



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD SEDE ARAGUA
DIRECCION DE ESTUDIOS DE POST GRADO
SERVICIO AUTONOMO HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY
ESPECIALIZACION DE CIRUGIA GENERAL



**CRITERIOS PARA DERIVACION FECAL EN PACIENTES CON ABSCESO
ANORECTAL EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL.**

HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY.

PERÍODO JUNIO 2013- JUNIO 2015.

Autora:Díaz, Yajaira

Maracay, Diciembre 2015.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD SEDE ARAGUA
DIRECCION DE ESTUDIOS DE POST GRADO
SERVICIO AUTONOMO HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY
ESPECIALIZACION DE CIRUGIA GENERAL



**CRITERIOS PARA DERIVACION FECAL EN PACIENTES CON ABSCESO
ANORECTAL EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL.**

HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY.

PERÍODO JUNIO 2013- JUNIO 2015.

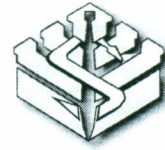
**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al grado de especialista en Cirugía
General**

Autora:Díaz, Yajaira

Tutor: Alejos, Carlos

Asesor: Aponte, Yumak

Maracay, Diciembre 2015



ACTA DE DISCUSIÓN
TRABAJO DE ESPECIALIZACIÓN

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 29 literal "N" del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo de Especialización titulado:

***"CRITERIOS PARA DERIVACIÓN FECAL EN PACIENTES CON
ABSCESO ANORECTAL EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL,
HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY, PERIODO JUNIO 2013 - JUNIO
2015."***

Presentado para optar al grado de **ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL** por el (la) aspirante:

DIAZ PEREZ YAJAIRA VANESSA COROMOTO
C.I.: 18.553.651

Tutor del Trabajo de Grado: **CARLOS ALEJOS** C.I.:8.730.694

Habiendo examinado el Trabajo de Especialización presentado, decidimos que el mismo está

APROBADO

En Maracay, a los treinta días del mes de Noviembre del año Dos mil Quince


Prof. WLADIMIR SHIMKEVICH
C.I.: 4.230.372


Prof. HECTOR LARREAL
C.I.: 2.857.761


Prof. JAVIER MOYA
C.I.: 5.883.865



Criterios para derivación fecal en pacientes con absceso anorectal en el servicio de cirugía general, Hospital Central de Maracay, período Junio 2013- Junio 2015. Autor: Díaz, Yajaira. Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay. Mail: vanessita244@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: Establecer criterios para derivación fecal en pacientes con absceso anorectal en el servicio de Cirugía General, Hospital Central de Maracay, período Junio 2013- Junio 2015. **Material y método:** Estudio de tipo retrospectivo, diseño documental y nivel histórico. La población fue 41 historias clínicas de pacientes en el servicio de Cirugía General con absceso anorectal y la muestra fue de 36 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. En esta revisión se verificó el criterio usado para el uso de la derivación aplicándose como instrumento de recaudación de datos una ficha recolectora. **Resultados:** La mayor incidencia de uso de técnica derivativa fue en el 2014, siendo el género masculino predominante en 91,7%, la mayoría diabéticos, con un rango entre los 51-60 años, usándose como criterio la contaminación extensa. Fue posible determinar que el uso de la derivación fecal no generó cambios importantes en la estancia hospitalaria de los pacientes con absceso anorectal, obteniéndose resultados variados, con mayor porcentaje el rango comprendido entre 21-40 días. **Conclusión:** De la muestra estudiada solo 4 pacientes cumplían con criterios de sepsis por lo que ameritaban el uso de técnica de derivación fecal, recomendándose efectuar criterios según la bibliografía revisada para así disminuir los costos hospitalarios sin afectar contundentemente la calidad de vida de los pacientes.

Palabras claves: Absceso anorectal, derivación fecal, criterios.

