

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:**  
**Adly Candy Vázquez Hernández**

**DOCENTE:**  
**Dr. Eduardo Zebadua Guillen**

**MATERIA:**  
**Clínica Quirúrgica**

**TEMA:**  
**"Trastornos RECTALES"**

**CARRERA:**  
**Medicina Humana**

**SEMESTRE:**  
**5º**  
**Tuxtla Gutiérrez, Chiapas**

**07/12/2020**

### ■ HEMORROIDES

Se producen por aumento de la presión hidrostática en el plexo venoso hemorroidal (se relaciona con pujo durante la evacuación, embarazo). Pueden ser externas, internas, trombosadas, agudas (prolapso o estrangulamiento) o hemorrágicas. El dolor se trata con laxantes de volumen y ablandadores fecales (extracto de *psyllium*, dioctil sulfosuccinato de sodio 100 a 200 mg/día), baños de asiento una a cuatro veces al día, compresas con hamamelis, analgésicos según sea necesario. La hemorragia a veces amerita ligadura con banda de hule o escleroterapia por inyección. Hemorroidectomía quirúrgica en casos graves o resistentes.

### ■ FISURAS ANALES

Tratamiento médico igual que para hemorroides. Relajación del conducto anal con unguento de nitroglicerina (0.2%) aplicado cada ocho horas o toxina botulínica tipo A, hasta 20 unidades inyectadas en el esfínter interno a ambos lados de la fisura. Esfínterotomía anal interna en casos resistentes.

### ■ PRURITO ANAL

A menudo es de causa desconocida; quizá sea resultado de higiene deficiente, micosis o

parasitosis. Tratar con limpieza minuciosa después de las evacuaciones, glucocorticoide topico y antimicótico si está indicado.

### ■ **CONDILOMAS ANALES (VERRUGAS GENITALES)**

Papilomas semejantes a verrugas causadas por el virus del papiloma humano transmitido por contacto sexual. Se tratan con aplicación cuidadosa de nitrógeno líquido o podofilotoxina o con interferón  $\alpha$  intralesional; tienden a recurrir y pueden prevenirse mediante la vacunación.

Pólipos del colon

### **ADENOMAS TUBULARES**

Están presentes en casi el 30% de los adultos; son pediculados o sésiles, casi siempre asintomáticos; cerca del 5% presentan sangre oculta en heces; pueden producir obstrucción; el riesgo de degeneración maligna se relaciona con su tamaño (<2% si es <1.5 cm de diámetro; >10% si es >2.5 cm de diámetro) y es más alto en los pólipos sésiles. El 65% se observa en el recto y sigmoide. El diagnóstico se establece mediante enema con bario, sigmoidoscopia o colonoscopia. *Tratamiento:* colonoscopia completa para detectar lesiones sincrónicas (presentes en 30%), resección endoscópica (cirugía si el pólipo es grande o inaccesible por colonoscopia), vigilancia y seguimiento con colonoscopia cada dos o tres años.

### ■ **ADENOMAS VELLOSOSES**

Por lo general son más grandes que los adenomas tubulares en el momento del diagnóstico; a menudo son sésiles; presentan alto riesgo de malignidad (hasta 30% cuando son >2 cm); son más frecuentes en el colon izquierdo; a veces se relacionan con diarrea secretoria rica en potasio. *Tratamiento:* igual que para los adenomas tubulares.

### ■ **PÓLIPOS HIPERPLÁSICOS**

Son asintomáticos; casi siempre son un hallazgo incidental en la colonoscopia; rara vez miden más de 5 mm, no tienen potencial maligno. No requieren tratamiento.

### ■ **SÍNDROMES DE POLIPOSIS HEREDITARIA**

1. *Poliposis colónica familiar (FPC)*. Poliposis adenomatosa pancolónica difusa (hasta varios miles de pólipos); se hereda de forma autosómica dominante, relacionada con delección en el gen de poliposis adenomatosa del colon (APC) en el cromosoma 5. A los 40 años de edad, hay carcinoma colónico en 100% por degeneración maligna del pólipo.

*Tratamiento:* colectomía total profi láctica o colectomía subtotal con ileoproctostomía antes de los 30 años de edad; la resección subtotal evita la ileostomía, pero requiere vigilancia proctoscópica frecuente. Debe practicarse colonoscopia periódica o detección radiológica anual de hermanos e hijos de los pacientes con FPC hasta los 35 años de edad. Sulindac y otros antiinfl amatorios no esteroideos (NSAID) inducen regresión de pólipos e inhiben su desarrollo.

