



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Título del trabajo:

Resúmenes

Nombre del alumno: Celeste Azucena Gordillo Fonseca

Diana Monserrath Espinosa Espinosa

Khalia Alejandría Morales Walter

Nombre de la asignatura: Clínicas quirúrgicas

Semestre y grupo: Séptimo Semestre Grupo B

Comitán de Domínguez, Chiapas. octubre 2020

Resumen de dermatología anal

Como muchos enfermos dermatológicos, el paciente con lesiones cutáneas en el ano suele ser un individuo sano, y por tanto sin consciencia de enfermedad, pero al que le preocupa mucho su motivo de consulta.

En la anamnesis habrá que insistir en la evolución de las molestias o lesiones, indagar sobre tratamientos previos, sobre todo tópicos, ya que éstos podrían ser la causa de las lesiones o dar pistas sobre su origen, y preguntar por antecedentes previos personales o familiares de enfermedades cutáneas, sobre todo psoriasis y dermatitis atópica. Conocer la historia sexual del paciente puede en algunos casos ser esencial para el diagnóstico, y aunque resulte violento o incómodo interrogar por este antecedente, a menudo el paciente se mostrará colaborador si se le pregunta de forma abierta y se le explica la importancia de esta información.

La exploración física es obligada, y en nuestra experiencia es clave para resolver el 80% de los casos.

TERAPÉUTICA BÁSICA

Aparte de intentar tratar las enfermedades cutáneas etiológicamente, es crucial en dermatología utilizar bien el vehículo que mejor le permita a cada medicamento actuar en la piel enferma.

Actualmente disponemos para un mismo principio activo de multitud de formulaciones, en las que se vehiculiza aquel en excipientes variados para obtener: solución, loción, gel, emulsión, crema, pomada o ungüento, de los que habrá que utilizar el que mejor se adecúe a nuestro caso.

Debemos preguntarnos si deseamos: 1.- secar-calmar la zona, lo que hace falta en los cuadros agudos, en general muy inflamatorios y exudativos, o 2.- si deseamos hidratarpenetrar la zona, necesario en procesos donde predomina la sequedad, el engrosamiento cutáneo y la descamación, como las dermatitis crónicas o la psoriasis.

En el primer caso procuraremos aplicar astringentes como las pastas al agua para secar bien la piel lesionada y mejorar la acción posterior de los tratamientos tópicos, que intentaremos pautar mejor en forma de crema o emulsión.

En caso de procesos crónicos-secos, aplicaremos fármacos formulados en un vehículo graso, como la pomada, porque permitirá hidratar la zona y dar más poder de penetración al fármaco, a lo que ayuda también aplicar con frecuencia una crema hidratante.

LESIONES CUTÁNEAS LOCALIZADAS

Proliferaciones

Son aquellas lesiones sobreelevadas, con tendencia a crecer. Distinguimos entre éstas a unas lesiones anales “propias”, que serían aquellas originadas por la excrecencia de piel anal, debida a: papilas hipertróficas, hemorroides, redundancia de pliegues, rectocele, de aquellas lesiones “ajenas o neoproliferaciones” que corresponden a enfermedades cutáneas primarias que aparecen en la piel del ano, pero que podrían haberlo hecho en cualquier otra zona del tegumento, éstas pueden ser:

Lesiones de origen infeccioso, como los moluscos o los condilomas acuminados, que son muy frecuentes.

Procesos tumorales benignos como pólipos fibroepiteliales, queratosis seborreicas, nevus melanocíticos, granuloma piogénico o hemangioma.

Tumores malignos (muy raras veces), como el carcinoma epidermoide o el melanoma.

Condilomas acuminados

También llamados verrugas genitales, están causados por varios genotipos del virus del papiloma humano (HPV, principalmente 6 y 11), se transmiten casi siempre por vía sexual, y aparecen como una o múltiples lesiones superficiales de aspecto verrucoso, a menudo completamente asintomáticas. Clínicamente es característica en estas lesiones la presencia de una superficie rugosa y rasposa al tacto (papilomatosa). Si hay dudas clínicas, la biopsia permitirá confirmar el diagnóstico, y tipar el serotipo de HPV responsable.

