



Universidad del Sureste

Medicina Humana

Resumen de Rectorragia, Dolor anal y Hemorroides

Equipo #2:

Ana Ingrid Gordillo Mollinedo

Luis David Cano Hernández

Brian Morales López

Nombre de la asignatura: Clínicas Quirúrgicas Complementarias

Semestre y grupo: 7°B

Docente: Dr. Edgar Martín Guillén Hernández.

Comitán de Domínguez, Chipas a; 25 de septiembre de 2020.



Definición y causas

La rectorragia consiste en la emisión de sangre roja por el ano de forma aislada o junto con las heces. La sangre emitida de forma aislada puede aparecer tanto en el papel higiénico al limpiarse como directamente en el inodoro. La sangre junto con las heces puede aparecer recubriendo la superficie de las deposiciones o mezclada con ellas.

Las causas más frecuentes son las hemorroides, la fisura anal y la ausencia de causa aparente y con menor frecuencia, la enfermedad inflamatoria intestinal, la diverticulosis, los pólipos y el cáncer colorrectal. La distribución de las causas de rectorragia está condicionada por la edad.

Características y Proceso Diagnóstico

El médico que visita a un paciente que consulta por rectorragia deberá valorar en primer lugar la gravedad de la misma. Los criterios para derivar al paciente a un servicio de urgencias, previa estabilización inicial en AP, son la existencia de palidez de piel, sudoración y frialdad de manos y pies, oliguria y mareo, una frecuencia cardíaca > 120 latidos/minuto o una Presión Arterial Sistólica < 100 mmHg, ya que ello refleja una pérdida de volumen sanguíneo superior al 10%.

Las hemorroides internas suelen causar rectorragia en forma de sangre roja y brillante al final de la deposición o sólo al limpiarse y/o en forma de gotas sobre el inodoro. El sangrado anal se asocia con frecuencia a protrusión al hacer deposiciones (tumoración palpable) que se reduce espontáneamente o que el paciente se ve obligado a reducir de forma manual. Se puede asociar a dolor aunque éste no suele ser intenso.

Las hemorroides externas no son causa de sangrado a no ser que se hayan trombosado y se haya producido una ulceración de la piel por donde se exterioriza la sangre, pero es poco frecuente. La fisura anal puede ser causa de sangrado anal, aunque éste es generalmente de escasa cuantía (sangre en el papel higiénico al

limpiarse) y no se mezcla con las heces. Habitualmente la salida de sangre por ano se acompaña de dolor intenso durante y después de la defecación que puede durar varias horas.

La presencia de otros síntomas como dolor abdominal, alteración del ritmo deposicional (mayor número y de consistencia más blanda), tenesmo rectal o salida de moco con las deposiciones sugiere que la causa de la rectorragia es una patología colorrectal (cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad diverticular del colon, colitis isquémica) y no ano-rectal benigna.

De este modo, la estrategia diagnóstica se basará en la edad y en la detección de una causa ano-rectal que justifique la rectorragia (habitualmente hemorroides y/o fisura anal), para permitir al clínico tratar y realizar un seguimiento de la evolución de la misma.

Exploración física y pruebas diagnósticas

Además de valorar la existencia de palidez cutáneo-mucosa y realizar una exploración abdominal, es necesario realizar una exploración ano-rectal en todo paciente con rectorragia.

La inspección anal permite valorar la existencia de lesiones perianales, fístulas, abscesos, fisuras y/o hemorroides externas. Si el paciente realiza una maniobra de valsalva, es posible demostrar la presencia de hemorroides internas que protruyen con la misma. El tacto rectal permite descartar la presencia de una tumoración en el canal anal y recto inferior. El tacto rectal no permite, en la mayoría de los casos identificar la presencia de hemorroides internas y para ello son necesarias otras exploraciones.

Técnicas:

La anoscopia es una técnica que permite el diagnóstico de las enfermedades anorrectales más frecuentes. En la consulta de AP es posible realizar una anoscopia que permitirá explorar el canal anal mediante un tubo rígido de unos 8 cm. de longitud. Es una técnica sencilla, no ocasiona grandes molestias al paciente y no requiere sedación ni preparación previa.

La rectoscopia rígida es una técnica fácil y segura que explora el recto además del canal anal aunque en ocasiones no es bien tolerada por los pacientes. Requiere preparación del paciente con al menos un enema de 250 ml y en nuestro medio no se realiza en AP.

