



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PRESENTA

Lucía Guadalupe Zepeda Montúfar

QUINTO SEMESTRE EN LA LICENCIATURA DE MEDICINA
HUMANA

TEMA: Patología anorrectal

ACTIVIDAD: Resumen

ASIGNATURA: Medicina interna

UNIDAD III

CATEDRÁTICO: Dr. Eduardo Zebadúa Guillén

TUXTLA GUTIÉRREZ; CHIAPAS A 05 DE DICIEMBRE DEL 2021

PATOLOGÍA ANORRECTAL

ENFERMEDADES ANALES BENIGNAS

ENFERMEDAD HEMORROIDAL

DEFINICIÓN: La enfermedad hemorroidal surge cuando los plexos hemorroidales aumentan de tamaño.

Fuera de ello, las hemorroides, son estructuras anatómicas normales que recubren el canal anal. Forman unas almohadillas vasculares compuestas por arteriolas, venas, músculo liso, tejido conectivo y elástico recubiertas por mucosa y submucosa. Su función consiste en permitir el cierre hermético del canal anal.

En condiciones de reposo, las hemorroides actúan como una válvula de cierre y contribuyen a la continencia, sobre todo de gases y líquidos. Se distribuyen circunferencialmente a lo largo del canal anal y están situadas en tres posiciones primarias: anterior derecha, posterior derecha y lateral izquierda, aunque también pueden existir entre ellas complejos hemorroidales secundarios.

CLASIFICACIÓN DE HEMORROIDES: Se clasifican en cuatro grados basados en su prolapso:

- 1° Cuando se proyecta algo sobre la luz del canal anal
- 2° Se prolapsan a través del canal anal durante la defecación pero se reducen de forma espontánea
- 3° Cuando el prolapso requiere reducción manual
- 4° Si son irreducibles

FACTORES DE RIESGO

- Estreñimiento: El 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.
- Historia familiar de enfermedad hemorroidal.

FISIOPATOLOGÍA: El crecimiento del plexo hemorroidal superior origina las hemorroides internas, que se sitúan por encima de la línea dentada, se hallan recubiertas por mucosa y epitelio columnar. El crecimiento del plexo hemorroidal inferior da lugar a las hemorroides externas, que se localizan por debajo de la mencionada línea y están recubiertas por epitelio escamoso, anodermo o piel; la combinación de ambos tipos de hemorroides constituye las denominadas hemorroides mixtas y es posible como consecuencia de la existencia de anastomosis libres entre los dos plexos hemorroidales

CUADRO CLÍNICO

- **Rectorragias:** Suele aparecer en relación con la defecación y su intensidad es variable. La sangre es roja y brillante e inmediatamente después de la defecación. Cuando tiene un

carácter crónico puede ocasionar la aparición de una anemia ferropénica. Descartar neoplasias e inflamación

- **Prolapso:** Ocurre cuando el recto se cae, sale y exterioriza a través del orificio anal; se presenta en pacientes de 3er y 4to grado.
- **Prurito**
- **Ensuciamiento**
- **Dolor:** Intensidad a los 2 o 3 días y desaparece de forma progresiva en 1 semana, aproximadamente.

DIAGNÓSTICO: ESTUDIOS LABORATORIALES Y DE GABINETE

- **Colonoscopia**
- **Bh:** Anemia ferropénica
- **Inspección:** En el margen anal, por debajo de la línea dentada, de uno o varios nódulos subcutáneos, dolorosos, de coloración azulada, que se corresponden a coágulos intravasculares y que están recubiertos de piel edematosa, en ocasiones ulcerada por la salida parcial de un trombo

TRATAMIENTO

No farmacológicas

- Dieta abundante en fibra dirigida a reducir la consistencia fecal y el esfuerzo defecatorio
- Baños de asiento
- Control de la diarrea

Farmacológicas

- Uso tópico de analgésicos o corticoides
- Fracción Flavonoica purificada y micronizada (diosmina + hesperidina): Mejora el tono venoso y el drenaje linfático, y normaliza la permeabilidad capilar; puede ser empleada con seguridad en las fases avanzadas del embarazo

Quirúrgicas

- **Esclerosis hemorroidal:** Primer y segundo grado
- **Ligadura con bandas elásticas:** Segundo y tercer grado
- **Hemorroidectomía:** consiste en la escisión del tejido hemorroidal, o una hemorroidopexia, cuya finalidad no es la resección del tejido hemorroidal sino la exéresis de parte del prolapso mucoso y la fijación del mismo en el interior del canal anal mediante un dispositivo de autosutura.