Existen múltiples opciones terapéuticas, desde la ablación física (crioterapia, electrocoagulación, fulguración con láser de dióxido de carbono) a la destrucción química (antiverrugas como la resina de podofilino) o la inmunoterapia con fármacos inductores de una respuesta inmune, como el imiquimod tópico

Pigmentaciones

Son sólo cambios en el color normal de la piel, sin alteraciones de otro tipo. Diferenciamos aquellas en las que la piel adopta un tono más claro que la piel sana, hipopigmentaciones (algunas causas: vitiligo localizado, cicatrices de heridas, dermatitis o quemaduras previas, liquen escleroatrófico), de las que muestran un color más oscuro que la piel normal, llamadas hiperpigmentaciones, y que con mucha frecuencia son de origen post-inflamatorio: secundaria a trauma, liquen plano, herpes simple o erupción fija medicamentosa

Úlceras

Lesiones con pérdida de sustancia cutánea, cuyo origen puede ser diverso, y que a menudo requieren estudio mediante biopsia u otras pruebas complementarias. Son causas de úlceras anales: Traumatismo o presión (descartar dermatosis artefacta o autoinfligida). Aftas. Infección común: hidrosadenitis, forúnculo, seno pilonidal. Enfermedades de transmisión sexual: chancro (sífilis primaria), chancroide, linfogranuloma venéreo. Enfermedades inflamatorias como: eritema multiforme, enfermedad de Crohn, pioderma gangrenoso, otras necrotizantes. Carcinoma escamoso.

Precáncer y cáncer anal

Se trata de un tipo de neoplasia infrecuente hasta la epidemia del SIDA. A partir de entonces ha mostrado un aumento alarmante, que no se ha detenido con la introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad. Clínicamente se presenta como una lesión ulcerada que no cura, de base indurada y carnosa. Otras veces se manifiesta sobre proliferaciones de crecimiento lento y paulatino o con este aspecto de vegetaciones como condilomas o “verrugas”.

PRURITO ANAL

Es un síntoma inespecífico, común a muchas causas, y muy frecuente, que afecta según las fuentes a un 1-5% de la población adulta. El 80% de los casos ocurre en varones, que tienden a consultar menos que las mujeres, y es la norma que pasen meses o años antes de consultar.

Distinguimos dos tipos de prurito anal:

Prurito idiopático o primario, aquel en el que no se puede descubrir una causa que lo explique.

Prurito secundario, que se debe a una causa orgánica objetivable, ya sea ésta patología anal-digestiva o cutánea.

Prurito anal secundario

Puede deberse a una causa anal (hemorroides, fisura, diarrea crónica, incompetencia del esfínter) o a una causa cutánea (psoriasis, liquen escleroatrófico, dermatitis de contacto, infecciones, infestaciones, radioterapia previa o cáncer).

El padecimiento crónico de problemas proctológicos como fisuras o hemorroides se asocia a menudo a patología cutánea crónica, como las dermatitis de contacto irritativas o alérgicas o la cronificación de una psoriasis, de modo que las causas anales y cutáneas a menudo se encuentran estrechamente relacionadas.

Prurito anal primario

El prurito idiopático o primario sólo se diagnostica cuando se descartan las causas conocidas, y clásicamente se relacionaba con el exceso de ingesta de cafeína y picantes, así como con enfermedades psicógenas.

Causas de prurito anal sin lesiones cutáneas (no es frecuente):

- Dermografismo.
- Dermatitis de contacto, incluida urticaria.
- Incógnito: psoriasis, micosis, escabiosis.
- Alimentos-medicamentos.
- Prurito senil.
- Síndromes disestésicos.
- Delusio parasitorum, enfermedad no dermatológica. Idiopático.

En los casos de prurito anal sin lesiones cutáneas es obligado realizar estudio mínimo:

- Análisis de sangre con hemograma
- perfil hepático
- proteinograma, IgE
- perfil celíaco
- Parásitos en heces, celofán.
- Valoración por coloproctología y psiquiatría.

ERUPCIONES CUTÁNEAS

Llamamos intertrigos a estas erupciones inflamatorias de la piel de los pliegues, que se caracterizan por tener un aspecto clínicamente inespecífico, que dificulta su diagnóstico etiológico, mostrar en mayor o menor grado eritema asociado a la humedad y la maceración, que añadidos a la fricción dan lugar a erosión de la superficie y sobreinfección.

