



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Título del trabajo:

Resumen equipo I proctología

Nombre de los alumnos:

**Ricardo de Jesús Aguilar Felipe
Cristian Jonathan Aguilar Ocampo
Eduardo Ernesto Zavala Barco**

Nombre de la asignatura: Clínicas Quirúrgicas

Semestre y grupo: 7mo semestre grupo "A"

Nombre del profesor: Dr. Edgar Martin Guillén Hernández

Lugar y fecha

Comitán de Domínguez, Chiapas a 14 de Octubre de 2020

RECTORRAGIA

Es un signo clínico que se define como la emisión de sangre roja por el ano de forma aislada o junto con las heces. La sangre emitida de forma aislada puede aparecer tanto en el papel higiénico, como directamente en el inodoro. La sangre junto con las heces puede aparecer recubriendo su superficie o mezclada con ellas.

TERMINOS

Hematoquecia: se define como la emisión de sangre rojo – vinoso de forma aislada o junto con las heces.

La melena: es la emisión de sangre por vía anal en forma de heces pastosas de color negro, pegajosas, de aspecto brillante y malolientes debido a la presencia de sangre digerida. Requiere una pérdida > 60ml de sangre y una permanencia en el intestino de 8 horas.

El término **hemorragia digestiva baja** se engloban aquellas pérdidas hemáticas que tienen su origen por debajo del ángulo de Treitz.

Epidemiólogos indican que a lo largo de la vida entre un 22% y un 33% de los individuos presentará rectorragia. De ellos solo el 13 a 45% de ellos consultan al médico.

CAUSAS DE RECTORRAGIA

En la atención primaria las causas más frecuentes son:

- Hemorroides
- Fisura anal
- Inexistencia de causa aparente
- Diverticulosis
- Pólipos
- Cáncer colorrectal
- Enfermedad inflamatoria intestinal

En pacientes > 40 años, aunque el orden de las causas más frecuentes se mantiene, se observa un aumento de los pólipos, el cáncer colorrectal, los divertículos, la colitis isquémica y la angiodisplasia.

CARACTERÍSTICAS DE LA RECTORRAGIA Y DIAGNOSTICO

El médico debe hacer una rápida valoración al paciente que acude por rectorragia, y determinar la gravedad de la misma. Los criterios para derivar al paciente a un servicio de urgencias, previa estabilización en la atención primaria, son:

- Existencia de palidez de piel, sudoración, y frialdad de manos y pies.
- Oliguria
- Mareos
- FC > 120 lpm
- PAS < 100 mmHg

Ello refleja pérdida de volumen sanguíneo mayor al 10 %. Características de rectorragia, síntomas asociados, anamnesis (a través de ella se establece causa y dx). El sangrado anal se asocia con frecuencia a protrusión al hacer deposiciones (tumoración palpable) que se reduce espontáneamente o que el paciente se ve obligado a reducir de forma manual.

La fisura anal puede ser causa de sangrado anal, aunque éste es generalmente de escasa (sangre en el papel higiénico al limpiarse) y no se mezcla con las heces. Habitualmente la salida de sangre por ano se acompaña de dolor intenso durante y después de la defecación que puede durar varias horas.

La presencia de otros síntomas como dolor abdominal, alteración del ritmo deposicional (mayor número y de consistencia más blanda), tenesmo rectal o salida de moco con las deposiciones, sugiere patología colorrectal: cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad diverticular del colon, colitis isquémica. Los pacientes con rectorragia y comorbilidad asociada (alteraciones de la coagulación, cirrosis hepática, insuficiencia renal, polimedicación o fármacos de riesgo, como los anticoagulantes y los antiinflamatorios no esteroideos).

EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS DIAGNOSTICO COMPLEMENTARIAS

La inspección anal permite valorar la existencia de lesiones perianales, fístulas, abscesos, fisuras y/o hemorroides externas. La inspección anal: maniobra de Valsalva, es posible demostrar la presencia de hemorroides internas que protuyen con la misma. El tacto rectal permite descartar la presencia de una tumoración en el canal anal y recto inferior. No permite demostrar la presencia de hemorroides internas, se recurre a otras técnicas. Es muy doloroso. La anoscopia es una técnica que permite el diagnóstico de las enfermedades anorrectales más frecuentes. Es una técnica sencilla, no ocasiona grandes molestias al paciente y no requiere sedación ni preparación previa.

La colonoscopia requiere la preparación del colon con dieta líquida sin residuos los días previos y el uso de laxantes varias horas antes de la exploración. Puede realizarse con sedación profunda (con soporte del anestesista) o con sedación superficial que les mantenga conscientes y les permita colaborar durante el procedimiento.