Criteria for fecal diversion in patients with anorectal abscess in general surgery, Central Hospital of Maracay, from June 2013- June 2015.
Author: Díaz, Yajaira. Autonomous Service Central Hospital of Maracay.
Mail: vanessita244@hotmail.com

ABSTRACT

Objective: Establish criteria for fecal diversion in patients with anorectal abscess in General Surgery, Central Hospital of Maracay, from June 2013- June 2015. **Methods:** Retrospective study, documentary design and historical level. The population was 41 patient records in General Surgery with anorectal abscess and the sample was 36 patients who met the criteria for inclusion, in this review the criteria used for the preparation of fecal derivative technique was verified, apply as data collection instrument a collecting table.

Results: The highest incidence of use of derivative technique was in 2014, being the dominant male sex in 91.7%, of them diabetics, ranging between 51-60 years, being used as a criterion the widespread contamination was possible to determine that the use of fecal diversion did not generate significant changes in the hospital stay of patients with anorectal abscess, yielding mixed results, with the highest percentage range from 21-40 days.

Conclusion: The sample studied only 4 patients had criteria for sepsis; so merited the use of fecal diversion technique, recommending perform under the revised criteria in order to reduce hospital costs not strongly affect the quality of life of patients bibliography.

Keywords: Anorectal abscess, fecal derivation, criteria.

INTRODUCCIÓN

El absceso anorectal corresponde a una acumulación de material purulento en una región o espacio cercano al ano o al recto y que puede drenar su contenido a través de un orificio en la piel perianal o en la mucosa rectal, pudiendo de esta manera dar origen a la formación de una fístula, por lo que los abscesos anorectales y las fístulas anorectales constituyen un padecimiento asociado y evolutivo, el primero como la forma aguda y el segundo como la fase crónica.^{1,2}

La mayor incidencia ocurre en la tercera y cuarta décadas de la vida. Su frecuencia es mayor en los hombres que en las mujeres (de 2:1 a 3:1). Su Incidencia es de 1/10.000 personas. Existen pocos datos acerca de su prevalencia, aunque supone entre el 10 % y el 30 % de las intervenciones coloproctológicas. En aproximadamente 30% de los pacientes con abscesos anorectales existe una historia previa similar que se resolvieron espontáneamente o que requirieron intervención quirúrgica.^{3,4,5}

Los abscesos anorectales se denominan primarios o inespecíficos cuando tienen un origen criptoglandular; y secundarios o específicos cuando se relacionan con otras patologías, como la enfermedad de Crohn, tuberculosis, traumatismos, cirugía perianales previa, cáncer anal o rectal, radiación, linfomas, leucemias, entre otras causas. En los casos de abscesos de localización pelvirrectal se deben descartar otras alteraciones como la salpingitis o enfermedad diverticular complicada.^{6,7}

La mayoría de los abscesos anorectales tienen un origen criptoglandular (90 a 97%). Las criptas anales pueden obstruirse por traumatismos, cuerpos extraños o materia fecal. Nesselrod⁸ postuló tres etapas en la formación del absceso, en la primera el material infectante penetra en las criptas; éstas, a

manera de embudo, permiten que dicho material llegue a las glándulas; en la segunda etapa la infección se propaga a los tejidos perianales, perirrectales, o ambos, y en la tercera se forma el absceso en alguno de los espacios perianales y perirrectales, también existen otros factores involucrados como la virulencia bacteriana y el estado inmunológico del paciente.^{8,9} De acuerdo con el espacio que afectan, los abscesos se clasifican en: interesfintéricos, perianales, isquiorrectales, submucosos, pelvirrectales, o bien, puede haber afectación de más de un espacio, como ocurre en los abscesos en herradura. El tipo de absceso más frecuente es el perianal, seguido por el isquiorrectal, los menos frecuentes son los supra-elevadores.¹⁰

