 / p. 47-52

RESUMEN

Introducción. Los abscesos anorrectales se han convertido en un problema quirúrgico común, aproximadamente un tercio de ellos llegan a presentar fistula anal; el manejo puede ser conservador con antibióticos o aspiración con aguja y drenaje simple con anestesia local, considerándolos suficientes para remitir el cuadro agudo de esta patología; sin embargo, se ha asociado con una alta tasa de recurrencia y desarrollo de fistula, así como la necesidad de intervenir quirúrgicamente en varias ocasiones; aunque existe poca literatura con relación al drenaje quirúrgico, otros cirujanos prefieren la identificación del orificio primario y fistulotomía como manejo inicial, observando una disminución en el riesgo de formación de fistula y obteniendo resultados favorables para los pacientes. En este trabajo, se presenta el seguimiento de los pacientes con absceso anorrectal tratados con drenaje y fistulotomía.

Objetivo. Analizar una serie retrospectiva de 235 casos de abscesos anorrectales en términos de resultados quirúrgicos, recurrencia y el desarrollo de la fistula.

Material y métodos. Estudio observacional, retrospectivo de 235 casos de abscesos anorrectales tratados en tres hospitales de tercer nivel, durante el periodo comprendido entre junio 2011 a agosto 2023, con edad media de 42.6 años rango (19 a 73), con predominio del sexo masculino n = 167 (71%), se analizaron datos demográficos, comorbilidad, recuperación, seguimiento y recurrencia.

ABSTRACT

Background. Anorectal abscesses have become a common surgical problem, approximately one third of them get to have anal fistula, management can be conservative with antibiotics or needle aspiration and simple drainage with local anesthesia, considering them sufficient to remit the acute condition of this pathology, however, has been associated with a high rate of recurrence and fistula development, as well as the need to intervene surgically several times; Although there is little literature in relation to surgical drainage, other surgeons prefer the identification of the primary orifice and fistulotomy as initial management, observing a decrease in the risk of fistula formation and obtaining favorable results for patients. In this work, the follow-up of abscess patients treated with drainage and fistulotomy is presented.

Objective. To analyze a retrospective series of 235 cases of anorectal abscesses in terms of surgical results, recurrence and fistula development.

Material and methods. Observational, retrospective study of 235 cases of anorectal abscesses treated in third level hospitals, during June 2011 to August 2023, with an average age of 42.6 years range (19 to 73), with male predominance n = 167 (71%), demographic data, comorbidity, recovery, follow-up and recurrence were analyzed.

Results. The average age was 42.6 years (range 19-73) with a predominance of the male sex (71%), according to the location 67% were ischiorectal, 20% later,

Correspondencia:

Dr. Jesús Alberto Bahena-Aponte
Correo electrónico: dr.jesusbahena100@gmail.com

Resultados. La edad promedio fue de 42.6 años (rango 19-73) con un predominio del sexo masculino (71%); según la localización 67% fueron isquiorrectales, 20% posteriores, 11.9% anteriores y 0.85% en herradura; el tiempo de recuperación fue de 18 días (rango 14-21), recurrencia del 3.8% (9 pacientes) con un seguimiento de 10 meses, el dolor se controló con paracetamol 750 mg tres veces al día alternando con ketoralaco 10 mg tres veces al día vía oral y antibióticos amoxicilina-clavulánico ácido 875 mg dos veces/día durante 10 días.

Conclusiones. Este estudio muestra que la realización de ambos procedimientos de drenaje y fistulotomía, la incidencia de la fistula es muy baja, por lo que recomendamos en abscesos con origen criptoglandular este enfoque que potencialmente disminuye la necesidad de otra cirugía en el futuro.

Palabras clave. Absceso anorrectal, fistulas, drenaje quirúrgico.

11.9% previous and 0.85% in horseshoe, the time of Recovery was 18 days (range 14-21), recurrence of 3.8% (9 patients) with a follow-up of 10 months, pain was controlled with paracetamol 750 mg three times a day alternating with ketoralaco 10 mg three times a day orally and amoxicillin-clavulanic acid antibiotics 875 mg twice / day for 10 days.

Conclusions. This study shows that performing drainage and fistulotomy procedures, the incidence of fistula is very low, so we recommend this approach in abscesses with a cryptoglandular origin that potentially decreases the need for other surgery in the future.

