



UNIVERSIDAD DEL SURESTE



DOCENTE:
DR. EDUARDO ZEBADUA GUILLEN

ALUMNO:
LUIS ALBERTO ALVAREZ HERNANDEZ

MATERIA:
CLINICA QUIRURGICA

UNIDAD:
TERCERA

TEMA:
PATOLOGÍA ANORRECTAL

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS. 23/ MAYO/ 2021.

PATOLOGÍA ANORRECTAL

HEMORROIDES INTERNAS Y EXTERNAS

Internas: Localizadas proximales a la línea dentada, cubiertas de epitelio columnar o de transición. Estas pueden permanecer en el interior del ano y ocasionar molestias o sangrado, pero también pueden producir prolapso de distintos grados.

Externas: localizadas en el tercio inferior del canal anal, por debajo de la línea dentada (anocutánea) y cubiertas de piel. Son las más frecuentes. Raramente producen sintomatología. Por lo regular no requieren tratamiento, excepto cuando se complican con una trombosis hemorroidal externa.

Etiología

- Estreñimiento.
- Esfuerzo defecatorio intenso y crónico.
- Permanecer sentado prolongadamente en el sanitario.
- Diarrea.
- Condiciones que aumentan la presión intraabdominal (embarazo, ascitis y lesiones pélvicas ocupantes de espacio).

Fisiopatología

Se trata de tres estructuras que existen de forma fisiológica, denominadas "cojincillos anales". Se sitúan en tres áreas constantes: lateral izquierda, anterolateral y posterolateral derecha, es decir a la 3, 7 y 11 horarias en posición de litotornía. Se trata pues del deslizamiento hacia debajo de estos cojinetes, que actuarían de forma fisiológica para asegurar un cierre más efectivo del conducto anal. El deslizamiento provoca el engrosamiento, el prolapso y en ocasiones el sangrado.

Cuadro clínico

- Rectorragia (más frecuente), sangre roja brillante.
- Prolapso hemorroidal (picor, escozor, ano húmedo).
- Trombosis hemorroidal (gran dolor anal, hemorroide indurada y azulada).

Estudios diagnósticos

- Colonoscopia.

Tratamiento

Internas: según el grado será el tratamiento, en los grados 1 y 2: es conservador. Si no mejoran, esclerosis (inyección submucosa de sustancias esclerosantes) o ligadura con bandas elásticas de caucho (elección) (también llamado "banding"). En los grados 3 y 4 se realiza hemorroidectomía.

Externas: baños de asiento, dieta con fibra, pomadas, laxantes. En los casos de trombosis, el tratamiento es la trombectomía en los pacientes con menos de 48 h de síntomas, y el tratamiento conservador en el resto.

Complicaciones

- Prolapso rectal.

FÍSTULAS ANORRECTALES

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.

Etiología

Secundarias a un absceso anorrectal previo. Otras causas: trauma, TBC, Crohn, neoplasias, radioterapia.

Fisiopatología

Se genera de las glándulas anales, localizadas entre las dos capas de los esfínteres anales y que drenan al canal anal. Si la salida de las glándulas anales resultare bloqueada, se forma un absceso, el cual, eventualmente, protruye a la superficie de la piel perianal. El drenaje de los abscesos anorrectales resulta en la curación de un 50% de los pacientes. El 50% restante desarrollará una fístula anal. La fístula, se origina de una cripta infectada, es decir, la apertura interna del absceso y se dirige en dirección opuesta, la apertura externa de la fístula.

Cuadro clínico

- Supuración crónica de material purulento y manchado de la ropa interior.
- Dolor por el acúmulo dentro del trayecto fistuloso cuando este se cierra.

Estudios diagnósticos

- Exploración física.
- Anuscopia y proctoscopia.
- USG endoanal.
- RM, TAC.
- Fistulografía.

Tratamiento

- Quirúrgico = fistulotomía.
- Postquirúrgico = baños de asiento, irrigación.

Complicaciones

- Recurrencia.
- Incontinencia fecal.

FISURAS ANALES

Desgarro de la mucosa anal que puede afectar desde la línea pectinéa o dentada hasta el borde del anodermo. Localización más frecuente: línea media de la pared posterior (rafe medio posterior). En otras localizaciones o si hay fisuras múltiples: pensar en una enfermedad de Crohn.

Etiología

Estreñimiento y traumatismo del canal anal producido por la defecación forzada de heces duras son las causas más comunes de fisura anal. en algunos pacientes se asocia a un hábito diarreicos.

Fisiopatología

Es el 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 hipertonia espasmo-isquemia y esto causa una disminución persistente del flujo que a su vez forma parte fundamental en la cronicidad de las fisuras

Cuadro clínico

Rectorragia, dolor anal intenso al defecar (síntomas más frecuentes). La fisura es la causa más frecuente de dolor anal. Exploración: hipertonia del esfínter anal interno.

Estudios diagnósticos

- Mediante la anamnesis y la inspección anal.
- Tacto rectal y Anuscopia como diagnostico diferencial.

Tratamiento

- Aguda: dieta rica en fibra, laxante, y baños de asiento.
- Cronica:

Conservador = nitroglicerina/ nifedipino alivia el espasmo esfinterico.

Elección = esfinterotomía lateral interna.

Alternativo = toxina botulínica (esfinterotomía química), liberación de acetilcolina.

Complicaciones

- Imposibilidad de curación.
- Recurrencia.
- Desgarro que se extiende a los músculos circundantes.

Pronóstico

Hay una curación rápida sin problemas residuales. Puede ser recurrente y si la fisura se vuelve crónica y no sana, en cuyo caso es necesario recurrir a un procedimiento quirúrgico menor para relajar el esfínter.