El dolor es el síntoma principal, por lo general es muy intenso e incapacitante, de tipo punzante y que se intensifica al sentarse, deambular, toser o estornudar.¹¹ Se puede presentar una zona de inflamación dolorosa, con hipertermia e hiperemia local; también se puede agregar supuración transanal, fiebre y rectorragia. El estado general no se encuentra afectado, a menos que coexistan otras enfermedades como diabetes o estados de inmunosupresión; en estos enfermos la evolución es muy rápida y grave, pudiendo extenderse en todo el periné, dando lugar a una gangrena de Fournier, que puede poner en riesgo la vida del paciente.¹²

En los casos en los que ya se ha establecido una fístula la molestia más frecuente es la presencia de uno o varios orificios en la periferia de la apertura anal por los cuales drena secreción purulenta en forma continua o intermitente, rara vez se expulsa gas o materia fecal durante la defecación a través de estos orificios; la presencia de secreción o heces irrita la piel y ocasiona escozor y prurito. El dolor por lo general es poco intenso; sin embargo, en los casos en los que hay alguna ramificación sin drenaje libre la molestia puede ser constante y progresiva, cuando también se ocluyen los

orificios secundarios perianales reaparecen síntomas y signos similares a los del absceso anorrectal.^{13,14}

El interrogatorio y la exploración proctológica son fundamentales en el caso de los abscesos anorrectales, es necesario descartar antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal, diabetes mellitus o enfermedades inmunosupresoras. Para la exploración el paciente debe ser colocado en una posición que permita una inspección y una palpación adecuada, si no se cuenta con mesa de exploración proctológica de Richter, se recomienda la posición de Sims lateral, con buena iluminación; se debe iniciar con la inspección de la región perianal, perineal, glúteos y región sacrocóccigea. Por lo general se observa una tumefacción con hiperemia local, a la palpación puede haber hipertermia y la tumefacción puede ser fluctuante y muy dolorosa. Durante el tacto rectal se deben buscar puntos de abombamiento y dolor en el conducto anal y parte baja del recto; en ocasiones el guante sale manchado con material purulento, en algunos pacientes se puede realizar anoscopia, maniobra que permite observar la cripta afectada drenando al nivel de la línea dentada.^{13,14} En la actualidad el ultrasonido endoanal y endorrectal, la tomografía computada y la resonancia magnética, permiten evaluar la extensión y profundidad de los abscesos. En el caso de las fístulas anorrectales el cuadro clínico se caracteriza por la presencia de uno o varios orificios secundarios perianales; sin embargo, es conveniente realizar una exploración proctológica completa con la finalidad de localizar la cripta primaria que dio origen a la infección; así mismo, se debe realizar una palpación cuidadosa de la región perianal para identificar el trayecto fistuloso. Según la regla de Goodsall, si se coloca al paciente en decúbito ventral y se traza una línea horizontal que divida el ano a la mitad, los orificios fistulosos secundarios que se localicen hacia adelante tendrán un trayecto recto hacia el conducto, y los que se encuentren arriba o por detrás serán generalmente curvos y con dirección a la cripta posterior, esto se debe a que los trayectos

fistulosos siguen la dirección de los vasos linfáticos de esta región. La excepción la constituyen los orificios fistulosos secundarios anteriores localizados a más de 3 cm del margen anal y orificios secundarios múltiples; en estas situaciones, los orificios primarios suelen ubicarse en las criptas posteriores.^{15,16}

El ultrasonido endo-anal y la resonancia magnética permiten determinar la complejidad de la fístula, encontrar cavidades o trayectos no aparentes clínicamente, y localizar el orificio primario. En algunas ocasiones puede haber dificultad para diferenciar entre los trayectos y la fibrosis en pacientes que ya han sido intervenidos quirúrgicamente.

