

PATOLOGÍA PERIANAL

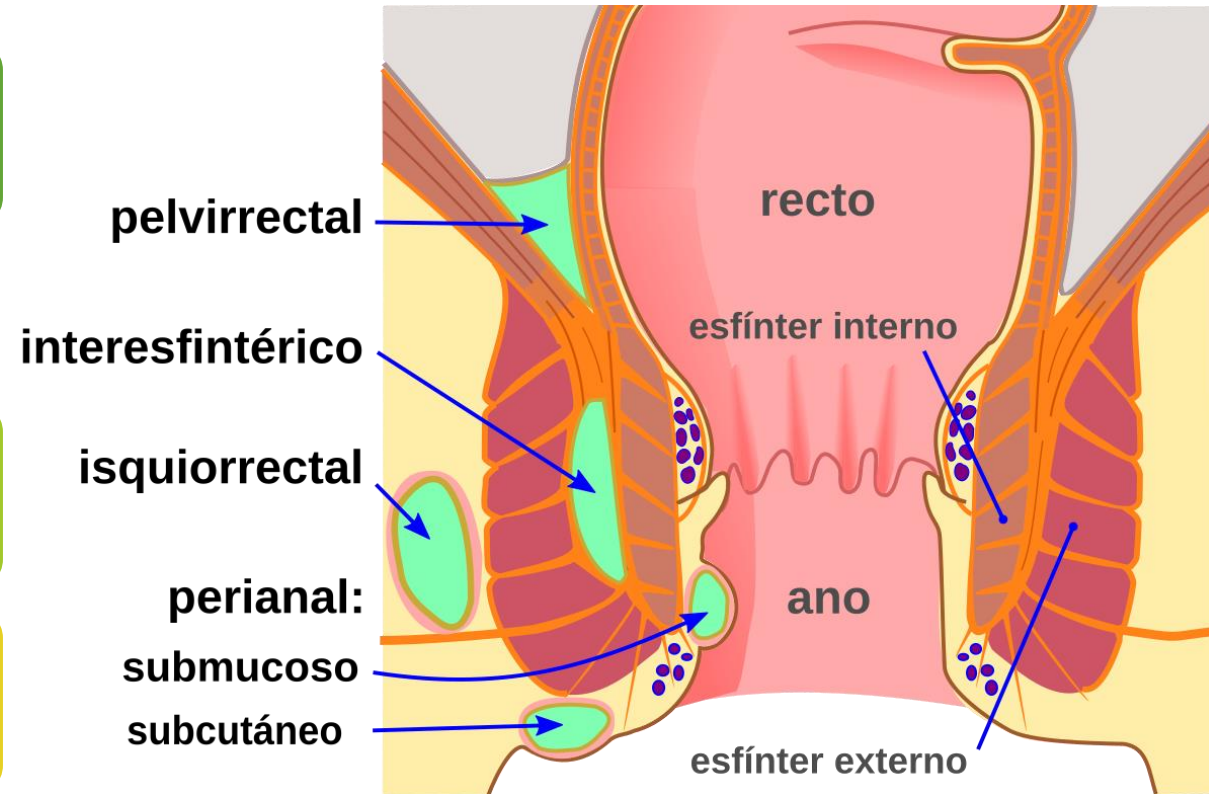
ANATOMÍA.

El recto.

- porción distal del intestino grueso, mide entre 12-15 cm, anatómicamente desde la 3ª vértebra sacra hasta el canal anal.

Su tercio superior está cubierto por peritoneo en su parte anterior y a los lados.

El tercio medio sólo en la parte anterior; y el tercio inferior no tiene peritoneo.



se extiende desde la línea pectínea hasta el margen anal.

Mide aproximadamente
3cm.

conducto anal quirúrgico.

Se extiende por encima del anatómico hasta el plano del anillo anorrectal.

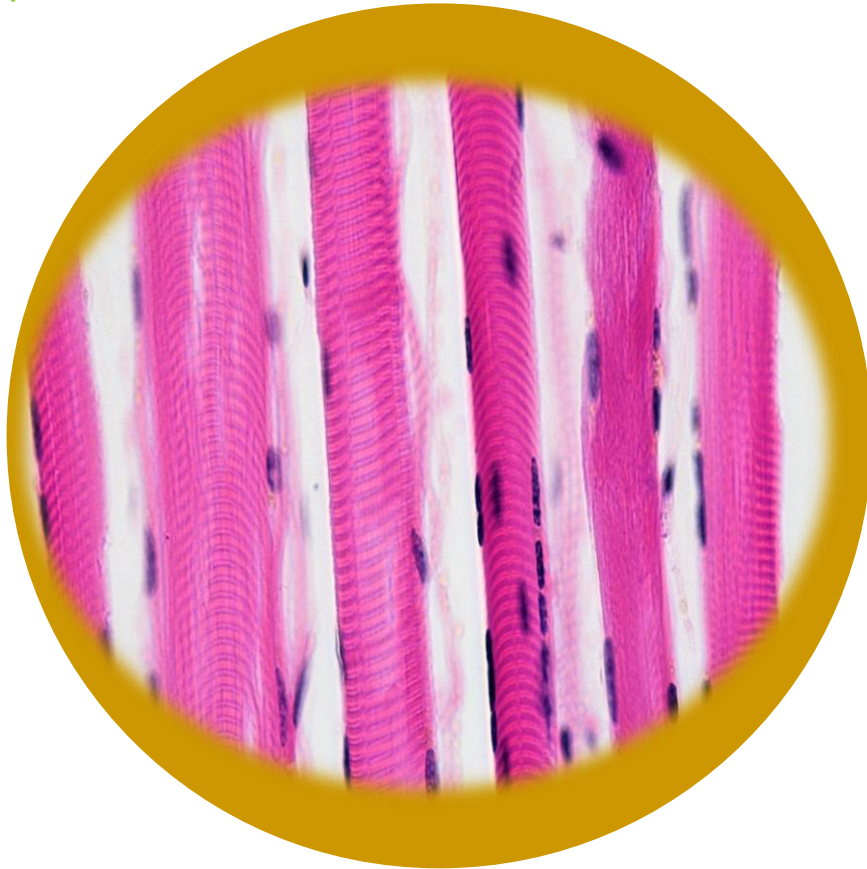
Hasta el margen anal una longitud de aproximadamente 7 cm.

El conducto anal quirúrgico.

- Se encuentra rodeado de un sistema valvular esfinteriano que rige la continencia del mismo.

El aparato muscular está formado:

- Fibras lisas circulares del recto que forman el esfínter interno del ano; es involuntario.