SINUS PILONIDAL

DEFINICIÓN: Se caracteriza por la presencia de inclusiones epidérmicas en la dermis del pliegue interglúteo, en la línea media posterior de la región sacra.

ETIOLOGÍA: Obstrucción de un folículo piloso o la inclusión de pelos y la posterior reacción inflamatoria-infecciosa a cuerpo extraño

CUADRO CLÍNICO: Asintomático hasta que se infecta y desarrolla abscesos que fistulizan por la línea media o por continuidad

DIAGNÓSTICO: ESTUDIOS LABORATORIOS Y DE GABINETE: Realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías perianales, como el absceso perianal o la fístula perianal.

TRATAMIENTO: Quirúrgico + escisión/ marsupialización.

HIDROSADENITIS PERINEAL

DEFINICIÓN: Infección crónica de la piel y del tejido celular subcutáneo que tiene su origen en las glándulas sudoríparas apocrinas, las cuales se concentran a partir de la pubertad en las axilas, las ingles y el periné

ETIOLOGÍA: Obstrucción de las glándulas sudoríparas apocrinas con sobreinfección de las secreciones acumuladas.

TRATAMIENTO

- **Agudo:** Antisépticos locales y antibioticoterapia sistémica
- **Definitivo:** Escisiones en bloque seguidas de cicatrización por segunda intención o de reconstrucciones a base de colgajos o injertos

PRURITO ANAL

DEFINICIÓN: Síntoma frecuente caracterizado por crisis, fundamentalmente nocturnas, de picor o quemazón en la región anal y perianal.

Puede estar causado por alteraciones psicológicas o por episodios menores de incontinencia de heces o moco

ETIOLOGÍA

Cuadro 24-1 Principales causas de prurito anal

ENFERMEDADES ANORRECTALES

Hemorroides, colgajos cutáneos anales, prolapso rectal, incontinencia anal, fístula y fisura anales, criptitis y papilitis, proctitis, carcinoma anal, adenoma vellosa, lesiones anales premalignas (enfermedad de Bowen, enfermedad de Paget), carcinoma rectal

INFECCIONES E INFESTACIONES

Bacterias (*Staphylococcus aureus*, *Corynebacterium minutissimum*), virus (*Molluscum contagiosum*, condiloma acuminado, herpes simple, herpes zóster), hongos (candidiasis), parasitosis (parásitos intestinales, *Pediculus pubis*, sarna), infecciones genitourinarias (herpes anogenital, gonococia, sífilis secundaria)

CAUSAS YATRÓGENAS

Antibióticos orales (tetraciclina, eritromicina, lincomicina), laxantes (parafina), productos locales (ungüentos, desodorantes, polvos, jabones, supositorios, anestésicos tópicos, glucocorticoides tópicos, lanolina)

ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS

Psoriasis, eccema atópico, dermatitis seborreica, liquen plano, dermatitis atrófica, dermatitis de contacto
Enfermedades sistémicas
Diabetes mellitus, uremia, ictericia colestásica

OTRAS CAUSAS

Higiene insuficiente o excesiva, aumento de la temperatura y la humedad (ropa ajustada, clima caluroso, obesidad, ejercicio físico), dieta (café, té, chocolate, colas, leche, cerveza, vino, cítricos, tomates)

CUADRO CLÍNICO

- Predominio nocturno se debe a que el aumento de la temperatura perineal que se produce durante la permanencia en la cama disminuye el umbral sensitivo para el picor.
- Círculo vicioso de picor-lesiones por rascado (con o sin infección sobreañadida) con aumento de picor.

DIAGNÓSTICO: ESTUDIOS LABORATORIOS Y DE GABINETE

- Rectosigmoidoscopia
- **Mujeres:** Exploración básica de la vulva y de la vagina.
- **Pruebas complementarias:** Cultivo de exudados, citología y cultivo de raspados de lesiones cutáneas.