Key words. Anorectal abscesses, fistula, surgical drainage.

INTRODUCCIÓN

El absceso y fistula anal han sido patologías frecuentes en nuestra población, la causa más reconocida ha sido la teoría criptoglandular la cual sugiere que las criptas glandulares se obstruyen y conduce a la infección, estas glándulas penetran el complejo del esfínter anal en diferentes grados y la supuración tiende a seguir el camino de menor resistencia.¹

Un manejo óptimo está dirigido a erradicar la fistula, la preservación del esfínter anal, la prevención de recurrencia y permitir un pronto retorno a la actividad normal de los pacientes. Por lo general, el tratamiento de un absceso anal es el drenaje con una incisión simple, sin embargo, tiene una recurrencia en 10% de los casos y el desarrollo de fistula crónica, ocurre en el 50% de los pacientes.

Algunos meta-análisis han demostrado que la cirugía de la fistula con drenaje del absceso reduce significativamente la recurrencia o persistencia de absceso / fistula, y la necesidad de repetir la cirugía e indican que no había evidencia estadísticamente significativa de aumento de la incidencia de la incontinencia después de la cirugía de la fistula con drenaje del absceso.²⁻⁴

En un estudio aleatorizado Oliver y cols., compararon el drenaje simple de abscesos anorrectales con y sin tratamiento de fistula para evaluar la eficacia y la morbilidad de ambas operaciones en el manejo de la sepsis anal aguda. Doscientos pacientes fueron incluidos en el estudio: 100 asignados al azar al grupo que se sometió a drenaje y el tratamiento de

la fistula, mientras que a los otros 100 pacientes sólo se les realizó drenaje. A un año de seguimiento, los investigadores encontraron que el drenaje de absceso anal con fistulotomía puede realizarse con seguridad con una tasa de recurrencia (5%), en comparación con un 29% de recurrencia en pacientes tratados con drenaje solo.^{3,5-7}

- **Pacientes.** Se incluye a los pacientes con diagnóstico de absceso anorrectal de origen criptoglandular y fistula anal, sin otra patología anorrectal, firmando un consentimiento informado. La evaluación preoperatoria incluye además de la historia clínica, la realización de una exploración proctológica completa, a fin de descartar otras enfermedades, se incluye ultrasonido endoanal. El período de estudio abarca de junio 2011 a agosto 2023, incluye un total de 235 pacientes. Se excluyen todos aquellos pacientes con antecedente de enfermedad de Crohn, son atendidos en tres hospitales privados de tercer nivel, se analizan datos demográficos, comorbilidad, tiempo de recuperación, así como recurrencia y seguimiento.
- **Técnica quirúrgica.** La preparación preoperatoria consiste en la aplicación de un microenema una hora antes del procedimiento quirúrgico y la administración intravenosa de una dosis de 500 mg de metronidazol durante la inducción anestésica. Se utiliza bloqueo espinal en 95% y anestesia general en el resto de los pacientes. Todos los pacientes son operados en posición de navaja sevillana, son intervenidos por el mismo cirujano. Previo tacto rectal,

se introduce anoscopio de Pratts para localizar el trayecto de la fístula con gancho localizador de cripta, una vez localizado, se realiza la incisión y se lleva a cabo drenaje de absceso y resección de trayecto fistuloso, posteriormente se realiza marsupialización de bordes con puntos anclados de vicryl 3-0. Se verifica hemostasia y se deja un spongostan con neosporin en canal anal, así como gasas a nivel interglúteo las cuales se retiran al día siguiente o al momento de la primera evacuación.

- **Control postoperatorio y seguimiento.** Los pacientes permanecen hospitalizados durante 6 a 24 horas con el objetivo de vigilar su evolución inmediata. Se inicia dieta normal a las cuatro horas del postoperatorio. El dolor se controla intrahospitalariamente con ketorolaco por vía intravenosa y paracetamol. Al egreso de los pacientes se prescribe paracetamol 750 mg cada 8 horas y metronidazol 500 mg cada 8 horas durante los primeros 5 días, así como un laxante con macrogol (1 sobre cada 24 horas disuelto en un vaso con agua) por 7 días. Todos los pacientes son revisados periódicamente la primera revisión a los 7 días de postoperados y al cumplir el mes de la cirugía. Interrogándole sobre el control del dolor, el sangrado residual y el tiempo en incorporación a su actividad laboral.

