

Hemorreidectomía y Fistulectomía

11/09/2020

Hemorroides

1

Son dilataciones a modo de nódulos varicosos de las venas del plexo hemorroidal. El plexo hemorroidal se encuentra situado a nivel del canal anal, normalmente se habla de hemorroides cuando estas venas se dilatan convirtiéndose en varicosidades, que posteriormente se recubren de epitelio escamoso modificado. Estas dilataciones pueden protuir o trombosarse, causando dolor, o pueden ulcerarse, produciendo sangrado.

Clasificaciones:

Hemorroides internas

Derivan el plexo hemorroidal interno, situado por encima de la línea dentada, estas recubiertas de mucosa rectal. Drenan al sistema porta.

Hemorroides externas

Derivan del plexo hemorroidal externo, recubiertas de piel perianal, muy rica en fibras sensitivas. Drenan el sistema cava.

Mixtas

Cuando coexisten ambos tipos

Grado
1

No descienden nunca por debajo de la línea dentada, sin protusión a la defecación o ante esfuerzos y con sangramiento escaso



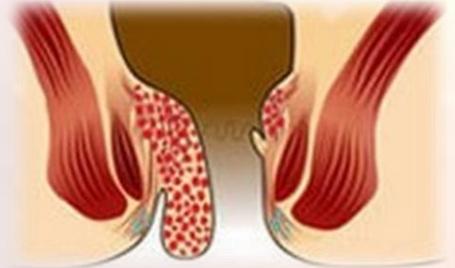
Grado
II

Se prolapsan por el canal anal durante el esfuerzo defecatorio y desaparecen al terminar el esfuerzo con presencia de sangrado



Grado
III

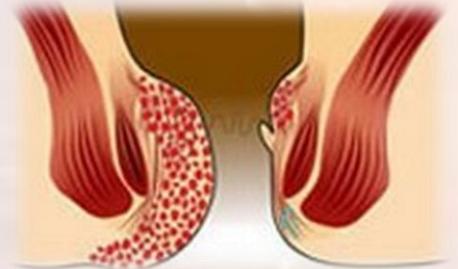
Se prolapsan durante el esfuerzo y solo se reducen con maniobras de reducción digital con presencia de sangrado



2

Grado
IV

El prolapso se mantiene de forma continua, o se reproduce rápidamente tras la reducción



Hemorroidectomía con la técnica de Mitchell modificada

Paciente en posición de litotomía, bajo anestesia regional (espinal), seguido de la introducción del anoscopio de Fansler, identificación del plexo a reseca, se toma el plexo hemorroidal externo con pinza y se talla un colgajo de piel que lo incluye, hasta la línea pectínea. Hemostasia de la zona con electrobisturí. Con pinza recta se toma el plexo hemorroidal interno en forma longitudinal.



Se pasa un punto de material absorbible, por ejemplo poligecaprone (Monocryl), en el extremo de la pinza y se anuda.

KAREN YURENNI MARTÍNEZ SÁNCHEZ



Se resecan los plexos venosos por encima de la pinza.



Se realiza una sutura corrida por sobre la pinza hasta la línea pectínea, retirando posteriormente la pinza, tensando la sutura y anudando en el extremo. La piel se sutura con puntos intradérmicos del mismo material y hemostasia por compresión (gasas-gelita).

Fistulectomía

La fistulectomía es la escisión de la fístula con el objeto de ponerla a plano y que pueda cicatrizar libremente. Y por último, la colocación de sedales consiste en la introducción de hilos de seda u otros materiales en el trayecto de la fístula (desde el orificio interno al externo) con el fin de que controlemos su drenaje y limpieza mientras el tratamiento médico permite el cierre de la misma. La decisión para realizar una fistulectomía o colocación de sedales se basará fundamentalmente en la presencia o ausencia de inflamación rectal.