ESTRATEGIA DIAGNOSTICA

- < 50 años con rectorragia sin repercusión hemodinámica que presente lesión ano – rectal, que justifique el sangrado pueden ser evaluados y tratados de la misma. Si no mejora el sangrado se realizará exploración completa de todo el colon.
- > 50 años con rectorragia, sin repercusión hemodinámica, con sangrado compatible con patología anal benigna (sangre al limpiarse o mínimas gotas de sangre al final de la deposición con quemazón, picor y/o dolor anal), y que presenten una lesión anorectal (por ejemplo, hemorroides sangrantes o una fisura anal) que justifique el sangrado se recomienda la evaluación y tratamiento de dicha lesión.

Si no se encuentra ninguna lesión aparente en la anoscopia se ha de solicitar la práctica de una colonoscopia o derivar al paciente al especialista para su realización, independientemente de la edad del paciente.

Cuando un paciente presenta síntomas o signos que indican una posible neoplasia (dolor abdominal, alteración del ritmo deposicional) debe ser derivado o enviado para realizar una exploración completa de todo el colon. Independientemente de la edad los pacientes que presenten a la exploración.

En los pacientes que consultan por rectorragia, con historia familiar o personal de cáncer colorrectal, con independencia de la edad, se recomienda realizar una exploración completa del colon.

DOLOR ANAL

El dolor anal alcanza aproximadamente el 50% de los motivos de consulta en Proctología, bien como síntoma acompañante de cualquiera de las numerosas alteraciones y enfermedades de la zona, o bien como razón única y fundamental, sin que el paciente haya objetivado ninguna otra anomalía. Será por tanto necesario por parte del médico efectuar el diagnóstico de la causa de ese dolor, partiendo de la base de que NO todo lo que duele a nivel anal son hemorroides Como en pocos otros procesos de la patología, adquieren trascendental importancia la ANAMNESIS, mediante la que se recogerán las principales características y

peculiaridades, algunas de ellas diagnósticas, y la EXPLORACIÓN, por la accesibilidad de la zona afectada

ANAMNESIS

En el problema que nos ocupa adquiere unas consideraciones especiales. El ano es la única parte del organismo que el paciente no comenta con orgullo; lo hace con evidente pudor, a veces sentimiento vergonzante y no pocas veces con temor al dolor físico que se le pueda ocasionar durante la exploración. La anamnesis deberá ser detenida, dejando al paciente que exprese todos sus síntomas con libertad, tal como él lo vive; tal como él lo siente. Es trascendental no solo lo que cuenta, sino cómo lo cuenta; podremos captar que lo transmite con tranquilidad, de forma relajada y objetiva o podremos apreciar que “el dolor” constituye para él una verdadera “enfermedad”

Una vez que ha referido de manera libre y espontánea “su dolor”, se profundizará o matizará sobre los siguientes aspectos:

Localización: Perianal, ano propiamente dicho o más profundo en conducto anal, difuso o referido a un punto concreto

Tipo de dolor: Constante, pulsátil, sensación de quemazón, escozor, agudo.

Factores desencadenantes: Deposición, expulsión de gases, consistencia de las heces, relacionado con algún tipo de bebida o alimento...

Situación en la que se presenta: Sentado, tendido, bipedestación, diurno, nocturno...

Frecuencia de aparición y duración: Agudo, intermitente, permanente...

Otros datos acompañantes: Presencia de bultos a nivel anal, sangre, moco, pus...

Como se puede apreciar, son numerosas las peculiaridades y características que se deben precisar sobre un dolor anal, lo que sugerirá con un alto grado de sospecha el problema que lo está originando. Cuando el dolor se desencadena durante la deposición, sobre todo en casos de estreñimiento, puede sospecharse una lesión inflamatoria del conducto anal. Si el dolor, de mayor o menor intensidad, se inicia en el momento de la deposición y se exagera posteriormente, manteniéndose incluso durante horas, se debe sospechar una fisura anal o lesiones anales que originen un espasmo o contractura del Esfínter Interno. Ante un dolor permanente, de incremento paulatino durante las últimas horas, pulsátil y, sobre todo, si origina fiebre, se debe sospechar la existencia de un absceso. La irradiación del dolor y posibles alteraciones funcionales como retención urinaria orientará sobre su ubicación

Por otra parte se admite, de forma más o menos generalizada, que presentan dos aspectos comunes:

Síndrome doloroso constante, caracterizado por un horario caprichoso, generalmente independiente de la defecación, localización mal definida e intensidad variable. Existencia de un sustrato psíquico muy frecuente, reflejando una gran inestabilidad emocional y llegando en ocasiones a la neurosis.

