



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Título del trabajo:

Resumen

Nombre del alumno:

Nancy Carolina Gusman Santiz
María de Jesús Peñaloza Landa
Adriana Bermúdez Avendaño

Nombre de la asignatura: Clínicas quirúrgicas

Semestre y grupo: Séptimo Semestre Grupo B

Nombre del profesor: Dr. Edgar Martín Guillén Hernández

Comitán de Domínguez, Chiapas. Octubre 2020

FISURA ANAL

Definición

La fisura anal es una ulceración longitudinal del anodermo por debajo de la línea dentada.

Localización más frecuente: Línea media posterior y menos habitual en línea media anterior

Incidencia: Ambos sexos

Frecuente: Niños /Edad media

Etiología

Trauma de conducto anal secundario al paso de la materia fecal (Factor Inicial)

Incremento de presión de reposo del esfínter interno anal

Factores causantes:

Constipación y dieta con baja fibra, trauma durante el parto, diarrea crónica y sexo anal.

Fisiopatología

Resultado de fuerzas opuestas que separan la mucosa anal más allá de su capacidad normal. Una vez ocurrida la ulceración, comienza un círculo vicioso en el cual el esfínter anal interno expuesto comienza con contracciones espásticas repetitivas que causan isquemia persistente y a su vez imposibilitan la cicatrización.

Se produce un círculo de hipertonía- espasmo-isquemia y esto causa una disminución persistente del flujo que a su vez forma parte fundamental en la cronicidad de las fisuras.

Síntomas

Dolor anal trans y posdefecatorio

Sangrado rojo brillante (Descubierto únicamente en papel higiénico)

Factores de riesgo

-Las asociadas hipertonía del esfínter interno – Son de naturaleza isquémica

-Fisuras fuera de línea media, menos dolorosas y surgen tras la presencia de otras enfermedades como: Enf. Crohn, TB, Sífilis, VIH o carcinoma anal.

Exploración física

- Historia clínica y exploración física
- Posición genupectoral – Permite mejor exploración física del paciente.



Ilustración 1 Posición Genupectoral

- Inspección y mediante tracción gentil de los glúteos se puede demostrar una fisura anal.
- Inspección: Observa colgajo cutáneo externo al borde de la fisura
- Anoscopia: Observa ulceración y papila hipertrófica
 - Fisura aguda: Forma de desgarro simple del anodermo
 - Fisura crónica: Paciente presenta síntomas por más de 8-12 semanas, y además edema y fibrosis
- Ojo: Presencia de fibras circulares del esfínter interno en el fondo de la lesión indica CRONICIDAD
- Tacto rectal y procedimientos endoscópicos no deben realizarse en la primer consulta por la posibilidad de causar dolor

Estudios de gabinete

1. Fisura recurrente a tratamiento quirúrgico requiere: Exploración proctológica para descartar estenosis anal
2. Manometría ano rectal
3. Diagnóstico de fisura anal: Historia clínica y exploración proctológica

Tratamiento

- Conservador
- Incrementar ingesta de líquido
- Medicamentos que incrementan el bolo fecal
- Analgésico
- Tinitrato de glicerilo tópico (TNG): Cura fisuras anales

Las dosis de TNG (0.2% o 0.4%) no tiene influencia sobre la eficacia del tratamiento pero al aumentar se incrementa la incidencia de los efectos secundarios (Cefalea)

- Diltiazem tópico (Bloqueador del canal de calcio) Tiene eficacia semejante al TNG

- Fisura Aguda:

1. Incremento de ingesta de líquido y fibra
2. Medicamentos que incrementan bolo fecal
3. Analgésicos
4. Diltiazem 2% pomada

- Fisura Crónica:

1. Pomada tópica diltiazem 2%, 2 veces al día 6 a 8 semanas
2. Si existe falla en el tx. Toxina botulínica 20 -25 U divididas en 2 dosis e inyectadas en el esfínter interno.

- Falla de tratamiento médico y recurrencia requiere estudio de fisiología ano rectal

FÍSTULA PERIANAL

Definición

Conducto de la parte fibrosa infectadas que comunica una cripta anal con la piel o con la luz del recto. El orificio localizado en la cripta anal se denomina primaria o interno y cutáneo el secundario o externo.

Etiología

Se acepta la teoría criptoglandular de Parks, según la cual las fístulas anales se originan por la obstrucción y sobreinfección de las glándulas anales que existen en la línea pectínea.

Clasificación

El trayecto entre el orificio interno y el externo es el que habitualmente define el tipo de fístula anal. El trayecto fistuloso discurre desde el orificio fistuloso interno hasta el margen anal sin atravesar el esfínter anal interno.

✓ Fístula interesfinteriana. El trayecto fistuloso discurre entre el esfínter anal interno y externo y el orificio fistuloso externo se encuentra próximo al margen anal. Son las más frecuentes.

✓ Fístula transesfinteriana. El trayecto fistuloso atraviesa ambos esfínteres hasta la fosa isquirrectal. Se subdividirá en baja, media o alta en función de la altura por la que atraviesa el esfínter anal externo, afectando al fascículo subcutáneo, superficial o profundo del esfínter anal externo respectivamente.

✓ Fístula supraesfinteriana. El trayecto fistuloso asciende por el espacio interesfintérico y atraviesa el músculo puborrectal, en el espacio entre éste y el fascículo profundo del esfínter anal externo, para acceder a la fosa isquirrectal.

✓ Fístula extraesfinteriana. El trayecto fistuloso se extiende desde la piel perianal hasta el recto, atravesando la musculatura del suelo pélvico, sin relación alguna con los esfínteres anales.

