



Medicina humana

Clínica quirúrgicas complementarias
"Hemorroidectomía Y Fistulectomía"
1er Parcial (Séptimo semestre) 11
de Septiembre del 2020

Doctor Alfredo López López

Alumna Citlali Guadalupe Pérez Morales

Hemorroides

El tejido hemorroidario es un complejo de tejido vascular y conjuntivo esencial en la anatomía y función normal del recto distal y del conducto anal. Este tejido y sus plexos venosos están organizados en cojines que se originan por encima de la línea dentada y se alinean con la mucosa transicional del recto; están dispuestos en las porciones anterolaterales y circundantes del conducto anal. Protegen al esfínter durante la defecación y permiten el cierre completo del ano durante el reposo.

Cuando el componente vascular de este tejido se ingurgita en forma anormal, se producen dilataciones venosas permanentes que se conocen como hemorroides. Esta patología es muy común y se caracteriza por los síntomas molestos que producen. Existen numerosas teorías para explicar su formación en las que sin duda el determinante es el incremento de la presión intraabdominal, en diversas circunstancias normales y patológicas como pueden ser el esfuerzo durante la defecación difícil, embarazo, obesidad, ascitis, bipedestación prolongada, sedentarismo, algunas ocupaciones, etcétera.

Clasificación

Se clasifican en:

- a) hemorroides internas cuando se localizan por encima de la cresta pectínea y están cubiertas por la mucosa rectal
- b) hemorroides externas que son complejos vasculares subyacentes al anodermo.

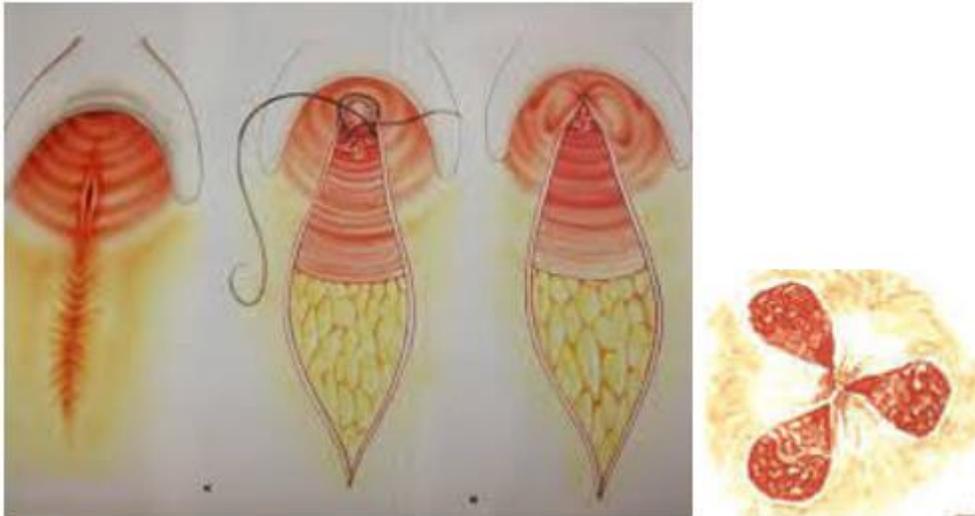
Esta clasificación obedece a que estas variedades tienen a menudo manifestaciones y tratamiento diferentes. Las hemorroides internas se clasifican en cuatro grados:

1. La de primer grado se manifiesta por sangrado pero no se prolapsa ni hace protrusión.
2. En el segundo grado sangran y se prolapsan a través del ano pero se reducen de manera espontánea.

3. Las de tercer grado sangran, se prolapsan y se deben reducir manualmente.
4. Las de cuarto grado sobresalen a través del ano y no se pueden reducir. Las hemorroides externas, que son siempre evidentes por estar fuera del margen externo del ano, tienen revestimiento de epitelio escamoso y la formación de trombos en su interior causa inflamación y dolor.



Hemorroidectomía



Objetivo quirúrgico

La hemorroides se extirpa para manejar el dolor y para evitar el sangrado y la infección.

Se han descrito varios procedimientos quirúrgicos para resección electiva de las hemorroides sintomáticas. Todos se basan en una disminución del flujo sanguíneo a los plexos hemorroidales y extirpación del anodermo y mucosa redundantes:

1. Hemorroidectomía submucosa cerrada.
2. Hemorroidectomía abierta.
3. Hemorroidectomía de Whitehead.
4. Hemorroidectomía con engrapadora.

Es un tratamiento reservado para las hemorroides de tercer y cuarto grados. Se puede hacer por resección quirúrgica de los paquetes venosos o la hemorroidectomía engrapada.

