



RESUMEN DE EXPOSICIÓN

NOMBRE:

**ANELHY JASSMIN HERNANDEZ ZAPATA
JANETH ARACELI ÁLVAREZ GORDILLO
ANEL GUADALUPE GORDILLO ABADÍA**

GRUPO:
7 "A"

MEDICINA HUMANA

PASIÓN POR EDUCAR

DOCENTE:

DR. GUILLEN HERNANDEZ EDGAR MARTIN

FECHA: 14/10/2020

DERMATOLOGÍA ANAL

En la región anal pueden aparecer lesiones cutáneas de muy diverso aspecto clínico y muy variado origen, y éstas pueden o no tener relación con patología digestiva o proctológica de base.

La clasificación de estos procesos según su presentación clínica es en tres categorías, que corresponden a los motivos de consulta más frecuentes de la patología cutánea anal: **lesiones localizadas, prurito anal y erupciones cutáneas inflamatorias.**

ENTREVISTA

Es imprescindible historiar bien a estos pacientes, debido a que la mayoría de casos no precisarán de pruebas complementarias para establecer un diagnóstico de sospecha.

En la anamnesis habrá que insistir en la evolución de las molestias o lesiones, indagar sobre tratamientos previos, sobre todo tópicos, ya que éstos podrían ser la causa de las lesiones o dar pistas sobre su origen, y preguntar por antecedentes previos personales o familiares de enfermedades cutáneas, sobre todo psoriasis y dermatitis atópica.

Conocer la historia sexual del paciente.

La exploración física es obligada, y en nuestra experiencia es clave para resolver el 80% de los casos.

LESIONES CUTÁNEAS LOCALIZADAS

Son varias lesiones concretas, circunscritas, generalmente sin carácter inflamatorio, de aparición subaguda o crónica, a veces inadvertida. Estas lesiones pueden o no crecer y ocasionar o no sintomatología.

Proliferaciones

Son aquellas lesiones sobreelevadas, con tendencia a crecer. Distinguimos entre éstas a unas lesiones anales "**propias**", que serían aquellas originadas por la excrecencia de piel anal, debida a: papilas hipertróficas, hemorroides, redundancia de pliegues, rectocele..., de aquellas lesiones "ajenas o **neoproliferaciones**" que corresponden a enfermedades cutáneas primarias que aparecen en la piel del ano, pero que podrían haberlo hecho en cualquier otra zona del tegumento: éstas pueden ser: **Lesiones de origen infeccioso**, como los moluscos o los condilomas acuminados, que son muy frecuentes. **Procesos tumorales benignos** como pólipos fibroepiteliales, queratosis seborreicas, nevus melanocíticos, granuloma piogénico o hemangioma **Tumores malignos** (muy raras veces), como el carcinoma epidermoide o el melanoma.

Condilomas acuminados

También llamados verrugas genitales, están causados por varios genotipos del virus del papiloma humano (HPV, principalmente 6 y 11), se transmiten casi siempre por vía sexual, y aparecen como una o múltiples lesiones superficiales de aspecto verrucoso, a menudo completamente asintomáticas.

Clínicamente es característica en estas lesiones la presencia de una superficie rugosa y rasposa al tacto (papilomatosa). Si hay dudas clínicas, la biopsia permitirá confirmar el diagnóstico.

El tratamiento de estas lesiones es obligado, por su relación con el cáncer anal y el cáncer de cérvix (sobre todo los genotipos de alto riesgo: 16 y 18).

Existen múltiples opciones terapéuticas, desde la ablación física (crioterapia, electrocoagulación, fulguración con láser de dióxido de carbono) a la destrucción química (antiverrugas como la resina de podofilino) o la inmunoterapia con fármacos inductores de una respuesta inmune, como el imiquimod tópico.

Pigmentaciones

Son sólo cambios en el color normal de la piel.

Si la piel adopta un tono más claro que la piel sana, **hipopigmentaciones** (algunas causas: vitíligo localizado, cicatrices de heridas, dermatitis o quemaduras previas, liquen escleroatrófico), de las que muestran un color más oscuro que la piel normal, llamadas **hiperpigmentaciones**, y que con mucha frecuencia son de origen post-inflamatorio: secundaria a trauma, liquen plano, herpes simple o erupción fija medicamentosa.