RESULTADOS

Se incluye a un total de 235 pacientes durante el periodo comprendido de junio 2011 a agosto 2023. De los cuales el 71% (n = 167) pertenece al género masculino y 29% (n = 68) al femenino (*Cuadro 1*). La edad promedio es de 42.6 años con un rango de 19 a 73 años (*Figuras 1 - 3*); los principales síntomas antes de la cirugía son; proctalgia (100%), aumento de volumen (100%) y fiebre (70%). Se observa comorbilidad en 65% de los pacientes que muestran obesidad y diabetes en el 20% de los casos, el resto aparentemente

sanos (*Cuadro 1*). El 67% (n = 158) de la muestra de estudio presenta absceso isquiorrectal, 20% (n = 47) absceso posterior, 11.9% (n = 28) absceso anterior y 0.85% (n = 2) en herradura (*Figura 3*); la recuperación es de 18 días (rango 14 - 21), recurrencia del 3.8% (9 pacientes) con un seguimiento de 10 meses (*Cuadros 2 y 3*) (*Figura 4*); el dolor se controla con

Cuadro 1. Datos demográficos

Variable	Frecuencia (%)
Género	
Masculino	167 (71)
Femenino	68 (29)
Total	235 (100)
BMI kg/m²	
< 18.5	35 (14.8)
18.5 - 24.9	47 (20)
25-29.9	151 (64.25)
> 30	2 (0.85)
Total	235 (100)
DM2	47 (20)
Sin DM	188 (80)
Total	235 (100)
Tipo de absceso	
Isquiorrectal	158 (67.2)
Posterior	47 (20)
Anterior	28 (11.9)
Herradura	2 (0.85)
Total	235 (100)

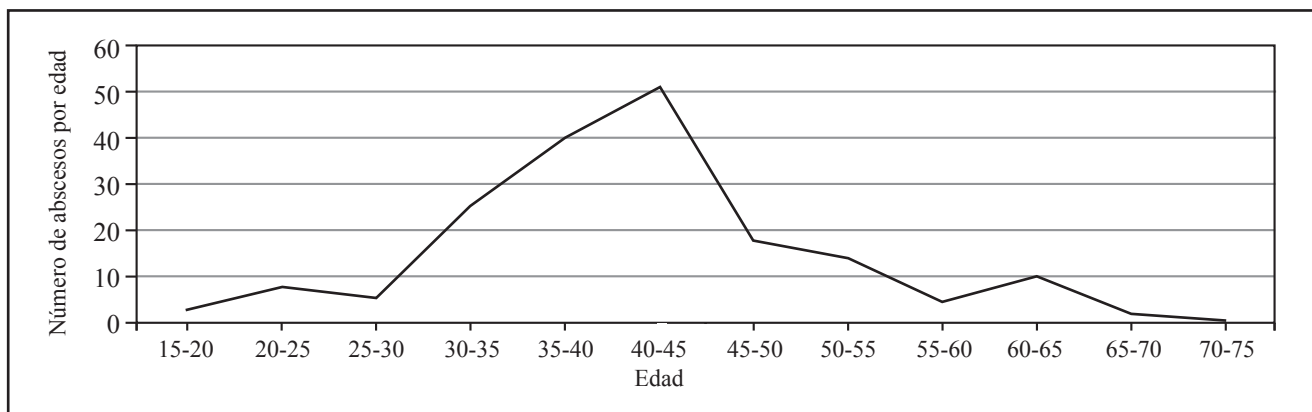


Figura 1. Abscesos en hombres por grupos de edad.