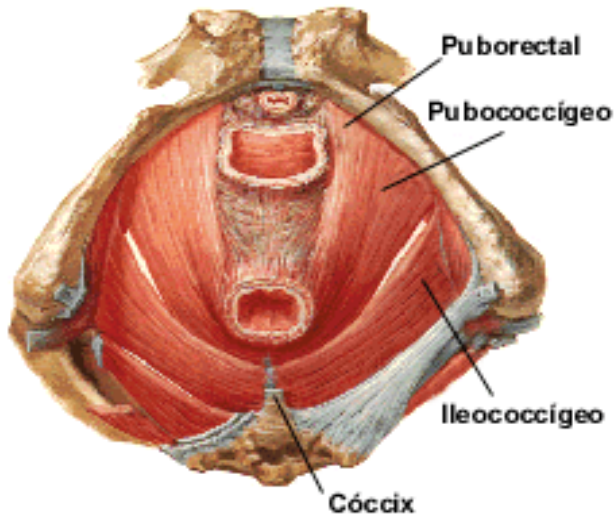


Fibras musculares estriadas que forman el esfínter externo del ano es voluntario.

- Rodea en toda su longitud al conducto anal y tiene tres porciones:
 - Subcutánea.
 - Superficial.
 - Profunda.

Músculos.

Diagrama pélvico



Cuerpos musculares del elevador del ano

Puborrectal.

Por delante.

Elevador del ano.

Ileococcígeo.

Pubococcígeo.

MECANISMO DEL ESFINTER ANAL.

Se puede asimilar a tres
asas en forma de V.

De manera que dos tiran en
un sentido y la otra en
sentido contrario.

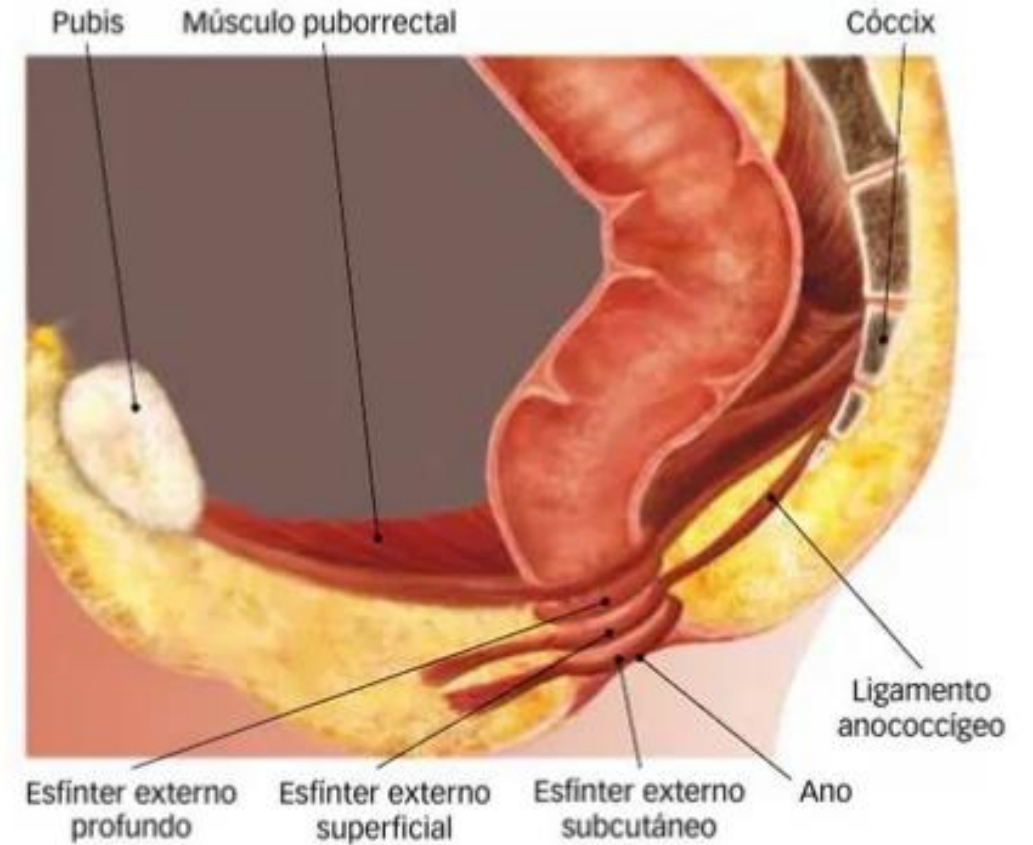


Figura 21.2. Mecanismo del esfínter anal

Asa superior.

Porción profunda del esfínter externo y músculo puborrectal.

Asa intermedia.

Porción superficial del esfínter externo.

Asa de la base.

Esfínter externo subcutáneo.

```
graph TD; A[Durante la contracción voluntaria del esfínter.] --- B[Las tres asas se contraen en dirección a su origen.]; A --- C[La superior y la de la base llevan la pared posterior del ano hacia adelante.]; A --- D[Mientras el asa intermedia lleva el conducto anal hacia atrás, asegurando la continencia.];
```

Durante la contracción voluntaria del esfínter.

Las tres asas se contraen en dirección a su origen.

La superior y la de la base llevan la pared posterior del ano hacia adelante.

