



**Universidad del Sureste**

**Escuela de Medicina**

**Título del trabajo:**

**“RESUMEN DE CIRUGIA”**

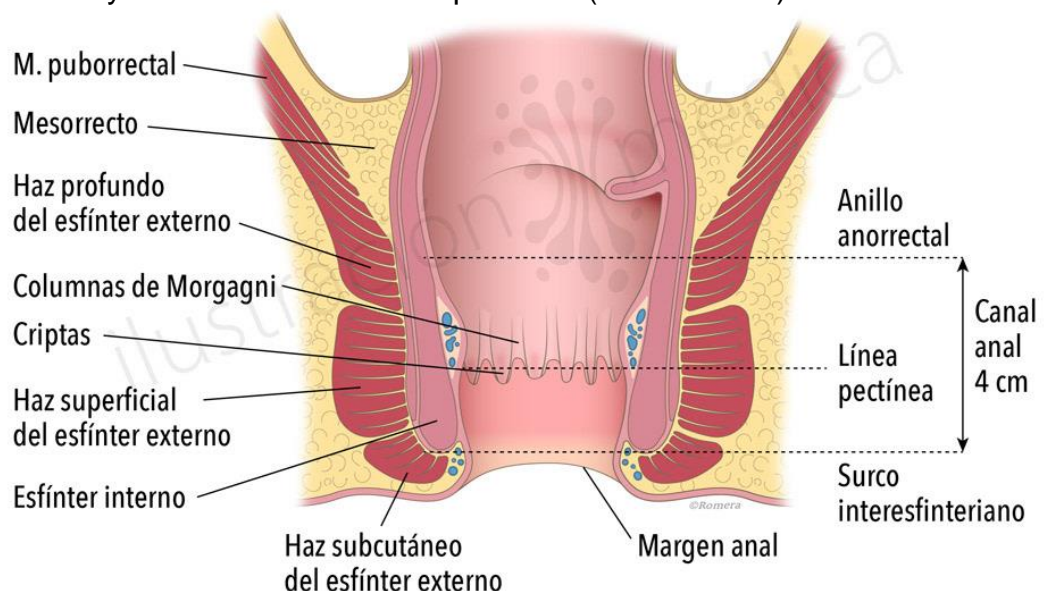
**Nombre del alumno: Alondra Nancy Marili Flores Velázquez**

**Nombre de la asignatura: Clínicas Quirúrgicas Complementarias**

**Nombre del profesor: Dr. Edgar Martin Guillen Hernández**

## ANATOMIA CANAL ANAL

- ✚ El canal (conducto) anal comienza a nivel de la unión ano rectal, tiene un trayecto de 3-4 cm y termina en el ano. La unión ano rectal está ubicada aproximadamente por debajo de la punta del cóccix y por encima de las columnas anales.
- ✚ En la capa mucosa del canal anal se pueden ver, por anos copia, las siguientes estructuras: las columnas anales, los senos anales, las válvulas anales, la zona de transición, la línea pectínea, el pecten anal, y la línea ano cutánea.
- ✚ En la capa muscular, a nivel del canal anal encontramos los músculos esfínter anal interno y externo.
- ✚ El esfínter anal interno forma un anillo grueso de aproximadamente 1-2 cm de altura a nivel de la capa muscular circular que rodea el ano. Está compuesto por las siguientes porciones: porción profunda, completamente circular de 3-4 cm de alto; porción superficial, conformada por fibras musculares que se extienden desde el cuerpo perineal hasta el ligamento anococcígeo y el cóccix, y la porción subcutánea, formada por células musculares lisas que se insertan en la dermis y en el ano, por debajo del esfínter anal interno.
- ✚ El esfínter anal externo está irrigado por las arterias rectales inferior y media, y drena la sangre venosa a través del plexo venoso perirrectal y las venas rectales inferior y media
- ✚ La inervación de este músculo proviene del nervio esfinteriano medio (3º y 4º nervio sacro), del nervio pudendo a través del nervio esfinteriano anterior y del nervio esfinteriano posterior (4ª raíz sacra)



## HISTORIA CLINICA ANO-RECTO

- ✚ Las enfermedades ano-rectales son una causa frecuente de consulta en Atención Primaria
- ✚ El diagnóstico diferencial de las diferentes patologías que afectan a la región ano-rectal precisa de una buena anamnesis
- ✚ 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.