La sigmoidoscopia flexible se realiza con un videoscopio diseñados para examinar el recto y el colon sigmoide. proporciona una mejor visualización de la mucosa, permite examinar hasta los 60 cm. distales del colon y es más cómoda para los pacientes. Esta exploración se realiza idealmente con la preparación previa del paciente con un enema dos horas antes de la exploración y no suele requerir sedación.

La colonoscopia requiere la preparación del colon con dieta líquida sin residuos los días previos y el uso de laxantes varias horas antes de la exploración. Puede realizarse con sedación profunda (con soporte del anestesista) o con sedación superficial que les mantenga conscientes y les permita colaborar durante el procedimiento aunque en algunos centros se realiza con anestesia general.

Estrategia Diagnóstica

Los pacientes menores de 50 años con rectorragia sin repercusión hemodinámica que presenten una lesión ano-rectal (por ejemplo, hemorroides sangrantes o una fisura anal) que justifique el sangrado pueden ser evaluados y tratados de la misma.

En los pacientes mayores de 50 años con rectorragia, sin repercusión hemodinámica, con un sangrado compatible con patología anal benigna (sangre al limpiarse o mínimas gotas de sangre al final de la deposición con quemazón, picor y/o dolor anal), y que presenten una lesión anorectal (por ejemplo hemorroides sangrantes o una fisura anal) que justifique el sangrado se recomienda la evaluación y tratamiento de dicha lesión.

Cuando un paciente presenta síntomas o signos que indican una posible neoplasia (dolor abdominal, alteración del ritmo deposicional) debe ser derivado o enviado para realizar una exploración completa de todo el colon.



La región anal abarca el espacio comprendido por el conducto anal, ano propiamente dicho y piel perianal, en una extensión de 5-6 cm. El dolor anal alcanza aproximadamente el 50% de los motivos de consulta en Proctología. El dolor anal puede ser un síntoma acompañante de alguna enfermedad de la zona o bien puede darse como razón única. Dolor síntoma, consecuencia de cualquiera de los múltiples procesos que se desarrollan en esta área, y el dolor enfermedad, conocido como proctalgia esencial o algias anorrectales, dividido en tres entidades diferentes.

Anamnesis

La anamnesis deberá ser detenida, dejando al paciente que exprese todos sus síntomas con libertad, tal como él lo vive; tal como él lo siente. Es trascendental no solo lo que cuenta, sino cómo lo cuenta.

- Localización: Perianal, ano propiamente dicho o más profundo en conducto anal, difuso o referido a un punto concreto.
- Tipo de dolor: Constante, pulsátil, sensación de quemazón, escozor, agudo.
- Factores desencadenantes: Deposición, expulsión de gases, consistencia de las heces, relacionado con algún tipo de bebida o alimento.
- Situación en la que se presenta: Sentado, tendido, bipedestación, diurno, nocturno.
- Frecuencia de aparición y duración: Agudo, intermitente, permanente.
- Otros datos acompañantes: Presencia de bultos a nivel anal, sangre, moco, pus.

Orientación

Cuando el dolor se desencadena durante la deposición, sobre todo en casos de estreñimiento, puede sospecharse una lesión inflamatoria del conducto anal.

Si el dolor, de mayor o menor intensidad, se inicia en el momento de la deposición y se exacerba posteriormente, manteniéndose incluso durante horas, se debe sospechar una fisura anal o lesiones anales que originen un espasmo o contractura del Esfínter Interno.

Ante un dolor permanente, de incremento paulatino durante las últimas horas, pulsátil y, sobre todo, si origina fiebre, se debe sospechar la existencia de un absceso. La irradiación del dolor y posibles alteraciones funcionales como retención urinaria orientará sobre su ubicación.

Si el dolor es crónico, de carácter opresivo o sensación de “pesadez” a nivel de recto distal o ano, que se incrementa con la sedestación, puede estar relacionado con patología del suelo pélvico; si se irradia hacia atrás o se describe como procedente del cóccix, hay que pensar en patología coccígea.

Se admiten tres cuadros individualizados:

- 1) Proctalgia “fugax”;
- 2) Coccigodinia de forma rectal
- 3) Neuralgias anorrectales esenciales.

Proctalgia “fugax”

Se trata de una entidad clínica perfectamente definida, caracterizada por la aparición brusca, generalmente nocturna, de un dolor intenso que despierta al sujeto, con sensación de calambre, contractura, espasmo o pinchazo referido a nivel de canal anal, más o menos irradiado y desde segundos a unos minutos de duración; a veces acompañado de manifestaciones neurovegetativas. Suele cesar de forma brusca, como empezó.