El absceso anorectal constituye una emergencia y el tratamiento de elección es la incisión y el drenaje siendo indicación de antibioticoterapia en los casos en los que la infección de tejidos blandos es extensa y abarca el periné u otras regiones más distales al sitio inicial de la infección; también se indican en pacientes con enfermedad valvular cardíaca, con prótesis óseas, diabéticos, inmunocomprometidos, y en enfermos con SIDA. En estos casos se recomienda el empleo de antibióticos de amplio espectro tanto para aerobios como para anaerobios, y durante un lapso de siete días después del drenaje amplio del proceso infeccioso.^{17,18}

La principal complicación del drenaje de un absceso anorectal es la formación de una fístula, que se presenta en 60% de los casos, La morbilidad se sitúa en cifras que bordean el 30% y la mortalidad general reportada supera el 10%. Los principales factores pronósticos asociados a la mortalidad serían la edad del paciente, número de patologías concomitantes, la magnitud del compromiso séptico, foco de origen rectoanal y superficie cutánea comprometida.¹⁹

El uso de técnica de derivación fecal es un tema muy discutido, algunos autores como Di Falco y Abcarian (2010), la rechazan, otros como Lamb y Hiatt (2003), la consideran como parte imprescindible en el manejo del absceso anorectal. Resulta ser un punto controversial en el manejo de esta patología ya que su uso se debe restringir sólo a los casos en que sea estrictamente necesario, a saber, pacientes muy graves que requerirán manejo prolongado en la UCI; siempre recordando que el dejar una ostomía derivativa hace necesaria una segunda cirugía, comorbimortalidades y nuevos costos asociados, además que la restitución del tránsito intestinal no siempre se puede realizar.^{20,21,22}

Por otra parte Avendaño (1999), basado en múltiples experiencias clínicas prospectiva identificó diversos criterios para el uso de colostomías, logrando englobar tres criterios básicos como: incontinencia anal, pérdida de la integridad del recto y sepsis, lo cual hace surgir inquietudes respecto a la necesidad de tal técnica; sabiendo pues la gama de afectaciones que a posteriori será determinante en el estilo de vida de estos pacientes.²³

En el Hospital Central de Maracay, servicio de Cirugía General es notoria la morbilidad de los pacientes que ingresan bajo el diagnóstico planteado, siendo la finalidad de este estudio validar y unificar criterios en este medio para el uso adecuado de colostomías en paciente con absceso anorectal, con la idea de discernir que paciente es el candidato ideal para la confección de dicha técnica y de esta manera evitar cambios contundentes desde el punto de vista económico, psicológico y social.

MATERIALES Y MÉTODOS

La siguiente investigación se encuentra enmarcada como un proyecto factible tipo retrospectivo, de diseño documental y nivel histórico, consistió en la revisión de historias clínicas con diagnóstico de absceso anorectal en el Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay, servicio de Cirugía General, desde Junio 2013- Junio 2015 recaudando datos a través de una ficha recolectora como instrumento de análisis. En cuanto a los datos las variables a medir serán establecidas según la revisión bibliográfica ya realizada.

Los datos fueron tabulados mediante frecuencias simples y porcentuales para su posterior discusión y análisis.^{[24,25,26](#)}

La población quedó determinada por la revisión de 41 historias clínicas realizadas en el período de estudio, siendo estructurada la muestra por 36 de acuerdo a los criterios de inclusión: Edad mayor de los 13 años, pacientes con derivación fecal por absceso anorectal, sin criterios de exclusión.

Una vez en posesión de los datos, éstos se organizaron y procesaron mediante el programa estadístico SPSS Statistics versión 19 para Windows, elaborando inicialmente tablas descriptivas (frecuencia absoluta, relativa, media o promedio).

Las bases bioéticas de la presente investigación se fundamentan en los siguientes aspectos: Los instrumentos de esta investigación fueron pensados en las características del espacio físico donde se desarrolla la investigación. Se respetará el derecho a la privacidad del individuo en estudio. Los instrumentos a aplicar no serán de carácter imperativo. No se revelarán datos de la institución o personal, más que los necesarios para la investigación.