Úlceras

Lesiones con pérdida de sustancia cutánea

Son causas de úlceras anales: Traumatismo o presión (descartar dermatosis artefacta o autoinfligida). Aftas. Infección común: hidrosadenitis, forúnculo, seno pilonidal.

Enfermedades de transmisión sexual: chancro (sífilis primaria), chancroide, linfogranuloma venéreo.

Enfermedades inflamatorias como: eritema multiforme, enfermedad de Crohn, pioderma gangrenoso, otras necrotizantes. Carcinoma escamoso.

Precáncer y cáncer anal

Es un cáncer que muestra muchas similitudes con el cáncer de cérvix: se origina en la transición de epitelio (escamo-columnar), tiene fuerte relación con el virus del papiloma humano (70% causados por HPV 16).

Clínicamente se presenta como una lesión ulcerada que no cura, de base indurada y carnosa. Otras veces se manifiesta sobre proliferaciones de crecimiento lento y paulatino o con este aspecto de vegetaciones como condilomas o “verrugas”.

Las lesiones en fase subclínica no serían visibles a la inspección simple, y deberían detectarse mediante pruebas complementarias como la citología anal, que requiere ser realizada por un experto, o la anoscopia con biopsia, que sería el “gold standard” diagnóstico.

PRURITO ANAL

Es un síntoma inespecífico, común a muchas causas, y muy frecuente, que afecta según las fuentes a un 1-5% de la población adulta, el 80% de los casos ocurre en varones.

DISTINGUIAMOS DOS TIPOS DE PRURITO ANAL:

Prurito idiopático o primario, aquel en el que no se puede descubrir una causa que lo explique.

Prurito secundario, que se debe a una causa orgánica objetivable, ya sea ésta patología anal-digestiva o cutánea. Puede deberse a una causa anal (hemorroides, fisura, diarrea crónica, incompetencia del esfínter) o a una causa cutánea (psoriasis, liquen escleroatrófico, dermatitis de contacto, infecciones, infestaciones, radioterapia previa o cáncer).

En los casos de prurito anal sin lesiones cutáneas es obligado realizar estudio mínimo:

- Análisis de sangre con hemograma, perfil hepático, proteinograma, IgE, perfil celíaco.
- Parásitos en heces, celofán.
- Valoración por coloproctología y psiquiatría.

ERUPCIONES CUTÁNEAS

Aquellos procesos cutáneos que se le presentan al paciente en forma de erupción o episodio de lesiones inflamatorias son muy molestos, con síntomas constantes como quemazón o prurito, inespecíficos y que por sí solos no permiten establecer un diagnóstico. Su tratamiento en general es médico, a menudo tópico.

¿**Intertrigos**? erupciones inflamatorias de la piel de los pliegues

CAUSAS FRECUENTES DE INTERTRIGO:

Eczemas: (irritativo, alérgico, seborreico, atópico): clínicamente inespecífico, pero es el diagnóstico más frecuente

Psoriasis: se presenta como una placa de bordes netos, color rojo homogéneo, con escama laminar blanquecina; hay lesiones (a menudo más típicas) en otras localizaciones

Candidiasis: se muestra como un eritema rojo muy intenso, mal delimitado, con múltiples pústulas satélites, que salpican la zona periférica. Es también típica –aunque no exclusiva- la fisuración del fondo del pliegue interglúteo.

Tiñas: placas anulares o policíclicas (curan por el centro y progresan periféricamente, dibujando anillos), con descamación en los bordes de avance de la placa.

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS EN LAS ERUPCIONES PERIANALES

Consejos sobre qué NO hacer:

Abusar de corticoides.

Aplicar múltiples tratamientos, y sobre todo remedios naturales-plantas y anestésicos.

Abusar de productos de higiene como toallitas húmedas, jabones o lavados agresivos.

Qué hacer:

Limpiar con suavidad, sólo con agua, tras las deposiciones y secar bien.

Mejor pautar corticoides nuevos (mometasona, fluticasona) o ahorradores de corticoides (tacrolimus, pimecrolimus).

En caso de duda diagnóstica, existen asociaciones terapéuticas en el mercado que son muy útiles: corticoide + antibiótico (Fucibet, Diprogenta), o corticoide + antifúngico (Betamicoter, Brentan)

INCONTINENCIA FECAL

Pérdida parcial o total de la capacidad para controlar voluntariamente la expulsión de gases y materias fecales.