Sobrevienen de manera imprevisible, a intervalos de semanas, meses e incluso años. Se presenta sobre todo entre los 40 – 50 años, con discreto predominio en la mujer, aunque no existe unanimidad al respecto. La etiología es desconocida, aunque se ha atribuido a neuropatía pudenda.

Coccigodinia de forma rectal

Dolor difícil de definir, de localización intrarrectal profunda, irradiado hacia la región sacrococcígea, de aparición variable y manifestado con sensación de quemazón, de mayor o menor intensidad, o pesadez, sordo y soportable; sobreviene sin causa aparente, aunque suelen estar bastante relacionadas con la sedestación. Más frecuente en la mujer, entre 40 y 60 años. Su evolución es caprichosa, con crisis más o menos prolongadas y que desaparecen de forma espontánea. Su intensidad está estrechamente relacionada con el equilibrio neuropsíquico del sujeto que la sufre. No se objetiva ninguna alteración de ano ni canal anal y será obligatorio descartar patología orgánica a nivel sacro coccígeo.

Neuralgias anorrectales esenciales

Perfectamente diferenciable de los cuadros previos: Puede aparecer a cualquier hora del día; no relacionado con la marcha, esfuerzos, sedestación o defecación; la localización puede ser superficial, profunda, anal o perineal; irradiado a región sacra, periné, nalgas y muslos; con una duración de horas o días y de una intensidad moderada a terrorífica.

Exploración

Para llevarla a cabo existen varias posiciones, aunque preferimos la genupectoral por la amplia exposición que proporciona; preservar la intimidad y salvaguardar el pudor del paciente, imprescindible. Mediante una correcta iluminación y delicada separación de las nalgas, se comenzará una meticulosa inspección de piel perianal y márgenes del ano, lo que ya puede evidenciar datos patológicos. En caso contrario, se procederá a separación de los márgenes anales para revisar anodermo, hasta donde sea posible de conducto anal, en función de una mayor o menor contracción o espasmo esfinteriano.

Pruebas Diagnosticas

Endoscopia: Si no se ha realizado anoscopia y rectoscopia en consulta. La colonoscopia no suele ser necesaria para valorar un dolor anal aunque sí para descartar otra patología en determinados casos.

Manometría Ano-rectal: De trascendental importancia para confirmar hipertonía secundaria al dolor anal. Existen proctalgiyas intensas con hipotonía esfinteriana, lo que condicionará el tratamiento.

Ecografía Endorrectal y Endoanal: Para confirmar o descartar abscesos o colecciones de pequeño tamaño o de localización atípica. Valorar posible hipertrofia del Esfínter Interno o miopatía hipertrófica como causa de dolor es otra indicación.

EMG, para detectar anomalías del nervio pudendo. No muy utilizada.

RMI: Para descartar sepsis de localización excepcional y otras anomalías y lesiones medulares o de raíces nerviosas.

Tratamiento

El tratamiento del dolor anal, lógicamente, será el del proceso que lo origina: Trombosis /prolapso hemorroidal, fisura anal, proctitis, papilitis, prostatitis, abscesos, estenosis anal

Con relación a la proctalgia “fugax”, la corta duración de los episodios hace casi imposible establecer ningún tipo de tratamiento. No obstante, los baños de agua templada, inhalación de nitrito de amilo y salbutamol o nitroglicerina sublingual parece que proporcionan buenos resultados.

En cuanto a la coccigodinia, se han utilizado multitud de opciones terapéuticas: Analgésicos, antiinflamatorios, Vitamina B1-B6-B12, inyecciones de anestésicos locales +/- corticoides a nivel de la interlínea sacro-coccígea, ansiolíticos



Las hemorroides son la enfermedad ano-rectal más frecuente, de tal manera que hasta el 50% de las personas mayores de 50 años las han presentado en algún grado. En cambio, son poco frecuentes hasta los 30 años, excepto en mujeres embarazadas y puérperas.

Las hemorroides o enfermedad hemorroidal se producen cuando se desplazan o prolapsan hacia el exterior del canal anal, como consecuencia de la alteración de los mecanismos de fijación de dichas estructuras. Al desplazarse, fundamentalmente con la deposición, se pueden congestionar, agrandar, prolapsar y sangrar.