TRATAMIENTO

- Rectosigmoidoscopia
- Mujeres: Exploración básica de la vulva y de la vagina.
- Pruebas complementarias: Cultivo de exudados, citología y cultivo de raspados de lesiones cutáneas.
- Eliminar causa identificada
- Tranquilizar al paciente y mantener una higiene anal adecuada
- Suspender los antibióticos, agentes tópicos o laxantes que esté utilizando, así como cualquier alimento o bebida que pueda desencadenar la sintomatología (el café está frecuentemente involucrado).
- Evitar la utilización de prendas de vestir muy ajustadas o abrigadas para impedir el aumento excesivo de la temperatura perineal y evitar las lesiones por rascado
- Mantener el área perineal limpia y seca mediante baños de asiento varias veces al día

FISURA ANAL

DEFINICIÓN: Consiste en un desgarró longitudinal de la piel que recubre la porción del canal anal distal a la línea dentada y origina un dolor intenso con la defecación. Hay dos formas típicas de fisura anal:

- **Primaria o idiopática:** Aparece en individuos sanos y no se asocia a ningún tipo de enfermedad. Se producen en la comisura anterior y se debe a traumatismo y a la isquemia de la mucosa.
- **Secundaria:** Se detecta en pacientes que sufren otro proceso (enfermedad de Crohn, proctitis, leucemia, carcinoma, tuberculosis, sífilis, infección por el HIV, penetración anal).

ETIOLOGÍA: El estreñimiento y el 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.

CUADRO CLÍNICO

a) Aguda: consiste en un desgarró superficial

b) Crónica: Es la evolución de la fisura aguda a una ulceración isquémica consecutiva a la hipertonia del EAI que determina un déficit de perfusión de la comisura posterior al comprimir los vasos sanguíneos que lo atraviesan.

- Proctalgia: Dolor agudo e intenso que se produce durante la defecación y que puede persistir hasta varias horas tras la misma.
- Rectorragias, prurito anal y la secreción mucosa anal.

DIAGNÓSTICO: ESTUDIOS LABORATORIOS Y DE GABINETE: Anamnesis y la inspección anal.

TRATAMIENTO: Tratamiento inicial conservador para corregir el hábito defecatorio y la hipertonia esfinteriana.

- Suplementos de fibra dietética o algún laxante suave, y en baños de asiento con agua tibia efectuados 2 o 3 veces al día para favorecer la relajación del EAI.
- Crónicas: Esfinterotomía lateral interna

ABSCESOS ANORRECTALES

ETIOLOGÍA

- **Criptoglandular:** Con la infección de alguna cripta anal de la mucosa y su ulterior propagación en el espacio situado entre los esfínteres anales interno y externo.
- **Absceso perianal:** Es la propagación más frecuente es en sentido distal, hacia el margen anal.

CUADRO CLÍNICO

- Eritema, induración, dolor a la palpación y, en ocasiones, supuración por el canal anal
- **Abscesos de gran tamaño:** Fiebre
- **Abscesos pelvirrectales:** Dolor en los cuadrantes abdominales inferiores y escalofríos o síntomas urinarios.
- **Isquiorrectales:** Dolor glúteo.

DIAGNÓSTICO: ESTUDIOS LABORATORIOS Y DE GABINETE

- Exploración física, inspección anal y el tacto rectal, que ponen de manifiesto la existencia de una masa inflamatoria muy dolorosa, que puede fluctuar o no con la presión.
- **Casos dudosos:** USG, TC y RM

TRATAMIENTO

- Drenaje quirúrgico, y deberá efectuarse con la mayor brevedad posible.
- Antibióticos en caso de inmunodepresión, diabetes, presencia de signos de infección sistémica o celulitis extensa.

FÍSTULAS ANALES

DEFINICIÓN: Las fistulas anales 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

- Consecuencia del paso a la cronicidad de un absceso anorrectal.
- **Secundarias:** fisura anal (infecciones, tuberculosis, actinomicosis, linfogranuloma venéreo), enfermedad inflamatoria del intestino (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa), traumatismos (cirugía, cuerpos extraños, empalamiento), neoplasias (carcinoma, leucemia) o radioterapia.