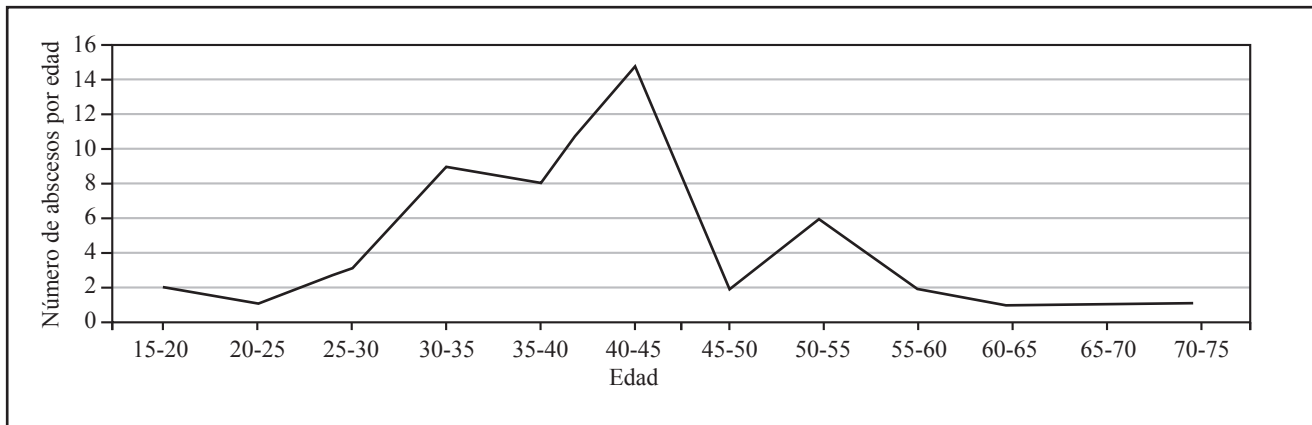


Figura 2. Abscesos en mujeres por grupo de edad.

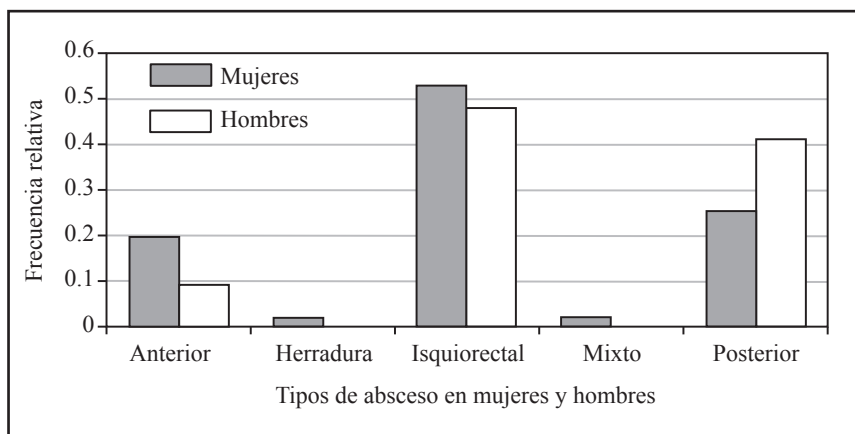


Figura 3. Frecuencia relativa de los diferentes tipos de absceso según género.

Cuadro 2. Resultados quirúrgicos.

Variable	
Recuperación	18 días (rango 14 - 21)
Seguimiento	10 meses
Recurrencia	9 pacientes (3.8%)

Cuadro 3. Recurrencia de abscesos mujeres vs hombres (frecuencia relativa y porcentaje).

Recurrencia	FA	FR	%
Todos	9	-	3.8297872
Mujeres	2	0.222	0.85
Hombres	7	0.778	2.98

FA: Frecuencia abstracta. FR: Frecuencia relativa.

