



Nombre de la alumna: López López
Carmela

Nombre del profesor: DR. Óscar
Fabián González Sánchez

Nombre del trabajo: Patologías
anales y rectales.

Materia: Patología del adulto.

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 6° Cuatrimestre

Grupo: "A"

Ocosingo, Chiapas a 20 de mayo de 2020

HEMORROIDES.

Las hemorroides son zonas altamente irrigadas en el espacio submucoso de la zona anal, correspondiendo a parte de la anatomía normal del canal anal. En este canal las principales zonas donde se encuentran las hemorroides son: Lateral izquierda. Anterior derecha. Posterior derecha.

Las hemorroides se pueden clasificar dependiendo de su relación con la línea dentada, la que corresponde al sitio de unión del tejido escamoso epitelial (derivado del ectodermo) con las células de mucosa columnar (derivadas del endodermo).

La presentación del desarrollo patológico de complicaciones de las hemorroides se ha asociado con la edad avanzada, embarazo, constipación, aumento persistente de la presión intrabdominal, una dieta baja en fibras, entre otros factores. Lo anterior genera un aumento de presión en la zona submucosa, posterior a lo cual se desarrolla mayor laxitud del tejido conectivo de la zona, lo cual puede producir la protrusión de la zona. La zona hemorroidal submucosa presenta cambios patológicos como: dilatación anormal venosa, trombosis vascular, proceso degenerativo en las fibras de colágeno y distorsión de los tejidos fibro-elásticos.

CLASIFICACIÓN

Las hemorroides pueden ser clasificadas como internas o externas según su relación con la línea dentada, en caso de haber internas y externas simultáneamente se denominan mixtas.

Las hemorroides internas están proximales a la línea dentada, se encuentran recubiertas por epitelio columnar, posee inervación visceral, por lo este motivo no presentan síntomas como dolor.

Las hemorroides externas se encuentran ubicadas hacia distal a la línea dentada, están recubiertas por epitelio escamoso modificado, poseen inervación somática por lo que son pueden presentar síntomas como dolor con las complicaciones.

Clasificación de hemorroides internas.

Grado: Descripción

I Hemorroides prominentes, no prolapsados.

II Hemorroides que prolapsan con maniobras de valsalva y tiene una reducción espontánea.

III Hemorroides que prolapsan con maniobras de valsalva y requieren de reducción manual

IV Hemorroides crónicamente prolapsadas, sin una reducción manual efectiva.

DIAGNOSTICO

La dilatación de los plexos vasculares hemorroidales, generando un cuadro clínico caracterizado por síntomas como aumento de volumen, sangrado vía anal y dolor.

El sangrado es uno de los síntomas más comunes de complicación de lo hemorroides internos.

El diagnóstico por tanto se sospecha clínicamente. Hay que realizar un examen físico cuidadoso, recomendando complementarlo con una anoscopía.

colonoscopia total.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la patología hemorroidal depende del tipo de hemorroides (internas ,externas) y su complicación asociada. Las hemorroides externas pueden requerir tratamiento cuando se asocian a complicaciones como trombosis hemorroidal o problemas asociado como: dolor, dificultad en la higiene u otros. En el caso de trombosis hemorroidal, el tratamiento de preferencia es médico y consiste en analgesia vía oral (en general biasociado acetaminofeno y AINES), baños de asiento con agua tibia (3 veces al día por al menos 10 días), dieta rica en fibras y aumento en la ingesta de líquidos (al menos 2,5 litros al día).

El tratamiento resectivo de las hemorroides externas involucra una resección de los paquetes hemorroidales comprometidos, con técnica abierta o cerrada en pabellón. El tratamiento de las hemorroides internas incluye el aumento de la ingesta de fibra insoluble a 25 a 35 gramos al día, además de ingesta de líquidos, de esta forma se espera reducir la posible constipación.

En el caso de las hemorroides internas grado I o II, se puede realizar una ligadura de éstas de forma ambulatoria.

Para la resección de las hemorroides internas una técnica que incorporó nuevos dispositivos es la hemorroidectomía con corchetera circular (stappler). Esta técnica se indica en pacientes con hemorroide grado III y IV por lo general.

FISTULA ANAL.

Fístula anal compleja es aquella con trayectos múltiples, profundos, difíciles de seguir en su recorrido, con orificios primarios difíciles de localizar.