✓ Fístula compleja. Son aquellos con un mayor riesgo de recidiva o de incontinencia, sin que existan unos claros criterios homogéneos que las definan.

✓ Fístula simple. Son aquellas en la que existe una mínima afectación del esfínter anal externo. Se incluyen en este grupo las fístulas submucosas, interesfinterianas y transesfinterianas bajas.

Diagnóstico

Los pacientes suelen tener el antecedente de un drenaje previo de un absceso perianal o bien presentar supuración purulenta crónica o intermitente a través del orificio fistuloso externo o interno.

La anoscopia es importante en la exploración física de los pacientes con fístula anal dado que documentan la localización del orificio primario y la presencia de otras condiciones patológicas como en la enfermedad inflamatoria intestinal.

Ecografía anal

Es la exploración complementaria de primera línea.

Su fiabilidad para la cateterización de la fístula se incrementa con la introducción de agua oxigenada por el orificio anal externo.

Tiene una precisión del 80% en la identificación de los trayectos principales y secundarios.

Tratamiento

Fistulotomía: Técnica de elección para el tratamiento de las fístulas submucosas/subcutáneas, interesfintérica y transesfinterianas bajas.

Sedal laxo: Su objetivo es facilitar el drenaje del trayecto fistuloso y que no se generen nuevos abscesos, además de favorecer la fibrosis local. Puede emplearse como tratamiento

Técnica de elección para el tratamiento de las fístulas transesfintéricas medio-altas y supraesfintéricas. Consiste en una fistulectomía del trayecto fistuloso externo hasta el esfínter anal externo y legrado del trayecto a nivel del esfínter (conocido como "Core out"), exéresis y sutura del orificio fistuloso interno y descenso de un colgajo de mucosa y submucosa rectal que se sutura a línea pectínea. El colgajo tiene forma de "U", con base doble que el ápex.

SINUS PILONIDAL

La enfermedad pilonidal es un desorden crónico e intermitente de la región sacrococcígea que comúnmente se presenta en los folículos pilosos del surco natal afectando de manera predominante adultos jóvenes en edad laboral.

La enfermedad pilonidal es un absceso crónico subcutáneo localizado en la región sacrococcígea, debido al desarrollo de inclusiones epidérmicas en la dermis, que se observa fundamentalmente en varones jóvenes, con una presentación clínica que varía, desde leves síntomas hasta infecciones complejas de los tejidos en la zona sacra, con múltiples trayectos fistulosos secundarios.

Epidemiología

La edad en la que se presenta más frecuentemente es de 21 y 19 años en el género masculino y femenino respectivamente crear a partir de los 45.

Clínica

El diagnóstico del sinus pilonidal se basa en la presentación anatómica y la clínica. La enfermedad se manifiesta como una depresión cutánea en el pliegue interglúteo (orificio primario) que se extiende mediante un tracto fibroso subcutáneo (sinus pilonidal) hasta uno o más orificios secundarios, habitualmente localizados fuera de la línea media interglútea, a través de los cuales drena líquido sero-hemático o seropurulento y, ocasionalmente, se puede objetivar la salida de pelos.

En la mayoría de los casos el trayecto fistuloso sigue una dirección craneal, pero excepcionalmente (entre un 5 y un 7%) puede dirigirse caudalmente, debiendo realizarse el diagnóstico diferencial del orificio secundario con un orificio externo de una fístula perianal.

Cuadro clínico a nivel de evidencia el dolor y el edema alrededor del área de las nalgas que puede estar acompañado de un absceso con o sin salida de material purulento sanguinolento del seno abierto.

Auxiliares diagnósticos

El tracto sinusal las ramas y los bordes del seno pilonidal pueden ser identificados con precisión por medio del ultrasonido Y este método puede ser utilizado para la planeación del tratamiento quirúrgico de igual manera lo podemos encontrar en la resonancia magnética en ausencia de sepsis interesfinteriana o comunicación entérica sugieren la presencia de enfermedad pilonidal realizando diagnóstico diferencial con absceso y fístula perianal.

Tratamiento

Habitualmente es quirúrgico, ya sea mediante técnicas incisionales o excisionales, con el objetivo de conseguir la curación con una tasa de recidivas y morbimortalidad bajas.

El abordaje conservador se basa en la higiene y el rasurado o depilación de la zona interglútea.

Algunos autores han propuesto la inyección de fenol al 80% en el trayecto sinusal, bajo anestesia local, con el fin de destruir el epitelio, esterilizar la cavidad y arrastrar los pelos y esfacelos, si bien los resultados de este tratamiento no son muy favorables, debido a la elevada tasa de recidivas y a la formación de abscesos.

Cuando el paciente consulta por un absceso pilonidal se debe proceder al drenaje y desbridamiento del mismo, practicando una incisión longitudinal paralela a la línea media para drenar el contenido purulento, dejando la herida abierta para que cicatrice por segunda intención (en unas 4-10 semanas). Tras este procedimiento urgente, hasta un 50% de los sinus recidivan, ya sea con un nuevo absceso o con un sinus pilonidal crónico.

El tratamiento de un absceso agudo relacionado a un seno por unidad está bien establecido y consiste en el drenaje inmediato del acceso el principio del tratamiento consiste en la erradicación por lo general de un absceso agudo o la excisión de un tracto sinusal crónico.

BIBLIOGRAFIAS

Manual AEC de PROCTOLOGÍA para Atención Primaria

Guía de Práctica clínica diagnóstico y tratamiento de las fisuras anales