Causas frecuentes de intertrigo

Suponen la gran mayoría de los diagnósticos.

Eczemas (irritativo, alérgico, seborreico, atópico): clínicamente inespecífico, pero es el diagnóstico más frecuente. Recordar que en sus formas crónicas pueden presentar una apariencia clínica casi "normal".

Psoriasis: se presenta como una placa de bordes netos, color rojo homogéneo, con escama laminar blanquecina; hay lesiones (a menudo más típicas) en otras localizaciones.

Eritrasma: eritema de tono pardo, apagado, sobre una piel con signos de poca higiene; es típica la fluorescencia naranja al iluminar la zona con luz ultravioleta.

Candidiasis: se muestra como un eritema rojo muy intenso, mal delimitado, con múltiples pústulas satélites, que salpican la zona periférica. Es también típica – aunque no exclusiva- la fisuración del fondo del pliegue interglúteo.

Tiñas: placas anulares o policíclicas (curan por el centro y progresan periféricamente, dibujando anillos), con descamación en los bordes de avance de la placa. Casi siempre hay también lesiones en espacios interdigitales de los pies (tiña del pie o pie de atleta)

Pseudoacantosis nigricans: piel de pliegues inguinogenitales-perianales rugosa y aterciopelada, causada por la fricción continuada en personas obesas.

Causas infrecuentes de intertrigo

Son procesos más raros, pero que constituyen uno de cada diez casos de erupción inflamatoria en pliegues inguinogenitales o genitoanales:

- Liquen plano / liquen escleroatrófico.
- Dermatitis estreptocócica anal.
- ETS (sífilis secundaria).
- Toxicodermias (erupción fija medicamentosa, SDRIFE). Enfermedad de Paget extramamaria.
- Darier, Haley-Haley y otras enfermedades raras.

Recomendaciones terapéuticas en las erupciones perianales

Consejos sobre qué NO hacer:

- Abusar de corticoides.
- Aplicar múltiples tratamientos, y sobre todo remedios naturales-plantas y anestésicos.
- Abusar de productos de higiene como toallitas húmedas, jabones o lavados agresivos.

Qué hacer:

- Limpiar con suavidad, sólo con agua, tras las deposiciones y secar bien.
- Mejor pautar corticoides nuevos (mometasona, fluticasona) o ahorradores de corticoides (tacrolimus, pimecrolimus).

En caso de duda diagnóstica, existen asociaciones terapéuticas en el mercado que son muy útiles: corticoide + antibiótico (Fucibet, Diprogenta), o corticoide + antifúngico (Betamicoter, Brentan).

CLAVES EN EL ABORDAJE DE LAS LESIONES CUTÁNEAS ANALES La mayoría de procesos cutáneos que aparecen en el ano son dermatosis comunes, con una presentación similar a otras localizaciones.

Historia clínica y una buena exploración física a menudo bastarán para establecer un diagnóstico correcto.

Hay lesiones proliferativas de muy diversa índole, las más trascendentes los condilomas, por su frecuencia y asociación a cáncer anal.

El prurito anal no suele ser idiopático. Muchas de sus causas (eczema, psoriasis, tiña, cándida) se identifican clínicamente. Las dermatitis crónicas son una causa frecuente, y deben ser estudiadas, porque a veces son alérgicas.

Si un proceso no mejora en días o pocas semanas debe consultarse al dermatólogo.

RESUMEN ESTREÑIMIENTO

Trastorno del hábito intestinal definido subjetivamente como una disminución en la frecuencia evacuatoria de heces demasiado duras o difíciles de expulsar. Entre las causas más frecuentes son: La incapacidad para responder a la urgencia para defecar, el volumen inadecuado de fibra en la dieta, el consumo inadecuado de líquidos, la debilidad de los músculos abdominales, la inactividad y el reposo en cama, el embarazo y las hemorroides.

Fisiopatología

Se presentará por 4 mecanismos que son los siguientes: Tránsito normal que es por dificultad percibida para defecar y suele responder al incremento en el consumo de líquidos y fibra. El estreñimiento de tránsito lento suele derivar de alteraciones de la función motora del colon, los trastornos para la defecación a insuficiencias en la coordinación muscular que afectan al piso pélvico o al esfínter anal. Disminución de la prensa abdominal por la imposibilidad de aumentar la presión abdominal.