2. *Síndrome de Gardner.* Es una variante de FPC relacionada con tumores de tejido blando (quistes epidermoides, osteomas, lipomas, fi bromas, desmoides). Hay mayor incidencia de pólipos gastroduodenales, adenocarcinoma ampollar. *Tratamiento:* igual que para FPC, vigilancia para detectar afectación del intestino delgado con prueba de sangre oculta en heces después de la colectomía.

3. *Síndrome de Turcot.* Variante rara de FPC con tumores cerebrales malignos relacionados.

*Tratamiento:* igual que para poliposis colónica familiar.

4. *Síndrome sin poliposis.* Síndrome familiar con riesgo de hasta 50% de carcinoma colónico; mayor incidencia en el quinto decenio de edad; se relaciona con múltiples cánceres primarios (sobre todo endometrial); trastorno autosómico dominante; se debe a la reparación defectuosa de discrepancias en el DNA.

5. *Poliposis juvenil.* Múltiples hamartomas benignos del colon e intestino delgado; es frecuente la hemorragia intestinal. Otros síntomas son dolor abdominal, diarrea, intususcepción ocasional. Muy pocas veces recurre después de la escisión; riesgo bajo de cáncer de colon) por degeneración maligna de pólipos adenomatosos esparcidos. La colectomía profi láctica es motivo de controversia.

6. *Síndrome de Peutz-Jeghers.* Numerosos pólipos hamartomatosos en todo el tubo digestivo, aunque hay más en el intestino delgado que en el colon. Es frecuente la hemorragia de tubo digestivo; aumento ligero del riesgo de desarrollo de cáncer en el tubo digestivo y en sitios ajenos a éste. No se recomienda la intervención quirúrgica profi láctica.

## HEMORROIDES

Las hemorroides son estructuras anatómicas normales que recubren el canal anal. Forman unas almohadillas vasculares compuestas por Los factores que determinan el crecimiento de las hemorroides y su prolapso no se conocen con exactitud, pero pueden participar aquellos que favorecen un debilitamiento de los mecanismos de anclaje (estroma fibroelástico y músculo liso) y/o un incremento de la presión en el interior de aquellas. Así, se postulan como predisponentes el estreñimiento, el esfuerzo defecatorio intenso y crónico, el permanecer sentado prolongadamente en el sanitario, la diarrea, las condiciones que aumentan la presión intraabdominal (embarazo, ascitis y lesiones pélvicas ocupantes de espacio) y la historia familiar de enfermedad hemorroidal. La hipertensión portal no parece ser un factor importante, aunque los pacientes con este trastorno pueden desarrollar varices rectales que se sitúan varios centímetros por encima de la línea dentada, proximalmente a las hemorroides internas.

### **Cuadro clínico y diagnóstico**

Tradicionalmente se atribuye a las hemorroides cinco manifestaciones clínicas: rectorragias, prolapso, prurito, ensuciamiento y dolor. La hemorragia puede estar presente en todos los grados hemorroidales, suele aparecer en relación con la defecación y su intensidad es variable. La sangre es roja y brillante e inmediatamente después de la defecación. Cuando tiene un carácter crónico puede ocasionar la aparición de una anemia ferropénica. Aunque las hemorroides internas son la causa más frecuente de hemorragia anorrectal, la presencia de este signo no debe atribuirse a hemorroides hasta que se descarten otras causas de rectorragias (en particular, neoplásicas e inflamatorias). Por ello se aconseja realizar una colonoscopia diagnóstica a todo paciente que acuda por rectorragia, en especial, si existen factores de riesgo de cáncer.

El prolapso hemorroidal suele ser el síntoma que motiva la consulta en pacientes que sufren hemorroides de tercer y cuarto grado. Su presencia suele asociarse a otros síntomas como malestar perianal, prurito anal o manchado mucoso. El prolapso hemorroidal debe diferenciarse del prolapso mucoso, el prolapso rectal completo, los colgajos cutáneos anales (repliegues cutáneos perianales que suelen ser secuelas de hemorroides externas trombosadas) o la hipertrofia de las papilas anales. El dolor no suele ser un síntoma frecuente de hemorroides internas, salvo si se produce una crisis hemorroidal aguda. Por este motivo, su

presencia obliga a descartar otras alteraciones anales coexistentes, como fisura anal, abscesos y fístulas anales, coccigodinia, infección herpética u otras lesiones dermatológicas que cursen con fisuras o ulceraciones. El dolor anal es intenso cuando las hemorroides sufren una crisis aguda, donde puede observarse prolapso hemorroidal, signos inflamatorios, presencia de trombosis e, incluso, ulceraciones.