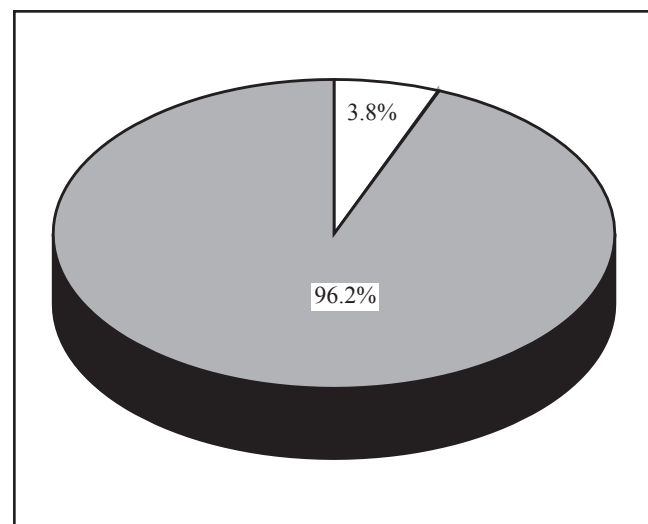
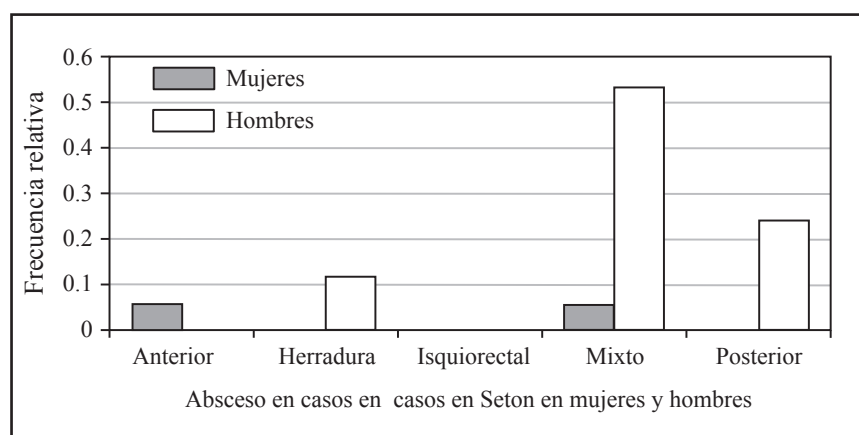


Figura 4. Porcentaje de recurrencia en muestra total.

Cuadro 4. Uso de Seton según género.

Seton	n	Frecuencia relativa	Porcentaje (%)	
Todos	17	0.072340426	7.234043	Solo 7% de los casos
Mujeres	2	11.76471	-	De los casos Seton: 12% mujeres
Hombres	15	88.23529	-	De los casos Seton: 88% hombres

**Figura 5.** Abscesos en casos de seton para mujeres y hombres.

paracetamol 750 mg tres veces al día y metronidazol 500 mg tres veces al día durante 5 días.

Con respecto al uso de setón en nuestra muestra es necesario en 17 pacientes un predominio entre el grupo masculino con una frecuencia relativa de 0.072 y un promedio entre hombre y mujeres (11.7 vs. 88.25%) respectivamente. Siendo más usado entre el grupo de abscesos isquiorectales en 10 casos (*Cuadro 4 y figura 5*).

DISCUSIÓN

El tratamiento convencional de absceso anal con drenaje simple sigue siendo rutina en muchos centros, de los datos retrospectivos y aleatorios se muestra que la fistulotomía primaria en el momento de drenaje del absceso es un método seguro y eficiente.^{3,5-7} En nuestra población se logra realizar como tratamiento estándar de los abscesos anales el drenaje y fistulotomía en un mismo tiempo quirúrgico.

Para disminuir la recurrencia de absceso y/o fistula y la necesidad de una nueva intervención se han realizado diferentes estudios prospectivos con el fin de demostrar que el drenaje de absceso con fistulotomía en un mismo tiempo quirúrgico son seguros en términos de recurrencia, sin embargo, hace falta más evidencia sistemática de estudios controlados y aleatorizados.

Benjelloun *y cols.*, realizaron un estudio prospectivo no aleatorizado con 102 pacientes, 52 pacientes fueron tratados sólo con drenaje y 50 con drenaje y fistulotomía, los resulta-

dos fueron analizados en términos de recurrencia. La tasa de recurrencia después de la cirugía fue significativamente mayor en el grupo tratado sólo con drenaje (88%) en comparación con el grupo tratado mediante drenaje y fistulotomía (4.8%) ($p < 0.0001$). Sin embargo, hubo un mayor riesgo de incontinencia fecal en el grupo con fistulotomía (5% vs. 1%), aunque esta diferencia no fue significativa ($p = 0.27$). Estos resultados confirman que la fistulotomía es un tratamiento eficaz y seguro de absceso anal con buenos resultados a largo plazo.^{3,5-7}

En el presente estudio se observa una recurrencia discretamente menor a la que reporta por Benjelloun,⁶ (4.8% vs. 3.8%) en el grupo tratado con fistulotomía de inicio; además de que en el seguimiento, aunque aún es corto (10 meses), no se han presentado datos de incontinencia en ninguno de los pacientes tratados (*Figura 4*).