Patología

Los plexos arteriovenosos del canal anal pueden congestionarse o distenderse causando dolor, sangrado y prolapso fuera del canal. La distensión vascular a menudo está causada por embarazos u obesidad. La predisposición genética también puede influir en ciertos individuos. Las personas con trabajos que requieren estar mucho tiempo sentados o parados también tienen riesgo de hemorroides sintomáticas. Las hemorroides estadio IV permanecen fuera del canal causando sangrado frecuente y dolor. Estas se tratan quirúrgicamente.

Descripción

Las hemorroidectomías se realizan con los siguientes métodos:

- Ligadura con banda elástica para comprimir y achicar la vena.
- Tratamiento laser.
- Resección con bisturí ultrasónico.

Estos procedimientos pueden realizarse con el paciente ambulatorio y anestesia local; muy pocos casos requieren internación. La aplicación de bandas elásticas (O rings) es actualmente el método más usado. El paciente se coloca en decúbito prono o en posición de litotomía. Las nalgas se aseguran con cintas o esparadrapos para exponer el ano, el cual se dilata para permitir el acceso a la base de las hemorroides.

Se toma cada hemorroide con un ligador de McGivney o dispositivo similar, el cual descarga bandas de Silastic sobre la vena. No se coloca curaciones.



Complicaciones de la hemorroidectomía

1. Dolor posoperatorio. Después de la hemorroidectomía excisional puede haber dolor intenso y se requiere analgesia con narcóticos orales, fármacos antiinflamatorios no esteroides, relajantes musculares, analgésicos tópicos y baños de asiento.
2. Retención urinaria. En 10 a 50% de los pacientes ocurre retención urinaria después de la hemorroidectomía. El riesgo de este trastorno puede minimizarse al limitar los líquidos intravenosos en el intraoperatorio y el perioperatorio y proporcionar analgesia adecuada.
3. Impacción fecal. Es posible disminuir el riesgo de impacción mediante enemas preoperatorias o preparación mecánica limitada del intestino, uso extendido de laxantes después de la intervención y control adecuado del dolor.
4. Hemorragia. Después de la hemorroidectomía puede ocurrir una hemorragia masiva. Es posible que se presente en el posoperatorio inmediato (con frecuencia en la sala de recuperación) como resultado de la ligadura inadecuada del pedículo vascular y obliga a regresar con urgencia al quirófano. La hemorragia también puede ocurrir siete a 10 días después de la hemorroidectomía cuando se esfacela la mucosa necrótica que recubre al pedículo vascular. Aunque algunos de estos pacientes pueden observarse con seguridad, otros exigen un examen bajo anestesia para ligar el vaso con

hemorragia o sobresaturar las heridas si no se identifica un sitio específico de sangrado.

5. Infección. En raras ocasiones se presenta una infección después de la hemorroidectomía; empero, puede ocurrir una infección necrosante considerable de tejido blando con consecuencias devastadoras. El dolor intenso, fiebre y retención urinaria pueden ser los primeros signos de una infección grave. Si se sospecha, se requieren examen inmediato bajo anestesia, drenaje del absceso, desbridamiento de todo el tejido necrótico, o todo ello.
6. Secuelas a largo plazo.
 - a) Incontinencia (por lo general transitoria).
 - b) Estenosis anal.
 - c) Ectropión (deformación de Whitehead).

Fístula anal

El drenaje de un absceso anorrectal remite en alrededor de 50% de los pacientes. La mitad restante desarrolla una fístula anal persistente, que suele originarse en la cripta infectada (abertura interna) y seguir hacia la abertura externa. Muchas veces es posible predecir el trayecto de la fístula por la anatomía del absceso previo.

Las fístulas se clasifican con base en su relación con el complejo del esfínter anal y las opciones terapéuticas dependen de estas clasificaciones.

1. **Fístula interesfintérica.** Sigue un trayecto a través del esfínter interno distal hasta una abertura externa cerca del margen anal; por lo regular se trata mediante fistulotomía (abertura del trayecto fistuloso), raspado y cicatrización por segunda intención.
2. **Fístula transesfintérica.** Resulta de un absceso isquiorrectal y se extiende a través de los esfínteres interno y externo. Las fístulas “en herradura” suelen tener una abertura interna en la línea media posterior y extenderse hacia delante y hacia los lados hasta uno o ambos espacios isquiorrectales a través del espacio posanal profundo. Las fístulas que incluyen menos de 30% de los músculos esfínteres se tratan mediante esfínterotomía. Las fístulas

transesfintéricas altas, que circundan una cantidad mayor de músculo, se tratan con mayor seguridad mediante la colocación inicial de un setón (sedal).

