

Factores de riesgo a desarrollo de fístula anal posterior a drenaje de absceso anal

Risk factors for development of anal fistula anal abscess drainage post

Ezio Pezzano¹, Juan Jacobo Molina², Alvaro Santrich Martínez³, Frank Rodríguez Martínez⁴

¹MD, Cirujano general, docente Posgrado de Cirugía General. Universidad Metropolitana. Barranquilla, Colombia.

²MD, Cirujano, director del Posgrado de Cirugía General. Universidad Metropolitana. Barranquilla, Colombia.

³MD, Cirujano, Salubrista, coordinador de Investigación Posgrados Médico Quirúrgicos. Universidad Metropolitana. Barranquilla, Colombia.

⁴MD, residente de 4 año Posgrado Cirugía General. Universidad Metropolitana. Barranquilla, Colombia.

Resumen

Introducción: la patología infecciosa perianal caracterizada por la formación de abscesos es motivo de consulta habitual en la práctica coloproctológica. La causa más común de los abscesos anorrectales es la infección de las glándulas anales.

Objetivo: determinar los factores de riesgo asociados a desarrollo de fístula anal posterior a drenaje de absceso anal. Hospital General de Barranquilla. Enero 2014 a junio 2016.

Materiales y métodos: estudio descriptivo modalidad cross sectional, en pacientes con diagnóstico de absceso anal en los cuales se realizó drenaje y seguimiento no menor de tres meses.

Grupo fístula: 37 pacientes que desarrollaron fístula.

Grupo control: 37 pacientes que no desarrollaron fístula.

Resultados: en el sexo masculino 64.9% en el grupo que desarrolló fístula frente al 78.4% en los controles; edad media de 51.0 ± 11.2 años en el grupo fístula, 42.2 ± 8.5 años en los controles; el hábito de tabaquismo se comportó como factor de riesgo (OR= 2.80 IC= 1.00 – 7.83 Valor de $p= 0.045$); el tiempo de evolución medio fue de 9.67 ± 1.68 días en el grupo fístula, contra 7.64 ± 2.26 días en los controles.

Conclusión: los factores de riesgo asociados a desarrollo de fístula anal posterior a drenaje de absceso anal, se determinó comportamiento como factor de riesgo en el antecedente de tabaquismo, igualmente riesgo para la evolución mayor de 7 días al momento del drenaje, por otra parte se determinó que el drenaje espontáneo se observó como factor protector, determinándose que el drenaje no espontáneo se comportó como factor de riesgo.

Palabras clave: factores de riesgo, fístula anal, absceso.

Abstract

Introducción: perianal Infectious Pathology characterized by abscess formation is reason for regular consultation on practical coloproctologica. The most common cause of the Anorectal abscesses is the infection of the glands Annals.

Objective: Determine the risk factors associated developing a posterior anal fistula drainage of anal abscess. Hospital General de Barranquilla. January 2015 to June 2016.

Materials and Methods: cross sectional descriptive study mode, in patients diagnosed with anal abscess drainage and in which not less than three months follow-up was performed.

Fistula group: 37 patients who developed fistula patients.

Control group: 37 patients who did not develop fistula.

Results: Male 64.9 % in the group fistula development versus 78.4 % in controls; mean age 41.1 ± 10.1 years fistula group, 42.2 ± 8.5 years control group; smoking habit behaved as a risk factor (OR= 2.80 IC= 1.00 – 7.83 $p= 0.045$); the average time of evolution was 9.67 ± 1.68 days for the group fistula , against 7.64 ± 2.26 days in controls.

Conclusion: Risk factors associated with development of anal fistula anal abscess drainage after, determined behavior as a risk factor in the history of smoking, also risk for the evolution of 7 days at the time of the draw, on the other hand determined that the spontaneous drainage was observed as a protective factor, determined that no spontaneous drainage behaved as a risk factor.

Key words: Risk factors, anal fistula, abscess.

Correspondencia:

Alvaro Santrich. Calle 76 No. 42 - 78. Barranquilla, Colombia

Tel: 009+57 + 5 (código de área) +3697021

alymar55@hotmail.com

Recibido: 04/06/17; aceptado: 18/08/17

Introducción

La patología infecciosa perianal caracterizada por la formación de abscesos es motivo de consulta habitual en la práctica coloproctológica. La causa más común de los abscesos anorrectales es la infección de las glándulas anales.