Diagnóstico

Mediante antecedentes de dificultad para evacuar o sensación de evacuación incompleta, la exploración rectal se utiliza para determinar si existen impactación fecal, estenosis anal o masas rectales.

Criterios roma III

- Se deben cumplir al menos dos de los siguientes criterios en al menos el 25 % de las deposiciones:
 - Esfuerzo defecatorio importante.
 - Heces duras o en forma de bolas.
 - Sensación de evacuación incompleta.
 - Sensación de defecación obstructiva.
 - Uso de maniobras manuales para defecar.
 - Menos de 3 deposiciones por semana.
- Ausencia de deposiciones blandas a menos que se empleen laxantes.
- Criterios insuficientes para diagnosticar el Síndrome de Intestino Irritable.
- Estos síntomas deben estar presentes durante al menos tres meses y tener una evolución mínima de seis meses.

Tratamiento del estreñimiento no farmacológico

Suele dirigirse al alivio de la causa

El ejercicio moderado resulta esencial

Fibra: una dieta con fibra mejora la frecuencia defecatoria; se debe acompañar de una ingesta diaria de 1,5 - 2 litros de líquidos.

Agentes de volumen: el uso de agentes formadores de masa con una adecuada ingesta de líquidos, aumenta el volumen de las heces y mejora la frecuencia defecatoria. Los más usados son el *Plantago ovata* (psyllium), la Metilcelulosa y el salvado.

Laxantes: su uso está indicado en caso de fracaso de la fibra y agentes de volumen. Se aconseja iniciar con laxantes osmóticos (lactulosa, sorbitol, hidróxido de magnesio, polietilenglicol).

Tratamiento con laxates

Laxantes formadores de masa: mejoran la conciencia de heces.

Laxantes estimulantes: Incrementan la perístasis intestinal actuando sobre nervios del plexo mesentérico

Laxantes osmóticos: Son sustancias que estimulan el flujo de agua y electrolitos hacia la luz intestinal. Por ejemplo, la leche magnesia, o lactulosa.

Agonistas de los receptores de la serotonina: producen un incremento de la actividad contráctil de la musculatura lisa intestinal

Tratamiento quirúrgico

Cirugía: sólo indicada en pacientes con síntomas severos que producen un gran impacto en la calidad de vida y que no han respondido al resto de medidas. En caso de tránsito lento se puede realizar una colectomía total con anastomosis ileo-rectal.

Tratamiento del estreñimiento no farmacológico

Suele dirigirse al alivio de la causa

El ejercicio moderado resulta esencial

Fibra: una dieta con fibra mejora la frecuencia defecatoria; se debe acompañar de una ingesta diaria de 1,5 - 2 litros de líquidos.

Agentes de volumen: el uso de agentes formadores de masa con una adecuada ingesta de líquidos, aumenta el volumen de las heces y mejora la frecuencia defecatoria. Los más usados son el *Plantago ovata* (psyllium), la Metilcelulosa y el salvado.

Incontinencia fecal

Se define como la incapacidad para retener los gases y/o el material fecal hasta que su expulsión sea socialmente aceptable. Su prevalencia puede alcanzar el 6,2% y en ancianos el 25%. Ocasiona importantes alteraciones en la vida de los pacientes. Los médicos de cabecera pueden realizar un diagnóstico precoz al tener la confianza suficiente con sus pacientes para que les expresen estos síntomas.

Clasificación - etiología

Podemos distinguir tres tipos de incontinencia:

- De urgencia: la pérdida de heces se produce a pesar de querer detener la defecación. Se debe generalmente a una disrupción esfinteriana.
- Pasiva: la pérdida de gases y/o heces se produce sin tener consciencia de ello. Esto responde a una pérdida de percepción y/o mal funcionamiento de los reflejos rectoanales.
- Soiling o ensuciamiento: manchado de la ropa interior por pérdida de heces sin conocimiento. Ocurre por una evacuación incompleta o una alteración

de la sensibilidad anorectal. También puede presentarse de forma transitoria después de cirugía anal.

