

Absceso y fístula perianal, dos entidades fisiopatológicas en un mismo proceso

Loayza Sánchez Kevin Cosme¹, Parrales Calderón Omar Antonio², Medranda García Ibeth Gabriela¹

¹ Consorcio URVASEO, Guayaquil, Ecuador.

² Clínica Panamericana, Guayaquil, Ecuador.

Correspondencia: Kevin Loayza

Correo electrónico:

drkloayzasanchez@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0008-2891-4871>

Fecha de recepción: 10-03-2026

Fecha de aprobación: 10-06-2026

Fecha de publicación: 30-06-2026

Membrete Bibliográfico

Loayza K., Parrales O., Medranda I..

"Absceso y fístula perianal, dos entidades fisiopatológicas en un mismo proceso".

Rev Médica Ateneo, 28 (1), pag. 70-80.

Artículo acceso abierto.

RESUMEN

Este artículo analiza la fisiopatología, clasificación y abordaje de dos de las patologías más recurrentes en la coloproctología: el absceso y la fístula perianal. Ambas entidades se consideran fases distintas de un mismo proceso etiopatogénico. El absceso perianal se manifiesta como una colección purulenta en los espacios perirrectales. Aunque el drenaje quirúrgico es el tratamiento correcto, aproximadamente el 90% de los casos derivará en una fístula. Se detalla las opciones de tratamiento quirúrgico, clasificándolas según su impacto en el esfínter. Presentamos el caso clínico de un paciente masculino de 30 años que debutó con un absceso perianal cuya resolución derivó en una fístula perianal moderadamente profunda. Abordamos el desafío para elegir la

técnica quirúrgica, la cicatrización y la resolución final del caso. El postoperatorio incluyó cuidados locales y cobertura antibiótica. El paciente presentó molestias similares a una fisura anal debido a la granulación de la herida externa, dos meses después se logró la cicatrización completa. El reporte concluye destacando la resolución total de la supuración y preservando la función esfinteriana, validando el abordaje combinado en fístulas de moderada complejidad.

Palabras clave: absceso, fístula, esfínter anal, fistulectomía, cicatrización.

ABSTRACT

This article analyzes the pathophysiology, classification, and management of two of the most recurrent pathologies in coloproctology: perianal abscess and fistula. Both entities are considered distinct phases of the same etiopathogenic process. A perianal abscess manifests as a purulent collection in the perirectal spaces. Although surgical drainage is the correct treatment, approximately 90% of cases will develop into a fistula. Surgical treatment options are detailed and classified according to their impact on the sphincter. We present the case of a 30-year-old male patient who presented with a perianal abscess that resolved into a moderately deep perianal fistula. We address the challenge of choosing the surgical technique, the healing process, and the final outcome of the case. Postoperative care included local treatment and antibiotic coverage. The patient experienced discomfort similar to an anal fissure due to granulation of the external wound; complete healing was achieved two months later. The report concludes by highlighting the complete resolution of the suppuration and the preservation of sphincter function, validating the combined approach in fistulas of moderate complexity.

Keywords: abscess, fistula, anal sphincter, fistulectomy, healing.

INTRODUCCIÓN

Dentro de los motivos de consulta más comunes en la coloproctología, las patologías benignas representan las causas más frecuentes de atención a nivel mundial. En este grupo nos encontramos con los abscesos y las fístulas perianales, estos se consideran etapas distintas de un mismo proceso fisiopatológico, cuya principal causa se fundamenta en la teoría criptoglandular de Parks¹. Un absceso perianal es una colección purulenta en los espacios perirrectales,

epidemiológicamente hablando se presenta mayormente en hombres entre los 30 y 40 años.^{1,2} A pesar de que el drenaje quirúrgico inmediato es el tratamiento específico para los abscesos perianales, se estima que más del 90% de los pacientes desarrollarán una fístula crónica como consecuencia al absceso.^{2,3}

Se define a las fístulas perianales como un trayecto epitelizado que comunica el conducto anal con la piel de la región perianal.^{3,4} Pasar de un proceso infeccioso agudo, como lo es el absceso, a una patología crónica, la fistula, afecta significativamente la calidad de vida del paciente empezando por el hecho de que existe un drenaje persistente de material purulento en la zona perianal, sumado al dolor y el riesgo de una sobreinfección local⁵. El abordaje de estas entidades patológicas sigue siendo un reto quirúrgico, teniendo como objetivo principal la erradicación total del trayecto fistuloso conservando por completo la función de los esfínteres y la continencia fecal.^{4,6}

