

“PATOLOGIAS ANORECTALES”.

“FISTULAS ANORECTALES.”

Es la comunicación anormal entre el anorrecto con la piel, o los tejidos u órganos adyacentes, como complicación de un absceso de esa región.

Se clasifican dependiendo de su localización, causa y tamaño:

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 mas 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.

Existencia de un absceso previo o de una secreción perianal:

- *Síntomas y signos:*

Síntomas: Supuración perianal, prurito, ardor al defecar, dolor, sangramiento.

Alumno: Mussolini Macnealy Paz.

Inspección: Presencia de uno o más orificios, generalmente en las márgenes del ano.

Palpación: Precisar el trayecto fistuloso, cuya consistencia y disposición recuerda la de un cordón resistente. Otras veces existe un área de infiltración próxima al orificio secundario.

Tacto rectal: Podrá detectar, en un elevado número de pacientes, una induración en el sitio que corresponde al orificio primario, en la línea pectínea.

- ***Exámenes de diagnóstico:***

Fistulografía: Podrá evidenciar el trayecto fistuloso.

Endoscopia: Debe realizarse para descartar una enfermedad asociada, ya que es excepcional que se precise el orificio primario.

Deben descartarse las fístulas perianales de otro origen (Enteritis regional, colitis ulcerativa y otras).

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.

El tratamiento se basa en una 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.

“FISURAS PERIANALES.”

Se define fisura anal como una ulceración de la parte inferior del canal anal, distal a la línea dentada. Es de las condiciones ano rectales benignas más comunes y se clasifican en primarias o secundarias y en agudas o crónicas. Se refiere a una fisura primaria cuando no tienen asociación con alguna patología, y secundaria cuando son debido a patologías de fondo como por ejemplo la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerativa. Se denominan agudas cuando tienen menos de 6 semanas de evolución.

Las fisuras anales afectan principalmente a niños y a personas de mediana edad. La verdadera prevalencia en adultos es desconocida. No todas las personas buscan atención médica y mejoran sin tratamiento y en algunos casos la sintomatología anal se atribuye a otras patologías, principalmente a las hemorroides sintomáticas. Es 4 veces más frecuente en mujeres que en hombres. La localización más frecuente de las fisuras anales primarias es en la línea media posterior, sólo 10% de las mujeres y 1% de los hombres se presentan con fisura anal primaria en la línea media anterior. De 3%- 10% de las fisuras anales ocurren en el período postparto y éstas son usualmente en la línea media anterior. Las fisuras anales resultan en una alta morbilidad y disminución en la calidad de vida.

En cuanto a la fisiopatología, la fisura anal 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 hipertoniaespasmo-isquemia y esto causa una disminución persistente del flujo que a su vez forma parte fundamental en la cronicidad de las fisuras. Se ha propuesto que el flujo disminuido en la zona anal contribuye a la formación de las fisuras anales. El flujo sanguíneo del anodermo en la línea media posterior es menor a un tercio en comparación con los otros cuadrantes y representa el sitio de mayor formación de fisuras. Se ha demostrado manométricamente que los pacientes con fisuras anales presentan una presión anal en reposo aumentada (del esfínter anal interno) y la presión del esfínter anal externo se mantiene normal. La disminución del flujo es la base del tratamiento con nitroglicerina tópica.

Las fisuras anales son un problema común pero en algunos casos la etiología exacta es mal definida. Se describen varios factores causantes: constipación y dieta con baja fibra, trauma durante el parto, diarrea crónica y sexo anal. Las fisuras secundarias se pueden encontrar en pacientes con cirugía anal previa, enfermedad inflamatoria intestinal (Enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa crónica inflamatoria). Las fisuras anales primarias son idiopáticas y usualmente de localización anterior.

Los pacientes típicamente se presentan con dolor a la defecación como sensación de ruptura. El dolor puede persistir minutos u horas después de la defecación y puede acompañarse de sangrado que se encuentra separado de las heces. Si hay mayor sangrado,

Alumno: Mussolini Macnealy Paz.

se deben descartar otras patologías asociadas. Si la sangre se encuentra mezclada con las heces, se deben de buscar otras causas.