CLASIFICACIÓN

- **Simples o complejas:** Se consideran fístulas complejas aquellas cuyo tratamiento conlleva un mayor número de recidivas o de trastornos de la continencia. Se incluyen las fístulas con trayecto paralelo al recto (transesfinterianas altas y supraesfinterianas), aquellas que acontecen en pacientes con factores de riesgo de incontinencia, las recidivadas y las que sufren los pacientes con enfermedad de Crohn.

CUADRO CLÍNICO: Dolor → se presenta si el trayecto fistuloso se cierra, y desaparece cuando se instaura la supuración.

DIAGNÓSTICO: ESTUDIOS LABORATORIOS Y DE GABINETE

- Inspección anal + tacto rectal
- **Rectosigmoidoscopia:** Se realiza para descartar cualquier proceso rectal, en particular una enfermedad de Crohn.
- USG anal o rectal, TC o RM.

TRATAMIENTO

- **Fistulotomía:** Fístulas simples y de localización baja.
- **Colgajo de avance intrarrectal / ligadura del trayecto en el espacio interesfinteriano/ colocación de sedales laxos de drenaje:** Fístulas altas o complejas
- **Fístulas secundarias:** Tratamiento etiológico.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

PROCTITIS

DEFINICIÓN: Se caracteriza por la presencia de síntomas rectoanales asociados a lesiones limitadas a los últimos 15 cm del recto; la inoculación infecciosa se realiza directamente en el curso del coito anal receptivo.

ETIOLOGÍA: Gonorrea, clamidias, herpes, sífilis y citomegalovirus.

CUADRO CLÍNICO: Dolor o disconfort rectoanal, expulsión de productos rectoanales (purulentos, mucosos o sanguinolentos), tenesmo, urgencia defecatoria, rectorragias y estreñimiento; pueden cursar con fiebre.

DIAGNÓSTICO: ESTUDIOS LABORATORIOS Y DE GABINETE: Rectosigmoidoscopia + tinción de Gram o cultivo en el material rectal obtenido por escobillón para ver el agente etiológico.

TRATAMIENTO: Específico para cada tipo de agente infeccioso.

PROCTOCOLITIS

DEFINICIÓN: Los gérmenes responsables son invasores y, a menudo, producen úlceras circunscritas rectosigmoideas con moco y pus; se encuentra en el recto, más allá de los 15 cm, y sigma.

ETIOLOGÍA

Campylobacter Shigella Salmonella, Entamoeba histolytica, Clostridium difficile, Chlamydia trachomatis, inmunotipo LGV, citomegalovirus

CUADRO CLÍNICO: Dolor cólico abdominal, tendencia a la diarrea, síntomas de proctitis, fiebre, escalofríos, mialgias, vómitos.

DIAGNÓSTICO: ESTUDIOS LABORATORIOS Y DE GABINETE: Cuadro clínico + endoscopia + cultivo de heces.

TRATAMIENTO: Específico para cada una de ellas depende de la sensibilidad particular a los distintos antibióticos.

TRASTORNOS DEL SUELO PÉLVICO

INCONTINENCIA ANAL

DEFINICIÓN: Pérdida de la capacidad de controlar voluntariamente la liberación de contenido fecal o gas.

ETIOLOGÍA

- 1) lesiones de los esfínteres anales secundarias a desgarros obstétricos, traumatismos quirúrgicos, accidentes.
- 2) lesiones o neuropatías del nervio pudendo por traumatismos reiterados que lesionan el nervio, esfuerzos evacuatorios o partos complejos
- 3) alteraciones mixtas de la sensibilidad y distensibilidad rectal por enfermedad inflamatoria rectal, o proctitis actínica.

FACTOR DE RIESGO → Adultos mayores

CUADRO CLÍNICO: Escalas de Wexner → Evalúa 5 características de la incontinencia:

- Gas
- Líquidos
- Sólidos
- Necesidad de usar compresa
- Alteración de la vida social

DIAGNÓSTICO: ESTUDIOS LABORATORIOS Y DE GABINETE

- **Tacto rectal y en la manometría anorrectal:** Disminución del tono del canal tanto en reposo.
- **USG:** para el estudio de la integridad de los esfínteres anales.

