

## **PATOLOGIA ANORRECTAL**

### **HEMORROIDES**

#### **Definición**

Las hemorroides son vasos sanguíneos dilatados y tortuosos localizados en las paredes del recto inferior y el ano. Son muy frecuentes, especialmente durante el embarazo y después del parto. Resultan del aumento de la presión en las venas del ano, que hace que protruyan y se expandan, con dolor sobre todo en posición sentada.

#### **Etiología y factores de riesgo**

El aumento de la presión en los vasos del área anorrectal produce hemorroides. Este aumento de presión puede ser ocasionado por un embarazo, al levantar con frecuencia grandes pesos o al realizar esfuerzos repetido durante las deposiciones (defecación). El estreñimiento puede contribuir al aumento de presión.

#### **Factores predisponentes**

- Enfermedades hepáticas, como abscesos amebianos o hepatitis
- Alcoholismo
- Infecciones víricas

#### **Epidemiología**

Las hemorroides son dilataciones de las venas en el ano o en la última porción del recto. La inflamación genera una obstrucción en el flujo de la sangre, que va acompañada de hipertrofia e infiltración de células redondas de tejido conjuntivo perivascular. Están presentes en un 35% de la población y suelen aparecer entre los 25 y 55 años, y rara vez por debajo de los 15 años. Afectan a hombres y mujeres por igual, aunque las mujeres presentan una mayor incidencia a causa de los embarazos.

#### **Fisiopatología**

Las hemorroides son venas varicosas en el plexo venoso hemorroidal superior inferior. La dilatación y el aumento de volumen del plexo de las venas hemorroidales superiores sobre la línea dentada causan hemorroides internas. El

aumento de volumen del plexo de las venas hemorroidales inferiores por debajo de la línea dentada causa las hemorroides externas, que pueden sobresalir del recto. Las hemorroides resultan de las actividades que aumentan la presión intravenosa, con distensión y congestión como resultado. Las hemorroides se clasifican según su gravedad:

- Primer grado: confinadas al conducto anal.
- Segundo grado: con prolapso durante el pujo, pero con reducción espontánea.
- Tercer grado: con prolapso que requiere reducción manual después de cada deposición.
- Cuarto grado: irreductibles.

### **Cuadro clinico**

- Sangre roja brillante por fuera de las heces o en el papel higiénico
- Hemorragia indolora e intermitente durante la defecación (hemorroides internas)
- Prurito anal, malestar anal difuso
- Prolapso de la mucosa rectal
- Dolor
- Protrusiones duras hipersensibles cerca del ano

### **Diagnostico**

- La exploración física confirma las hemorroides externas.
- La anoscopia muestra hemorroides internas.
- La sigmoidoscopia flexible revela las hemorroides internas.
- El hemograma completo muestra disminución del hematocrito y de la cantidad de hemoglobina
- Prueba de sangre oculta en heces resulta positiva

### **Tratamiento**

- Dieta con mayor contenido de fibra, ingesta más alta de líquidos, laxantes de volumen

- Evitar permanecer en posición sentada en el inodoro; evitar el pujo
- Anestésicos locales, crema o supositorios con hidrocortisona
- Baños de asiento tibios
- Escleroterapia por inyección o ligadura con banda de goma
- Hemorroidectomía

### **Pronostico**

Los síntomas leves pueden aliviarse con frecuencia sin cirugía. Con el tratamiento no quirúrgico, el dolor y la hinchazón suelen disminuir en dos a siete días. La masa firme debe retroceder dentro de cuatro a seis semanas.

## **FÍSTULA ANORRECTAL**

### **Definicion**

Una fístula anorrectal es un canal anómalo que va del ano o el recto hasta la piel próxima al ano, aunque a veces puede ir hacia otro órgano, como la vagina.

### **Etiología**

La infección de las glándulas anales (origen criptoglandular) es la causa en más del 95% de los pacientes portadores de un absceso anal, con la posibilidad de la formación de una fístula, que se denomina inespecífica, a diferencia de las específicas, que tienen una etiología diferente como enfermedad de Crohn, tuberculosis, carcinoma rectal, carcinoma anal, actinomicosis, entre otras.