A pesar de que el dolor a la defecación y el sangrado son típicos de la fisura anal, se debe de diagnosticar mediante el examen físico. Se debe de realizar de manera delicada, y la inspección a la hora de abrir ambos glúteos demuestra la presencia de la fisura. Los pacientes se encuentran usualmente aprehensivos por lo que se debe de calmar al paciente. El espasmo del esfínter anal y el dolor dificulta la exploración digital por lo que no es necesario para confirmar el diagnóstico. Si el diagnóstico es dudoso o no confirmatorio, se debe de realizar bajo anestesia local. Al examen físico se describe una “pila centinela”, la que se describe como una proyección cutánea que protruye en la parte distal de la fisura, como el motivo de consulta inicial y usualmente se acompaña de una papila anal hipertrófica en la línea dentada.

En cuestiones del tratamiento dependerá de la opinión médica:

Fisuras agudas:

Las fisuras anales usualmente son de corta duración y más de 50% van a sanar espontáneamente. La mayoría responde a una dieta alta en fibra y aumento en la ingesta de agua, para así producir un bolo defecatorio más grande y así producir una dilatación fisiológica. En algunas ocasiones se pueden requerir laxantes para suavizar las heces duras causadas por la constipación y así prevenir una defecación traumática. Se recomiendan baños de asiento calientes durante 10-15 minutos posterior a la defecación, con temperatura de hasta 49°C o tolerable, dos a tres veces por día y/o después de cada defecación.

Fisura crónica:

Posterior a 6 semanas sin curación se clasifican en crónicas. Sólo un 10% de las fisuras que cronifican sanan de manera espontánea, por lo que la mayoría van a requerir tratamiento y valoración médica. La meta del manejo es romper el círculo de hipertoniaespasmo-isquemia y esto se busca al disminuir la presión del esfínter anal interno y mejorar la perfusión al mismo momento en que se mantiene la continencia anal. El primer tratamiento indicado es la aplicación con ungüentos tópicos de nitroglicerina al 0.2% o diltiazem al 2%, tener en cuenta la cefalea como efecto adverso de la nitroglicerina. La aplicación de anestésicos locales en gel o en crema directamente a la fisura anal antes de la defecación. Resulta efectiva. La resolución de las fisuras anales posterior a 6 semanas de tratamiento tópico se ha reportado en 50%-75% de los casos, pero hasta mitad de esos recurren. La toxina botulínica A inyectada directamente en el esfínter anal interno es otro abordaje que

reduce la hipertoniá. La esfinterotomía lateral interna es el paso a seguir en fisuras crónicas refractarias al tratamiento médico. El tratamiento quirúrgico también está indicado en pacientes que no pueden tolerar un curso de tratamiento médico. Es un procedimiento que se realiza de manera ambulatoria, puede ser realizado con anestesia local, regional o general. Para su abordaje se coloca un espéculo y se abre de manera gradual, estirando el esfínter anal interno. Luego se procede a realizar una incisión pequeña en la cual sólo se corta el esfínter interno y no el externo. La fisura en la línea media se deja intacta y la “pila centinela”, el tejido redundante o la papila anal hipertrófica se pueden remover si presentan molestias. Este procedimiento ha dado resultados muy positivos con tazas de curación de hasta 98%.

“Hemorroides.”