ETIOLOGÍA

La infección de las glándulas anales (origen criptoglandular) es la causa en más del 95% de los pacientes portadores de un absceso anal, con la posibilidad de la formación de una fístula, que se denomina inespecífica, a diferencia de las específicas, que tienen una etiología diferente como enfermedad de Crohn, tuberculosis, carcinoma rectal, carcinoma anal, actinomicosis, entre otras.

CUADRO CLÍNICO:

Una vez drenado el absceso anal, la enfermedad puede seguir una de las siguientes evoluciones:

- a) Supurar cuatro o cinco días, ocluirse el orificio y aparentemente curar. En un tiempo variable, que puede ser de semanas o meses y aun años, el absceso reincide, vuelve a vaciarse y desaparece nuevamente. Esto puede suceder innumerables veces.
- b) El orificio fistuloso, una vez desaparecido el absceso, continúa supurando durante semanas o meses, al cabo de los cuales se ocluye. Después de una temporada de duración variable, generalmente prolongada y asintomática, el absceso vuelve a formarse.
- c) La fístula persiste, supurando constante y escasamente, por tiempo indefinido, sin nueva formación de absceso.
- d) La fístula supura constantemente; en un momento dado se cierra por espacio de dos a tres días y se inicia la formación de un nuevo absceso, generalmente pequeño, que se vacía a los dos o tres días.

CLASIFICACIÓN

La fístula interesfintérica es aquella cuyo trayecto fistuloso involucra una parte del esfínter anal interno sin tocar el esfínter anal externo, y se subdivide en: a) de trayecto bajo sencillo;

b) de trayecto ciego, alto; c) de trayecto alto, con abertura rectal; d) de abertura rectal, sin abertura perianal; e) de extensión extrarrectal y f) secundaria a enfermedad pélvica.

La transesfintérica, tal y como su nombre lo indica, abarca a ambos esfínteres, y se subdivide en: a) sin complicación y b) de trayecto ciego, alto.

La supraesfintérica es aquella en que el trayecto fistuloso pasa por arriba del aparato esfinteriano.

En la extraesfintérica, el trayecto fistuloso corre en forma paralela al aparato esfinteriano y el orificio primario suele estar localizado en el recto.

DIAGNOSTICO

colonoscopia o colon por enema

biopsia

fistulografía

manometría anurrectal

ultrasonido endoanal y resonancia magnética

TRATAMIENTO.

Las técnicas quirúrgicas más utilizadas son la fistulectomía y la fistulotomía.

En cualquiera de las técnicas quirúrgicas empleadas para corregir la fístula anal, el paciente debe de ser operado en quirófanos, bajo bloqueo epidural y en posición proctológica.

Fistulectomía: La fistulectomía consiste en la extirpación completa de la fístula.

Fistulotomía: La fistulotomía extirpa sólo el techo del trayecto fistuloso y deja en su sitio el fondo

Fistulectomía con reparación primaria de esfínteres: La sección completa del aparato esfinteriano en una fístula supraesfintérica es una conducta muy riesgosa.

Colgajo de avance endorrectal: El avance del colgajo mucoso rectal ha sido ampliamente utilizado en el tratamiento de fístulas anales complejas.

Setón: Existen otras técnicas, como son la colocación de sedal o setón. En la actualidad se manejan tres modalidades, que son el sedal, el setón de corte y el setón de drenaje. El sedal se basa en la colocación de un cuerpo extraño en el trayecto fistuloso, con objeto de

promover fibrosis y en una segunda cirugía se retira el sedal; con ello, se evita la sección esfinteriana y la pérdida de la fuerza de contracción.

Fibrina: Otra modalidad utilizada para la atención de una fístula anal es la fibrina, con el objeto de sellar el trayecto fistuloso sin sección de la musculatura esfinteriana.

Tapón de colágeno biodegradable: El tapón de colágeno biodegradable consiste en un dispositivo cónico, que se obtiene de la submucosa del intestino delgado del cerdo.

BIBLIOGRAFIA

Lunniss PJ, Barker PG, Sultan AH et al. Magnetic resonance imaging of fistula-in-ano. Dis Colon Rectum 1994; 37: 708.

Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A Classification of fistula in ano. Br Med J 1976; 63: 1-12.

Haas P, Fox T, Haas G. The pathogenesis of hemorrhoids. Dis Colon Rectum 1984; 27: 442-50.

Thomson WH. The nature of haemorrhoids. Br J Surg 1975; 62: 542-52.