RESULTADOS

Tabla 1. Indicador anual pacientes con derivación fecal por absceso anorectal. Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay. Junio 2013- Junio 2015.

Año	Frecuencia	Porcentaje
2013	11	30,60%
2014	16	44,40%
2015	9	25,00%
Total	36	100,00%

Fuente: ficha recolectora.

Se logra demostrar que en el año 2014 hubo mayor incidencia de pacientes que se les realizó derivación fecal con diagnóstico de absceso anorectal, con un total de 16 pacientes que representa 44% de los casos estudiados.

Tabla 2. Indicador demográfico: Edad. Pacientes con derivación fecal por absceso anorectal. Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay. Junio 2013- Junio 2015.

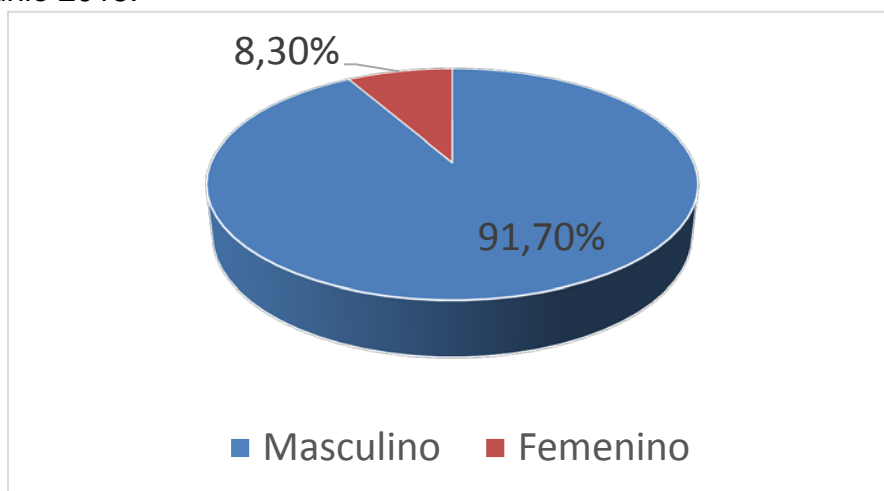
Rango edad	Frecuencia	Porcentaje
20-30	3	8,30%
31-40	8	22,20%
41-50	5	13,90%
51-60	12	33,30%
61-70	8	22,20%

Fuente: ficha recolectora.

En los tres años estudiados la mayor frecuencia de edad en los pacientes derivados, es en el rango comprendido entre 51-60 años de edad representando 33,3% de los casos, observándose que la menor edad es de 23 con el valor máximo de 68 y una media de 51 años.

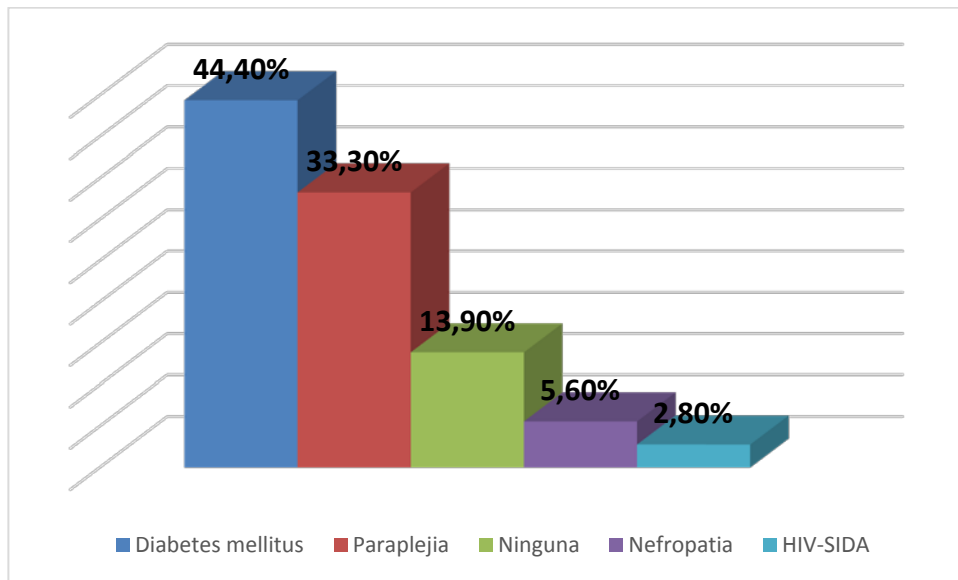
Gráfico N°1. Indicador demográfico: sexo. Pacientes con derivación fecal por absceso anorectal. Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay. Junio