3. **Fístula supraesfintérica.** Se origina en el plano interesfintérico y sigue hacia arriba y alrededor de todo el esfínter externo; las más de las veces se trata con un setón.
4. **Fístula extraesfintérica.** Surge en la pared rectal y avanza alrededor de ambos esfínteres para salir de forma lateral, casi siempre en la fosa isquiorrectal. El tratamiento depende de la anatomía de la fístula y su causa. En general, debe abrirse y se drena la porción de la fístula fuera del esfínter. También debe abrirse, si existe, un trayecto primario en la línea dentada. Las fístulas complejas con múltiples trayectos exigen numerosos procedimientos para controlar la sepsis y facilitar la cicatrización. Es útil el uso de drenes y setones.
5. **Fístula compleja,** sin cicatrización. Se trata de fístulas complejas o que no cicatrizan, o ambas cosas; pueden deberse a enfermedad de Crohn, afección maligna, proctitis por radiación o una infección infrecuente. En todos estos casos debe indicarse una proctoscopia para valorar la salud de la mucosa rectal. Es necesario tomar biopsias del trayecto de la fístula para descartar una afección maligna.

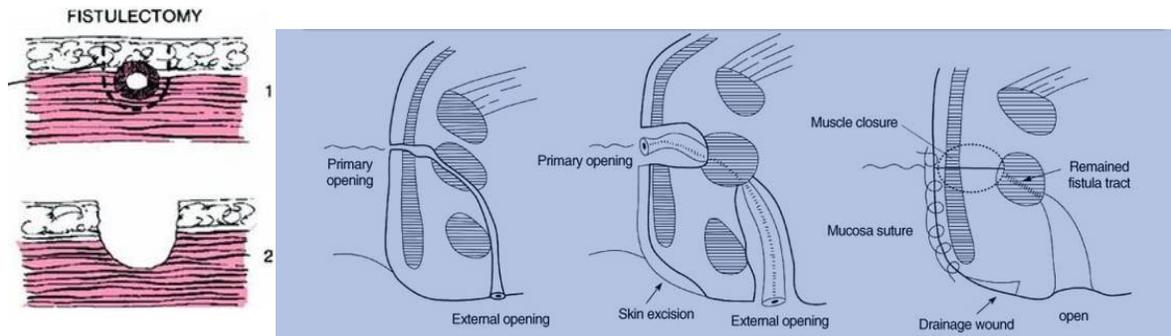
Fístula rectovaginal

Una fístula rectovaginal es una conexión entre la vagina y el recto o el conducto anal proximal a la línea dentada y se clasifica según sea su localización.

1. **Baja:** abertura rectal cerca de la línea dentada y la abertura vaginal en la horquilla; con frecuencia se debe a lesiones obstétricas o traumatismo por un cuerpo extraño.
2. **Media:** abertura vaginal entre la horquilla y el cuello uterino; puede resultar de una lesión obstétrica más grave, o aparece después de resección quirúrgica de una neoplasia en el recto medio, lesión por radiación o extensión de un absceso no drenado.

3. **Alta:** abertura vaginal cerca del cuello uterino; resulta de una lesión quirúrgica o radiación, diverticulitis complicada o enfermedad de Crohn.

Fistulectomía



Una fistula se extirpa para permitir la aproximación de los bordes de tejido y cerrar un trayecto.

Patología

Una fistula es un tracto o túnel en un tejido normal o infectado. El tracto permanece abierto debido al constante drenaje de pus porque el trayecto no está recubierto por las células que normalmente inician la cicatrización. La resección circunferencial del trayecto elimina el tejido cicatrizal y promueve el cierre y la cicatrización. Una fistula anal o rectal a menudo nace de una fisura infectada en el esfínter anal.

Descripción

El paciente se coloca en decúbito prono y las nalgas se fijan con esparadrapos o tela adhesiva para exponer el ano. El cirujano dilata el ano e inserta el separador anal. Se introduce una valva maleable por la fistula para determinar la profundidad. Una vez determinada la extensión de la fistula, el cirujano hace una incisión circular en la piel alrededor del orificio de la fistula. La incisión se profundiza a lo largo de toda la fistula con eletrobisturi. El tejido incidido se extirpa en bloque. La herida no se sutura, sino que se recubre con una curación de gasas yodoformadas.

Bibliografías

- Joanna Kotcher Fuller. (2012). Principios de instrumentación quirúrgica Fuller. España: Panamericana.
- Abel Archundia Grcia . (2013): Mc. Graw Hill.
- F. Charles Brunicardi. (2015). Schwartz Principios de cirugía . Espana : McGrawHill.