TRATAMIENTO

- a) Medidas generales, corrección del hábito defecatorio con dietas astringentes y antidiarreicos (loperamida, difenoxilato o fosfato de codeína) y utilización de paños de contención.
- b) **Rehabilitación:** mediante programas de aprendizaje basados en ejercicios de la musculatura esfinteriana coordinados con estímulos de percepción rectal (biofeedback)
- c) **Quirúrgico:** esfinteroplastia, neuroestimulación de raíces sacras o del nervio tibial posterior.

PROLAPSO RECTAL

DEFINICIÓN: Consiste en la protrusión de la pared rectal completa a través del canal anal.

FACTOR DE RIESGO

- **Mujeres:** Se caracteriza porque los pliegues del prolapso son circunferenciales.

CUADRO CLÍNICO → Al principio aparece sólo durante el esfuerzo de la defecación, pero luego lo hace con la tos, esfuerzos o simplemente con la bipedestación.

- **Mujeres:** Sensación de evacuación incompleta.
- Tenesmo, pesadez rectal, sensación de llenado pélvico, dolor en la pelvis; Malestar perianal, sensación de evacuación incompleta y manchado de contenido fecal, moco y, en ocasiones, sangre.

DIAGNÓSTICO: ESTUDIOS LABORATORIOS Y DE GABINETE → Inspección

- **Defecografía:** para observar la protrusión en el momento del esfuerzo defecatorio.

TRATAMIENTO: Dependerá del grado de sintomatología y de su respuesta al tratamiento médico con medidas higiénico-dietéticas y farmacológicas.

- **Niños:** Tratamiento conservador mediante la reducción manual del prolapso y medidas correctoras del esfuerzo defecatorio.
- **Adultos:** Se basa en la aplicación de diferentes técnicas quirúrgicas que pueden realizarse por vía perineal o abdominal.

COMPLICACIONES: Incarceración, la ulceración o la hemorragia.

SÍNDROMES ANORRECTALES DOLOROSOS

SÍNDROME DE LA ÚLCERA SOLITARIA DEL RECTO

DEFINICIÓN: Afección benigna que consiste en la presencia de una úlcera única o, a veces, múltiple situada en la cara anterior del recto a 6-10 cm del margen anal cuya etiología se desconoce.

ETIOLOGÍA PROBABLE: debida a la lesión isquémica o traumática de la mucosa prolapsada durante los esfuerzos reiterados de defecación.

FACTOR DE RIESGO: Adultos jóvenes, con preferencia del sexo femenino.

CUADRO CLÍNICO: Rectorragias, tenesmo, sensación de obstrucción anal o evacuación incompleta, esfuerzo excesivo en la defecación y dolor en la región anal-perineal.

DIAGNÓSTICO: ESTUDIOS LABORATORIOS Y DE GABINETE

- Rectoscopia
- Biopsia: Para descartar tumores, enfermedad inflamatoria del intestino, proctitis infecciosas, endometriosis o úlceras estercoráceas.

TRATAMIENTO

- Laxantes de masa y medidas educadoras.
- Fracaso al tratamiento educativo e higiénico-dietético: se deben utilizar técnicas de reeducación y rehabilitación del suelo pélvico (biofeedback).
- Síntomas son graves: Rectopexia

SÍNDROME DEL ELEVADOR DEL ANO

DEFINICIÓN: Dolor en la zona alta del recto, que el paciente describe como una sensación de peso, ardor u ocupación, y que empeora con los movimientos defecatorios, originado por espasmos de los músculos elevadores del ano.

FACTOR DE RIESGO: Mujeres 3:1 Hombres

CUADRO CLÍNICO: Hipertonía y dolor en la lazada del músculo puborrectal durante la tracción del mismo al realizar el **tacto rectal**.

TRATAMIENTO: Ejercicios de biofeedback, la estimulación electrogalvánica, los relajantes musculares sistémicos, el masaje digital de los elevadores del ano y los baños de asiento.

PROCTALGIA FUGAZ

DEFINICIÓN: Dolor anorrectal súbito, intenso y episódico, de escasa duración (segundos o minutos), que desaparece totalmente y se presenta predominantemente por la noche (incluso despierta al paciente).

TRATAMIENTO: Agonistas adrenérgicos inhalados (salbutamol), los nitritos tópicos y los relajantes musculares para reducir las crisis.