2013- Junio 2015.



El género de mayor predisposición es el masculino, con una frecuencia de 33, lo cual representa 91,70%, mientras que el femenino solo se representa con un 8,3%.

Gráfico N°2. Indicador comorbilidad. Pacientes con derivación fecal por absceso anorectal. Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay. Junio 2013- Junio 2015.



Fuente: ficha recolectora

En los 36 pacientes estudiados la mayor comorbilidad evidenciada es diabetes mellitus con 16 pacientes representado por el 44,4% de los casos, seguido por paraplejia con 33,3%.

Tabla 3. Indicador criterio utilizado para derivación fecal por absceso anorectal. Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay. Junio 2013- Junio 2015.

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
Contaminación continua	17	47,20%
Caso social	8	22,20%
Lesión extensa	6	16,70%
Estado general	3	8,30%
Petición de paciente y/o familiares	2	5,60%
Total	36	100,00%

Fuente: ficha recolectora.

En los casos estudiados se logró evidenciar que el criterio usado para la realización de técnica derivativa reflejado en las historias clínicas durante los tres años en estudio fue heterogéneo, siendo el de mayor frecuencia la contaminación fecal representada por 47,2% de los casos, representado por 17 pacientes.

Tabla 4. Indicador días de hospitalización. Pacientes con derivación fecal por absceso anorectal. Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay. Junio 2013- Junio 2015.

Rango(días)	Frecuencia	Porcentaje
0-20	6	16,70%
21-40	13	36,10%
41-60	10	27,80%
61-80	5	13,90%
Mayor 81	2	5,60%
Total	36	100,00%

En los 36 pacientes con derivación fecal por absceso anorectal, los días de hospitalización fueron variados siendo el de mayor rango comprendido entre 21-40 días con 13 casos representado por 36% y el menor rango mayor a 81 días.

Tabla 5. Indicador criterios descritos. Pacientes con derivación fecal por absceso anorectal. Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay. Junio 2013- Junio 2015.

INCONTINENCIA ANAL		
	Frecuencia	Porcentaje
NO	36	100,00%
SEPSIS		
	Frecuencia	Porcentaje
NO	32	88,90%
SI	4	11,10%
LESION ANAL		
	Frecuencia	Porcentaje
NO	36	100,00%

Fuente: ficha recolectora

En los criterios revisados a través de múltiples bibliografías se identificó que ningún paciente cumplía con criterio de incontinencia y lesión anal, encontrándose solo 4 pacientes que cumplía con criterios de Sepsis por foco anorectal.

DISCUSION

Di Falco y Abcarian publicaron en el 2010 un artículo acerca del uso indiscriminado de colostomía en pacientes con diagnóstico de absceso anorectal con una experiencia de 21 pacientes, de los cuales solo 6 ameritaban la confección de técnica derivativa fecal de acuerdo a criterios encontrados a través del examen físico, evidenciando una cantidad similar de pacientes en el presente trabajo donde en una muestra de 36 solo 4 pacientes cumplían con criterios para derivación fecal por absceso anorectal.