CARECTERISTICAS	HISTORIA CLINICA
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 (EII), tratamiento anticoagulante o antiagregante, enfermedades neurológicas, tratamiento de patología psiquiátrica.
Cirugía ano-rectal	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
<b>SINTOMAS HABITUALES EN</b>	<b>LA PATOLOGIA ANO-RECTAL</b>
Rectorragia / Hematoquesia	Emisión de sangre roja por el ano y debe distinguirse de las melenas, deposiciones negras y pastosas de sangre ya digerida. La rectorragia puede ser aguda, masiva o moderada o bien crónica, de pequeña cuantía, pero mantenida en el tiempo.
Dolor / Proctalgia	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.
Emision de secreciones por ano	Secreción acuosa (adenoma vellosa 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

	<p>infecciosos bacterianos que afecten a tramos distales del colon) o escapes/ensuciamientos de heces en pacientes con incontinencia anal.</p>
<p><b>Tumoraciones o masas ano-recto</b></p>	<p>identificar induraciones perianales dolorosas (abscesos, hidrosadenitis perianal) o bien induraciones en área sacro-coccígea (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)</p>
<p><b>Alteracion del ritmo intestinal</b></p>	<p>Con presencia de diarrea (aumento de volumen de las heces, de menor consistencia y mayor frecuencia deposicional) o estreñimiento</p>
<p><b>Tenesmo rectal</b></p>	<p>necesidad persistente de hacer deposición, incluso tras una defecación en principio satisfactoria</p>
<p><b>Prolapso</b></p>	<p>Descenso del recto o de alguna estructura dependiente del mismo a través del ano</p>

## **EXPLORACION FISICA ANO-RECTO**

Dentro de la exploración semiológica tiene características muy singulares: requiere asistencia de enfermería, camillas, guantes, lubricantes, apósitos, adecuada iluminación. Y por otro lado resulta ser vergonzoso, doloroso y molesto para el paciente dicho procedimiento, así que como médicos debemos generar esa confianza con el paciente para evitar incomodidades. Explicar que lo que realizaremos y de la misma manera pedir su consentimiento para no tener problemas médicos-legales.

1.- Se recomienda explorar al pcte en **posición de SIMS** (decúbito lateral izquierdo, piernas flexionadas hacia el abdomen, en diagonal sobre la mesa, exponer ano y periné)

NOTA→La localización de de la patología se describe según su ubicación anatomía (anterior-posterior-derecho-izquierdo).

### **2.- Inspección anal:**

>Separación cuidadosa de ambas nalgas

>Observar región perianal, anal, genital y sacro coccígea.

>Buscar datos→ secreciones anormales, colgajos cutáneos, foliculitis perianal, hemorroides, fisuras, fistulas, prolapso mucosa rectal, tumoraciones, úlceras, lesiones cutáneas.}

>Pedir al pcte que puje o realice maniobra defecatoria → para valorar prolapso, secreciones o escapes que indiquen problemas funcionales de esfínteres.

### **3.- Palpación Perianal**

-Identificamos puntos dolorosos

-Identificar induraciones

-Identificar tumores o trayectos fistulosos

### **EXAMEN DIGITAL DEL RECTO (TACTO RECTAL)**

>Se realiza para identificar puntos dolorosos, masas, abscesos y comprobar tono esfinteriano.

>Realizar con sumo cuidado → guantes, lubricantes, y explicar todo lo que se realizará al pcte.

a)Dedo índice enguantado y lubricado:

-Se introduce con presión suave y constante mientras se evalúa tono y calibre

-Se Buscará áreas de dolor, induraciones, orificios fistulosos, crecimiento tumoral o masas.

-Pedir al pcte que puje para evaluar tono.

-Evaluar estructuras adyacentes (próstata y tabique recto vaginal)

-Al retirar el guante el dedo debe buscarse en el guante presencia de sangre, moco o pus.

### **FUENTES BIBLIOGRAFICAS**

Manuel AEC de proctología para Atención Primaria, Ramos Rodríguez José;  
Ciga Lozano Miguel Ángel “Historia clínica ano-recto”

Libro de anatomía MOORE 7ma edición, Keith L. Moore; Arthur F. Dailey; Anne  
M.R. Agur “Anatomía del canal anal”