Se identifican seis ensayos, con 479 pacientes, se compara incisión y drenaje de absceso perianal solo vs. incisión y drenaje con el tratamiento de la fistula. Este meta-análisis muestra una reducción significativa en la recurrencia, absceso/fistula o repetir la cirugía a favor de la cirugía de la fistula en el momento de la incisión y el drenaje de abscesos ($RR = 0.13$, 95% intervalo de confianza del $RR = 0.07$ hasta 0.24). La incontinencia al año siguiente del drenaje con cirugía de la fistula no fue estadísticamente significativa (RR agrupado 3.06, 95% intervalo de confianza de 0.7 a 13.45). La evidencia publicada muestra que la cirugía de la fistula con

drenaje del absceso reduce significativamente la recurrencia o persistencia del absceso/fistula, o la necesidad de repetir la cirugía. Esta intervención puede ser recomendada en pacientes cuidadosamente seleccionados.⁸⁻¹²

CONCLUSIÓN

En este estudio se demuestra que la realización de ambos procedimientos en un mismo tiempo quirúrgico favorece que la recurrencia de fistula sea baja, por lo que se recomienda este enfoque en abscesos de origen criptoglandular con la finalidad de evitar otra cirugía en el futuro.

REFERENCIAS

1. Julie A. Rizzo, MDa, Anna L. Naig, Eric K. Johnson, FACS, FASCRS. Anorectal Abscess and Fistula-in-Ano: Evidence-Based Management. *Surg Clin N Am* 2010; 90: 45-68.
2. Benjelloun EB, Jarrar A, El Rhazi K, Souiki T, Ousadden A, Ait Taleb K. Acute abscess with fistula: long-term results justify drainage and fistulotomy. *Updates Surg* 2013; 65:207-11.
3. Ghahramani L, Minaie MR, Arasteh Pz, Hosseini SV, Izadpanah A, Bananzadeh AM, *et al*. Antibiotic therapy for prevention of fistula in-ano after incision and drainage of simple perianal abscess: a randomized single blind clinical trial. *Surgery*. 2017; 162(5): 1017-25.
4. Erica B. Sneider, MDa, Justin A. Maykel, MD. Anal Abscess and Fistula. *Gastroenterol Clin N Am* 2013; (42): 773-84.
5. Oliver I, Lacueva FJ, Pérez-Vicente F, Arroyo A. Randomized Clinical trial comparing simple drainage of anorectal abscedd with and without fistula track treatment. *Int J Colorectal Dis* 2003; 18(2): 107-10.
6. Benjelloun EB, Jarrar A, El Rhazi K, Souiki T, Ousadden A, Ait Taleb K. Acute abscess with fistula: long-term results justify drainage and fistulotomy. *Updates Surg* 2013; 65(3): 207-11.
7. Malik Ali Irqam, Nelson Richard L, Tou Samson. Incision and drainage of perianal abscess with or without treatment of anal fistula. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015.
8. Baker L, Williams L, Winter R, Cahill C, Davis A, Fergusson D. Influence of adjuvant antibiotics on fistula formation following incision and drainage of anorectal abscesses: a systematic review protocol. *Syst Rev* 2019; 8(1): 95.
9. Lohsiriwat V, Yodying H, Lohsiriwat D. Incidence and factors influencing the development of fistula-in-ano after incision and drainage of perianal abscesses. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2010; (93): 61-5.
10. Hamadani A, Haigh PI, Liu IL, Abbas MA. Who is at risk for developing chronic anal fistula or recurrent anal sepsis after initial perianal abscess? *Dis Colon Rectum* 2009; 52(2): 217-21.
11. Gosselink MP, van Onkelen RS, Schouten WR. The cryptoglandular theory revisited. *Color Dis* 2015; 17(12): 1041-3.
12. William F. Wright, Infectious Diseases Perspective of Anorectal Abscess and Fistula-in-ano Disease, *The American Journal of the Medical Sciences* 2016; 351(4): 427-34.