

PATOLOGIAS PERIANALES

LIZBETH REYES ULLOA

Anatomía

El recto porción distal del intestino grueso mide entre 12 y 15 CM anatómicamente su tercio superior está cubierto por peritoneo en su parte interior y a los lados

La reflexión peritoneal si sitúa a 7,5-8,5 cm en hombre y a 5-7 cm en la mujer

El conducto anal es la porción terminal del intestino grueso

El esfínter interno es el engrosamiento de la musculatura circular del intestino grueso el interno rodea en toda su longitud al conducto anal y tiene tres porciones subcutánea superficial y profunda

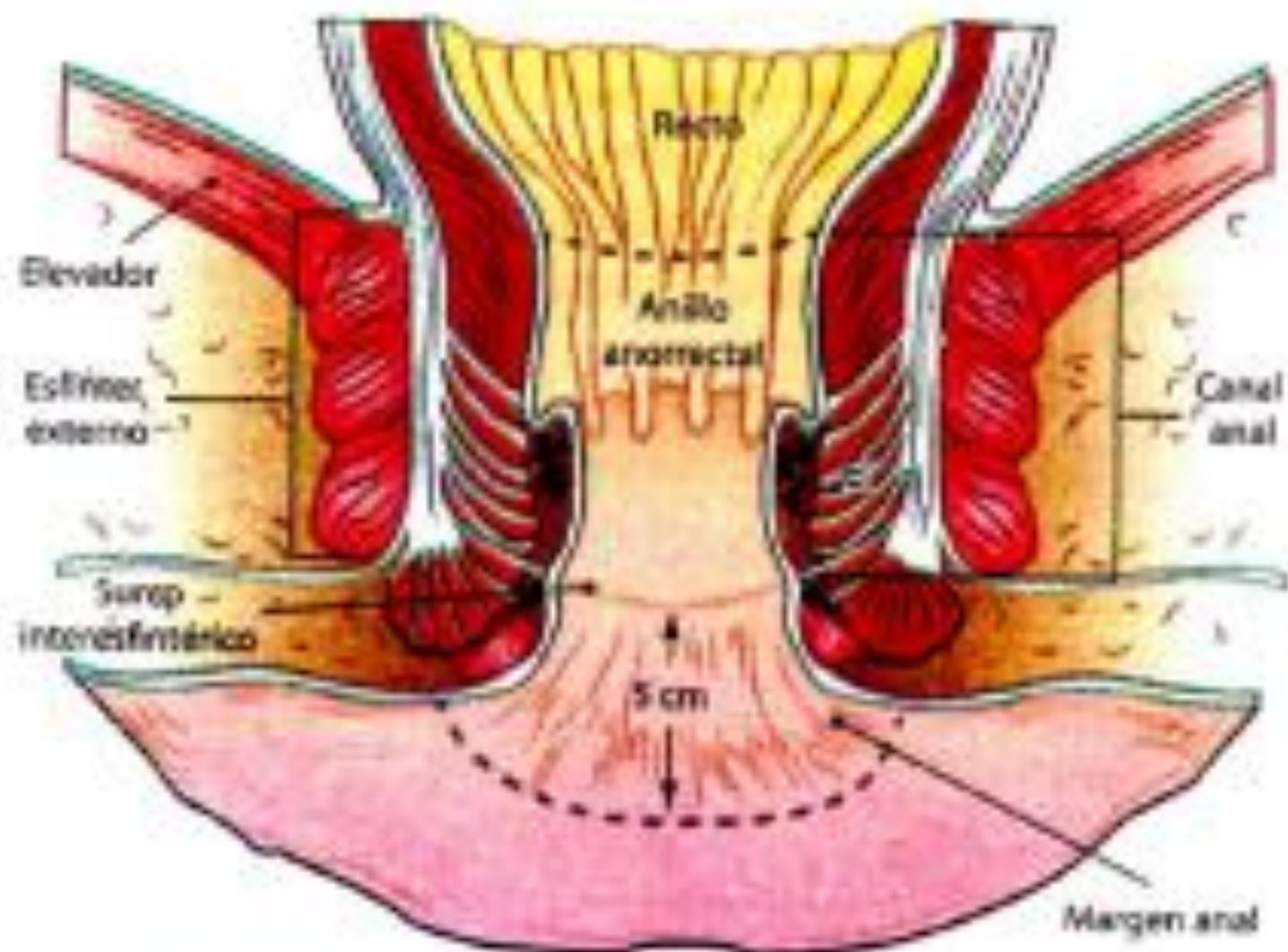