El absceso anal y la fístula son etapas de una misma enfermedad. (1) El absceso es una colección purulenta localizada en la región perianal y perirrectal que puede drenar su contenido a través de un orificio situado en la piel perineal, en el conducto anal o en el recto. (2) La fístula es un conducto de paredes fibrosas infectadas que comunica una cripta anal (el origen del absceso) con la piel o con la luz del recto; el orificio localizado en la cripta se denomina primario o interno y el cutáneo o mucoso, secundario; en el orificio primario se origina el problema. (3)

Esta patología afecta más al hombre que a la mujer y su incidencia varía de acuerdo a los distintos autores. Buchan y Grace en un período de un año sobre una población de 300.000 habitantes hallaron 5000 pacientes con supuración. (4) En una población examinada durante 10 años Sainio encontró que la incidencia para hombres fue del 12.3 por 100.000 habitantes, mientras que para la mujer de 5.6 por 100.000 habitantes. (5) Para Hill en una serie de 626 pacientes la relación hombre /mujer fue 3:1, mientras que en un estudio realizado por Ramanujam y cols. de 1033 pacientes el 65% eran hombres. Piazza y Radhakrishnan encontraron una relación hombre/mujer de 33:7 en 40 niños con sepsis anorrectal. En los menores de dos años todos fueron hombres. (6)

La prevalencia de formación de fístula posterior a un evento de absceso anal agudo es muy variable dependiendo de la serie y se encuentra reportada desde 30 al 90% y generalmente está relacionado con factores propios del paciente. (3,7)

Se han estudiado factores como el sexo, edad, tabaquismo, uso de antibióticos peri-operatorios, diabetes, VIH, tipo de drenaje, anestésicos utilizados, tipo de absceso, obesidad, tiempo de evolución, alcoholismo, hipertensión e incluso la experiencia del cirujano que realiza el drenaje. (6,8) De todos los factores analizados, los únicos que han sido estadísticamente significativos para el desarrollo de fístula anal y, principalmente, durante los dos primeros años al seguimiento son la edad menor a 40 años y no ser portador de diabetes mellitus, (9) tiempo transcurrido entre la aparición de síntomas, drenaje del absceso mayor a siete días (8) y tabaquismo de reciente inicio. (3,6)

No se conocen estudios locales que describan el comportamiento de los factores de riesgo asociados a fístula anal en pacientes en que se ha realizado drenaje de absceso anal; esto a pesar de que se observa frecuentemente en la consulta pacientes con este diagnóstico.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo, modalidad cross sectional. La población corresponde a la totalidad de pacientes en que se realizó drenaje de absceso anal y con seguimiento no menor de 3 meses, en el Hospital General de Barranquilla, periodo enero 2014 a junio 2016.

Se realizó revisión de la totalidad de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de absceso anal en el periodo enero de 2014 a junio de 2016, en los cuales se realizó drenaje y seguimiento no menor de tres meses, una vez valorado el cumplimiento de los criterios de inclusión, se detectaron 83 pacientes, de los cuales desarrollaron fístula 37, incluyéndose dentro del grupo fístula, una vez se detectaba un paciente que desarrolló fístula, se seleccionaba aleatoriamente un control. Fuente de datos secundaria, basada en historias clínicas.

Grupo fístula: pacientes que desarrollaron fístula 37 pacientes.

Grupo control: pacientes que no desarrollaron fístula (37 pacientes).

La formación de fístula anal se definió como la salida de material purulento en el sitio del drenaje del absceso anal con presencia de orificio primario posterior a un periodo de tres meses de seguimiento.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes con diagnóstico de absceso anal con seguimiento de al menos tres meses.
- Pacientes que desarrollaron fístula (grupo fístula).
- Pacientes que no desarrollaron fístula (controles).
- Datos completos en historia clínica.

Se excluyeron:

- Pacientes menores de edad.
- Pacientes en los que no se realizó seguimiento.
- Datos incompletos en historia clínica de variables incluidas en estudio.