4

Síntomas o señales de una fístula anal:

- Casi todas las fistulas anales resultan de una infección que se origina en una cripta.
- Abscesos anales recurrentes
- Dolor e hinchazón alrededor del ano.
- Dolor cuando se defeca
- Hemorragia
- Secreción con sangre o con mal olor (pus) de una apertura alrededor del ano. El dolor puede disminuir una vez que la fístula se drena.
- Irritación de la piel alrededor del ano debido a las secreciones constantes.

Las fístulas tienden a aparecer con la enfermedad de Crohn ya que el tipo de inflamación común en esta patología puede extenderse a través de todo el grosor de la pared intestinal. Cuando sucede, puede causar pequeñas fugas y también la formación de abscesos. Si se desarrolla un absceso, puede crear un agujero con posibilidad de acabar convirtiéndose en un pasaje o canal que une una parte del intestino con otra parte del cuerpo. Si el absceso estalla, el pus puede drenar, pero el pasaje o canal puede permanecer como una fístula. Las fístulas son mucho más raras en la colitis ulcerosa porque la inflamación en la enfermedad se esparce a través de todo el espesor del intestino.

Aunque las causas no se entienden completamente, los estudios han sugerido que ciertos genes y las bacterias intestinales pueden jugar un papel en el desarrollo de fístulas y que fibroblastos (células involucradas en la curación) pueden no funcionar como deberían en personas con enfermedad de Crohn.

Fistulas anales. El primer signo puede ser una hinchazón sensible o un bulto en el área circundante al ano, seguido de dolor e irritación que empeora al sentarse, moverse, defecar o toser. Por la abertura de la fístula se puede dar una secreción de pus, heces o sangre.

Fistulas vesicales. Los síntomas incluyen la expulsión de aire, pus o heces en la orina, y más raramente fuga de orina por el recto. También se puede experimentar una necesidad frecuente de orinar e infecciones urinarias.

Fistulas del intestino a la piel (enterocutaneas). Los síntomas incluyen filtraciones desde el intestino a través de la piel, lo que puede conducir a la deshidratación, diarrea, desnutrición y desequilibrios de electrolitos (incluyendo cambios en los niveles de sodio, potasio, calcio y magnesio).

Fistulas intestinales (enteroentericas o enterocolicas). Los síntomas dependen de la extensión del intestino afectado y la ubicación de los dos extremos de la fístula. Donde sólo un segmento corto del intestino es desviado por la fístula, las personas pueden tener sin síntomas, pero cuando se trata de un segmento grande, las personas pueden experimentar diarrea, problemas de absorción de nutrientes y deshidratación.

Se identifica la apertura inicial de la fistula, se introduce en incisión inicial el estilete para localización del trayecto de la fístula, revisión y hemostasia de vasos sangrantes. Se hace tracción en los bordes en los bordes internos de la herida quirúrgica y se frota la base del trayecto con gasa con trama, y sutura alrededor de esta, se hace una revisión y hemostasia de vasos sangrantes, se eliminan las ganulaciones de la fistula, si la fistula es profunda se repiten los primeros 3 procesos, proceder con la introducción de estilete suavemente e identifica la dirección exacta y se introduce cuidadosamente lo más profundo el estilete, identificando la secuencia y profundidad de la fistula, se vuelve a incidir trayecto de la fistula, se frota la base

del trayecto localizado con gasa, se va eliminando el tejido de granulación y se termina el procedimiento con la limpieza del área.



Bibliografías:

- <chromeextension://cbnaodkpfinfiiipjblikofhlhlcickei/src/pdfviewer/web/viewer.html?file=http://revistas.uach.cl/pdf/cuadcir/v18n1/art05.pdf>
- <chromeextension://cbnaodkpfinfiiipjblikofhlhlcickei/src/pdfviewer/web/viewer.html?file=https://files.sld.cu/coloproctologia/files/2009/11/hemorroides1.pdf>
- <chromeextension://cbnaodkpfinfiiipjblikofhlhlcickei/src/pdfviewer/web/viewer.html?file=http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v47n1/cir17108.pdf>
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082007000700012
- <https://accuesp.com/las-fistulas>