Figura 14.1. Anatomía del canal anal

MECANISMO DEL ESFINTER ANAL

Se puede
asimilar a tres
asas forma de v



Asa superior
asa intermedia
asa de la base

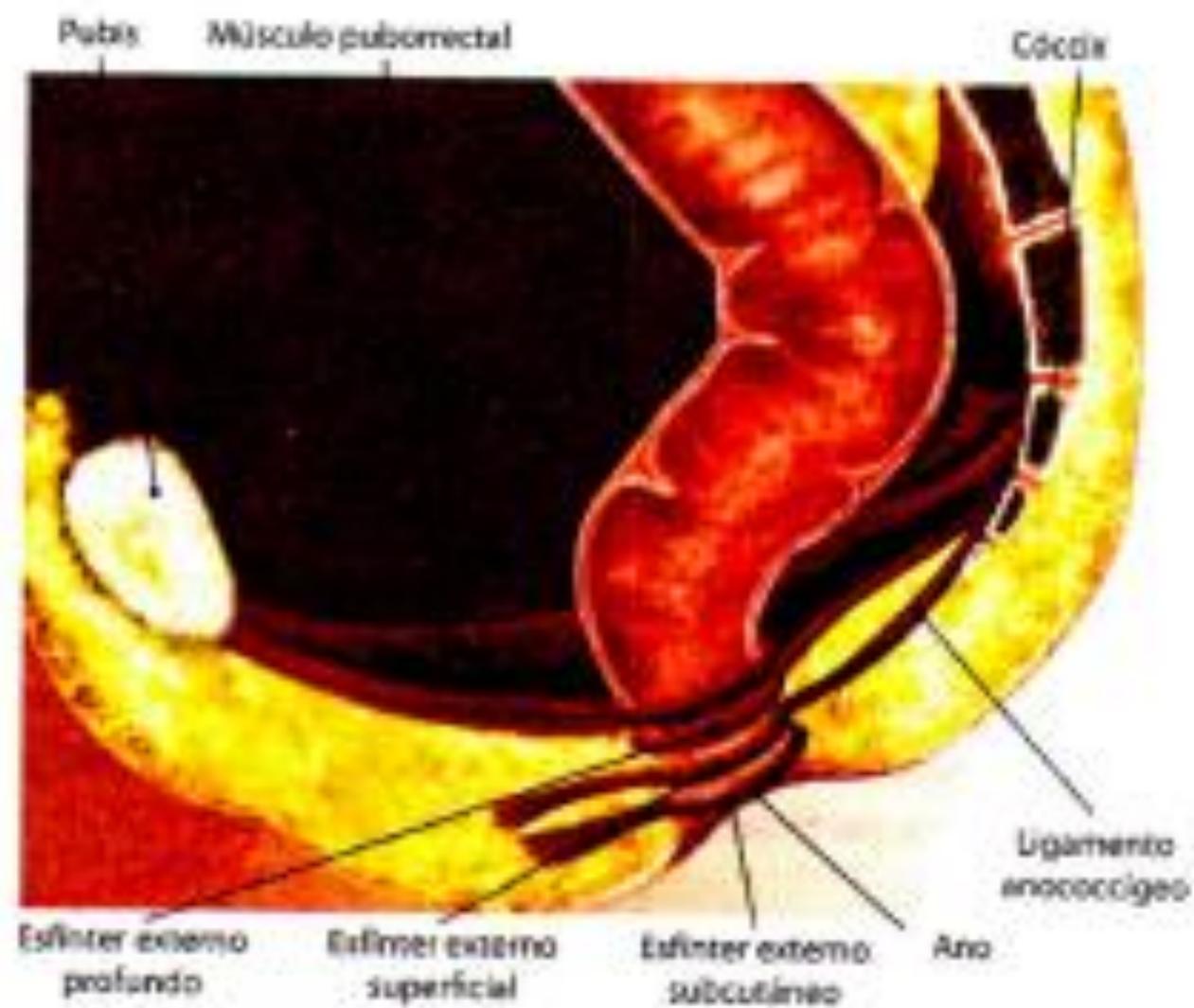


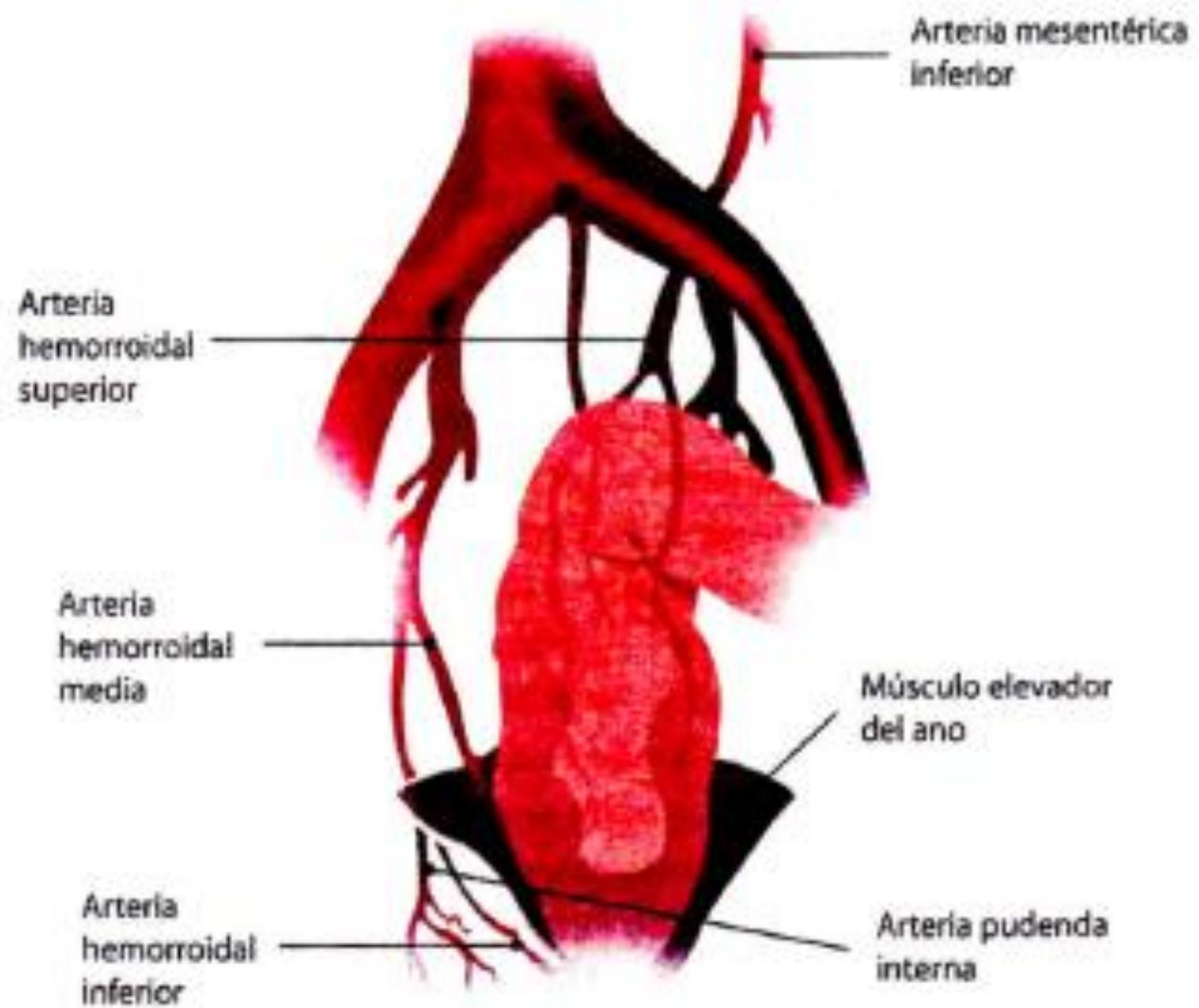
Figura 14.2. Mecanismo del esfínter anal