Terminado el periodo de estudio, la información fue tabulada en programa Epi-Info 7.0; se realizó comparación entre grupos, considerando significancia estadística si valor de $p < 0.05$; se valoraron parámetros estadísticos como media estadística, Odds ratio, intervalos de confianza.

Resultados

Se revisaron un total de 83 historias clínicas en que se realizó drenaje de absceso anal y con seguimiento no menor de 3 meses, de estas desarrollaron fístula 37 pacientes (44.5%); de los 46 pacientes que no desarrollaron fístula, se seleccionaron aleatoriamente un control por cada paciente con fístula.

La distribución de sexo, mostró mayor prevalencia en el sexo masculino en los dos grupos estudiados, con un 64.9% en el grupo que desarrolló fístula frente al 78.4% en los controles (OR= 0.52 IC= 0.19 – 1.43 Valor de p= 0.20). (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de acuerdo al sexo

Sexo	Fístula		Controles		Total
	No	%	No	%	No
Femenino	13	35.1%	8	21.6%	21
Masculino	24	64.9%	29	78.4%	53
Total	37	100%	37	100%	74

Fuente: Historias clínicas Hospital General de Barranquilla

En los dos grupos en estudio, la mayor prevalencia se observó en pacientes entre los 30 a 50 años de edad, con un 73% en los pacientes que desarrollaron fístula (media: 41.1 ± 10.1 años) contra el 67.6% en los controles (media: 42.2 ± 8.5 años); (OR= 1.28 IC= 0.48 – 3.42 Valor de p= 0.61). (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de acuerdo a la edad

Edad	Fístula		Controles		Total
	No	%	No	%	No
< 30 años	3	8.1%	5	13.5%	8
30 – 50 años	27	73%	25	67.6%	52
> 50 años	7	18.9%	7	18.9%	14
Total	7	100%	37	100%	74

Fuente: Historias clínicas Hospital General de Barranquilla

De acuerdo al consumo de alcohol se presentó una mayor frecuencia en los pacientes que desarrollaron fístula con el 51.4%, sin mostrar diferencias estadísticamente significativas (OR= 1.70 IC= 0.68 – 4.25 Valor de p= 0.24).

Para el hábito tabáquico, se observó este hábito con mayor frecuencia en los pacientes que desarrollaron fístula, con un 40.5%, frente al 18.9% en los controles, evidenciándose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, destacándose este

hábito como factor de riesgo para desarrollo de fístula anal posterior a absceso anal (OR= 2.80 IC= 1.00 – 7.83 Valor de p= 0.045). (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de acuerdo a antecedentes de hábito tabáquico.

Tabaquismo	Fístula		Controles		Total
	No	%	No	%	No
Si	15	40.5%	7	18.9%	22
No	22	59.5%	30	81.1%	52
Total	37	100%	37	100%	74

Fuente: Historias clínicas Hospital General de Barranquilla

La diabetes mellitus mostró mayor prevalencia en los controles con un 29.7% contra el 16.2% en los pacientes que desarrollaron fístula, no se mostró diferencia estadísticamente significativas (OR= 0.47 IC= 0.15 – 1.41 Valor de p= 0.17).

La escala de evacuación de Bristol mostró, que la evacuación tipo 4 (alargada, suave y blanda), fue la referida con mayor frecuencia en los dos grupos en estudio (OR= 0.72 IC= 0.29 – 1.79 Valor de p= 0.49).

La distribución por tiempo de evolución de inicio de los síntomas, se observó que en los pacientes que desarrollaron fístula el 5.4% de los pacientes presentaron evolución ≤ 7 días (media: 9.67 ± 1.68 días) frente al 43.2% en los controles (media: 7.64 ± 2.26 días); (> 7 días: OR= 10.8 IC= 2.59 – 45.7 Valor de p= 0.0002). (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de acuerdo a tiempo de evolución de inicio de los síntomas

Drenaje	Fístula		Controles		Total
	No	%	No	%	No
Espontáneo	14	37.8%	24	64.9%	38
Consultorio	19	51.4%	10	27%	29
Quirófano	4	10.8%	3	8.1%	7
Total	37	100%	37	100%	74

Fuente: Historias clínicas Hospital General de Barranquilla

La distribución de acuerdo al tipo de drenaje, se observó que en los pacientes que desarrollaron fístula el drenaje durante la consulta fue el de mayor frecuencia con el 51.4%, en los controles el drenaje espontáneo alcanzó la mayor frecuencia con el 64.9% (Espontáneo: OR= 0.33 IC= 0.13 – 0.86 Valor de p= 0.02). (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de acuerdo a tipo de drenaje.

