

**Licenciatura en Medicina Humana**

Materia:  
**Clínica Quirúrgica.**

Trabajo:  
**Patología Anorectal**

Docente:  
**Dr. Zebadua Guillen Eduardo.**

Alumno:  
**Carlos Alfredo Solano Díaz.**

Semestre y Grupo:  
**5° "A"**

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a; 23 de Mayo del 2021.

## HEMORROIDES

La enfermedad hemorroidal ha afectado a la humanidad a lo largo de toda su historia. El término hemorroides deriva de palabras griegas (  $\mu$  , sangre, y , fluir), y hace referencia al signo fundamental de este padecimiento.

La enfermedad hemorroidal afecta a ambos sexos; sin embargo, se ha señalado que en los hombres existe una frecuencia dos veces mayor que en las mujeres. La incidencia de la enfermedad es más alta con el paso de la edad; se ha señalado que el 50% de las personas mayores de 50 años sufre algún grado de enfermedad hemorroidal. Se considera que la prevalencia actual de este trastorno es de 4.4 a 6%.

Existen tres zonas anatómicas de localización de tejido vascular hemorroidal (paquetes hemorroidales primarios): lateral izquierdo, anterolateral derecho y posterolateral derecho (puede haber paquetes secundarios de menor tamaño entre los principales).

## FISIOPATOGENIA

El esfuerzo durante la defecación y la mayor edad propician dilatación de las anastomosis arteriovenosas hemorroidales, con deterioro y destrucción de los sistemas de fijación de los paquetes hemorroidales, lo cual provoca el deslizamiento de éstos.

Existen varios factores predisponentes relacionados con la aparición de enfermedad hemorroidal, entre ellos predisposición familiar, posición erguida, ausencia de válvulas en los plexos hemorroidales, aumento del tono del esfínter anal interno y obstrucción del retorno venoso provocada por elevación de la presión intraabdominal

Durante el embarazo se producen cambios hormonales que pueden causar un incremento de la vascularidad; la enfermedad hemorroidal interna se clasifica en la de grado I, en la cual existe redundancia en el conducto anal, sin rebasar la línea dentada (al progresar la afección aparece protrusión por debajo de la línea dentada); en la enfermedad hemorroidal de grado II, la protrusión se reduce de manera espontánea al ceder el esfuerzo; en el grado III, la protrusión requiere reducción manual; y en el grado IV, la protrusión no se reduce.

## SIGNOS Y SÍNTOMAS

La enfermedad hemorroidal es crónica, evolutiva y con periodos de remisión y exacerbación de los síntomas. Además, en cualquier momento de la evolución natural de la enfermedad pueden aparecer complicaciones agudas

En el caso de la enfermedad hemorroidal interna, un signo frecuente es la rectorragia roja brillante que aparece al final de la evacuación, sin que se acompañe de dolor.

Cuando existen hemorroides grandes en el conducto anal, el paciente refiere la sensación de evacuación incompleta al defecar. La protrusión hemorroidal crónica produce un flujo mucoso y secreción fecaloide que mancha la ropa interior y que ocasiona prurito y escoriaciones en la piel perianal.

En los casos en los que la enfermedad hemorroidal se acompaña de dolor anal, casi siempre existe una enfermedad adjunta, como una fisura o un absceso. Las hemorroides internas prolapsadas y estranguladas son una situación aguda que se presenta con dolor intenso y edema, e impide la reducción del prolapso; si la situación persiste pueden ocurrir gangrena e infección.

Los pacientes con hemorroides externas se quejan de la presencia de pliegues cutáneos o hemorroides con congestión vascular.

## DIAGNÓSTICO

La historia clínica es aún la base del diagnóstico de esta enfermedad; deben investigarse los antecedentes familiares, antecedentes de estreñimiento crónico, hábitos de evacuación y enfermedades relacionadas como padecimientos hemorrágicos, diabetes, hipertensión portal, y otras.

La exploración proctológica completa del paciente es indispensable; la inspección identifica las hemorroides externas y se le pide al paciente que puje para determinar si existe salida de las internas.

El tacto rectal hace posible evaluar el tono del esfínter anal y descartar la presencia de neoplasias de localización baja en el conducto anal. La anoscopia es el mejor procedimiento para establecer el grado de enfermedad hemorroidal y descartar afecciones concomitantes, como fisuras anales, papilas hipertróficas o criptas anales.

## TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO

El tratamiento de la enfermedad hemorroidal depende de su grado de avance y de la experiencia del especialista con las diferentes modalidades terapéuticas.

Si el paciente sufre enfermedad hemorroidal de grado I y no existen síntomas o signos incapacitantes, puede instituirse un tratamiento conservador, con la finalidad de evitar el esfuerzo al evacuar; por lo tanto, deben corregirse los hábitos defecatorios. Es importante la ingestión de suficiente cantidad de líquidos y alimentos con alto contenido de fibra,

Los baños de asiento con agua tibia son útiles para controlar las molestias.

La ligadura con banda elástica posibilita fijar los cojinetes hemorroidales en su posición original y la resección de tejido redundante

La escleroterapia es otra modalidad de tratamiento no quirúrgico; no obstante, se han descrito complicaciones graves con la inyección de sustancias esclerosantes para el tratamiento de hemorroides sintomáticas, como la fascitis necrosante y la sepsis retroperitoneal.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El tratamiento de las etapas iniciales de la enfermedad hemorroidal ha disminuido en forma considerable la necesidad de practicar hemorroidectomías, por lo que esta operación se reserva para personas que tienen hemorroides de tercero y cuarto grados o hemorroides mixtas con síntomas incontrolables de prolapso hemorroidal, dolor o sangrado, o que padecen hemorroides grandes relacionadas con otra enfermedad anorrectal que exige tratamiento operatorio.

La hemorroidectomía bien realizada es un procedimiento eficaz y definitivo. Existen diferentes técnicas de hemorroidectomía, pese a lo cual ninguna de ellas puede considerarse como el procedimiento ideal para la resolución de todos los casos; el objetivo de estas técnicas es eliminar el tejido hemorroidal redundante y enfermo, sin interferir con el mecanismo esfintérico y procurando lograr una adecuada cicatrización que permita mantener un orificio anal de amplitud suficiente para que el paciente pueda defecar sin molestias.

## FISURA ANAL

La fisura anal crónica es una úlcera lineal del anodermo del conducto anal que se extiende en sentido vertical desde la línea anorrectal (dentada) hasta el margen del ano. Se localiza en la línea media posterior en la gran mayoría de los casos. Las fisuras anales pueden clasificarse en agudas y crónicas de acuerdo con el tiempo y sus características clínicas.

Las fisuras anales agudas (FAA) tienen por lo regular menos de seis semanas de evolución y las fisuras anales crónicas (FAC) un mayor tiempo.

## EPIDEMIOLOGÍA

La fisura anal representa uno de los motivos más comunes de atención para el cirujano general y el gastroenterólogo. Se ha calculado que el 10% de la consulta del coloproctólogo se atribuye a este padecimiento.

Se ha observado que el 15% de las mujeres presenta esta enfermedad luego de un parto.

## ETIOLOGÍA

La teoría más aceptada del origen de la fisura anal es el desgarro del anodermo posterior a una defecación con materia fecal muy dura o después de un cuadro de diarrea.

En estudios de casos y controles se ha identificado el consumo de frutas y verduras crudas más de seis veces a la semana como un factor para la prevención de la fisura anal y, como factores de riesgo, el consumo de pan blanco, salsas a base de grasas y alimentos como el tocino y la salchicha.

## PATOGENIA

Este desgarro produce exposición de las fibras del esfínter anal interno que da lugar a una contracción refleja del esfínter traducida como hipertonia de éste, lo que da origen a que en cada evacuación no exista disminución del tono del esfínter, con la consecuente dificultad para defecar; esto provoca de nueva cuenta el dolor ardoroso característico y se crea un círculo vicioso.

## CUADRO CLÍNICO

El síntoma cardinal de la fisura anal es un dolor ardoroso durante y después de la evacuación. El dolor puede mantenerse hasta por varias horas y se vuelve a presentar en la siguiente defecación. Se puede acompañar de sangrado en la mayor parte de los pacientes, que es de manera característica rojo rutilante y se observa en el papel higiénico al limpiarse y sobre la materia fecal en forma de una línea sobre ella, nunca mezclada con las heces. Otra característica importante de este sangrado es que, a diferencia de la enfermedad hemorroidal, no ocasiona goteo en la taza del baño. Algunas veces, el paciente percibe la sensación de una masa en la región perianal que puede relacionarse con la papila anal hipertrófica o el colgajo centinela.

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico debe ser clínico si se realiza un interrogatorio adecuado; hay que considerar que las únicas enfermedades que causan dolor anal agudo, y con las cuales se establece un diagnóstico diferencial, son las siguientes: hemorroides trombosadas, absceso anal y fisura anal. La exploración de la región anal es indispensable para confirmar el diagnóstico; la úlcera y el colgajo centinela se identifican con la separación suave del ano. El tacto rectal no es tolerado por el paciente la mayor parte de las veces, por lo cual debe diferirse unas semanas una vez establecido el tratamiento conservador.

## TRATAMIENTO MÉDICO

El tratamiento médico se enfoca en la disminución del tono del esfínter anal interno para favorecer la cicatrización de la úlcera anal. Se han empleado nitroglicerina, amlodipina y diltiazem; Puesto que es un bloqueador de los canales del calcio permite disminuir el tono del músculo liso del esfínter anal interno y posibilitar una adecuada perfusión de la zona con la úlcera, lo cual favorece su cicatrización y torna la defecación menos dolorosa.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La esfinterotomía lateral interna parcial (ELIP) se considera la norma de oro para el tratamiento de la FAC. Ésta consiste en el corte parcial del esfínter anal interno en la región lateral izquierda o derecha.

La fisurectomía con colgajo es la alternativa terapéutica en los pacientes con disminución del tono del esfínter (menor de 85 mm Hg); en un estudio se ha identificado la ausencia de recurrencia en el 100% de los casos a 12 meses con escasas complicaciones y sin incontinencia secundaria.

### COMPLICACIONES

La complicación más temida es la incontinencia fecal, que aparece en diferentes grados, desde 2 hasta 50. No se recomienda realizar una ELIP en la línea media posterior por la aparición del defecto en cerradura que ocasiona encopresis en los pacientes posoperatorios.

### REHABILITACIÓN

La incontinencia secundaria a una esfinterotomía se puede manejar con ejercicios de biorretroalimentación y electroestimulación. Si la incontinencia es refractaria a estos tratamientos, puede ser una alternativa eficaz la aplicación de rellenos de poliacrilato.

### FÍSTULAS ANALES INTRODUCCIÓN

Las fístulas anales se consideran la evolución crónica de un absceso anal. La mayor parte de éstas es secundaria a un absceso y se define como la comunicación epitelizada entre el conducto anal o el recto (orificio primario) y la piel perianal (orificio secundario).

En promedio, el 50% de los pacientes con absceso anal desarrolla una fístula y existe una mayor incidencia en hombres, con una edad en la presentación de 30 a 50 años.

### PATOGENIA

Como se ha mencionado ya, las fístulas anales son secundarias casi siempre a abscesos de origen criptoglandular (95% de los casos). Las fístulas de origen específico se deben a enfermedad de Crohn, infecciones como la tuberculosis, traumatismo en la región anorrectal, secundarias a cirugías anorrectales o una neoplasia, entre otros.

## DIAGNÓSTICO

El antecedente de un absceso anal drenado es la clave fundamental del diagnóstico. Posterior a éste, el paciente refiere salida de pus a través de una herida en la que se realizó el drenaje del absceso y dolor local

## TRATAMIENTO

En primer lugar debe determinarse si se trata de una fístula simple o compleja. Las fístulas complejas son aquellas consecutivas a enfermedad inflamatoria intestinal, las presentes en pacientes con incontinencia anal, las que surgen con antecedente de cirugía anorrectal previa, que compromete más del 50% de la longitud del complejo esfintérico, y toda fístula localizada en la región anterior en las mujeres.

La fistulotomía es el tratamiento de elección para las fístulas simples con una recurrencia de 2 a 9% y con alteración de la continencia entre 0 y 17%

La fistulectomía con reconstrucción primaria del esfínter siempre implica el riesgo de incontinencia si existe una dehiscencia de la rafia del esfínter.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Grossman, S, & Mattson, C. Fisiopatología(9a edición ed). Barcelona, España: Wolters Kluwer.
- Argente, H., & Alvarez, M. Semioogia Medica (Fisiopatología, Semiotecnia y Propedeutica) CD MX, Mexico.