En el año 1999 por Avendaño, el cual indica que la colostomía debe ser evaluada de forma muy particular y no arbitraria proponiendo tres criterios básicos para el uso de la misma, los cuales se probaron en el presente trabajo de investigación en la recaudación de datos, obteniéndose solo 4 pacientes cumplían con un criterio como lo es sepsis, evidenciando que el resto se fundamentó en la mayoría de los casos por la contaminación extensa que estos presentaron para el momento de la decisión planteada.

En otro orden de ideas Lambr y Hiatt en su publicación realizada en el año 2003, muestran el uso de derivación fecal en todos los pacientes como manejo imprescindible de los abscesos anorectales para así disminuir el cuadro infeccioso evitando el contacto constante con materia fecal, lo cual coincide con lo descrito en múltiples oportunidades en las historias clínicas revisadas en el periodo antes señalado en el servicio de Cirugía General del Hospital Central de Maracay.

CONCLUSIONES

El absceso anorectal es una afectación frecuentemente tratada en diversos centros hospitalarios incluyendo el Hospital Central de Maracay, en muchos casos, los afectados padecen de comorbilidades, que son desencadenantes

o no de la enfermedad actual y en la premura son llevados a mesa operatoria para técnicas derivativas que resulta determinante en el estilo de vida de dichos pacientes. Si bien la evolución es paulatina, la estancia hospitalaria dependerá de someter a análisis los criterios básicos para el uso de derivación fecal ante el diagnóstico de absceso anorectal.

El estudio valoró la población estudiada y la elevada muestra de pacientes con derivación fecal que no cumplían con los criterios estudiados en las diversas bibliografías, evidenciando que de un total de 41 pacientes solo 5 de éstos no se les confeccionó colostomía.

La distribución de la muestra de acuerdo al año fue de mayor incidencia en el 2014 con un resultado de 33,33% siendo el género masculino predominante en 91,7% de los casos con un rango de edad entre los 51-60 años.

En los 36 pacientes estudiados la mayor comorbilidad evidenciada es diabetes mellitus con 16 pacientes representado por el 44,4%, seguido por paraplejia con 33,3%.

Por su parte para evaluar los criterios descritos en las historias clínicas estudiadas se usó una ficha recolectora la cual englobó aquellos que se describían con repetición, siendo el de mayor frecuencia la contaminación continua con 47,2%, el resto de la muestra estuvo distribuida en caso social, lesión extensa, estado general, petición de paciente y/o familiares.

Así mismo fue posible determinar si el uso de la derivación fecal no generó cambios importantes en la estancia hospitalaria de los pacientes con absceso anorectal, obteniéndose resultados variados, con mayor porcentaje el rango comprendido entre 21-40 días con 13 casos representado por 36% y el menor porcentaje estuvo determinado por 81 días o más con una cantidad de solo 2 pacientes.

De la muestra estudiada solo 4 pacientes cumplían con criterios de sepsis lo que ciertamente ameritaba el uso de técnica de derivación fecal según la bibliografía previamente revisada; lo cual demuestra que la estancia hospitalaria de los pacientes con dicho diagnóstico será igual o menor con el uso de la colostomía, considerándose los criterios establecidos por expertos.

RECOMENDACIONES

Establecer criterios ante pacientes con diagnóstico de absceso anorectal.

Crear consciencia en el personal médico de hacer uso de criterios para técnicas tan radicales como la derivación fecal.