### **Factores de riesgo**

Se han estudiado factores como el sexo, edad, tabaquismo, uso de antibióticos peri-operatorios, diabetes, VIH, tipo de drenaje, anestésicos utilizados, tipo de absceso, obesidad, tiempo de evolución, alcoholismo, hipertensión e incluso la experiencia del cirujano que realiza el drenaje. De todos los factores analizados, los únicos que han sido estadísticamente significativos para el desarrollo de fístula anal y, principalmente, durante los dos primeros años al seguimiento son: edad menor a 40 años y no ser portador de diabetes mellitus, tiempo transcurrido entre la

aparición de síntomas, drenaje del absceso mayor a siete días y tabaquismo de reciente inicio.

## **Epidemiología**

Es difícil tener un dato preciso sobre la incidencia de los abscesos anales. Las razones son múltiples; entre las principales, destacan dos: un buen número de ellos drena en forma espontánea sin acudir al médico y, la otra, que son drenados en el consultorio y jamás notificados y registrados. Sin embargo, los portadores de una fístula anal cuentan con muy pocas probabilidades de curación espontánea y, en algún momento de su vida, la mayoría de los enfermos acuden para ser atendidos quirúrgicamente. En la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México representa el 7% de la consulta de primera vez. La edad promedio global es de 34 años; para el sexo masculino de 37 años y para el femenino de 28 años (rango de edad de 17 a 80 años), con una relación de cuatro hombres por una mujer.

## **Fisiopatología**

Una fístula anal 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.

## **Clasificación**

### **Por los elementos que la integran :**

#### **Fístula completa o simple :**

Es la que tiene un orificio primario, que generalmente asienta en una cripta de Morgagni, un orificio secundario, generalmente en el tejido perianal y un trayecto fistuloso que los une. Es la variedad más frecuente.

### **Fístula incompleta (Ciega o sinus) :**

Es la que presenta un orificio primario y un trayecto fistuloso, pero carece de orificio secundario.

### **Fístula compleja :**

Es la que posee uno o más orificios primarios y varios orificios secundarios, con trayectos múltiples.

En este grupo se incluyen las denominadas fístulas en herradura, que tienen un trayecto bilateral, con un orificio primario en la comisura posterior o anterior y varios orificios externos o secundarios, a ambos lados de la línea media.

### **Fístula complicada :**

Cuando el trayecto fistuloso establece comunicación con algún órgano vecino (Rectovaginal, rectovesical y otros)

### **Por su relación con el esfínter:**

Extraesfinteriana.

Transesfinteriana.

Interesfinteriana.

### **Cuadro clínico**

Los antecedentes de absceso anorectal recurrentes seguidos de secreción intermitente o constante son habituales. El material secretado es purulento o serosanguíneo. Puede haber dolor en caso de infección. En el examen pueden observarse una o más aberturas secundarias. A menudo, es posible palpar un

trayecto en forma de cordón. La introducción de una sonda en el trayecto permite determinar la profundidad y la dirección y, con frecuencia, la abertura primaria.

### **Diagnostico**

- Evaluación clínica
- Sigmoidoscopia

El diagnóstico de la fístula anorrectal se realiza mediante la exploración. Luego, debe realizarse una sigmoidoscopia si se sospecha enfermedad de Crohn (véase Diagnóstico de la enfermedad de Crohn).

Las fístulas criptogénicas deben diferenciarse de la hidradenitis supurada, el quiste pilonidal, los senos dérmicos supurativos y las fístulas uretroperineales.

### **Tratamiento**

Las fístulas serán tratadas de acuerdo a su etiología. En los casos que éstas sean consecuencia de una enfermedad de base, deben hacerse de acuerdo a su naturaleza (Enteritis regional, colitis ulcerativa idiopática u otra) e igualmente cuando las fístulas invadan órganos vecinos. Las fístulas de origen local se tratarán mediante una fistulectomía o una fistulotomía, de acuerdo con el estado inflamatorio regional y las preferencias del cirujano.

Fistulectomía :

- a. Exéresis de todo el trayecto fistuloso.
- b. b. Resección del orificio primario, incluyendo las criptas vecinas inflamadas
- c. c. No lesionar el mecanismo esfinteriano del ano.
- d. d. Dejar la herida abierta, para que cicatrice por segunda intención.

Fistuotomía :

- a. Destechamiento del trayecto fistuloso.
- b. Eliminación de los orificios primarios y secundarios.

c. La cicatrización se realizará por segunda intención, sobre el lecho de la fístula que se deja.

### **Pronostico**

Si se realiza una fistulotomía, en una semana podrá estar llevando una vida normal y la herida quirúrgica cicatrizará en 4-5 semanas. En el caso de intervención de fístula anal mediante la técnica de fistulectomía la recuperación puede prolongarse más en el tiempo porque la herida quirúrgica es mayor.