Proctalgia "fugax": Se trata de una entidad clínica perfectamente definida, caracterizada por la aparición brusca, generalmente nocturna, de un dolor intenso que despierta al sujeto, con sensación de calambre, contractura, espasmo o pinchazo referido a nivel de canal anal, más o menos irradiado y desde segundos a unos minutos de duración; a veces acompañado de manifestaciones neurovegetativas. Suele cesar de forma brusca, como empezó.

Coccigodinia de forma rectal: Dolor difícil de definir, de localización intrarrectal profunda, irradiado hacia la región sacrococcígea, de aparición variable y manifestada con sensación de quemazón, de mayor o menor intensidad, o pesadez, sorda y soportable; sobreviene sin causa aparente, aunque suelen estar bastante relacionadas con la sedestación. Más frecuente en la mujer, entre 40 y 60 años.

Neuralgias anorrectales esenciales: Perfectamente diferenciable de los cuadros previos: Puede aparecer a cualquier hora del día; no relacionado con la marcha, esfuerzos, sedestación o defecación. La localización puede ser superficial, profunda, anal o perineal; irradiado a región sacra, periné, nalgas y muslos; con una duración de horas o días y de una intensidad moderada a terrorífica. La anamnesis detenida nos hará sospechar la posible causa del dolor o, por el contrario, la naturaleza neurálgica. Si es así, consideramos recomendable advertirlo al paciente como paso previo a la exploración, para que conozca que "su cuadro existe"; que existen dolores anales sin que seamos capaces de objetivar la causa.

EXPLORACIÓN

Mediante una correcta iluminación y delicada separación de las nalgas, se comenzará una meticulosa inspección de piel perianal y márgenes del ano, lo que ya puede evidenciar datos patológicos. En caso contrario, se procederá a separación de los márgenes anales para revisar anodermo, hasta donde sea posible de conducto anal, en función de una mayor o menor contracción o espasmo esfinteriano.

Inspección: Lesiones Cutáneas, Cambios de coloración, Masas, Etc.

Valorar tono del esfínter

La palpación perianal recogerá posibles puntos de desencadenamiento de dolor y zonas de induración o abultamiento que no se hayan objetivado mediante la inspección. Una exploración neurológica del plexo lumbosacro es preceptiva, así como urológica en el varón y vaginal en la mujer

PRUEBAS

Endoscopia: Si no se ha realizado anoscopia y rectoscopia en consulta. La colonoscopia no suele ser necesaria para valorar un dolor anal aunque sí para descartar otra patología en determinados casos.

Ecografía Endorrectal y Endoanal: Para confirmar o descartar abscesos o colecciones de pequeño tamaño o de localización atípica. Valorar posible hipertrofia del Esfínter Interno o miopatía hipertrófica como causa de dolor es otra indicación.

Manometría Ano-rectal: De trascendental importancia para confirmar hipertonía secundaria al dolor anal. Existen proctalgiyas intensas con hipotonía esfinteriana, lo que condicionará el tratamiento.

RMI: Para descartar sepsis de localización excepcional y otras anomalías y lesiones medulares o de raíces nerviosas.

EMG, para detectar anomalías del nervio pudiendo. No muy utilizada

TRATAMIENTO

El tratamiento del dolor anal, lógicamente, será el del proceso que lo origina: Trombosis /prolapso hemorroidal, fisura anal, proctitis, papilitis, prostatitis, abscesos, estenosis anal, tal como se estudiará en el capítulo correspondiente de esta monografía. Proctalgia "fugas": No obstante, los baños de agua templada, inhalación de nitrito de amilo y salbutamol o nitroglicerina sublingual parece que proporcionan buenos resultados. Coccigodina: se han utilizado multitud de opciones terapéuticas: Analgésicos, antiinflamatorios, Vitamina B1-B6-B12, inyecciones de anestésicos locales +/- corticoides a nivel de la interlínea sacro-coccígea, ansiolíticos...

HEMORROIDES

Las hemorroides son la enfermedad ano-rectal más frecuente, de tal manera que hasta el 50% de las personas mayores de 50 años las han presentado en algún grado. En cambio, son poco frecuentes hasta los 30 años, excepto en mujeres embarazadas y puérperas.

DEFINICIÓN:

La enfermedad hemorroidal se define como la dilatación de los paquetes hemorroidales localizados en la parte terminal del recto, conducto anal y ano. Con la distensión de las anastomosis arteriovenosas por el deterioro, existe destrucción de los sistemas de fijación del tejido conjuntivo y el consecuente desplazamiento de los cojinetes.

Hay situaciones en las que puede aparecer de forma aguda:

Trombosis hemorroidal externa. Se produce por la formación de coágulos en el plexo hemorroidal externo. Generalmente, el paciente refiere dolor importante durante los 2-3 primeros días del cuadro, que luego va disminuyendo de intensidad. El paciente percibe en la zona del ano un bulto, más o menos duro. Durante la exploración, suele observarse una tumoración indurada que duele al tocarla y es de color azulado violáceo.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Prurito anal: debido al prolapso de la mucosa rectal, que aumenta la producción de moco, causando irritación de la piel perianal.

