

“ANATOMÍA DEL CANAL ANAL”

El recto es la porción distal del intestino grueso. El recto y el canal anal tienen una doble función:

- Reservorio-almacenamiento del contenido intestinal (continencia)
- Evacuación controlada de heces (defecación).

Muchas de las características anatómicas sólo se pueden apreciar in vivo y varían durante la exploración en reposo, contracción voluntaria o esfuerzo defecatorio.

El ano es el orificio anal o abertura cutánea anteroposterior más distal del tubo digestivo. El margen anal es el borde externo del orificio anal y es una importante referencia para describir la situación y la distancia de las lesiones que puede haber en su vecindad y desde el cual tomar las medidas durante el tacto rectal y la endoscopia. Desde el margen anal hasta la línea pectínea se extiende el denominado canal anal anatómico o embriológico, recubierto por epitelio plano estratificado, de aproximadamente 2 cm de longitud.

El revestimiento está formado por diferentes tipos de epitelio en los distintos niveles. La parte superior del canal anal, delimitado de la ampolla rectal por la unión ano-rectal, está revestida por mucosa colorrectal (epitelio mucoso cilíndrico) de coloración rosada. En sentido distal encontramos primero la zona de transición, interpuesta entre dicha mucosa y el epitelio escamoso plano, y cuya coloración es más roja púrpura debido al plexo hemorroidal interno subyacente.

Macroscópicamente esta zona de transición se corresponde con unos pliegues longitudinales llamados columnas de Morgagni, en número de 8-12 y disposición vertical. Están separadas entre sí por las criptas anales. La parte distal de esta alternancia entre columnas y criptas forma la denominada línea pectínea (del latín pecten = peine).

El anodermo tiene una coloración más pálida y está desprovisto de glándulas y pelo y contiene una rica red de terminaciones nerviosas con gran sensibilidad al tacto, la temperatura y el dolor. En esta porción es donde asientan las fisuras anales crónicas. Por debajo y afuera, la piel del ano es más oscura y presenta pliegues radiales debido a la contracción del músculo corrugador. La piel contiene glándulas sudoríparas, sebáceas y apócrinas, susceptibles de sufrir fenómenos de infección y supuración.

Las glándulas anales están tapizadas por epitelio columnar estratificado mucosecretor y tienen una abertura directa en el seno de las criptas anales en la línea pectínea, su cifra varía entre 3 y 10. La infección de estas glándulas está en la etiopatogenia de los abscesos y fístulas perianales.

La musculatura de región ano-rectal está formada por músculos circulares que pueden entenderse como dos tubos: uno interior que es visceral, de músculo liso e inervado por el sistema nervioso autónomo (esfínter interno, involuntario) y otro exterior formado por músculo esquelético e inervación somática (esfínter externo, voluntario).

Subcutánea: rodea al orificio anal en la profundidad de la piel, su borde sobrepasa distalmente el nivel del esfínter interno y por eso puede palparse entre ambos el surco interesfintérico.

Superficial: está por encima y por fuera de la porción subcutánea. Debido a su firme adherencia al cuerpo tendinoso del periné por delante y al ligamento anococcígeo por detrás adopta una forma elíptica.

Profunda: es la parte más gruesa y craneal. Sus fibras no están adheridas al cóccix y se mezclan en sentido proximal con el músculo puborrectal, el cual ya forma parte del suelo pélvico.

Músculo puborrectal: El elevador del ano es un músculo par y suele establecerse la división en músculos puborrectal, pubococcígeo e íleococcígeo, aunque sus fascículos se reúnen para contribuir al diafragma pélvico. El puborrectal es el músculo más prominente del suelo pélvico y tiene una importante función en la continencia.

El periné es la región superficial al diafragma pélvico, situada entre la raíz de los muslos, y anterior al sacro y cóccix. Puede dividirse en un triángulo anterior o urogenital y un triángulo posterior o anal.

Las arterias hemorroidales inferiores, en cada lado, son ramas de la arteria pudenda interna, la cual es rama de la arteria ilíaca interna o hipogástrica. Desde la fosa isquiorrectal alcanza el plano submucoso y ascienden en este plano. El conducto ano-rectal tiene una rica red anastomótica intramural, a la cual contribuyen sobre todo las arterias hemorroidales superior e inferior y de forma variable las hemorroidales medias. El drenaje venoso tiene lugar por las venas hemorroidales media e inferior a la vena ilíaca interna y de ahí a la vena cava inferior.

El drenaje linfático del canal anal por encima de la línea pectínea va a los ganglios mesentéricos inferiores e ilíacos internos, mientras que por debajo de ella la linfa drena hacia la región inguinal.

El esfínter interno y la mucosa proximal a la línea pectínea tienen inervación visceral simpática y parasimpática como el recto. La inervación motora del esfínter externo depende de ramas del nervio pudendo en cada lado.

“HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIONES BÁSICAS DE LAS ENFERMEDADES ANO-RECTALES”

La exploración de la patología ano-rectal debe transcurrir en un ambiente sereno y tranquilo, preservando la intimidad necesaria, sin ruidos ni interrupciones, que genere confianza en el paciente a fin de superar la incomodidad del momento. Debe explicarse al paciente qué se le va a hacer y qué puede sentir durante la misma, a fin de evitar situaciones violentas.

Historia Clínica

- ✓ Antecedentes familiares oncológicos (incidencia de cáncer colo-rectal en familiares de primer y segundo grado).
- ✓ Antecedentes personales. Enfermedades y tratamientos médicos habituales. Pueden influir de algún modo en los síntomas del proceso ano-rectal, como patología tiroidea, patología hepática, enfermedad inflamatoria intestinal (EEI), tratamiento anticoagulante o antiagregante, enfermedades neurológicas, tratamiento de patología psiquiátrica.

- ✓ Cirugía ano-rectal previa que pueda condicionar síntomas nuevos y modificar el aspecto y el tono del ano.
- ✓ Prácticas sexuales: pueden condicionar el desarrollo de lesiones cutáneas perianales (herpes, virus del papiloma humano) o en el canal anal.

Síntomas Habituales

- Rectorragia (hematoquecia); puede ser aguda, masiva o moderada o bien crónica, de pequeña cuantía.
- Proctalgia; es importante conocer su duración e intensidad, los factores desencadenantes y si se asocia con emisión de sangre o pus, coexistencia con alteración del tránsito intestinal (estreñimiento/diarrea), fiebre, tumoraciones anales/perianales o empeoramiento de patología existente, como la enfermedad inflamatoria intestinal.
- Emisión de secreciones por ano: secreción acuosa (adenoma vellosos rectal), mucosa (dicha secreción es habitual en el colon pero puede aumentar en caso de tumores, EII, intestino irritable o por exteriorización de la mucosa ano-rectal en el caso de prolapsos mucosos o rectales), secreción purulenta (secundaria a procesos infecciosos ano-rectales, como la gonorrea o la proctitis por Chlamydia trachomatis, o procesos infecciosos bacterianos que afecten a tramos distales del colon) o escapes/ensuciamientos de heces en pacientes con incontinencia anal.
- Tumoraciones o masas ano-rectales: podemos identificar induraciones perianales dolorosas (abscesos, hidrosadenitis perianal) o bien induraciones en área sacrococcígea (sinus pilonidal), y tumoraciones ano-rectales propiamente, que pueden ser reductibles (hemorroides grado III, pólipos rectales, pólipo fibroepitelial, papila anal prolapsada, tumores rectales, prolapso mucoso anal, prolapso rectal) o irreductibles (colgajos cutáneos, hemorroides grado IV, trombosis hemorroidal, condilomas anales, neoplasias anales).
- Alteración del ritmo intestinal referido al habitual del paciente, con presencia de diarrea o estreñimiento.
- Tenesmo rectal: necesidad persistente de hacer deposición, incluso tras una defecación en principio satisfactoria.
- Prolapso: descenso del recto o de alguna estructura dependiente del mismo a través del ano.

- Incontinencia: grado 1 cuando existe una limitación de continencia a gases, grado 2 cuando afecta a la continencia de heces líquidas y grado 3 cuando existe incapacidad para contener heces sólidas.
- Urgencia defecatoria.
- Prurito; Puede ser agudo o crónico y, según su etiología, secundario o idiopático.

Exploración Clínica

Se recomienda explorar al paciente en posición de Sims, decúbito lateral izquierdo con las piernas flexionadas sobre el abdomen, en diagonal sobre la camilla, con el hombro derecho ligeramente inclinado hacia el lado izquierdo, favoreciendo de este modo la exposición de la región anal y perianal.

La localización de la patología anal debe describirse según su ubicación anatómica (anterior, posterior, lateral izquierdo, lateral derecho).

- Inspección anal: se realiza una separación cuidadosa de ambas nalgas, lo cual permite identificar la porción escamosa del canal anal, la región perianal, genital, perineal y sacro-coccígea. Se le puede pedir al paciente que realice una maniobra defecatoria suave lo cual pondrá de manifiesto lesiones que pueden pasar desapercibidas en reposo, pues de este modo se acentúan los prolapsos de lesiones de canal anal o de la propia pared rectal o se ponen de manifiesto problemas funcionales, escapes o ensuciamientos y prolapso de otros órganos.
- Palpación perianal, identificándose puntos dolorosos, induraciones, posibles trayectos fistulosos, masas.
- Examen ano-rectal digital, tacto rectal: permite identificar puntos dolorosos, masas, abscesos y comprobar el tono esfinteriano. Debe realizarse con sumo cuidado, lubricando el dedo índice enguantado, el cual presiona suavemente el orificio anal antes de introducirlo, venciendo de este modo la presión de reposo habitual que presenta. Podemos además pedir al paciente que haga una breve maniobra defecatoria lo cual contribuye a la apertura del ano. Una vez introducido el dedo, se llega a la altura máxima para, en retirada, ir palpando toda la circunferencia ano-rectal.