CLASIFICACIÓN

Total: retención de gas o materia fecal líquido o sólido imposible de contener.

Parcial: puede controlar heces sólidas, pero no gases ni heces líquidas o semilíquidas.

ETIOLOGIA

-Idiopática

- Traumática: Heridas con sección total o parcial del anillo anorrectal, lesión iatrogénica (Hemorroidectomía mal realizada), introducción de cuerpos extraños, coito anal.

-Neurológica: Infecciones, accidentes vasculares, enfermedades desmielinizantes de SNC y médula espinal, uso de laxantes.

-Congénita: Ano imperforado, espina Bífida.

MECANISMO DE LA CONTINENCIA FECAL ESTÁ INTEGRADO POR UNA SERIE DE EVENTOS

Consistencia, Volumen, Velocidad con la que llega al recto, Sensibilidad, Distensibilidad de las paredes del recto, Factores del aparato esfinteriano como lo son los mecanismos que incluyen la integridad muscular y nerviosa.

DIAGNOSTICO

-Historia clínica: Características de las evacuaciones, su número al día, por semana y por mes, la presencia de evacuaciones diarreicas o de grandes escóbalos de consistencia dura

-Exploración física dirigida: Observar la presencia o no de materia fecal, deformidad del ano, cicatrices quirúrgicas previas, excoriaciones.

-Manometría anorrectal: Cuantificar con objetividad y exactitud alteraciones sensoriales o de la distensibilidad rectal

-Estudios de conducción nerviosa: Incluyen la latencia motora terminal de los nervios perineales y pudendos. Una latencia prolongada determina daño en estas estructuras nerviosas.

TRATAMIENTO MÉDICO

Cambios en el hábito intestinal, medicamentos y medidas generales. El tratamiento conservador comprende el manejo intestinal y la retroalimentación anal

-Debilidad esfinteriana: La alimentación debe de ser rica en fibra y eliminar los alimentos que favorezcan la diarrea. Codeína, loperamida, difenoxilato con atropina y, en algunos casos, formadores del bolo

-Escape o escurrimiento de materia fecal: Necesario mantener vacía el ámpula rectal; esto lo podemos lograr mediante el uso de supositorios de glicerina o enemas evacuantes

-Pacientes con lesiones neurológicas (lesión espinal alta o baja): Aprovechar el reflejo gastrocólico y aplicar los enemas antes del desayuno o después del mismo.

-biofeedback: Consiste básicamente en enseñar al paciente a contraer en forma eficaz el esfínter externo y el anillo anorrectal

Tratamiento quirúrgico:

Pacientes serán candidatos a tratamiento quirúrgico:

Mecanismo de producción de la incontinencia, score de incontinencia, edad, examen proctológico, manometría anorrectal, ecografía esfintérica, evaluación neurofisiológica del piso pelviano, evaluación psicológica.

TECNICAS:

Reparación esfintérica, sutura cabo a cabo o por oposición plicatura (anterior, posterior) reparación postanal, superposición, cerclajes, operación de thiersch, transposición muscular, recto interno, glúteo mayor.

ESTREÑIMIENTO

El termino de estreñimiento deriva del latín “stringere” (estrechar o constreñir), Fue citado como tal “ estreñimiento” por primera vez en el año 1490 en el libro universal vocabulario en latín y en romance de Alfonso de Palencia.

El estreñimiento, también llamado constipación (de vientre), se define como la evacuación de heces escasa o infrecuente. Así, se puede decir que una persona sufre estreñimiento cuando disminuye su frecuencia normal de deposiciones.

Dentro de su prevalencia podemos decir que del 15 – 20 % de la población sufre estreñimiento, dentro de la edad pediátrica tiene una alta prevalencia mayor en los que en las niñas, pero esto cambia rotundamente a una relación 3: 1 en la edad adulta siendo la mujeres las mas afectadas, tiene una prevalencia 20- 30% en las personas mayores de 65 años, pero este aumenta en las personas mayores de 75 años hasta un 50%.