Evitar el uso de derivación fecal en pacientes con absceso anorectal por los cambios rotundos que genera en el estilo de vida de éstos y optimizar el manejo de esta patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nelson R. Anorectal abscess fistula: what do we know? SurgClin North Am 2002;82:1139-51.
2. Parks AG. Pathogenesis and treatment of fistula-in-ano. BMJ 1961;1:463-9.
3. Corman ML. Colon and rectal Surgery. J.B. Lippincot Company, Philadelphia, 2013.
4. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 62 - Nº 6, Diciembre 2010; pág. 635-638, Drs. GuntherBocic A., Mario Abedrapo M., Rodrigo Azolas M., José Luis Llanos B.
5. VasilevskyCA,GordonPH.The incidence of recurrent abscess of fistula-in-ano following anorectalsuppuration.Dis Colon Rectum 1984; 27:126-30.
6. Goligher J. Cirugía del ano, recto y colon. Segunda edición. Barcelona: Salvat editores,SA;1987.
7. RamanujamPS,PresadML,AbcarianH,TanAB.Perianal abscesses and fistulas.Dis Colon Rectum 1984;27:593-7.
8. Parks AG.Pathogenesis and treatment of fistula in ano.Br Med J 1961;1:463-9.
9. Hill MR,ShryockEH,RebellFG.Role of the anal glands in the pathogenesis of anorectal disease. JAMA 1954;121:742-6. - See more at:
<http://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/gastroenterologia/vol-152/gastro15200abscesos1/#sthash.BUarjRRu.dpuf>Malik A, Nelson R, Tou S.
10. Cirujano General Vol. 26 Núm. 2 – 2004, Dr. Israel Oliver García, Dra. Ana Fernández Frías, Dr. Javier Lacueva Gómez, Dr. David Costa Navarro, Dr. Rafael Cal.

11. Br J Surg 1985; 72: 66-67 Morris J, Spencer JA, Ambrose NS. MR imaging classification of perianal fistulas and its implications for patient management. 2000;20:623-35.
12. Incisión y drenaje del absceso perianal con o sin tratamiento de la fístula anal. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 7. Art. No.: CD006827. DOI: 10.1002/14651858.CD006827.
13. Garcia-Granero E, Sanahuja A, Garcia-Botello SA, et al. The ideal lateral internal sphincterotomy: clinical and endosonographic evaluation following open and closed internal anal sphincterotomy.
14. Colorectal Dis 2009; 11: 502-7. 12. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula-in-ano. Br J Surg 1976; 63: 1-12. 13.
15. Llera JL, Levy RC. Treatment of cutaneous abscess: a double-blind clinical study. Ann EmergMed 1985; 14: 15-19
16. Fielding LP, Golboy SM. Surgery of colon, rectum and anus. 1993, 814-840.
17. Stewart MP, Laing MR, Krukowski ZH. Treatment of acute abscesses by incision, curettage and primary suture without antibiotics: a controlled clinical trial.
18. Lunniss PJ, Barker PG, Sultan AH, Armstrong P, Reznick RH, Bartram CI, et al. Magnetic resonance imaging of fistula-in-ano. Dis Colon Rectum 1994;37:708-18.
19. Stoker J, Hussain SM, Van Kemper D, Elevelt AJ, Lameris JS. Endoanal coil in MR imaging of anal fistulas. AJR 1996;166:360-2.
20. Sonoda T, Hull T, Piedmonte MR, Fazio VW. Outcomes of primary repair of anorectal and rectovaginal fistulas using the endorectal advancement flap. Dis Colon Rectum 2010;45:1622-8.
21. Chang SC, Lin JK. Change in anal continence after surgery for intersphincteral anal fistula: a functional and manometric study. Int J ColorectalDis 2010;18:111-5.

22. Phillips KSR, Lunniss JP, Anorectal sepsis. In: Nicholls RJ, DozoisRR. Surgery of the Colon and Rectum. New York: Churchill. Livingstone;1997. pp 255-284.
23. Avendaño EO, Abscesos y fístulas anales. En: Murguía DD, gastroenterología y hepatología Practica, Ed. Intersistemas Editores, México, DF., 1999, 163.
24. Rodríguez, N. 2001. Teorías y postulados. Seminario de postgrado UNESR, p85, p87.
25. Pardo, A. 2002. SPSS11. Primera edición. Editorial McGraw Hill, España.
26. Mendez, C. 2001. Metodología. Vigésima edición. Editorial A.V.D.T. Caracas, Venezuela.