Evolución	Fístula		Controles		Total No
	No	%	No	%	
≤ 7 días	2	5.4%	16	43.2%	18
> 7 días	35	94.6%	21	56.8%	56
Total	37	100%	37	100%	74

Fuente: Historias clínicas Hospital General de Barranquilla

La distribución de acuerdo a la utilización de antibióticos previos al drenaje, mostró que en el 73% de los pacientes que desarrollaron fístula estos fueron utilizados, frente al 81.1% de los controles (OR= 0.64 IC= 0.22 – 1.87 Valor de $p= 0.41$); así mismo la utilización de antibióticos posterior al drenaje, evidenció que estos se utilizaron en el 70.3% de los pacientes que desarrollaron fístula, frente al 73% de los controles (OR= 0.87 IC= 0.32 – 2.37 Valor de $p= 0.80$).

Discusión

La incidencia de fístula anal posterior a absceso anal en esta investigación fue del 44.5%, comportamiento similar al descrito por Pérez (3) quien describe prevalencia del 41.2%; Charúa (2) describe una prevalencia de 60%, mientras que Devaraj (6) la reporta en un 37.4%; estudios con mayor seguimiento como el de Acosta y cols manifestado por Villalba (9) la obtienen hasta en el 90% a los dos años del episodio de absceso anal.

Para el sexo, se observó mayor frecuencia de absceso anal en el sexo masculino; en el caso de los pacientes que desarrollaron fístula el sexo masculino, alcanzaron el 64.9% frente al 78.4% de aquellos que no desarrollaron fístula, no se observaron diferencias significativas ($p= 0.20$); este comportamiento es similar al descrito por diversos estudios (3,5) que a pesar de encontrarse mayor incidencia de absceso anal en el sexo masculino, este no presentó asociación como factor de riesgo para fístula. Para la edad, la media en aquellos que desarrollaron fístula fue de 41.1 ± 10.1 años frente a 42.2 ± 8.5 años en aquellos que no la desarrollaron, no se mostraron mayores diferencias para la edad ($p= 0.61$), similar a lo descrito por Pérez y cols; (3) Hamadani (10) reporta que los pacientes menores de 40 años tienen dos veces mayor riesgo de desarrollar fístula anal posterior a episodio de absceso.

Dentro de los antecedentes personales de importancia, no se presentó en esta serie asociación significativa con antecedentes de diabetes mellitus y alcohol; estos dos descritos por Villalba (9) como factores de riesgo; donde si se observaron diferencias estadísticamente

significativas ($p= 0.045$) en esta investigación, fue en el antecedente de tabaquismo, encontrándose hasta 2.8 veces mayor riesgo de fístula anal posterior a absceso anal en pacientes con este antecedente, este factor fue descrito con un riesgo similar (3.2 veces mayor) por Devaraj. (6)

No se mostraron diferencias significativas ($p= 0.49$) en cuanto a la escala de evacuación de Bristol, observándose mayor frecuencia en los dos grupos estudiados en tipo 4 según Bristol (alargada, suave y blanda), Pérez (3) igualmente no mostró asociación significativa ($p= 0.41$).

En cuanto al tiempo de evolución desde la aparición del absceso hasta el drenaje del mismo, evidenció diferencias significativas ($p= 0.0002$), con una media para los pacientes que desarrollaron fístula anal de 9.67 ± 1.68 días contra 7.64 ± 2.26 días los controles, así entonces se mostró asociación estadísticamente significativa para fístula en pacientes con evolución mayor a 7 días con riesgo de hasta 10.8 veces mayor; este comportamiento es similar al descrito por Hamadani (10) quien reporta el drenaje posterior a 7 días como factor asociado al desarrollo de fístula.