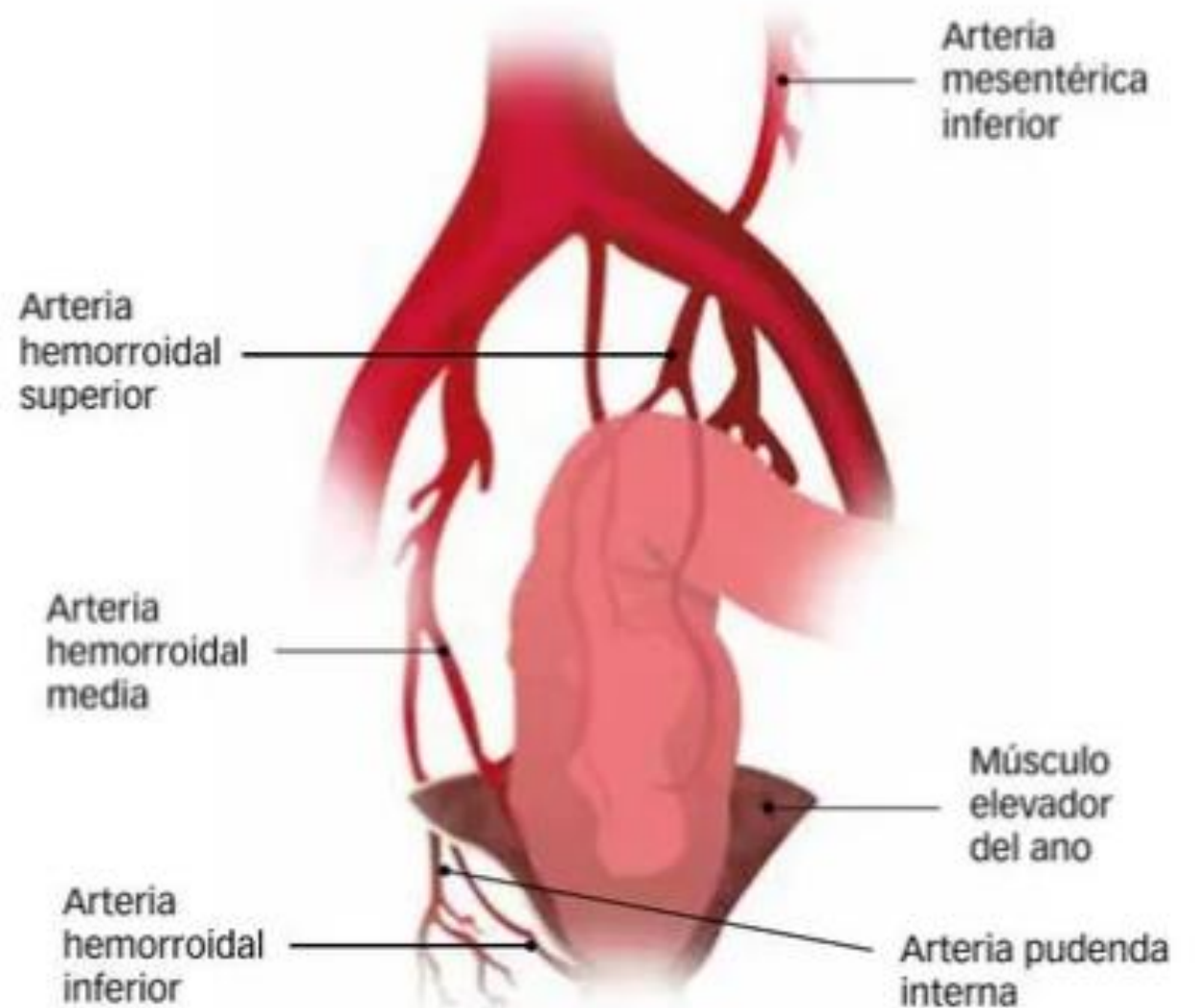
Mientras el asa intermedia lleva el conducto anal hacia atrás, asegurando la continencia.

VASCULARIZACION.

La vascularización arterial consta de tres sistemas.

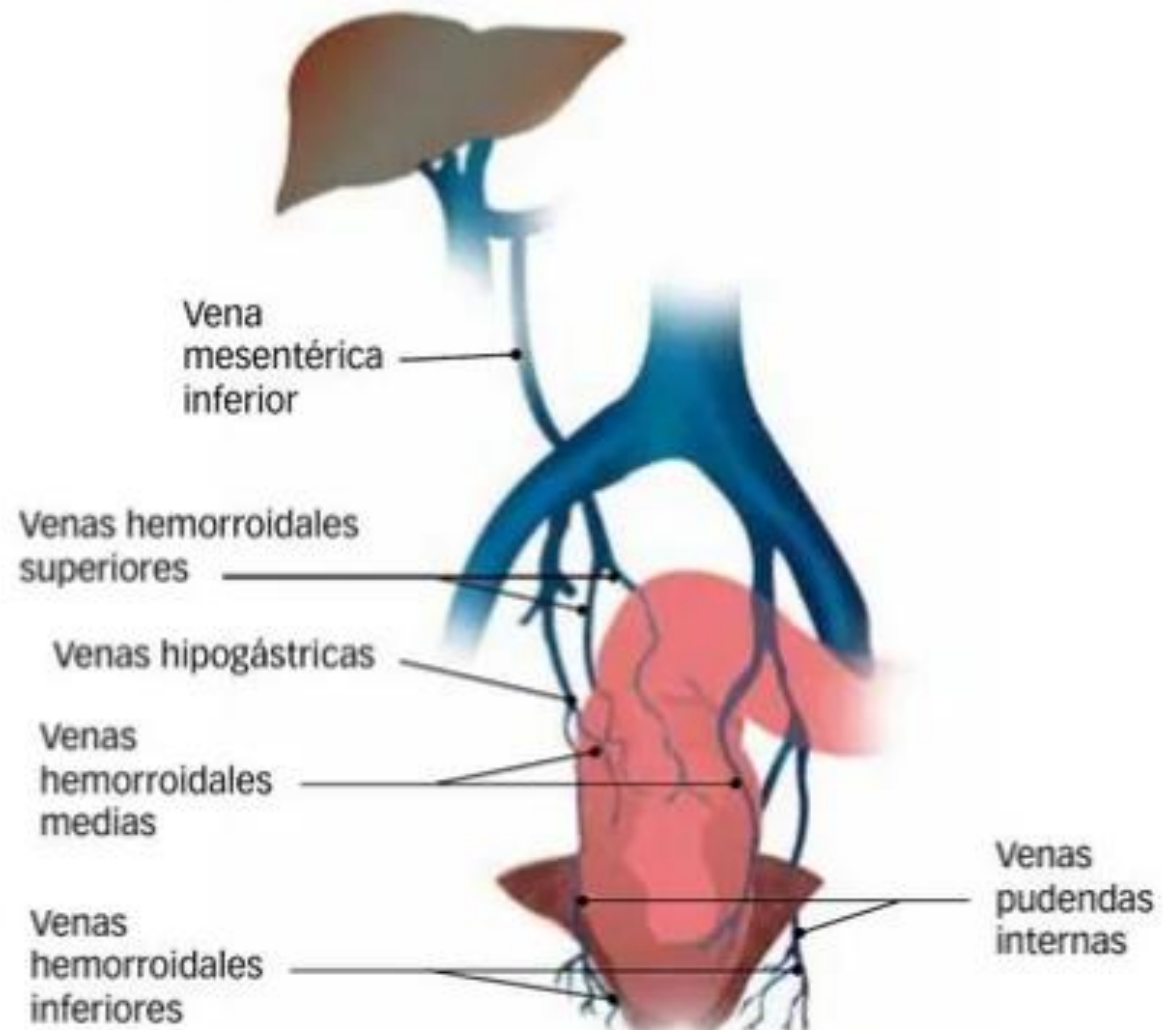
Hemorroidales medias.

- A los lados de las ilíacas internas entran en la porción más baja del recto por la región anterolateral.