Entre los factores etiológicos relacionados con las hemorroides destacan: el estreñimiento, la diarrea, la herencia, la posición erecta, el aumento de la presión intraabdominal y el embarazo.

Manifestaciones clínicas

- **Rectorragia:** generalmente indolora, es el síntoma más frecuente. Cuando el sangrado es prolongado, puede producir una anemia con su sintomatología característica (palidez, astenia, mareo, etc.).
- **Prolapso:** es el segundo síntoma en orden de frecuencia. Suele relacionarse con la defecación. Inicialmente es transitorio, y suele reducirse solo, pero con el tiempo puede empeorar y hacerse permanente e irreductible.
- **Prurito anal:** debido al prolapso de la mucosa rectal, que aumenta la producción de moco, causando irritación de la piel perianal.
- **Dolor:** no es un síntoma habitual. Cuando el paciente refiere dolor, habitualmente suele ser debido a una crisis hemorroidal aguda o a otra patología asociada (fisura anal, absceso, etc.).

Hemorroides de aparición aguda:

Trombosis hemorroidal externa: Se produce por la formación de coágulos en el plexo hemorroidal externo. El paciente percibe en la zona del ano un bulto, más o

menos duro. Tumorción indurada que duele al tocarla y es de color azulado violáceo.

Prolapso hemorroidal trombosado: Se produce cuando las hemorroides internas, muy edematizadas, se prolapsan a través del esfínter anal.

Diagnóstico: Se basa en la historia clínica y un examen clínico cuidadoso

Descripción de los síntomas, información de los hábitos deposicionales del paciente (frecuencia, consistencia, tamaño, etc.), origen del sangrado, antecedentes familiares de cáncer colorrectal o de enfermedad inflamatoria intestinal.

Clasificación

Hemorroides internas: 4 grados

- Grado 1: El tejido hemorroidal interno está simplemente agrandado y no prolapsa en ningún momento.
- Grado II: Las hemorroides se prolapsan por el canal anal durante el esfuerzo defecatorio y se reducen espontáneamente.
- Grado III: Son las que se prolapsan al defecar o de forma espontánea. Reducción manual
- Grado IV: Son aquellas hemorroides que se encuentran prolapsadas permanentemente y no pueden reducirse.

Hemorroides externas

Tratamiento:

- Objetivo: mejoría o resolución de los síntomas.
- Tratamiento médico, ambulatorio instrumental, intervención quirúrgica.
- El tratamiento de las hemorroides sintomáticas debe ser inicialmente conservador y está orientado a facilitar el esfuerzo al defecar, recomendándose:

Medidas higienico-dietéticas:

- Dieta rica en fibra junto con ingesta abundante de agua.
- Dieta exenta de especias, principalmente las picantes, ya que pueden producir una irritación a nivel del canal anal.
- Evitar el exceso de bebidas alcohólicas.

- Baños de asiento: se indican más en episodios agudos. Lo ideal es que se utilice agua templada, más bien caliente, y sin permanecer mucho tiempo (no más de 10 minutos) para conseguir relajar el esfínter anal.

Tx farmacológico

Medicamentos tópicos: Cremas y pomadas: Reducen edema e inflamación, no sirven para tratar la rectorragia y prolapso. En episodios agudos-no más de 7 a 10 días- por dermatitis, prurito. Avenoc- homeopático- actúa sobre el dolor, inflamación, picor y sangrado.

Medicamentos orales: Agentes formadores de masa fecal: los más utilizados son: salvado, Psyllium, Plántago ovata, semillas de lino y metilcelulosa- sensación importante de gases, distensión abdominal y plenitud.

Laxantes: en caso de no lograr la deposición.

Venotónicos: fases iniciales o crisis agudas

H. Grado I y II

Tx ambulatorio instrumental

- El objetivo fundamental de estos tratamientos es producir una cicatriz que fije e impida el deslizamiento hacia el exterior de las hemorroides.
- Los métodos más empleados son la esclerosis, la ligadura con bandas elásticas y la coagulación con infrarrojos, aunque existen otros menos frecuentes, como el láser, la crioterapia y la diatermia bipolar, entre otros.
- H. grado I y II, algunas del grado III

Tx Quirúrgico:

- La cirugía de la enfermedad hemorroidal sólo es necesaria en el 5-10% de los pacientes.
- H. III y IV
- El objetivo del tratamiento quirúrgico es extirpar el tejido hemorroidal anormal, sin lesionar los esfínteres, para eliminar o por lo menos reducir al máximo posible los síntomas en el paciente.