Vascularización

Hemorroidal
superior

Hemorroidales
medias

Hemorroidales
inferiores



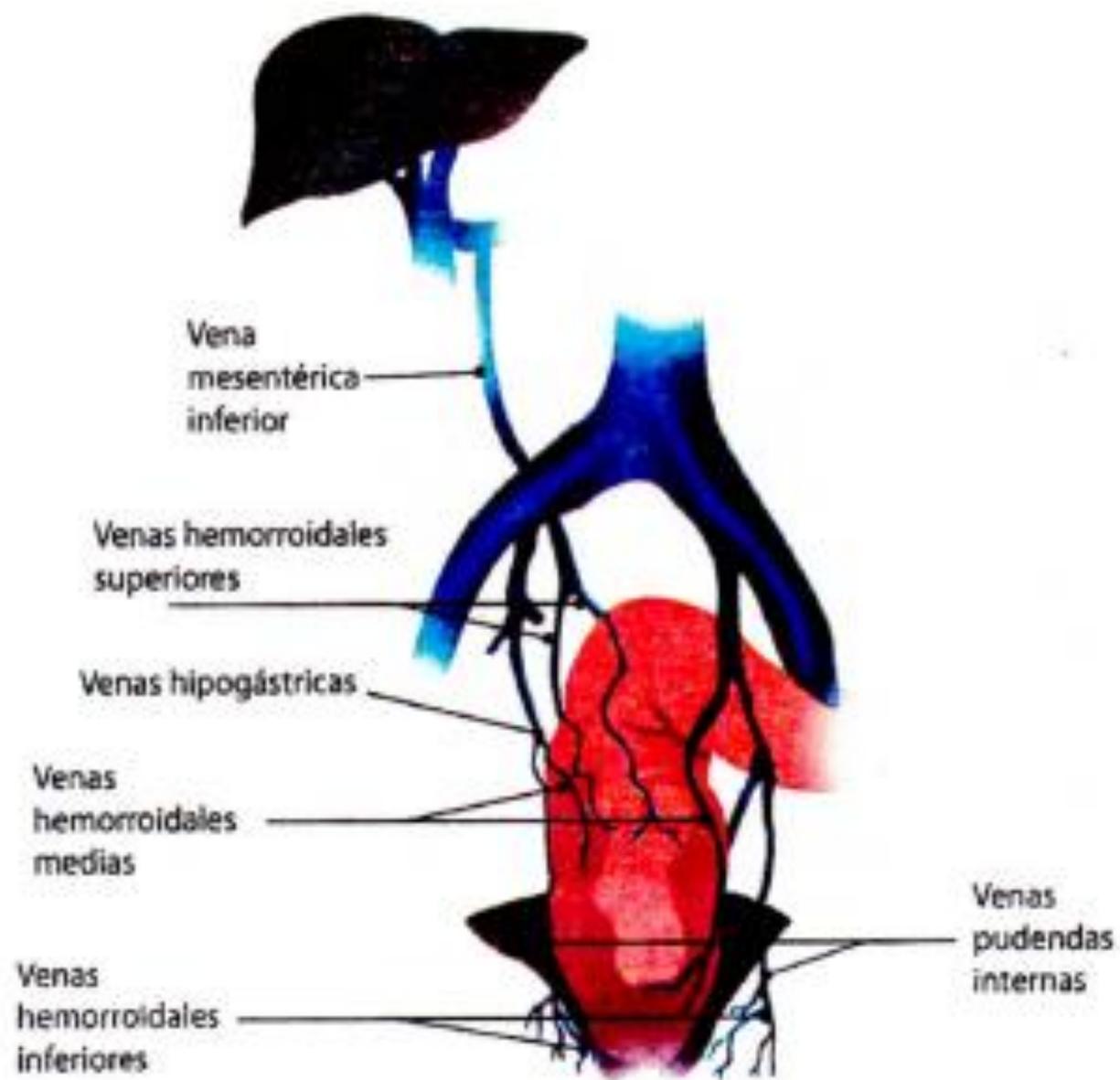


Figura 14.3. Vascularización del recto y ano

Enfermedad hemorroidal Clasificación

Hemorroides externas: Localizadas en el tercio inferior del canal anal

Hemorragias internas: Localizada proximal a la línea dentada cubiertas de epitelio columnar o de transición

Hemorroides mixtas: Se extienden a lo largo de la línea dentada

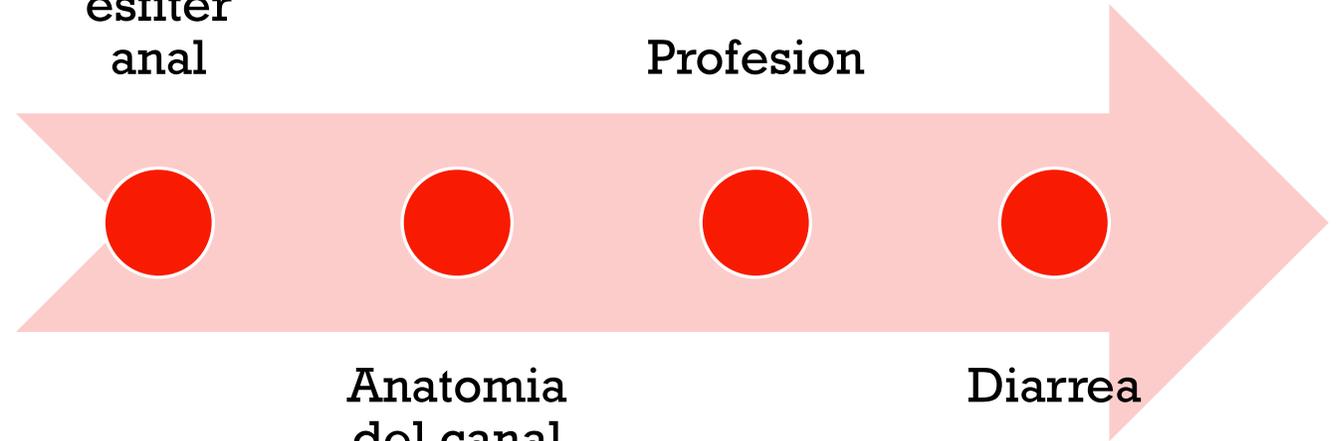
Factores predisponentes

Herencia
por el
tono del
esfínter
anal

Profesion

Anatomía
del canal
anal

Diarrea



Clinica

Sintomas fundamentales

Rectorragia acompañado a la defecación

Prurito, irritación de la mucosa

Dolor, trombosis hemorroidal de las hemorroides externas

Prolapsso

Anemia

Masa palpable

Grado	Prolapso	Clinica	Tratamiento
I	No	Rectorragia	<ul style="list-style-type: none"> • Conservador • Esclerosis (si sangrado)
II	Al defecar, reducción espontánea	Prolapso, rectorragia, malestar moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Ligadura con bandas • Esclerosis
III	<ul style="list-style-type: none"> • Al defecar y de manera espontánea. • Reducción manual 	Prolapso, rectorragia, malestar, ensuciamiento, prurito	Cirugía o ligadura con banda elástica (si sangrado)
IV	Persistente, no se puede reducir	Prolapso, dolor, rectorragia, trombosis	Cirugía: hemorroidectomía

