



V-085 - DRENAJE DEL ABSCESO POSANAL PROFUNDO EN HERRADURA. DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA QUIRÚRGICA

Pujol Cano, Natalia; García-Granero García-Fuster, Álvaro; Fernández Vega, Laura; Torres Marí, Noemí; González-Argenté, Francesc Xavier

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

Resumen

Introducción y objetivo: Los abscesos posanales profundos (APP) comprenden menos del 15% de todos los tipos de abscesos anorrectales con incidencias ligeramente más altas en pacientes con enfermedad de Crohn. Su formación se debe a la infección de una glándula anal en el espacio interesfinteriano que se extiende cefálicamente involucrando el espacio posanal profundo (EPP) de Courtney. Este espacio se comunica a ambos lados con la fosa isquioanal, proporcionando así una vía para la formación de un absceso en hendidura. La clínica que el paciente puede referir es proctalgia, supuración y fiebre. No obstante, durante la exploración física, pueden no ser evidentes los signos flogóticos perianales y por ello, pueden ser infradiagnosticados. El manejo de esta patología se asocia a una alta morbilidad en forma de incontinencia y fistulas complejas y recurrencias de hasta el 50% debido a un diagnóstico incorrecto o incompleto con el consecuente drenaje quirúrgico inadecuado. Se presenta un vídeo que ilustra, mediante la presentación de un caso clínico, cómo identificar un APP en las pruebas de imagen mediante referencias anatómicas y cómo realizar su correcto drenaje quirúrgico accediendo al espacio postanal profundo (EPP).

Caso clínico: Se presenta un caso clínico de una paciente intervenida en 4 ocasiones en el periodo de dos meses por sepsis perianal. Mediante un vídeo ilustrativo se muestra cómo identificar un absceso posanal profundo (APP) en las pruebas de imagen mediante referencias anatómicas y cómo realizar su correcto drenaje quirúrgico accediendo al espacio posanal profundo (EPP). La paciente no manifestaba signos flogóticos perianales. Se solicitó tomografía computarizada pélvica (TCP) de urgencia. El EPP se localiza en el plano sagital teniendo como límite anterior, el complejo del esfínter externo, como límite posterior-inferior, el cóccix y el ligamento anococcígeo (LA) y como límite superior, el músculo elevador del ano. Para determinar la extensión en hendidura, se debe identificar en un plano axial la comunicación del APP a ambos lados con las fosas isquioanales. La colocación quirúrgica del paciente debe de ser en prono-navaja. Nuestra técnica quirúrgica se basa en drenar el EPP a través del ligamento anococcígeo rechazando el esfínter anal externo (EAE) para preservar su funcionalidad y dejando una sonda Pezzer en la cavidad. El drenaje de las fosas isquionales se realiza mediante dos incisiones en cada fosa dejando drenajes Penrose blandos en cada una de ellas.

Discusión: El reconocimiento precoz de un APP y su correcto drenaje quirúrgico evita recurrencias y no se ha asociado a incontinencia fecal en nuestro caso. La sospecha clínica ante ausencia de signos externos perianales es fundamental para el diagnóstico del APP. La TCP puede ser útil para elaborar la estrategia quirúrgica. La apertura del LA es fundamental para acceder al EPP y así realizar un correcto drenaje.