Diagnóstico

Puede resultar complicado debido a que la mayoría de las personas que la padecen no lo consultan con su médico por vergüenza y/o desconocimiento de las posibilidades terapéuticas. Para su diagnóstico es esencial su sospecha, para poder evaluar su severidad, su impacto sobre la calidad de vida, su etiología, e indicar el tratamiento más adecuado que puede reducir su gravedad y en algunos casos llegar a eliminarla.

Anamnesis:

Es fundamental que el paciente se sienta cómodo y relajado. Se debe encontrar un vocabulario adecuado y entendible por ambos.

A veces los pacientes describen la IF como diarrea, urgencia fecal o prurito. Se deben conocer antecedentes personales (diabetes, enfermedades neurológicas), duración de los síntomas y/o la asociación con incontinencia urinaria, historia obstétrica (partos vaginales, desgarros, fórceps...), o cirugías anales previas, como factor desencadenante.

Se analizará la función defecatoria. Cuando la incontinencia se asocia a diarrea se deben indagar los hábitos dietéticos, toma de medicación y/o la presencia de síntomas propios de colon irritable, diarrea infecciosa o enfermedad inflamatoria. El estreñimiento puede dar también incontinencia por rebosamiento.

Otra forma de obtener información sobre la gravedad de los síntomas es dirigir el interrogatorio para conocer el uso de pañales u otro tipo de protección y cómo repercute la incontinencia sobre su estilo de vida.

Para evaluar a un paciente y conocer los cambios después de un tratamiento, es necesario entregar al paciente un diario defecatorio.

Exploración Física:

Debe ser sistemática e incluye inspección, palpación de la región perianal y tacto rectal que descarte una tumoración anorectal como causa del ensuciamiento. La inspección nos revelará si existen cicatrices antiguas, la existencia de un ano entreabierto o la ausencia de un tabique ano vaginal.

Tratamiento conservador Modificación del hábito defecatorio:

Uno de los aspectos importantes a tratar inicialmente en el manejo de la IF es la modificación del hábito intestinal reduciendo la frecuencia de las deposiciones y variando la consistencia de las heces.

Medidas educacionales: rutina horaria con el objetivo de estar libre posteriormente de un eventual episodio de incontinencia.

Dieta rica en fibra y suplementos de la misma para aumentar el volumen de las heces. Tratar la diarrea suspendiendo la medicación y los alimentos que puedan producirla. Incontinencia fecal y estreñimiento

Tratamiento farmacológico:

- Enemas y supositorios de glicerina y bisacodilo son útiles en incontinencia pasiva y ensuciamiento por evacuación incompleta para conseguir vaciar la ampolla rectal.
- Medicamentos antiflatulentos (dimeticona o lactasa, carbono activado).
- Medicamentos antidiarreicos (loperamida, codeína, colestiramina).
- Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina a dosis bajas, 20-25mg dia).
- Biofeedback (ejercicios de Kegel): son una serie de ejercicios de contracción y relajación del músculo pubocoxígeo para fortalecer la musculatura de la zona pélvica y la contracción muscular voluntaria. Se les pueden enseñar a los pacientes e invitarles a que lo practiquen con asiduidad en su domicilio.

Atención Especializada

Una vez instaurado el tratamiento y después de un seguimiento de 6-12 meses, los pacientes que persistan con IF que limite su calidad de vida serán remitidos a consulta especializada.

- Estudios funcionales: Mediante la realización de una ecografía endoanal y/o RM estudiaremos la integridad o disrupción del aparato esfinteriano.
- La manometría ano-rectal y las pruebas neurofisiológicas permiten la medición de presiones del canal anal, la sensibilidad del recto y el estudio de la inervación local.
- Valoración severidad: se emplea una escala de valoración del grado de severidad de la incontinencia (escala de la Cleveland Clinic), y una escala que permita valorar el impacto de la IF sobre la calidad de vida del paciente (FIQL).
- Tratamiento: Según las causa hay diferentes alternativas. Tratamientos mínimamente invasivos como son el refuerzo en consulta de biofeedback, la inyección de aumentadores del canal anal y la neuromodulación de raíces sacras. Tratamientos invasivos como la reparación quirúrgica de los esfínteres (esfinteroplastia), implante de esfínter artificial o la realización de un estoma definitivo que mejore la calidad de vida del paciente con IF.