El drenaje tercio

- Drena al
portal.



e.

a.

s

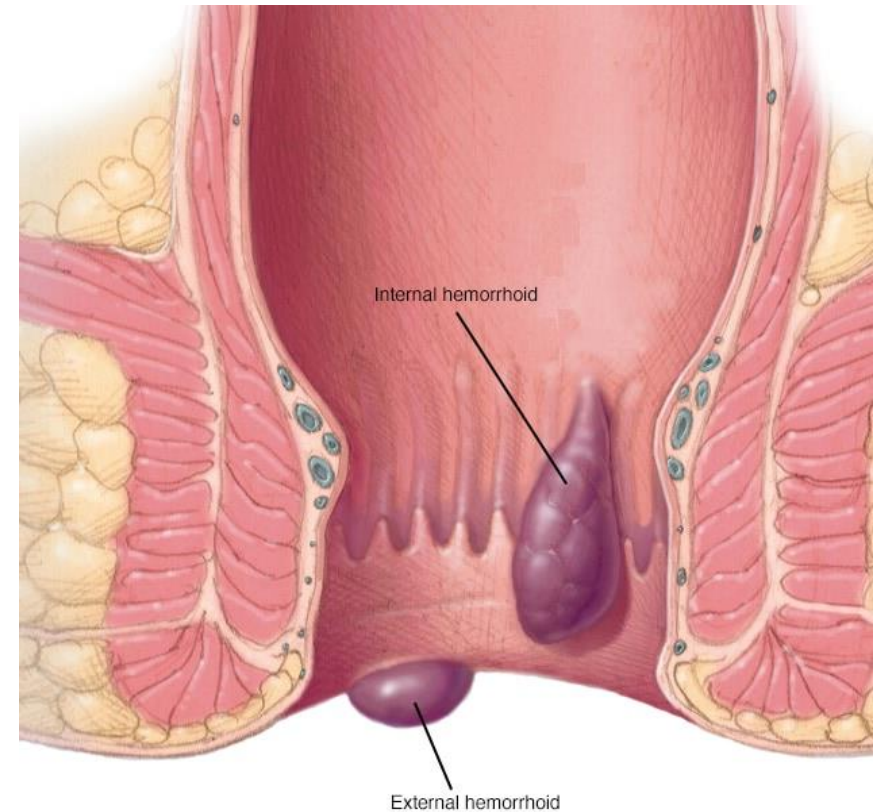
ENFERMEDAD HEMORROIDAL.


Las hemorroides son estructuras anatómicas normales.

- Compuestas de tejido vascular y conjuntivo, que se localizan en el canal anal.

La enfermedad hemorroidal.

- Se produce por el prolapso o congestión de dichas estructuras.

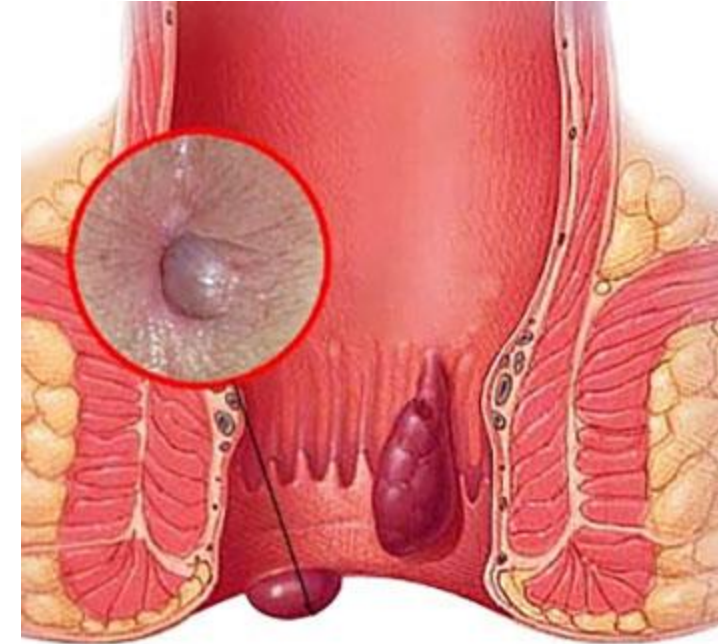




El deterioro
de los
mecanismos
de fijación de
las
hemorroides.

Hace que progresivamente y favorecido por algunos factores que a continuación se tratarán, puedan prolapsar, dilatarse y producir complicaciones.

CLASIFICACION.



Hemorroides externas.

Localizadas en el tercio inferior del canal anal, por debajo de la línea dentada anocutánea y cubiertas de piel.

Son las más frecuentes.

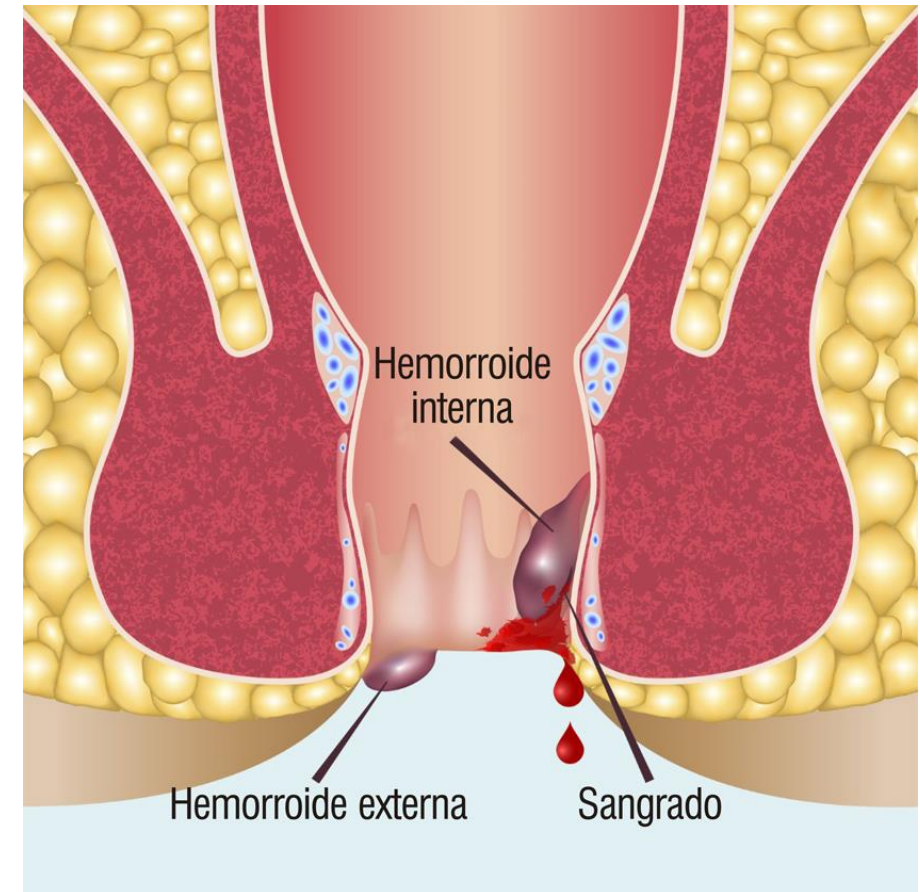
Raramente producen sintomatología.

Habitualmente no requieren tratamiento alguno, salvo cuando se complican con una trombosis hemorroidal externa.

Hemorroides internas.

Localizadas proximales a la línea dentada, cubiertas de epitelio columnar o de transición.

Éstas pueden permanecer en el interior del ano y ocasionar molestias o sangrado, pero también pueden producir prolapso de distintos grados.



CLINICA.

Las hemorroides no son causa habitual de dolor anal intenso salvo que estén complicadas.

Trombosis hemorroidal externa.

Hemorroide externa complicada.

Crisis hemorroidal aguda

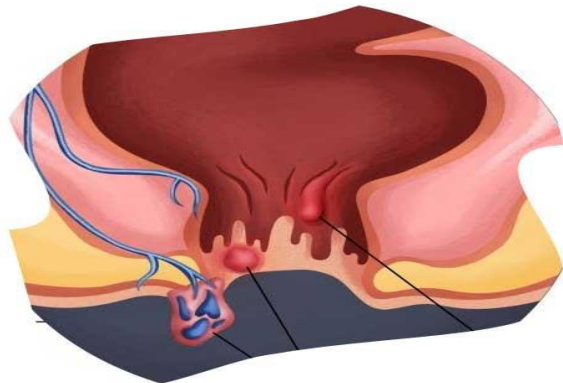
Hemorroide interna complicada.

Prolapso hemorroidal trombosado.

Hemorroide interna complicada.

Las hemorroides sin complicación pueden producir otros síntoma.

Rectorragia.



Es el síntoma más frecuente.

tratándose habitualmente de una rectorragia franca, con la defecación, no mezclada con las heces, de sangre roja brillante.

Es periódica y progresiva.

Cuando la hemorragia es constante, con cada evacuación y no se aprecia claramente el sangrado hemorroidal en la exploración, debe hacerse el diagnóstico diferencial con un CCR, mediante una colonoscopia.

Prurito.

- Por secreción debida a la irritación de la mucosa.

Prolapso.

Anemia.

- Es un signo poco frecuente, que implica la presencia de un sangrado constante e intenso.

Masa palpable.

- por el desarrollo de los plexos hemorroidales. Diferenciar de los colgajos cutáneos que sólo incluyen la piel.

Tenesmo.

El sangrado transanal esporádico y progresivo es el síntoma más



frecuente de las hemorroides.

Si es continuo, se tiene que descartar un CCR mediante colonoscopia.

FACTORES PREDISPONENTES.

Se considera que los siguientes factores pueden influir, en mayor o menor grado, en el desarrollo y evolución de la enfermedad hemorroidal.

- Herencia.
- Anatomía del canal anal.
- Esfuerzo defecatorio.
- Partos.
- Algunas profesiones que implican estar mucho tiempo sentado o mucho tiempo de pie.
- Diarrea.
- Estreñimiento.

DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN.

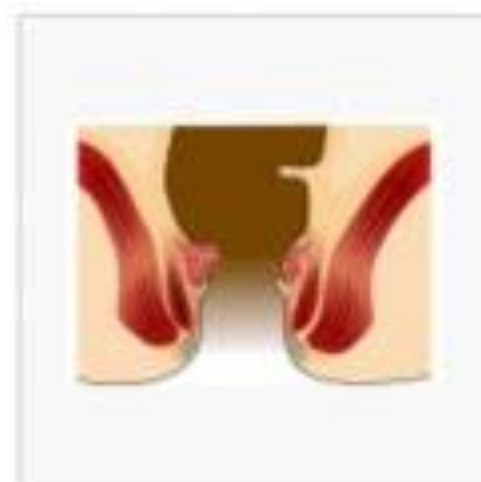


Se realiza
mediante
historia clínica y
exploración.

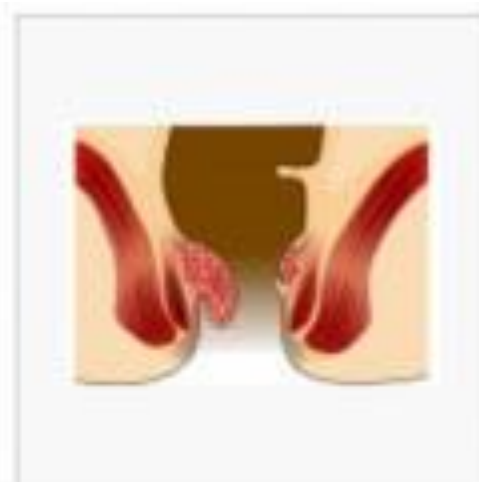
En la historia se
deben detectar
los factores
predisponentes.

Grado	Prolapso	Clinica	Tratamiento
I	No	Rectorragia	Conservador Esclerosis (si sangrado)
II	Al defecar; reducción espontánea	Prolapso, rectorragia, malestar moderado	Ligadura con bandas Esclerosis
III	Al defecar y espontáneamente; 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

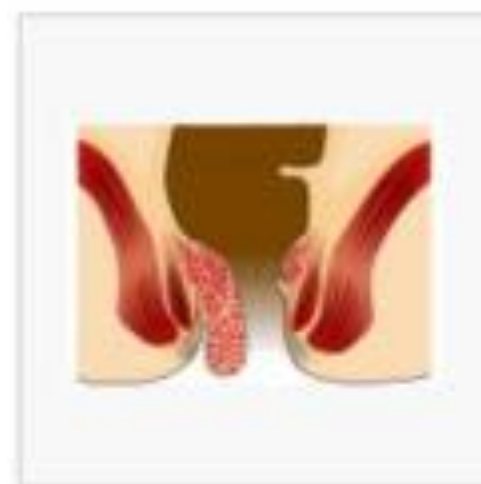
Tabla 21.1. Clasificación, síntomas y tratamiento de las hemorroides internas



Hemorroides grado 1



Hemorroides grado 2



Hemorroides grado 3



Hemorroides grado 4

TRATAMIENTO.

**Hemorroides
externa.**

**Distales a la línea
dentada, cubiertas
por anodermo o piel.**

**Tratamiento
conservador.**

Tratamiento conservador

Evitar sedentarismo

Dieta rica en fibra y líquidos

Baños de asiento con agua templada

Laxantes (evitar esfuerzo defecatorio)

Tratamiento médico tópico con corticoides (limitado a fase aguda 5-7 días máximo) y anestésicos

Flebotónicos (poca evidencia de su eficacia)

Tabla 21.2. Tratamiento médico de las hemorroides

COMPLICACION.

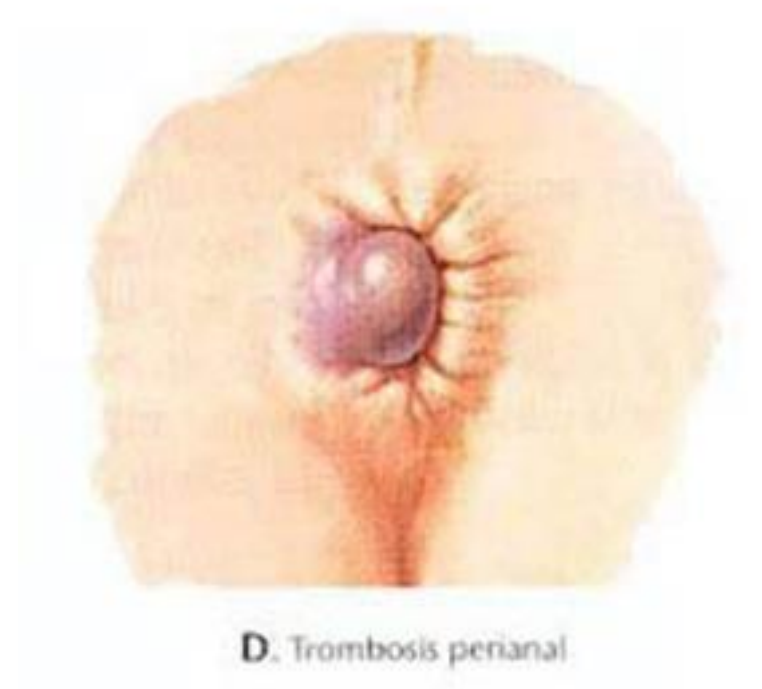
Trombosis hemorroidal externa.


- El paciente presenta un nódulo violáceo-negruzco bajo la piel del anodermo.

Aparece bruscamente y es muy doloroso.

Suele deberse a un traumatismo perianal.

- Esfuerzo defecatorio.
- Diarrea.
- Ciclistas.
- Corredores.





En fase aguda se puede realizar trombectomía o hemorroidectomía urgente para tratar el dolor.

Pasadas las primeras 72 horas.

- El dolor disminuye.

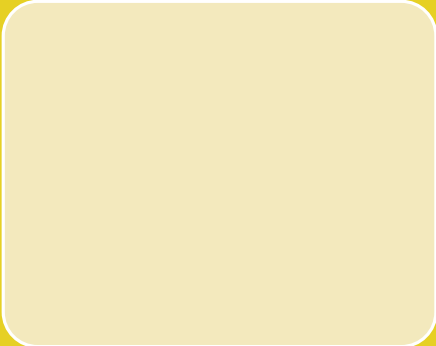
Si el diagnóstico se realiza en esta fase, se recomienda mantener tratamiento conservador hasta su resolución.

TRATAMIENTO.



Hemorroides internas.

- Proximal a la línea dentada, cubiertas por epitelio columnar o de transición.



Se tratan según el grado de prolapso y los síntomas que produzcan.

Hemorroides grado I.

- No prolapsadas.

Hemorroides de grado II.

- prolapso con reducción espontánea.
- Habitualmente se manifiestan como sangrado anal.

se puede controlar con tratamiento médico.

- flebotónicos y ablandadores de las heces.

Si el sangrado persiste, se pueden utilizar técnicas instrumentales no quirúrgicas como la esclerosis, las ligaduras con bandas elásticas y la fotocoagulación con láser.

296M2018 SSA IV
600 mg con 15 tabletas





Grado III.

Prolapso
reductible
manualmente.

Grado IV.

Prolapso
irreductible.

Predominan los síntomas como el prurito y malestar secundario al prolapso y son más frecuentes las crisis hemorroidales y las trombosis.

Estará indicada la hemorroidectomía.

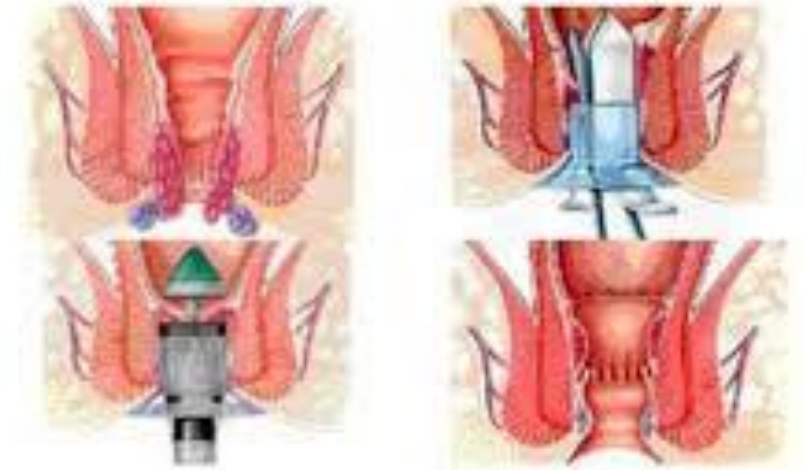




Figura 21.4. Prolapso hemorroidal de grado IV en crisis aguda

FÍSTULAS Y ABSCESOS PERIANALES.

Fístula perianal.

- Se puede definir como el trayecto inflamatorio formado por la comunicación entre la mucosa del recto y la piel.

Interno o primario.

- En la mucosa anal a nivel de la línea pectínea.

Externo.

- En la piel perianal.


Recto



Absceso

Ano

Fistula perianal



La mayoría de las fístulas perianales son de origen criptoglandular.

- Se originan en las criptas glandulares del canal anal, a nivel de la línea pectínea y llegan a la piel.

La mayoría de los pacientes tienen un antecedente de absceso anorrectal, cuya herida de drenaje no cierra completamente persistiendo supuración intermitente a través del orificio fistuloso externo.

CLASIFICACION.

Las fístulas se clasifican por su localización en relación al aparato esfinteriano.

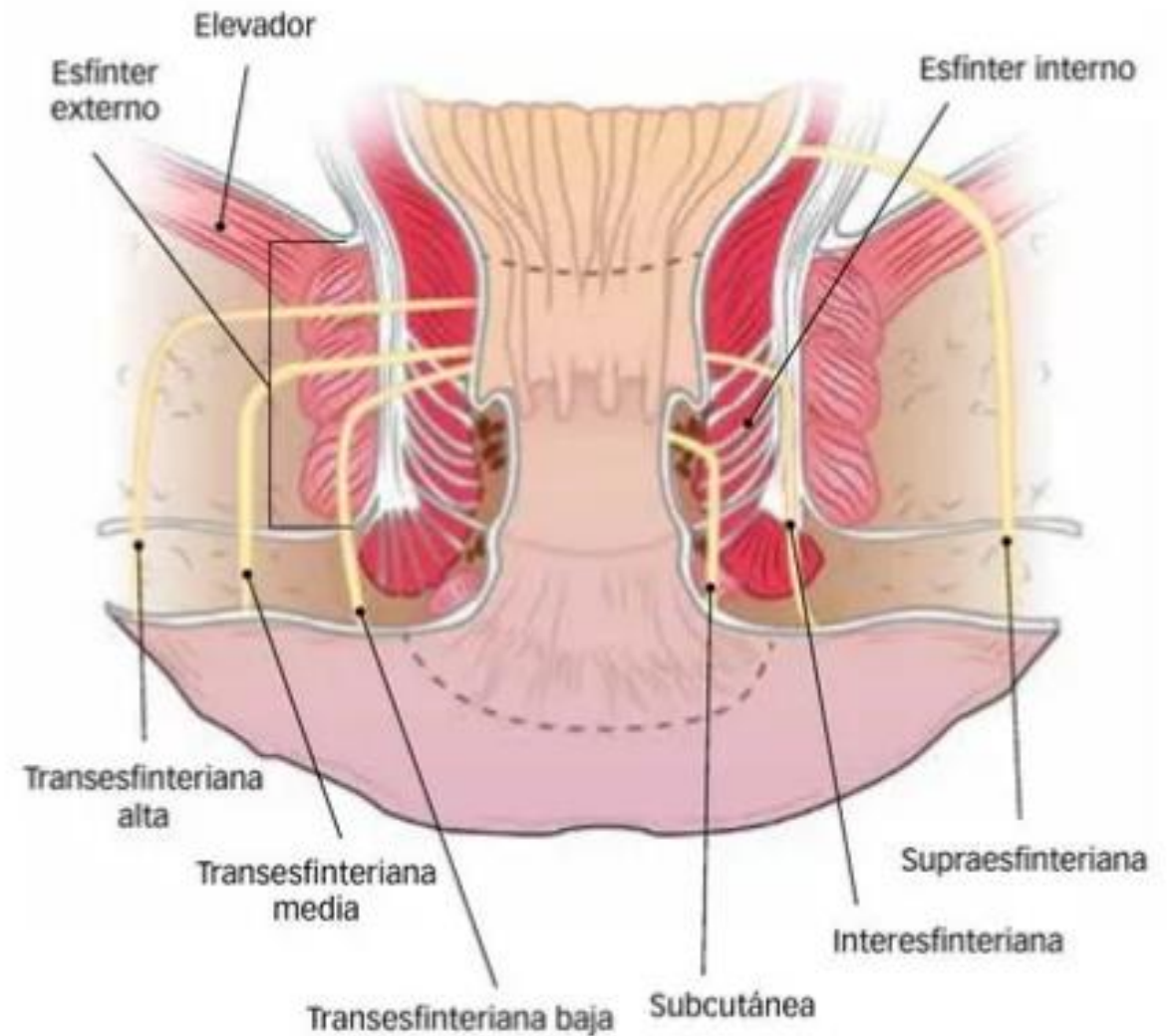


Figura 21.7. Fístulas perianales: trayectos

Simple.

- No implican riesgo sobre el aparato esfinteriano.
- El tipo más frecuente es la fístula interesfinteriana, seguida de la transesfinteriana baja.

Complejas.

- Las que su tratamiento conlleva mayor recidiva o incontinencia.

Transexofinterianas medias o altas y supraesfinterianas, y de origen no criptoglandular.

Localización anterior en la mujer o pacientes con alteración de la continencia.

Recidivadas, con múltiples trayectos, o tras cirugía de esfínteres.

En VIH.

MANIFESTACIONES CLINICAS.



Supuración crónica de material purulento y manchado de la ropa interior.

Dolor por el acúmulo dentro del trayecto fistuloso.

Si se produce la obstrucción del orificio interno, se origina un absceso perianal.

DIAGNOSTICO.

Historia clínica.

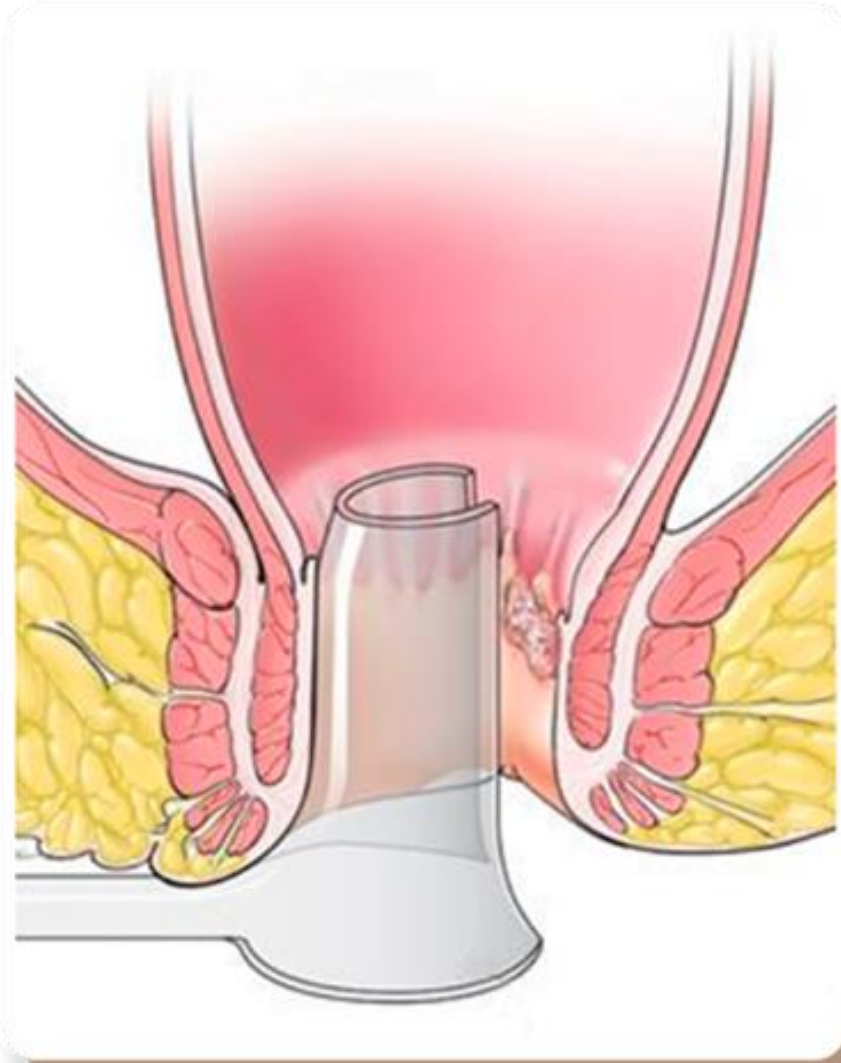


Es muy importante preguntar y evaluar el estado de la continencia fecal del paciente.