El drenaje espontáneo mostró comportamiento asociado a factor protector ($p= 0.02$); sin embargo, esta asociación se ha descrito en asocio al drenaje espontáneo temprano; ya que el drenaje posterior a los 7 días tal como se describe en esta serie es factor de riesgo, por lo que el drenaje temprano ha sido recomendado por autores como Yano (8) entre otros, con el fin de disminuir el riesgo de complicaciones, entre estas la fístula anal.

En cuanto a la utilización de antibióticos previamente y posterior al drenaje del absceso anal, el comportamiento en esta serie fue similar al descrito por Pérez, (3) Sözener; (5) encontrándose que no existe asociación con la utilización de antibióticos como factor protector para el desarrollo de fístula anal; por lo que estos solo deben estar recomendados para portadores de infección por el VIH, diabéticos, prótesis valvulares y estados de inmunosupresión.

En este estudio diseñado con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a desarrollo de fístula anal posterior a drenaje de absceso anal, en el Hospital General de Barranquilla, durante el periodo enero 2014 a junio 2016; se determinó comportamiento como factor de riesgo en el antecedente de tabaquismo con riesgo 2.8 veces mayor, igualmente riesgo para la evolución mayor de 7 días al momento del drenaje observándose riesgo 10.8 veces mayor; por otra parte se determinó que el drenaje espontáneo se observó como factor protector, determinándose que el drenaje

no espontáneo se comportó como factor de riesgo observándose riesgo hasta 2.9 veces mayor.

No se comprobó asociación significativa en cuanto a variables de sexo, edad, diabetes, consumo de alcohol, escala de evacuación de Bristol y utilización de antibióticos previos y/o posteriores al drenaje del absceso.

Referencias

1. Opazo A, Lecea B, Admella C, Fantova J, Jiménez M, Martí- Ragué J, et al. A comparative study of structure and function of the longitudinal muscle of the anal canal and the internal anal sphincter in pigs. *Dis Colon Rectum*. 2009; 52(11): 1902-11. DOI: 10.1007/DCR.0b013e3181b160be
2. Charúa GL, Cantú MJA, Osorio HRM, Navarrete CT, Avendaño EO. Alternativas en el tratamiento quirúrgico de los abscesos anales. *Cir Cir*. 2005; 73(5): 363-8.
3. Pérez S, Jimenez B, Villanueva J. Risk factor associated to the development of anal fistula. *Cir Gen* 2013;35(1):25-31.
4. Grace RH, Harper IA, Thompson RG: Anorectal sepsis: Microbiology in relation to fistula-in –ano. *Br J Surg*, 1982;69(7):401-3.
5. Sözener U, Gedick E, Kessaf Aslar A, Ergun H, Halil EA, Memikoglu O et al. Does adjuvant antibiotic treatment after drainage of anorectal abscess prevent development of anal fistulas? A randomized, placebo-controlled, double-blind, multicenter study. *Dis Colon Rectum*. 2011; 54(8): 923-9. DOI: 10.1097/DCR.0b013e31821cc1f9
6. Devaraj B, Khabassi S, Cosman BC. Recent smoking is a risk factor for anal abscess and fi stula. *Dis Colon Rectum*. 2011; 54(6): 681-5. DOI: 10.1007/DCR.0b013e31820e7c7a.
7. Malik A, Hall D, Devaney R, Sylvester H, Yalamarathi S. The impact of specialist experience in the surgical management of perianal abscesses. *Int J Surg*. 2011; 9(6): 475-7. DOI:10.1016/j.ijsu.2011.06.002.
8. Yano T, Asano M, Matsuda Y, Kawakami K, Nakai K, Nonaka M. Prognostic factors for recurrence following the initial drainage of an anorectal abscess. *Int J Colorectal Dis* 2010;25(12):1495-8. DOI: 10.1007/s00384-010-1011-9.
9. Villalba AJ, Rodas JH. Los abscesos anales ¿originan fistulas? *Rev Mex Coloproct*. 2005;11(3):106-9.
10. Hamadani BS, Haigh PI, Liu IL, Abbas MA. Who is at risk for developing chronic anal or recurrent anal sepsis after initial perianal abscess? *Dis Colon Rectum*. 2009; 52(2): 217-21. DOI: 10.1007/DCR.0b013e31819a5c52.