



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
Licenciatura en Medicina Humana



DOCENTE:
DR. EDUARDO ZEBADUA GUILLEN

ALUMNO:
LUIS ALBERTO ALVAREZ HERNANDEZ

MATERIA:
TECNICAS QUIRURGICA BASICAS

UNIDAD:
TERCERA

TEMA:
PATOLOGÍA ANORRECTAL

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS. 13/ NOVIEMBRE/ 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.

FISURA ANAL

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 diarreico.

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.

ABSCESO ANORRECTAL

Es una acumulación de material purulento en una región o espacio cercano al ano o al recto y puede drenar su contenido a través de un orificio en la piel perianal o en la mucosa rectal, puede dar origen a la formación de una fístula, la cual corresponde a un conducto de paredes fibrosas que comunica a la cripta anal que le dio origen con la piel perianal o con el recto; el orificio localizado en la cripta se denomina primario y el cutáneo o mucoso, orificio secundario.

Etiología

- **Primarios o inespecíficos:** cuando tienen un origen criptoglandular.
- **Secundarios o específicos:** cuando se relacionan con otras enfermedades, como la enfermedad de Crohn, tuberculosis, traumatismos, cirugía anorrectal previa, cáncer anal o rectal, radiación, linfomas, leucemias, entre otras causas.

Factores de riesgo

- Sexo anal.
- Medicamentos de quimioterapia para tratar el cáncer.
- Diabetes.
- Enfermedad intestinal inflamatoria (enfermedad de Crohn y colitis ulcerativa).
- Uso de medicamentos corticosteroides.
- Sistema inmunitario debilitado (debido a VIH/sida).

Epidemiología

Los abscesos y fístulas anorrectales son enfermedades comunes, aunque existen pocos datos sobre su frecuencia. La mayor incidencia de los abscesos anorrectales ocurre en la tercera y cuarta décadas de la vida. Su frecuencia es mayor en los hombres que en las mujeres. Aproximadamente 30% de los pacientes con abscesos anorrectales existe una historia previa de abscesos similares que se resolvieron espontáneamente o que requirieron intervención quirúrgica.

Cuadro clínico

- Dolor intenso e incapacitante.
- Dolor punzante, se intensifica al sentarse, deambular, toser o estornudar.
- Inflamación dolorosa, con hipertermia e hiperemia local.
- Supuración transanal, fiebre y rectorragia.

Diagnóstico: estudios laboratoriales y de gabinete

- Historia clínica.
- Tacto rectal: buscar puntos de abombamiento y dolor en el conducto anal.
- USG endoanal y endorrectal, TC y RM, evaluar extensión y profundidad.
- Hemograma.
- Serología (SIDA).
- Cultivo y antibiograma del pus.

Tratamiento

- De elección es la incisión y el drenaje.
- Antibióticos de amplio espectro tanto para aerobios y anaerobios.

FÍSTULA ANAL

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 resulta 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.

- Postquirurgico = baños de asiento, irrigación.

Complicaciones

- Recurrencia.
- Incontinencia fecal.

QUISTE PILONIDAL

Infección subcutánea en la zona sacrocoxigea, unos 5 cm cefálico al ano, la cual contiene vellos. Lo que habitualmente se encuentra es un seno pilonidal en línea media interglútea o paramediana asociado a “fositas” pilonidales en línea interglútea. Su presentación puede ser con infección aguda, con un seno pilonidal asintomático o con un seno crónico.

Etiología

Se desconoce la causa. Pero se cree que se forma de los vellos sueltos que penetran la piel.

Factores de riesgo

- Sexo masculino.
- Edad entre 20 y 30 años.
- Obesidad.
- Estilo de vida inactivo.
- Pasar mucho tiempo sentado.
- Vello corporal excesivo.
- Cabello grueso o duro.

Fisiopatología

Es una condición adquirida que requiere de la presencia de tres elementos: pelo invasor, mecanismo anómalo de inserción del pelo y susceptibilidad de la piel. El quiste es el resultado de uno o varios folículos pilosos incluidos dentro de la piel rodeados por células escamosas, generando una reacción de cuerpo extraño.

Cuadro clínico

- Dolor.
- Enrojecimiento de la piel.
- Supuración de pus o de sangre en una abertura de la piel.

- Olor desagradable del pus que supura.

Diagnóstico: estudios laboratoriales y de gabinete

- Síntomas e historia clínica.
- Realizar examen físico.

Tratamiento

- Drenar el quiste.

PROLAPSO RECTAL

Sucede cuando parte del recto se estira y cae a través del ano. Esto puede ocurrir al hacer un gran esfuerzo al defecar. Puede describir tres tipos de prolapso:

- **Completo:** Todo el recto sobresale fuera del ano.
- **De la mucosa:** Solo una porción del revestimiento del recto sale por el ano.
- **Interno:** El recto empieza a bajar, pero no sale por el ano.

Etiología

- Estreñimiento crónico o diarrea crónica.
- Historial de hacer esfuerzo durante la defecación.
- Edad avanzada.
- Debilitación del esfínter anal.
- Lesiones previas a las zonas anales o pélvicas.
- Daño a los nervios.
- Otras enfermedades, condiciones, e infecciones.

Factores de riesgo

- **Niños 1 a 3 años:** Fibrosis quística. Cirugía anal previa. Desnutrición. Esfuerzo durante las evacuaciones. Infecciones.
- **Adultos mayores:** esfuerzo durante las evacuaciones. Embarazo y estrés por el parto. Debilidad de los músculos del piso pélvico debido al envejecimiento. Hemorroides.

Cuadro clínico

- Incontinencia fecal.
- Sangrado o secreción mucosa proveniente del ano.
- Estreñimiento.

- Sensación de defecación incompleta.
- Pérdida de la urgencia para defecar.
- Dolor o picazón anal.
- Tejido que sobresale del ano.
- Dolor en el transcurso de las defecaciones.

Diagnóstico: estudios laboratoriales y de gabinete

- Exploración del ano y el recto.
- Defecografía.

Tratamiento

- **Niños:** mejora sin ningún tratamiento.
- **Adultos:** evitar el estreñimiento mediante alimentos ricos en fibra o laxantes.
- Cirugía.

Pronóstico

En los casos en los que el prolapso rectal no es tratado adecuadamente, se puede presentar estreñimiento, así como pérdida del control intestinal. En la mayoría de los casos el prolapso se puede curar mediante una intervención quirúrgica.