Dolor: no es un síntoma habitual. Cuando el paciente refiere dolor, habitualmente suele ser debido a una crisis hemorroidal aguda o a otra patología asociada (fisura anal, absceso, etc.).

Rectorragia: generalmente indolora, es el síntoma más frecuente. Cuando el sangrado es prolongado, puede producir una anemia con su sintomatología característica (palidez, astenia, mareo, etc.).

Prolapso: es el segundo síntoma en orden de frecuencia. Suele relacionarse con la defecación. Inicialmente es transitorio, y suele reducirse solo, pero con el tiempo puede empeorar y hacerse permanente e irreductible.

CLASIFICACIÓN:

La clasificación de las hemorroides es útil para ayudar en la elección de tratamientos.

Las hemorroides se clasifican en función de su localización y el grado de prolapso:

Hemorroides Internas: derivan del plexo hemorroidal interno, situado por encima de la línea dentada, están recubiertas de mucosa rectal (con un bajo número de fibras nerviosas sensitivas). Drenan al sistema porta.

Hemorroides Externas: derivan del plexo hemorroidal externo, recubiertas de piel perianal, muy rica en fibras sensitivas. Drenan al sistema cava.

Clasifican en 4 grados, dependiendo del prolapso:

Grado I: el tejido hemorroidal interno está simplemente agrandado y no prolapsa en ningún momento.

Grado II: las hemorroides se prolapsan por el canal anal durante el esfuerzo defecatorio y se reducen espontáneamente.

Grado III: son las que se prolapsan al defecar o de forma espontánea. En este caso, la reducción de las hemorroides tiene que ser manual.

Grado IV: son aquellas hemorroides que se encuentran prolapsadas permanentemente y no pueden reducirse.

DIAGNÓSTICO:

Historia clínica precisa y un examen clínico cuidadoso.

La historia clínica debe incluir una descripción de los síntomas, e información de los hábitos deposicionales del paciente (frecuencia, consistencia, tamaño, etc.).

Tras la historia clínica, se debe explorar al paciente en una camilla en decúbito lateral izquierdo, o bien de rodillas en posición genupectoral.

TRATAMIENTO:

El objetivo del tratamiento de las hemorroides es la mejoría o la resolución de los síntomas, que unas veces se podrá realizar mediante un tratamiento médico, otras necesitará un tratamiento ambulatorio instrumental y, en casos avanzados, requerirá una intervención quirúrgica.

Medidas higiénico-dietéticas: Dieta rica en fibra junto con ingesta abundante de agua, Dieta exenta de especias, principalmente las picantes, ya que pueden producir una irritación a nivel del canal anal, Baños de asiento: se indican más en episodios agudos lo ideal es que se utilice agua templada, más bien caliente, y sin permanecer mucho tiempo.

Farmacológico:

Medicamentos tópicos: Se emplean más en episodios agudos reducen el edema y la inflamación.

Medicamentos orales: Agentes formadores de masa fecal: los más utilizados son: salvado, Psyllium, Plantago ovata, semillas de lino y metilcelulosa.

Laxantes: sólo deben utilizarse si con las anteriores medidas no conseguimos facilitar la deposición.

Venotónicos: especialmente cuando el sangrado es la manifestación principal.

Las hemorroides que pueden tratarse generalmente mediante estas medidas son las de grado I y II. Si este tratamiento inicial falla y el paciente sigue presentando síntomas, prolapso o anemia debido al sangrado se debe derivar al cirujano para valorar otros tratamientos.

Tratamiento ambulatorio instrumental: El objetivo fundamental de estos tratamientos es producir una cicatriz que fije e impida el deslizamiento hacia el exterior de las hemorroides. Los métodos más empleados son la esclerosis, la ligadura con bandas elásticas y la coagulación con infrarrojos, aunque existen otros menos frecuentes, como el láser, la crioterapia y la diatermia bipolar, entre otros.

Las hemorroides que pueden tratarse mediante estos métodos son las de grado I, II y algunas de grado III.

Cirugía: Se recomienda en general en hemorroides de grado III y IV, o en aquellos de menor grado en que ha fracasado el tratamiento médico y son muy sintomáticas.

Cirugía mayor: hemorroidectomía excisional abierta (Milligan Morgan) o técnica cerrada (Ferguson). Hemorroidopexia con grapas, ligadura hemorroidal arterial.

Esto en grados IV y V

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS:

Rull Ortuño AR. Patología ano rectal benigna. JANO 2007.

Manual AEC de proctología para atención primaria. J.Rodriguez.2014.