Actualmente no es posible precisar una definición exacta de lo que son o la naturaleza exacta de la enfermedad hemorroidal, pero toda definición debe estar ligada a la etiopatogenia de la enfermedad. El concepto tradicional de enfermedad hemorroidal como «Dilataciones venosas (várices)» ubicadas en el canal anal, ha sido muy difícil de cambiar a pesar del sinnúmero de estudios que ha demostrado lo errado de este concepto. Como sabemos, las hemorroides son estructuras anatómicas normales (cojinetes vasculares), que están presentes desde la etapa embrionaria, y están ubicados en el cuadrante anterior derecho, posterior derecho y lateral izquierdo del canal anal, que no corresponden a ramas terminales de la arteria hemorroidal superior, estos plexos dependen primordialmente de la circulación sistémica. Además hoy en día podemos constatar que las hemorroides tienen una función real que es la discriminación de las distintas sensaciones que se suceden en el recto bajo y el ano, por ejemplo saber si el contenido que se encuentra dentro del ano recto es sólido, líquido o gaseoso. La resección arbitraria de los cojinetes hemorroidales, llevan a la pérdida de esta importante función. En resumen podemos definir la enfermedad hemorroidal como el conjunto de síntomas y signos (dolor, prurito, prolapso, sangrado, etc.) atribuibles al tejido hemorroidal, secundario a alteraciones estructurales de esta dilatación e ingurgitación, proceso inflamatorio y/o de los tejidos de sostén.

El cincuenta por ciento de las personas mayores de 40 años tienen algún grado de enfermedad hemorroidal aunque a medida que progresa la edad no progresa el porcentaje de personas con esta patología. Durante la infancia y en adolescentes es realmente extraña la aparición de este problema. El sexo no influye, ya que es muy similar la incidencia en varones y hembras. Se ve más frecuentemente relacionada a las sociedades occidentales, muy posiblemente asociado al bajo consumo de fibras. En los Estados Unidos de

Alumno: Mussolini Macnealy Paz.

Norteamérica más de 10 millones de personas padecen de problemas hemorroidales, con una prevalencia aproximada al 4.4%, de ellos asiste a consulta más de 1/3 de los afectados, con más de 1.5 millones de prescripciones médicas y una tasa de intervenciones de más o menos 12.9 por millón de habitantes. Lamentablemente dentro de nuestra Iberoamérica no tenemos cifras reales que puedan cotejarse con las antes descritas, pero podríamos inferir por el tipo de alimentación de nuestras poblaciones cifras muy similares a las de los Estados Unidos, aunque en algunos estratos sociales éstas podrían ser diferentes.

Como comentábamos en la definición de la enfermedad hemorroidal no se ha podido definir de manera exacta la etiopatogenia de esta patología. Las teorías más antiguas y sencillas explicaban que la enfermedad hemorroidal no era más que várices de los plexos hemorroidales. Ya en el siglo XIX y de manera más precisa Velpeau en 1826, luego Malgaigne (1837), Bourguery (1848) y Crouveihier (1852) consideraban que las hemorroides eran una «Metaplasma mística de tipo hemangiomaso, con los caracteres de un tejido extraordinariamente engrosado» que en 1928 Stieve demostraba que formaba parte del mecanismo de la continencia. El año 1962 Staubesand y Stelzner remarcaban el concepto hemangiomaso en la definición de cuerpo esponjoso rectal, demostrando comunicaciones arteriovenosas. rición de hemorroides externas y congestivas. En el puerperio la mayoría de éstas desaparecen. También se asocian a la producción de enfermedad hemorroidal, las diarreas a repetición, el estar de pie o sentado por mucho tiempo. La hipertensión portal no es causa importante de crecimiento de los plexos hemorroidales. Muchos autores han afirmado que en enfermos con cirrosis hepática avanzada e hipertensión portal con ascitis sólo el 28% presentan enfermedad hemorroidal.