FACTORES DE RIESGO

- Envejecimiento
- Depresión
- Inactividad

- Bajos ingresos y bajo nivel educativo
- Polifarmacia
- Abuso físico y sexual
- Sexo femenino

CLASIFICACIÓN

Dentro de su clasificación podemos decir que el estreñimiento se divide en 3 grupos:

-**Transitorio:** El estreñimiento transitorio aparece como resultado de situaciones que alteran los hábitos cotidianos y se revierte cuando se recupera el ritmo de vida habitual.

Algunas causas de este grupo son:

- Cambios en la dieta
- Sedentarismo
- Tratamientos farmacológicos
- Factores psicológicos

-**Crónico:** Es el tipo más frecuente de estreñimiento. Corresponde a un hábito intestinal de largo tiempo de evolución que la persona afectada expresa como que lo sufre «de toda la vida».

Causas:

- Trastornos en el mecanismo de la defecación
- Alteraciones de la motilidad intestinal
- Modificaciones en el tamaño del colon

-**Secundario:** Es mucho menos frecuente que el estreñimiento crónico, pero tiene mayor importancia clínica, pues aparece como síntoma de otra enfermedad.

Dentro de este grupo tenemos:

- Enfermedades del tracto digestivo
- Trastornos metabólicos
- Enfermedades neurológicas o musculares

SÍNTOMAS:

- Distensión abdominal, dolor, malestar
- Naturaleza de las deposiciones
- Movimientos intestinales
- Esfuerzo defecatorio prolongado/excesivo
- Defecación insatisfactoria

DIAGNOSTICO:

Deberá hacerse con una correcta historia clínica y examen físico, una herramienta indispensable para ayudarnos hacer el diagnostico puede ser los criterios de Roma III Escala de heces de bristol.

Criterios generales	Criterios específicos: dos o más presentes
Presencia durante por lo menos 3 meses durante un período de 6 meses	Esfuerzo para defecar
Por lo menos una de cada cuatro defecaciones cumplen con criterios específicos	Materias fecales grumosas o duras
Criterios insuficientes para síndrome de intestino irritable (SII)	Sensación de evacuación incompleta
No hay deposiciones, o deposiciones rara vez disminuidas de consistencia	Sensación de bloqueo u obstrucción anorrectal
	El individuo recurre a maniobras manuales o digitales para facilitar la defecación
	Menos de tres defecaciones por semana



TRATAMIENTO:

Abordaje sintomático

En este lo abarcaremos en 3 pasos:

- 1.- Cambios en el estilo de vida, eliminación de fármacos que causen estreñimiento, administración de fibra
- 2.- Utilización de laxante osmótico (polietilenglicol, lactulosa, lubiprostona).
- 3.- Laxante estimulante / utilización de enemas.

DIETA Y SUPLEMENTOS:

La modificación de la dieta puede consistir en agregar fibras para lograr una dieta rica en fibras (25 g de fibras) y suplementos de líquidos (hasta 1.5–2.0 L/día); puede mejorar la frecuencia de las deposiciones y disminuir la necesidad de laxantes.

Precauciones: En los pacientes con dilatación colónica debe evitarse la suplementación con fibras.

TIPOS DE LAXANTES:

- LAXANTES LUBRICANTES: Actúan como humectantes al disminuir la tensión superficial de las heces.
- ESTIMULANTES DEL TRANSITO: Su acción la produce por estímulo directo sobre las paredes del intestino grueso, en colon. Causan habituación.
- DE VOLUMEN: Sus componentes se hinchan por absorción de agua formando un mucilago
- LAXANTES OSMÓTICOS: Provoca la acidificación del contenido intestinal, lo cual estimula el peristaltismo, por el aumento de osmolaridad, aumenta retención de agua en heces.

Medicamentos: Si falla el abordaje de la dieta, se puede utilizar polietilenglicol (17 g de laxante PEG durante 14 días) o lubiprostona (24 mg dos veces por día) para promover la función intestinal en los pacientes con estreñimiento crónico.

BIBLIOGRAFIA

Manual AEC de PROCTOLOGÍA para Atención Primaria, Asociación Española de Cirujanos (AEC)2014

Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología

Estreñimiento: una perspectiva mundial 2010.

Guía de Buena Práctica Clínica en Geriatría Estreñimiento en el anciano.

Guía de práctica clínica sobre el manejo del estreñimiento crónico en el paciente adulto.

Sociedad Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica