

Patologías anorrectal

Las enfermedades anorrectales benignas abarcan un amplio espectro de patologías comunes, que pueden causar una morbilidad significativa, la incidencia de estas afecciones es común y puede presentarse con una enfermedad avanzada y la extensión de la patología puede no reflejar con precisión la sintomatología.

Inconsistencia fecal

La IF se define como el paso no controlado de tipo recurrente de materia fecal a través del recto y su salida al exterior al menos por 3 meses, se encuentra en controversia el uso de la ropa interior sucia como criterio de diagnóstico, esto puede deberse a higiene deficiente, prolapso rectal o hemorroides, sin embargo en la actualidad se continúa utilizando para definir un probable caso de IF. Es importante excluir la secreción clara de mucosidad mediante un interrogatorio cauteloso, el no control de los flatos, no entra dentro de la clasificación de la IF, ha sido incluido en la incontinencia anal (IA) que es un trastorno multifactorial que puede ocurrir debido a condiciones que causen episodios de diarrea, disminución de la capacidad de almacenamiento colorrectal y debilitamiento del piso pélvico. La IF se considera anormal después de que se ha logrado el entrenamiento para ir al baño, generalmente alrededor de los 4 años de edad. Se ha reportado una prevalencia que oscila entre los 7 a 15% en las mujeres de la comunidad, del 50 al 70% en centros de cuidado para anciano, en algunos casos la prevalencia es comparable entre sexo y en otros se expone una prevalencia menor en hombres con respecto a las mujeres. Asimismo, se ha descrito una mayor prevalencia en mujeres blancas con respecto a las afroamericanas, de igual manera hay reportes en los que no se llega a esta conclusión es importante destacar que la mayor proporción de individuos con este tipo de patologías son mujeres, no evidenciándose diferencias entre razas en los estudios de hombres. La IF tiene un origen multifactorial por lo cual es fundamental evaluar estos factores asociados, en estudios realizados a individuos en comunidades destacan como factores de riesgo las alteraciones del patrón evacuatorio, en especial la diarrea, urgencia rectal y enfermedades intestinales crónicas, estos factores fueron independientes de la lesión del piso pélvico relacionado con el acto obstétrico. La atrofia del esfínter externo también ha sido referido como factor de riesgo para la IF otras afecciones asociadas con IF incluyen edad avanzada, carga de enfermedad (recuento de comorbilidades, diabetes), traumatismo del esfínter anal (lesión obstétrica, cirugía previa) e inactividad física. Esto puede estar determinado por diferentes cambios que se han realizado en la práctica clínica actual, como lo son una disminución del uso de fórceps, ventosas y otros instrumentos, uso moderado de la episiotomía reservándola solo para los casos en los cuales realmente es necesario y una mayor incidencia de partos por cesárea, sin embargo, no obstante existen estudios en los cuales no existe diferencia entre los casos de IF de las mujeres sometidas a parto vaginal o cesárea

La debilidad del esfínter anal se ha reportado como la anomalía más frecuente en la IF, entre las mujeres mayores aproximadamente el 40% tenía una presión anal de reposo disminuida y una presión de compresión reducida del 80%. La disfunción del EAI se describe por una relajación espontánea exagerada del mismo o una disminución de la presión de reposo.

La debilidad del EAE se puede deber a uno de estos factores o a la combinación de los mismos: lesión del esfínter, miopatía o disminución del impulso nervioso cortico espinal, de igual manera el complejo de los músculos elevadores del ano juegan un papel fundamental,

es decir que cualquier lesión a este nivel también contribuirá a la IF. Los pacientes con descenso perineal excesivo tienen un ángulo anorrectal más obtuso, lo que sugiere que la válvula que normalmente mantiene la continencia cuando aumenta la presión intraabdominal está deteriorada

Diagnóstico

-Endoscopia de vías digestivas inferiores

-manometría

-Endosonografía de ano

-RM

Tratamiento

El tratamiento del paciente con IF debe enfocarse en la corrección de las manifestaciones clínicas, modificación del hábito evacuatorio con intervenciones dietéticas o farmacológicas ya que las heces blandas son un factor de riesgo importante para IF (la corrección de factores reversibles como laxantes u otros medicamentos puede ayudar). Los ensayos dietéticos (p. Ej., baja lactosa o baja fructosa) en pacientes seleccionados pueden normalizar la forma de las heces, entre los suplementos de fibra, solo psyllium pero no goma arábica o carboximetilcelulosa, mejoró la IF en comparación con el placebo. Los pacientes con estreñimiento, impactación fecal e incontinencia por rebosamiento a menudo se benefician de un programa para aumentar el vaciamiento del colon por diferentes medios. Por ejemplo, un régimen basado en un laxante osmótico diario (lactulosa 10 ml dos veces al día) más un enema semanal fue útil en la mayoría de los pacientes ancianos con IF, incluidos aquellos con demencia

Síndrome elevador del ano

El síndrome del elevador del ano también se llama espasmo del elevador, síndrome del puborectal, proctalgia crónica, síndrome piriforme y mialgia de la tensión pélvica. El síndrome del elevador del ano se caracteriza por dolor anorrectal relativamente constante y/o frecuente, a menudo asociado con sensibilidad a la palpación del elevador del ano, pero no con síntomas urinarios o una enfermedad orgánica que pueda explicar el dolor. En una encuesta, la prevalencia del dolor anorrectal debido a todas las causas y síntomas del síndrome del elevador del ano fue del 11,6% y 6,6%, respectivamente. En la actualidad se cree que el síndrome del elevador del ano es el resultado de un espasmo de los músculos del piso pélvico y a elevadas presiones en la región anal durante el reposo. Sin embargo, un estudio aleatorizado controlado encontró características de defecación disinérgica y la mayoría (85%) tenían sensibilidad del músculo elevador. La disinergia se revirtió después de una bioretroalimentación exitosa, lo que sugiere que la incoordinación rectoanal puede ser una explicación fisiopatológica para este síndrome. El diagnóstico se basa principalmente en la presencia de síntomas característicos y hallazgos en el examen físico. La evaluación a menudo incluye sigmoidoscopia, ultrasonografía e imágenes pélvicas para excluir enfermedades anorrectales alternativas.

Los tratamientos incluyen estimulación electro galvánica; entrenamiento de bioalimentación; relajantes musculares como: metocarbamol, diazepam y ciclobenzaprina

Proctalgia fugaz

La proctalgia fugaz se define como un dolor repentino y severo en el área rectal, que dura de unos segundos a varios minutos (raramente más de 30 minutos), y luego desaparece por completo. Las características del dolor referidas por el paciente suelen ser, cólicos o dolor punzante, que puede llegar a ser incómodo incluso hasta insoportable. Casi el 50% de los pacientes tuvieron que interrumpir su actividades normales durante una crisis, incluso pueden llegar a despertar al paciente durante el sueño. La prevalencia de proctalgia fugax varió del 8% al 18% sin diferencias entre sexos, los síntomas rara vez comienzan antes de la pubertad pero se han reportado casos en niños de 7 años.

La corta duración y la naturaleza esporádica e infrecuente de este trastorno han dificultado la identificación de mecanismos fisiopatológicos, pero las contracciones anormales del músculo liso pueden ser responsables del dolor. Dos estudios citaron familias en las que se encontró una forma hereditaria de proctalgia fugaz, está asociada con la hipertrofia del EAI y el estreñimiento. Las crisis de proctalgia fugax a menudo son precipitadas por eventos estresantes de la vida o ansiedad, en un estudio no controlado a doble ciego la mayoría de los pacientes eran perfeccionistas, ansiosos y/o hipocondríaco. El diagnóstico se basa en la presencia de síntomas característicos como se describe en la definición y la exclusión de patologías anorrectales y pélvicas. Para la mayoría de los pacientes, los episodios son tan breves que el tratamiento remediador no es práctico y la prevención no es factible, el tratamiento normalmente consistirá en explicarle al paciente el problema. Sin embargo, los pacientes con síntomas frecuentes requerirán terapia; un ensayo aleatorizado controlado mostró que la inhalación de salbutamol fue más efectiva que el placebo para acortar la duración de los episodios de proctalgia en pacientes en quienes los episodios duraron 20 minutos o más.

Fisura anal

La fisura anal es una ruptura longitudinal similar a una úlcera en la línea media del canal anal, distal a la línea dentada; en casi el 90% de los casos una fisura idiopática se localiza en la línea media posterior, pero también puede ocurrir en la línea media anterior. Las fisuras en las posiciones laterales deberían despertar la sospecha de procesos patológicos como enfermedad de Crohn, tuberculosis, sífilis, VIH/SIDA, afecciones dermatológicas como psoriasis) y el carcinoma anal. Una fisura aguda se ve como una simple rotura en el anodermo, mientras que una fisura crónica, definida con una duración de más de 8 a 12 semanas, se caracteriza además por edema y fibrosis. Las fibras del EAI pueden ser visibles en la base de la fisura, las características acompañantes típicas de las fisuras crónicas incluyen una "pila centinela" (etiqueta cutánea) en el margen distal de la fisura, y una papila anal hipertrofiada en el canal anal proximal a la fisura. El sello distintivo clínico de la fisura anal es el dolor durante la defecación y, a menudo, persiste después de la defecación. Con frecuencia existe la historia de una sensación de desgarramiento durante el paso de heces. El sangrado rectal, generalmente limitado a un mínimo de sangre roja brillante

en el papel higiénico, también es frecuente. Tratamiento de la fisura anal aguda En esta patología se deben usar tratamientos no quirúrgicos como baños de asiento, fibra de psyllium y agentes de carga como primer paso en el tratamiento de la fisura aguda. Casi la mitad de todos los pacientes con fisura anal aguda sanará con medidas de soporte, es decir, baños de asiento, fibra de psyllium y agentes de volumen, con o sin la adición de anestésicos tópicos o ungüentos antiinflamatorios¹⁰³. Además de la cicatrización de las fisuras, se puede lograr un alivio sintomático del dolor y la hemorragia prácticamente sin efectos secundarios.

Tratamiento de la fisura anal crónica Por su parte, la fisura anal crónica se debe tratar con agentes farmacológicos tópicos, como bloqueadores de los canales de calcio o nitratos, se debe remitir a los pacientes que no responden al tratamiento conservador o farmacológico para las inyecciones locales de toxina botulínica o esfinterotomía anal interna quirúrgica. La fisura anal crónica se puede tratar con nitratos tópicos, aunque los nitratos son marginalmente superiores al placebo con respecto a la cicatrización. Los medicamentos tópicos con nitrato como el 0,2% de pomada de nitroglicerina dos veces al día durante 6-8 semanas se han asociado con la curación en al menos el 50% de las fisuras crónicas tratadas, y el uso de nitroglicerina tópica disminuye significativamente el dolor durante el período de terapia. La fisura anal crónica también se puede tratar con bloqueadores de los canales de calcio tópicos, con una incidencia más baja de efectos adversos que los nitratos tópicos. No hay datos suficientes para concluir si son superiores al placebo en la cicatrización de las fisuras anales. Los bloqueadores tópicos de los canales de calcio como el diltiazem al 2% aplicado dos veces al día durante 6-8 semanas se han asociado con la curación de la fisura anal crónica en el 65 al 95% de los pacientes.

Hemorroides

Las hemorroides se encuentran entre los problemas anorrectales más comunes en el mundo industrializado, las estructuras normales del canal anal proximal llamadas almohadillas anales se renombran como hemorroides internas cuando sangran y/o sobresalen. Los signos cardinales de las hemorroides internas son el sangrado característico, definido como hemorragia indolora con deposiciones y protrusión intermitente y reducible. A menudo, el médico tratante tiene la función de proporcionar el diagnóstico de exclusión de hemorroides internas sintomáticas al descartar otras fuentes de sangrado y protrusión. La condición vagamente relacionada llamada hemorroides externa trombosada implica un coágulo en una vena debajo del anodermo que es la piel del borde anal. El diagnóstico se realiza por historia clínica y examen físico, si hay sangrado la fuente a menudo requiere confirmación mediante estudios endoscópicos. El examen físico debe incluir una inspección visual del ano, tanto en reposo como durante el esfuerzo y un examen digital para descartar otra patología anal. Las hemorroides internas se pueden asignar con una calificación funcional basada en su historia: las hemorroides de primer grado (no prolapso), de segundo grado (prolapsadas), pero sí reducen, las hemorroides de tercer grado sobresalen y requieren reducción manual, y las hemorroides de cuarto grado sobresalen y no pueden ser reducidas. Las pruebas de laboratorio casi nunca son útiles, el diagnóstico clínico de las hemorroides generalmente incluye un sangrado de patrón hemorroidal que exige al menos una sigmoidoscopia para descartar otras fuentes de sangrado. En pacientes mayores de 50 años o con una historia familiar sugestiva, esta puede ser la ocasión para la evaluación del colon completo, generalmente mediante colonoscopia. Tratamiento de las hemorroides

internas Se deben tratar a los pacientes con hemorroides sintomáticas primero con un mayor consumo de fibra y líquidos adecuados, una revisión Cochrane demostró el beneficio del aumento de la ingesta de fibra en la reducción tanto del prolapso como del sangrado. Se debe considerar a los pacientes con hemorroides de primer a tercer grado que permanecen sintomáticos, después de modificaciones en la dieta, para procedimientos de consultorio como anillamiento, escleroterapia, coagulación por infrarrojos y la ligadura, siendo esta última probablemente la opción más efectiva. La ligadura es probablemente el tratamiento de elección para las hemorroides de segundo grado y es un tratamiento de primera línea razonable para las hemorroides de tercer grado. El uso de la succión para colocar la hemorroide para la ligadura es algo menos doloroso y causa menos sangrado que las pinzas, aunque ambos métodos son aceptables. Se deben referir para intervenciones quirúrgicas (hemorroidectomía, hemorroidopexia con grapas y ligadura de la arteria hemorroidal asistida por Doppler) a aquellos pacientes que son refractarios o no toleran los procedimientos ambulatorios, que tienen fisuras externas grandes y sintomáticas junto con sus hemorroides, que tienen hemorroides grandes de tercer grado. La hemorroidopexia con grapas es una alternativa establecida a la hemorroidectomía en la mayoría de los casos, la ligadura de la arteria hemorroidal asistida por Doppler usa un anoscopio equipado con Doppler para identificar y ligar las arterias que suministran las hemorroides internas.

Tratamiento de hemorroides externas trombosadas La mayoría de los pacientes que presentan una urgencia (dentro de ~ 3 días de inicio) con una hemorroide externa trombosada se benefician de la escisión, aunque las hemorroides externas trombosadas tratadas sin escisión eventualmente resolverán sus síntomas, la extirpación de hemorroides externas trombosadas proporciona una resolución más rápida, una menor incidencia de recurrencia y mayores intervalos de remisión. La mayoría de las extirpaciones se pueden realizar con seguridad en el consultorio o en la sala de emergencias, con una inyección de un anestésico local. La trombosis se debe extirpar junto con la piel suprayacente para dejar una herida abierta, en lugar de simplemente incidir y drenar.