El inicio de estas enfermedades perianales se atribuye a la obstrucción de las glándulas anales situadas en las criptas de Morgagni en la línea dentada.⁵ Al estar obstruidas estas glándulas se favorece el crecimiento bacteriano y la instauración del absceso⁷. Según se establezca y se localice la infección en los planos musculares, el absceso puede clasificarse como perianal, isquiorrectal, interesfintérico o supraelevador⁸. Al abordar esta colección purulenta drenándola de forma quirúrgica se deja camino para la formación de la fístula.⁶ La clasificación de Parks es la principal herramienta que tenemos al momento de categorizar las fístulas perianales, agrupándola según su relación con el esfínter en: interesfintéricas, transesfintéricas, supraesfintéricas y extraesfintéricas.^{7,9}

En el caso de los abscesos isquiorrectales es necesario conocer que debido a la anatomía del espacio isquional, este tipo de absceso tiene un amplio lecho para el crecimiento de grandes colecciones antes de que se manifieste la clínica.¹⁰ Es muy común que al instaurarse estos abscesos se resulte en fístulas transesfintéricas complejas que atraviesan una porción significativa del esfínter anal externo, por lo que se complica la resolución quirúrgica simple, existe riesgo de incontinencia¹¹.

La técnica quirúrgica que se seleccione para abordar una fistula perianal va a depender siempre del tipo de fistula y podemos clasificarlos en base a la preservación del esfínter:

1. **Fistulotomía:** Consiste en abrir todo el trayecto fistuloso mediante una sola insición.⁸ A esta técnica se la considera el "gold standard" para fístulas

- simples (interesfintéricas o transesfintéricas bajas) ya que tiene tasas de éxito altas.^{9,10,12}
2. **Fistulectomía:** Se trata de la escisión completa del trayecto fistuloso.¹¹ En esta cirugía se elimina totalmente la fistula y el tejido fibrótico, dejando una herida más grande y teóricamente tiene un mayor riesgo de dañar el esfínter si no se realiza adecuadamente.¹³
 3. **Técnicas de Preservación (LIFT, VAAFT, Colgajos):** Este tipo de técnicas son las indicadas en fístulas más complejas donde la sección del esfínter es inevitable comprometería la continencia. El LIFT (*Ligation of Intersphincteric Fistula Tract*) se ha vuelto popular últimamente por su baja morbilidad.¹⁴
 4. **Uso de Setones:** Son más utilizados durante la fase aguda de las fistulas, funcionan como un puente para drenaje continuo y fibrosis controlada en fístulas de alto riesgo.¹⁵

CASO CLÍNICO

Etapas 1 o fase aguda: Absceso perianal.

- **Datos generales:**
 - **Sexo:** Masculino
 - **Edad:** 30 años
 - **Peso:** 104 kg.
 - **Talla:** 1.75 m.
 - **APP:** Artroscopia de hombro derecho hace 5 años y colecistectomía laparoscópica hace 3 meses.
 - **APF:** Hipertensión arterial (hermano).
 - **Alergias:** Ninguna.
- **Clínica:** Proctalgia progresiva de dos semanas de evolución, inició como un dolor leve que aumentó con el pasar de los días, a partir del séptimo día debuta también con dolor a la defecación y tenesmo rectal, 24 horas antes de la consulta inicia alza térmica superior a 39° C y astenia generalizada.
- **Examen físico:** Se evidencia en región anal externa masa nodular dura de 4 mm de diámetro en zona posterior derecha del ano, al realizar tacto rectal se palpa masa posterior de moderado tamaño, altamente dolorosa a la palpación.
- **Complementarios:**
 - **Biometría hemática:** HB: 13 g/dl, HTC: 39%, Hematíes: 4.5 mm³, Leucocitos: 14.62 mm³, Neutrófilos: 82.2%, Linfocitos: 9.6%.

- **PCR cuantitativo ultrasensible:** 119 mg/dl.
- **Ecografía de partes blandas (región perianal):** Se evidencia edema moderado de partes blandas a nivel perianal derecho adyacente a una imagen ovoide de contenido heterogéneo de bordes engrosados y vascularización periférica. Dicha lesión mide 2.06x2.25x4.75 cm, volumen aproximado de 6.8 cm³.

➤ **Impresión diagnóstica y abordaje.**

Basados en la presentación clínica, el examen físico y los complementarios se diagnostica absceso perianal derecho (posiblemente isquiorectal). Se procede al ingreso del paciente en el pabellón quirúrgico y su preparación para ingreso a quirófano, se administra Metronidazol 500 mg IV y Ciprofloxacina 500 mg IV como cobertura antibiótica previo al drenaje quirúrgico, mismo esquema se mantendrá con horario de cada 12 horas posterior a la intervención.

En quirófano se procede a colocar al paciente en posición ginecológica, posterior a colocación de anestesia raquídea y realizar asepsia del área quirúrgica, se punciona la zona de mayor fluctuación drenando 10 cm³ de material purulento, en esa área se realiza incisión profunda llegando a la zona del musculo isquiorectal en donde se drenan 100 cm³ de material purulento, se coloca ungüento antibiótico en el área y se instaura tratamiento antibiótico oral (esquema ya mencionado). (Figura 1)

Etapas 2 o fase crónica: Fistula perianal.

A partir del mes y medio del drenaje del absceso la cicatriz, que previamente había cerrado, vuelve a abrir en el extremo proximal al ano presentando constantemente secreción de material purulento lo que significa que inicia la instauración de la fistula. (Figura 2)

Tres meses después del drenaje del absceso perianal se realiza una anoscopía con los siguientes resultados:

- **Externo:** Presencia de orificio secundario adyacente al orificio anal en h/6 aproximadamente a 3 cm del ano. Compatible con fistula perianal.
- **Interno:** Se progresa 8 cm del margen anal, observando recto bajo y conducto anal. A nivel de la línea dentada se observa orificio primario de fistula perianal con salida de pus a la manipulación.
-

Impresión diagnóstica de anoscopía: "Fistula anorrectal".

Se programa cirugía para cierre de fistula perianal. El abordaje elegido será una técnica mixta: **“Fistulectomía más cierre con colgajo de avance anal”**.

Se decide por esta técnica quirúrgica que combina dos abordajes ya que al tratarse de una fistula moderadamente profunda se logra retirar en su totalidad el trayecto fistuloso y se preserva la calidad y funcionalidad del esfínter anal con el colgajo mucoso, realizado con suturas reabsorbibles que no requieren retiro de puntos posteriores. La herida quirúrgica externa queda abierta, favoreciendo la cicatrización de adentro hacia afuera y disminuyendo en riesgo de recurrencias.

Posterior a la cirugía se le recomienda al paciente baños de asiento con agua tibia 3 veces al día, uso de ungüento antibiótico (sulfadiazina de plata) y se envía antibioticoterapia oral por 14 días (metronidazol 500 mg cada 8 horas y ciprofloxacina 500mg cada 12 horas).

Después de 15 días de la fistulectomía se realiza control posquirúrgico evidenciando progreso normal de la cicatrización, se mantiene cuidados tópicos y baños de asiento. Al mes y medio de la cirugía paciente manifiesta aun molestias leves a la defecación y espasmos propios de la cicatrización, paciente refiere síntomas compatibles con una fisura anal de gran tamaño (la cicatriz, aún abierta, se comporta clínicamente de esta manera). (Figura 3)

Dos meses después de la cirugía la herida se presenta por completo cicatrizada, se mantiene la fisiología correcta del esfínter anal y no existe presencia de secreción purulenta. Se da el alta al paciente con evolución favorable del caso. (Figura 4)

DISCUSIÓN

La resolución de una fístula perianal derivada de un absceso isquiorrectal plantea un dilema clínico y quirúrgico importante. La fistulectomía, a diferencia de la fistulotomía, ofrece la ventaja teórica de eliminar completamente el tejido epitelizado y los focos de infección residuales dentro de la fosa isquiorrectal.¹⁶ En el caso de fístulas posteriores, la anatomía del espacio de Courtenay permite un abordaje más radical, pero el cirujano debe sopesar la magnitud de la herida quirúrgica resultante.

Estudios recientes sugieren que la fistulectomía en fístulas transesfintéricas bajas tras un proceso isquiorrectal asegura una menor tasa de recurrencia en

comparación con métodos conservadores, siempre que se identifique con precisión el orificio interno.¹⁷ Sin embargo, la mayor preocupación radica en la deformidad del contorno anal ("keyhole deformity") que puede ocurrir tras la resección de grandes trayectos en el espacio isquiorrectal, lo que podría derivar en incontinencia a gases o líquidos.¹⁸ Por tanto, la fistulectomía como abordaje principal debe reservarse para casos donde el trayecto sea identificable y la afectación del esfínter externo sea mínima o se realice una reconstrucción esfinteriana inmediata (fistulectomía con esfinteroplastia). La individualización del caso, apoyada en estudios de imagen como la anoscopia, ecografía endoanal o la resonancia magnética, es ideal para el éxito del procedimiento.^{12,14,18}

Puede ocurrir muy comúnmente que el paciente presente molestias como ardor, dolor leve y espasmos durante la cicatrización posterior a la fistulectomía, recordar siempre que esa cicatriz tiende a comportarse como una fisura anal de tamaño considerable por lo que la clínica se asemejara a la entidad aquí mencionada.

Contribución del autor (s)

Loayza Sanchez Kevin Cosme¹. Consorcio URVASEO, Guayaquil, Ecuador.

<https://orcid.org/0009-0008-2891-4871>. Rol: Conceptualización, investigación, desarrollo escrito y edición de la información.

Parrales Calderon Omar Antonio² Clínica Panamericana, Guayaquil, Ecuador.

<https://orcid.org/0000-0002-6322-4082/print>. Rol: Supervisión, conceptualización, validación y edición de la información.

Medranda Garcia Ibeth Gabriela³. <https://orcid.org/0009-0002-2242-2055>. Consorcio URVASEO, Guayaquil, Ecuador. Rol: Conceptualización e investigación.

Responsabilidades éticas.

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno.

Figuras.

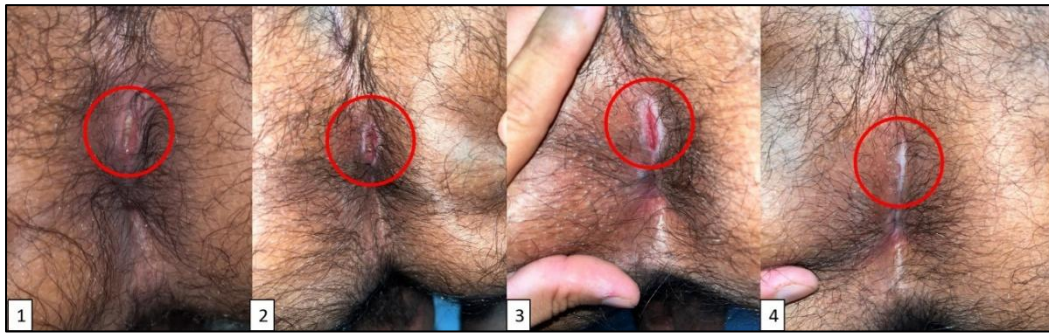


Figura 1. Cierre inicial de la herida quirúrgica de drenaje. (Imagen original de este artículo científico)

1. **Día 1 posterior al drenaje:** Herida abierta aun con material purulento abundante
2. **Día 7 posterior al drenaje:** Herida abierta, presenta menor drenaje de material purulento.
3. **Día 15 posterior al drenaje:** Presencia de tejido de granulación en herida quirúrgica de



Figura 2. Instauración de la fistula perianal. (Imagen original de este artículo científico)

- Día 45 posterior al drenaje:** Herida reabierta en el extremo proximal al orificio anal.
Día 60 posterior al drenaje: Fistula instaurada visiblemente.

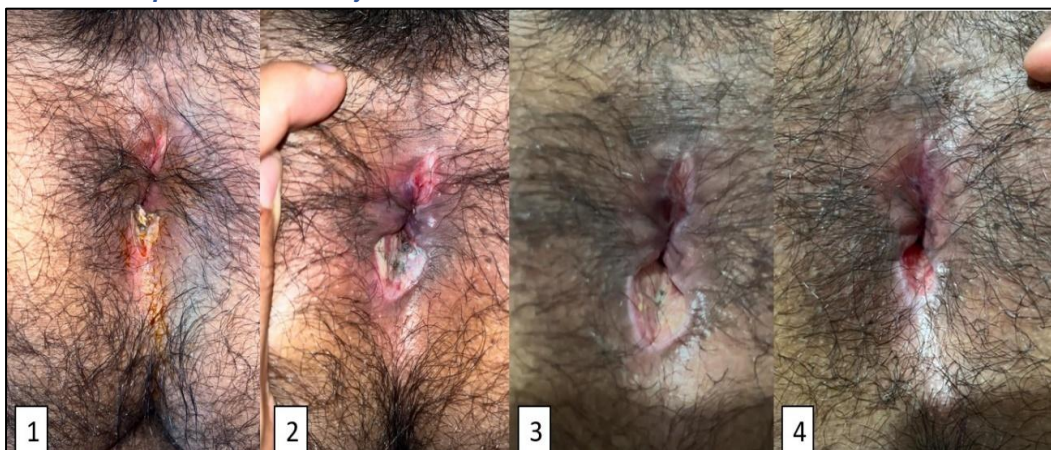


Figura 3. Progresión inicial de la cicatrización posterior a la fistulectomía. (Imagen original de este artículo científico)

1. **Día 1 posterior a fistulectomía:** Herida quirúrgica abierta con restos tisulares cauterizados.
2. **Día 7 posterior a fistulectomía:** Herida quirúrgica abierta, formación de escara para cicatrización.
3. **Día 15 posterior a fistulectomía:** Presencia de tejido de granulación en herida quirúrgica.



Figura 4. Cicatrización de herida posterior a fistulectomía. (Imagen original de este artículo científico).

Día 30 posterior a fistulectomía: Reducción aun mayor de la herida, similitudes con una fisura anal

Día 45 posterior a fistulectomía: Cicatrización casi total.

Día 60 posterior a fistulectomía: Herida quirúrgica completamente cicatrizada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sahnán K, Adegbola SO, Tozer PJ, Watfah J, Phillips RK. Perianal abscess. *BMJ*. 2019;366:l4758.
2. Vogel JD, Johnson EK, Morris AM, Paquette IM, Saclarides TJ, Feingold DL, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Anorectal Abscess, Fistula-in-Ano, and Rectovaginal Fistula. *Dis Colon Rectum*. 2022;65(2):169-85.
3. Mocanu V, Dang JT, Ladak F, Tian C, Wang H, Birch DW, et al. Antibiotic use in periodontal therapy: an umbrella review of aggregate data. *J Am Dent Assoc*. 2021;152(6):442-55.
4. Garg P. A New Classification of Fistula-in-Ano in 1500 Patients: A Guide to Predict Recurrence. *J Gastrointest Surg*. 2023;27(4):765-75.
5. Mei Z, Wang Q, Zhang Y, Liu P, Ning J, Li G, et al. Risk Factors for Recurrence after Anal Fistula Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *Int J Colorectal Dis*. 2019;34(2):263-74.

6. Zhang Y, Li F, Zhao T, Su F. A review of the diagnosis and treatment of anal fistula. *Front Surg.* 2023;10:1141151.
7. Amato A, Bottini C, De Nardi P, Giamundo P, Lauretta A, Realis Luc A, et al. Evaluation and management of perianal abscess and anal fistula: SICCR practice guidelines. *Tech Coloproctol.* 2020;24(2):127-43.
8. Blumetti J, Abcarian A, Quinteros F, Chaudhry V, Prasad L, Abcarian H. The role of MRI in the management of complex anal fistulas. *Am J Surg.* 2020;219(3):470-74.
9. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula-in-ano. *Br J Surg.* 1976 [reproducido en revisiones 2021];63(1):1-12.
10. Sileri P, Giarratano G, Mele A, Gaspari AL. Management of ischiorectal abscess: an update. *Surgeon.* 2021;19(4):e121-27.
11. Emile SH. Recurrent anal fistula: Challenges and solutions. *World J Gastroenterol.* 2020;26(38):5758-69.
12. Atkin GK, Chandramohan J, Lambrichts I, Williams AB. The anatomy of the anal canal and its importance in fistula surgery. *Colorectal Dis.* 2022;24(10):1150-58.
13. Hanley HG. Fistulectomy vs Fistulotomy: A long-term comparative study. *Int J Surg Case Rep.* 2021;82:105872.
14. Liu H, Tang X, Jiao J, Yang M, Feng J. Ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT) versus other sphincter-preserving procedures for complex anal fistula. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;1(1):CD013346.
15. Hong KD, Kang S, Kalady MF, Church JM. Ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT) to treat anal fistula: systematic review and meta-analysis. *Tech Coloproctol.* 2020;24(8):789-98.
16. Farag AF, Elbarmelgi MY, Mostafa M, Ifat AM. One-stage fistulectomy for visceral ischiorectal abscess. *Egypt J Surg.* 2022;41(1):210-15.
17. Tan KK, Alsuwaidi J, Tan IJ, Koh DC, Tsang CB. To LIFT or not to LIFT: a systematic review of ligation of the intersphincteric fistula tract. *Colorectal Dis.* 2021;23(4):810-18.
18. Köckerling F, Alam NN, Antoniou SA, et al. The Importance of Endosonography and MRI in the Diagnosis of Anal Fistula. *Front Surg.* 2022;9:856441.