Tabla 14.1. Clasificación, síntomas y tratamiento de las hemorroides internas

Diagnostico

Historia clínica

Exploracion

Factores de riesgo



Figura 14.4. Prolapso hemorroidal grado IV en crisis aguda

Tratamiento

Hemorroides externas: Tratamiento conservador, baños de asiento, laxantes y anestésicos en pomada

Hemorroides internas: Según el grado 1 o 2

Evitar el senderismo

Dieta rica en fibras y líquidos

Baños de asiento con agua templada

Corticoides y anestésicos tópicos

Diagnostico diferencial

**Ulcera rectal
solitaria:
Ulceracion
crónica
localizada en el
conducto anal,
asociada a la
mitad de los
casos**

**Prolapso rectal:
Descenso
circunferencial
del recto a
atraves del ano,
mas frecuente
en mujeres de
60-70 años**



Figura 14.5. Prolapso rectal

Abordaje	Abdominal (abierto o laparoscópico)	Perineal
Indicaciones	Buen estado general	Alto riesgo quirúrgico
Técnicas	Rectopexia ± sigmoidectomía (D'Hoore)	<ul style="list-style-type: none"> • Delorme: rectopexia • Altemeier: sigmoidectomía
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Menor recidiva • Mayor comorbilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor recidiva • Menor morbilidad

Tabla 14.3. Técnicas quirúrgicas en el prolapso rectal

Abceso perianal

La mayoría tiene su origen en la infección de una cripta anal se clasifican en función de la afectación del aparato del aparato esfinterino

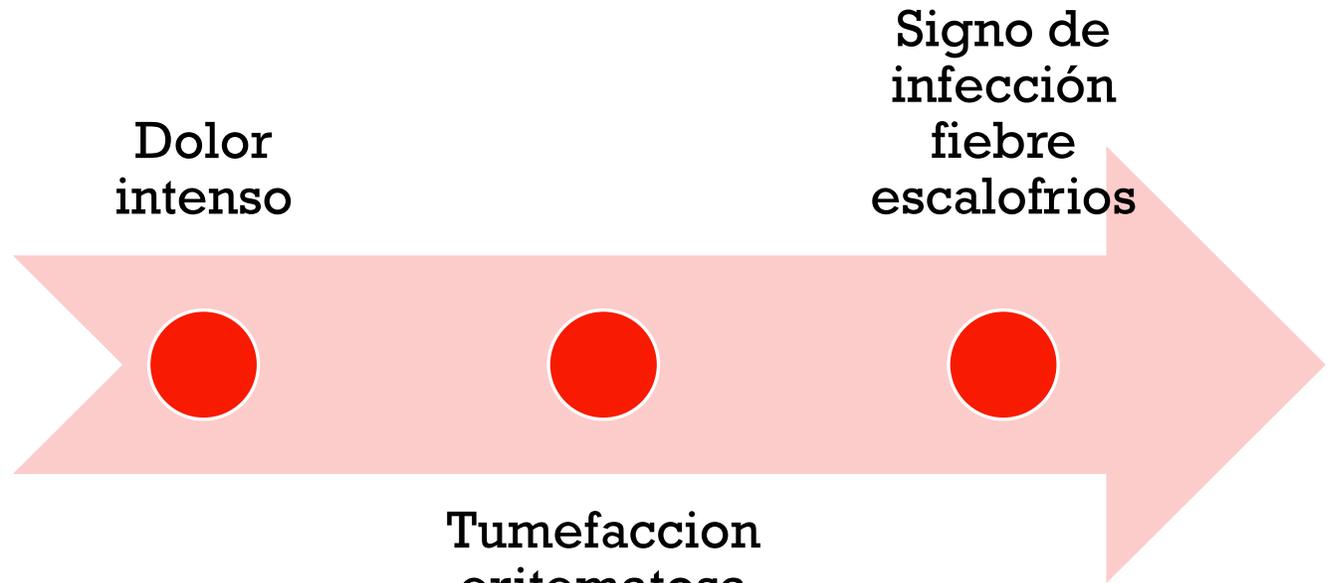
Los microorganismos mas frecuentes son: E. coll

clinica

Dolor
intenso

Signo de
infección
fiebre
escalofrios

Tumefaccion
eritematosa
caliente en
ocaciones
fluctuantes



Diagnostico

La exploración y la anamnesis son suficientes en la mayoría de los casos para llegar al diagnostico se precisa una analítica donde se objetiva leucocitosis generalmente con desviación izquierda;

Tratamiento

Se deben prescribir
antibióticos solo en
inmunodeprimidos,
diabético, cardiopatas



Figura 14.6. Incisión para drenaje de absceso isquiorrectal



Figura 14.7. Salida de pus tras incisión para drenaje de absceso
intraoral

Fistula perianal

Trayecto inflamatorio
cronico formado por la
comunicación entre la
mucosa del recto y la piel

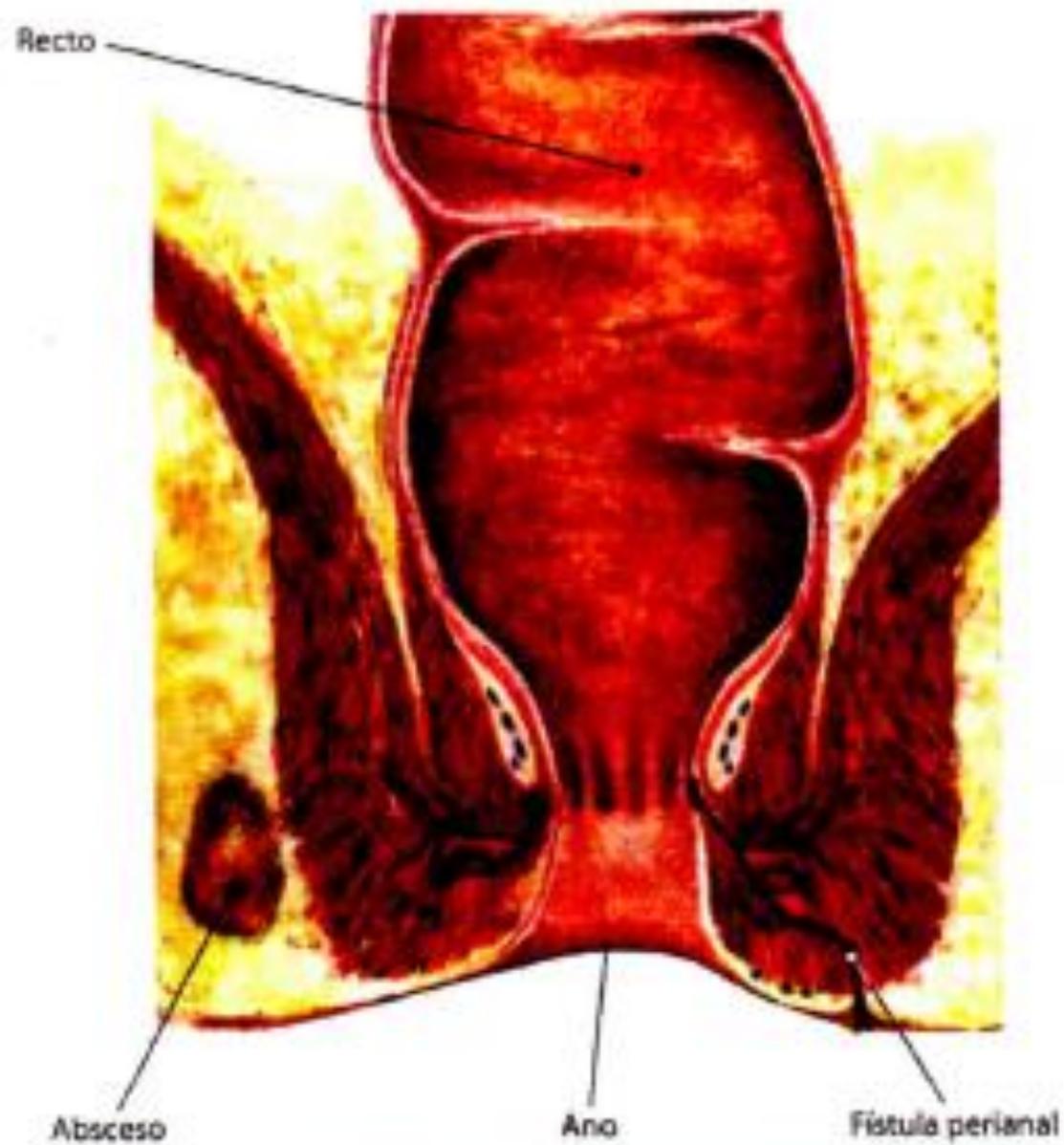
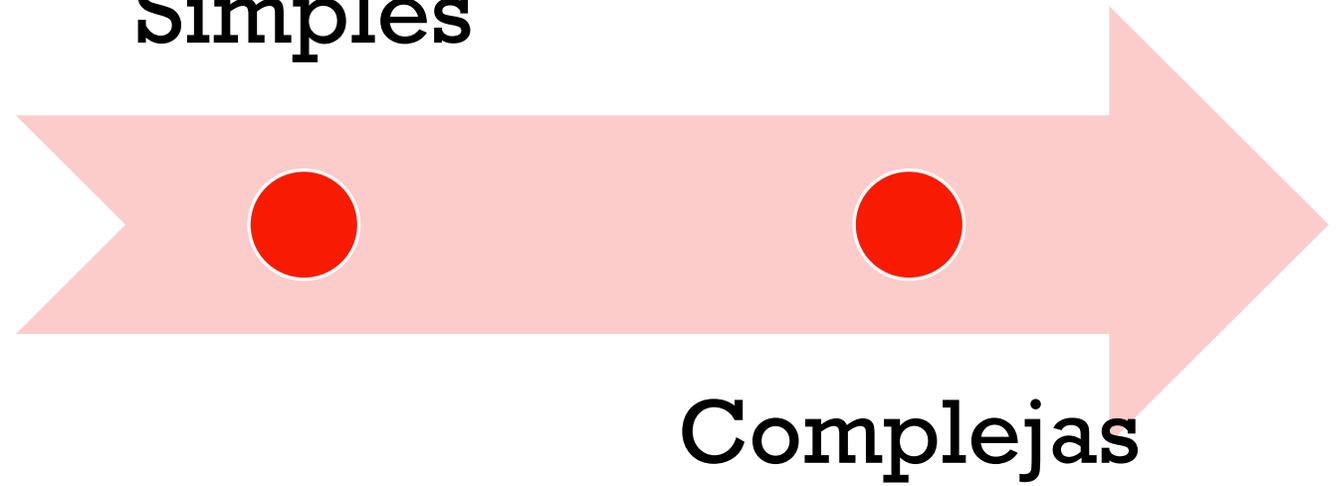


Figura 14.8. Esquema de fistula (comunicación del recto con la piel) y absceso (colección de pus) perianal

Clasificación

Simples



Complejas

Etiopatología

Las fistulas perianales suelen originarse a partir de una infección criptoglandular

Hacia abajo, lateralmente y hacia arriba

La extensión de la inflamación puede seguir tres caminos

Diagnostico

Historia clínica

Exploracion física

Pruebas
cpmplementarias
(anuscopia y
proctoscopia)

Tratamiento

Eliminar el trayecto y la infección

Sin limitación de la función esfinteriana

Fistula simple	Fistulotomía
Fistula compleja sin incontinencia	<ul style="list-style-type: none"> • Cierre orificio primario • Sellado con fibrina • Colgajo de avance
Fistula compleja con incontinencia	<ul style="list-style-type: none"> • Setón + fistulotomía en intervalos

Tabla 14.4. Resumen del tratamiento quirúrgico de la fistula anal

Fisura anal Clasificación

Aguda: Desgarro superficial

Crónica: Desgarro profundo, ulcerado que expone las fibras del esfínter anal interno

Localizacion

De origen
probablemente
isquemico:
Posterior y
anterior.posterior

Laterales: Son
multiples y
suelen ser menos
dolorosas

Clinica

Dolor intenso lacerante
durante y tras la
defecación

Retorragia

Espasmo

Hipertonia

Diagnostico

- Clínico
- Exploracion física se observa la herida en el borde anal

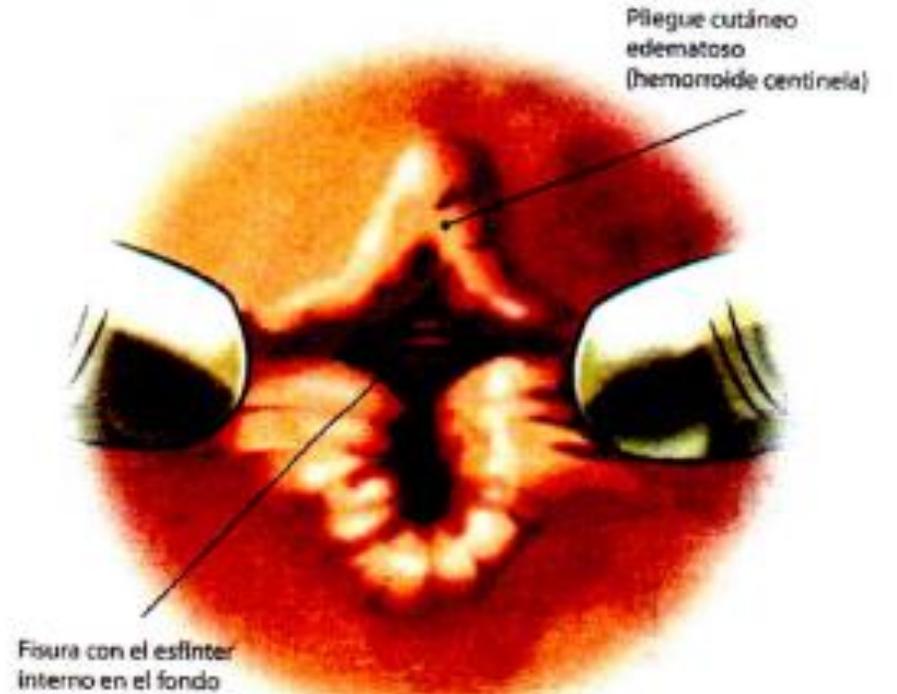


Figura 14.10. Exploración de fisura anal

Tratamiento

Baños de asiento con agua templada

Laxantes que reblandezcan el bolo fecal

Pomada de diltiazem topico al 2%

Analgesicos

La cirugía se reserva para los casos crónicos o tras el fracaso de tratamiento medico intentando romper el circulo patogénico en la hipertonia esfinterea lateral interno

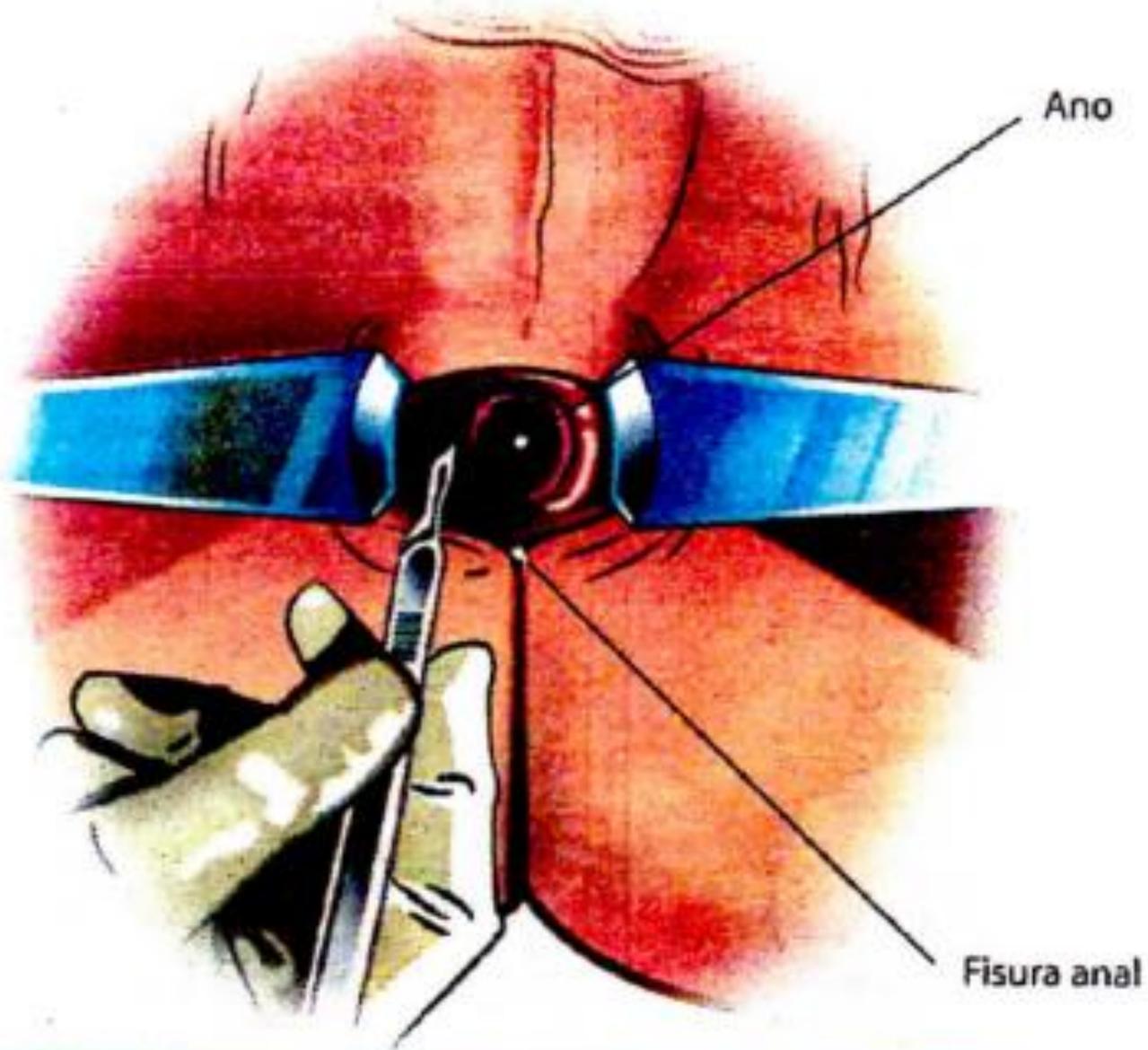


Figura 14.11. Esfinterotomía lateral interna

Dolor anal

Constituye un motivo frecuente de consulta el diagnóstico diferencial de aquellas personas que acuden por dolor anal a la consulta de urgencia a través de los síntomas principales

Tumores del canal anal

Son mas frecuentes en mujeres

Manifiestan por rectorragia, dolor y prurito

Los tumores que estan en la línea pectinea pueden drenar hacia arriba, lateral y abajo

Factores de riesgo: Irritacion anal crónica, fisuras, leucoplasia sexo anal, condlomas

Tumores existentes: Carcinoma de células escamosas, carcoinoma basaloide o cloacogenico, melanoma y adenocarcinoma

Trtamiento: Epidermoide: Escision local con marguen o radioterapia en tumores que se diagnostican en esta etapa. Melanoma: Cirugia. Adenocarcinoma: Amputacion abdominoperineal.

Tumores de ano

Carcinoma de celulas escamosas: Ulceración del borde anal

Enfermedad de Bowen: Neoplasias maligna de la porción intradérmica de las glándulas apocrinas

Enfermedad de Paget: Neoplasia maligna de la órcion intradérmica de las glándulas apocrinas, mas común en mujeres.

Condilomas anales: Relacionados con el papiloma VPH