Los vasos sanguíneos situados por encima de la línea dentada conforman el plexo hemorroidal interno, mientras que los situados distales a la línea dentada conforman el plexo hemorroidal externo. En los estudios anatómicos en fetos y embriones, lo mismo en niños, adolescentes y adultos, encontramos que en el canal anal existen tres paquetes hemorroidales distribuidos de la siguiente manera: un paquete lateral izquierdo, uno derecho anterolateral y uno derecho posterolateral. Entre estos paquetes se encuentran los plexos accesorios. El flujo sanguíneo de retorno del canal anal se realiza por la vía sistémica y portal, existiendo una red anastomótica entre ambas a nivel de la línea dentada. Lo más destacado de la fisiología del canal anal, es la diferencia de motilidad entre la parte proximal y distal de éste; esto lleva a un flujo antiperistáltico de sangre entre los plexos venosos y la disfunción del esfínter anal interno que contribuye a dificultar el vaciamiento del plexo hemorroidal interno, lo que favorecería la formación de la enfermedad hemorroidal. El aumento de la actividad del esfínter interno, favorece el concepto de una anomalía fisiológica de éste como factor involucrado en el origen de esta patología. Si a

Alumno: Mussolini Macnealy Paz.

todos estos conceptos agregamos el marcado deslizamiento del revestimiento de este canal, producida por el síndrome de obstrucción fecal, tendremos una idea bastante clara de la fisiopatología de la enfermedad hemorroidal.

Su clasificación:

- **Hemorroides externas:** Situadas por debajo de la línea dentada, cubierta por anodermo y con epitelio escamoso.
- **Hemorroides internas:** Situadas por encima de la línea pectínea, cubierta con mucosa rectal y con epitelio de transición y columnar. Éstas de acuerdo al grado de prolapso podemos clasificarlas en:

Grado I: Sobresalen únicamente a la luz del canal anal.

Grado II: Sobresalen durante la defecación por fuera del canal anal, pero reducen espontáneamente.

Grado III: Sobresalen durante la defecación por fuera del canal anal, pero requieren de maniobras manuales para su reducción.

Grado IV: Permanecen prolapsadas por fuera del canal anal y son irreductibles.

- **Hemorroides mixtas:** Son las hemorroides que reúnen clínica y anatómicamente elementos de los dos grupos: externos e internos. Los plicomas (mariscos hemorroidales, colgajos, apéndices cutáneos, etc.) no guardan relación con vasos hemorroidales aunque se encuentren en la región perianal.

La sintomatología de la enfermedad hemorroidal, es muy parecida a la de múltiples patologías benignas o malignas de esta área, esto hace peligroso que la mayoría de los pacientes puedan pensar que todo cuadro clínico que se presenta a este nivel siempre son hemorroides y muchos llegan tardíamente a las consultas con otro tipo de patología.

Los síntomas más frecuentes de la enfermedad hemorroidal son:

Sangramiento: Rojo rutilante, indoloro, que se produce al finalizar el acto de defecación.

Prolapso o aumento de volumen: Produce una sensación de cuerpo extraño dentro del canal anal, con sensación de tenesmo y en múltiples oportunidades se asocia a masa que protruye por el ano al terminar la defecación.

Secreción: Se ve frecuentemente asociada a enfermedad hemorroidal de III y IV grado, producto de la secreción producida por la mucosa del prolapso que acompaña esta patología.

Prurito: Secundario a la persistencia de la secreción producida por el prolapso mucoso.

Dolor: No es un síntoma asociado frecuentemente a enfermedad hemorroidal.

Cuando se presenta casi siempre está asociado a complicaciones tales como trombosis hemorroidal o a otras patologías tales como: fisura anal, abscesos perianales, papilitis o carcinomas anales o rectales. Las complicaciones de la enfermedad hemorroidal producen síntomas muy variados, por eso haremos un enfoque de cada una de ellas.

Trombosis hemorroidal: El mecanismo de producción se debe a la obstrucción de la circulación de las hemorroides externas en el surco interesfintérico, asociada a trombosis de la macro y micro circulación de las venas hemorroidales externas. En este cuadro el principal síntoma es el dolor.