La presentación clínica habitual de las *hemorroides externas* es la trombosis hemorroidal, que se caracteriza por la aparición repentina de dolor anal constante, agravado por la defecación, alcanza su máxima intensidad a los 2 o 3 días y desaparece de forma progresiva en 1 semana, aproximadamente. La inspección anal demuestra la presencia en el margen anal, por debajo de la línea dentada, de uno o varios nódulos subcutáneos, dolorosos, de coloración azulada, que se corresponden a coágulos intravasculares y que están recubiertos de piel edematosa, en ocasiones ulcerada por la salida parcial de un trombo.

### **Tratamiento**

El tratamiento de las hemorroides internas sintomáticas varía de acuerdo con su grado evolutivo e incluye medidas conservadoras (dieta y modificación del estilo de vida), instrumentales o quirúrgicas. La recomendación más extendida para el tratamiento médico de las hemorroides internas es el consumo de una dieta abundante en fibra dirigida a reducir la consistencia fecal y el esfuerzo defecatorio; puede ser suplementada con agentes formadores de bolo fecal. Esta medida suele ser suficiente en las hemorroides de primer grado y en las de segundo grado de menor tamaño. Otras medidas, como los baños de asiento, el uso tópico de analgésicos o corticoides y el control de la diarrea, pueden proporcionar una mejoría del dolor y prurito al reducir la inflamación. La administración oral de fracción flavonoica purificada y micronizada (diosmina, 90%, más hesperidina, 10%) mejora el tono venoso y el drenaje linfático, y norma

### **FÍSTULA ANAL**

Las fístulas anales son trayectos fibrosos ubicados en la región perineal, poseen un revestimiento interno compuesto por tejido de granulación y se extienden desde un orificio interno o primario, localizado en el canal anal o en el recto, hasta uno o varios orificios externos o secundarios, situados en la piel de la región perianal. Las fístulas anales se clasifican según la relación del trayecto fistuloso con las estructuras musculares del canal anal (clasificación de Parks) en *interesfinterianas transesfinterianas*, *supraesfinterianas* y *extraesfinterianas*

En su mayoría, las fístulas anales se producen como consecuencia del paso a la cronicidad de un absceso anorrectal; con menor frecuencia pueden ser secundarias a otras causas: fisura anal (infecciones, tuberculosis, actinomicosis, linfogranuloma venéreo), enfermedad inflamatoria del intestino (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa), traumatismos (cirugía, cuerpos extraños, empalamiento), neoplasias (carcinoma, eucemia) o radioterapia. Las fístulas también se clasifican como simples o complejas. Se consideran fístulas complejas aquellas cuyo

tratamiento conlleva un mayor número de recidivas o de trastornos de la continencia. En este grupo se incluyen las fístulas con trayecto paralelo al recto (transesfinterianas altas y supraesfinterianas), aquellas que acontecen en pacientes con factores de riesgo de incontinencia, las recidivadas y las que sufren los pacientes con enfermedad de Crohn.

El paciente suele referir el antecedente de un absceso anorrectal que drenó de forma espontánea o mediante cirugía, y la persistencia de la supuración acompañada en ocasiones de eliminación de material mucosanguinolento e incluso fecal. El dolor se presenta si el trayecto fistuloso se cierra, y desaparece cuando se instaura la supuración. La inspección anal revela la presencia de uno o varios orificios externos, y en el tacto rectal se suele palpar una induración longitudinal correspondiente al trayecto fistuloso. El orificio interno puede detectarse mediante anoscopia e instilación de agua oxigenada a través del orificio externo. La rectosigmoidoscopia se realiza para descartar cualquier proceso rectal, en particular una enfermedad de Crohn. El diagnóstico de las fístulas complejas puede requerir otras exploraciones de imagen como la ultrasonografía anal o rectal, TC o RM.

El *tratamiento* de las fístulas anales es quirúrgico mediante fistulotomía para las fístulas simples y de localización baja. En las fístulas altas o complejas la fistulotomía puede conllevar la sección de una parte importante de los esfínteres y, por tanto, una alta tasa de incontinencia, por ello hay que realizar otros procedimientos más complejos como un colgajo de avance intrarrectal, la ligadura del trayecto en el espacio interesfinteriano o la colocación de sedales laxos de drenaje. Las fístulas secundarias requieren tratamiento etiológico. Las *fístulas rectovaginales* representan menos del 5% de las fístulas anales.

En su mayoría se extienden desde la línea dentada hasta la vagina. Generalmente se producen por lesiones perineales durante el parto, aunque también pueden ser secundarias a otras causas (traumatismos, enfermedad de Crohn, carcinoma, radioterapia, etc.). La eliminación vaginal de aire y, en ocasiones, de heces es su principal manifestación clínica; la incontinencia anal se asocia a fístulas rectovaginales si coexiste lesión esfinteriana. El tratamiento es quirúrgico y, en ocasiones, puede ser complejo.