Hemorroides estranguladas: Es la enfermedad hemorroidal prolapsada, que se inflama secundariamente por la disminución del flujo sanguíneo debido a un espasmo severo del *esfínter*. ***En este caso el síntoma inicial es el aumento de volumen asociado a dolor severo.***

En cuestiones de tratamiento:

- Anoscopia
- En ocasiones, sigmoidoscopia o colonoscopia

La mayoría de las hemorroides dolorosas, trombosadas, ulceradas o no, se observan en la inspección del ano y el recto. La anoscopia es esencial para evaluar hemorroides indoloras o sangrantes. *La rectorragia debe atribuirse a hemorroides solo después de descartar enfermedades más graves (es decir, mediante sigmoidoscopia o colonoscopia).*

Su tratamiento:

Sintomático: reblandecedores fecales, baños de asiento, analgésicos.

En ocasiones: resección de hemorroides externas trombosadas.

Escleroterapia por inyección, ligadura con banda elástica o fotocoagulación infrarroja para las hemorroides internas

“ABCESOS ANO RECTALES.”

Un absceso anorrectal es una colección localizada de pus en los espacios perirrectales. Por lo general, los abscesos se originan en una cripta anal. Los síntomas son dolor e hinchazón. El diagnóstico se realiza fundamentalmente por exploración, y por TC o RM pelviana en caso de abscesos más profundos. El tratamiento consiste en drenaje quirúrgico. Un absceso puede localizarse en diversos espacios que rodean el recto y pueden ser superficiales o profundos. Un absceso perianal es superficial y apunta hacia la piel. Un absceso isquiorrectal es más profundo y se extiende a través del esfínter hasta el espacio isquiorrectal por debajo del elevador del ano; puede penetrar hasta el lado contralateral y formar un absceso "en herradura". Un absceso por encima del elevador del ano (es decir, absceso supraelevador) es bastante profundo y puede extenderse hasta el peritoneo o los órganos abdominales; a menudo, este absceso es secundario a una diverticulitis o una enfermedad pelviana inflamatoria. A veces, la enfermedad de Crohn (en especial, del colon) causa un absceso anorrectal. Por lo general, hay una infección mixta, con predominio de *Escherichia coli*, *Proteus vulgaris*, *Bacteroides*, estreptococos y estafilococos.

Los abscesos superficiales pueden ser muy dolorosos; son característicos la hinchazón, el enrojecimiento y el dolor a la palpación perianales. La fiebre es infrecuente. Los abscesos más profundos pueden ser menos dolorosos, pero causan síntomas tóxicos (p. ej., fiebre, escalofríos, malestar general). A veces no hay ningún hallazgo perianal, pero el tacto rectal puede revelar una hinchazón de la pared rectal fluctuante y dolorosa a la palpación. Los abscesos pelvirrectales altos pueden causar dolor abdominal bajo y fiebre, sin síntomas rectales. En ocasiones, el único síntoma es la fiebre.

En el diagnóstico:

- Evaluación clínica.
- A veces, exploración bajo anestesia o TC o rara vez con TC.

Los pacientes que presentan un absceso cutáneo maduro, tacto rectal normal y no tienen signos de enfermedad sistémica no requieren estudios por imagen. La TC es útil cuando se sospecha un absceso profundo o enfermedad de Crohn. Los abscesos más altos (supraelevador) requieren una TC para determinar la fuente intraabdominal de infección. Los pacientes con cualquier hallazgo sugestivo de un absceso más profundo o de enfermedad de Crohn perianal compleja deben ser sometidos a una exploración bajo anestesia en el momento del drenaje.

El tratamiento:

- *Incisión y drenaje*
- *Antibióticos en pacientes de alto riesgo*

Se requieren una incisión rápida y un drenaje adecuado, y no debe aguardarse a que el absceso madure. Muchos abscesos pueden drenarse con procedimientos sencillos en el consultorio; los más profundos pueden requerir drenaje en el quirófano. Los pacientes febriles, neutropénicos o diabéticos o aquellos con celulitis marcada también deben recibir antibióticos (p. ej., ciprofloxacina 500 mg IV cada 12 h y metronidazol 500 mg IV cada 8 h, ampicilina/sulbactam 1,5 g IV cada 8 h). No están indicados los antibióticos en pacientes sanos con abscesos superficiales. Después del drenaje, pueden aparecer fístulas anorrectales.