Exploración física.



Permite en la mayoría de los casos detectar el orificio externo y, en ocasiones, mediante el tacto rectal se puede palpar el interno.



Pruebas
complementarias

- Anuscopía y proctoscopia.

Estudios de imagen.

- Ec
- R
- T
- F

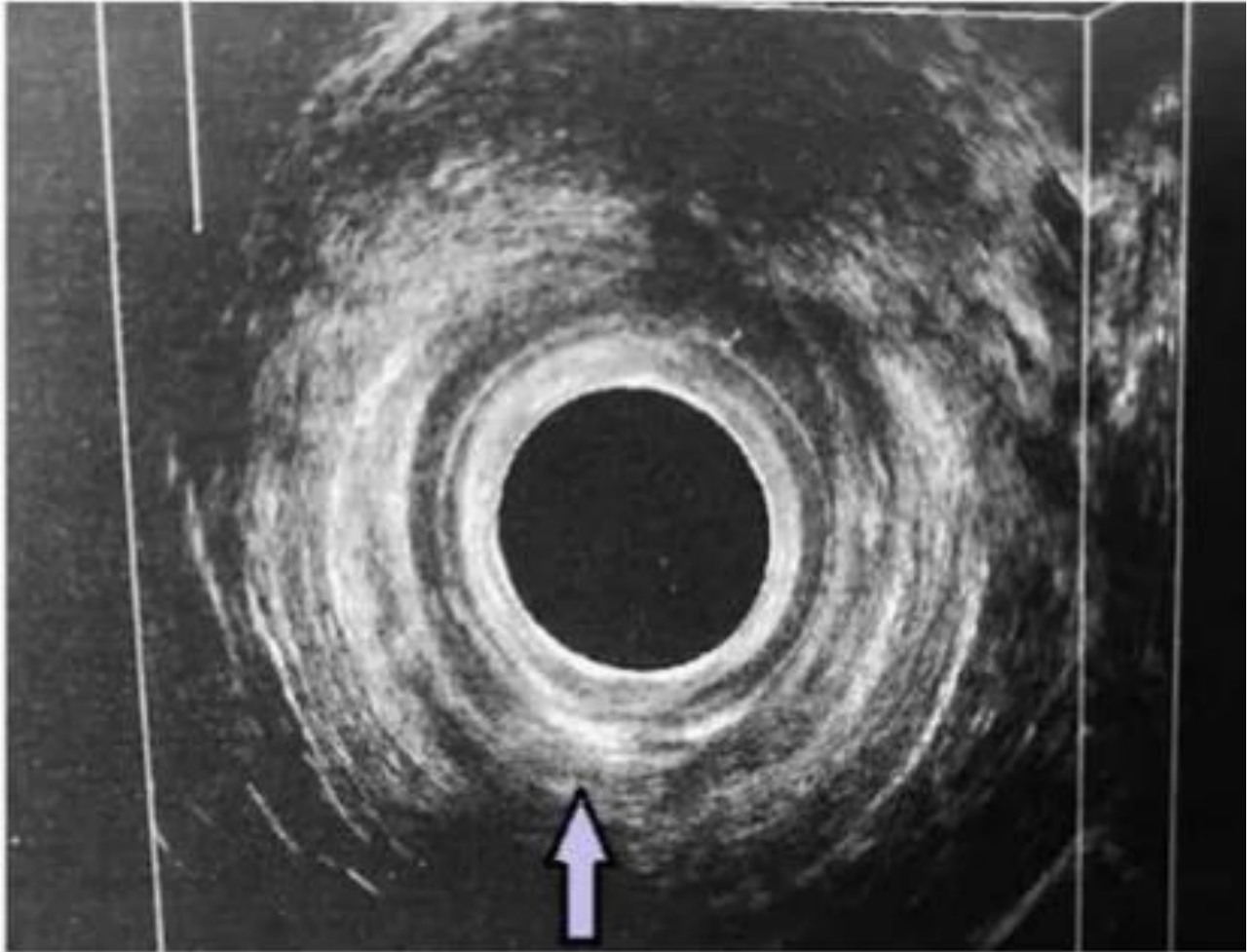


Figura 21.8. Ecografía endoanal de paciente con fistula perianal compleja. La flecha de la imagen muestra un trayecto hiperecogénico correspondiente a una fístula transesfinteriana alta tras instilación de agua oxigenada

TRATAMIENTO.

Tiene un doble objetivo.



- Eliminar el trayecto y la infección.
- Sin limitación de la función esfinteriana.



El tratamiento quirúrgico depende de la complejidad de la fístula.

De la presencia de incontinencia previa o enfermedades asociadas, así como del riesgo asumido por el paciente y la experiencia del cirujano.

En las fístulas simples.

La técnica más empleada y con mejores resultados es la fistulotomía con puesta a plano del trayecto fistuoso.

En fístulas interesfintéricas o transesfintéricas bajas el riesgo de incontinencia es bajo y la mayoría se pueden curar con esta técnica.

Fístulas complejas.

por la cantidad de esfínter comprometido o por las características del paciente, la fistulotomía puede generar incontinencia.

Por lo que se han descrito multitud de técnicas más conservadoras.



Figura 21.9. Tratamiento quirúrgico de fistula transesfinteriana alta compleja. Técnica LIFT (ligadura interesfinteriana del trayecto fistuloso); se puede observar el trayecto fistuloso que se encuentra entre ambos esfínteres, que se dispone a ser ligado para su exclusión

ABSCESO PERIANAL.

La mayoría tienen su origen en la infección de una cripta anal.



Figura 21.11. Salida de pus tras incisión para drenaje de absceso isquirrectal

Se clasifican.

según sea su localización.

En función de la afectación del aparato esfinteriano.

Las localizaciones más frecuentes son perianal, isquiorrectal, interesfinteriano y supraelevador o pelvirrectal.

Los microorganismos más frecuentemente aislados son:

- E. coli, Bacteroides Peptostreptococcus, estreptococos, Clostridium, peptococos y estafilococos.

Suelen ser una mezcla de la flora fecal y cutánea

CLÍNICA.

Dolor intenso.

Tumefacción
eritematosa, caliente,
en ocasiones fluctuante.

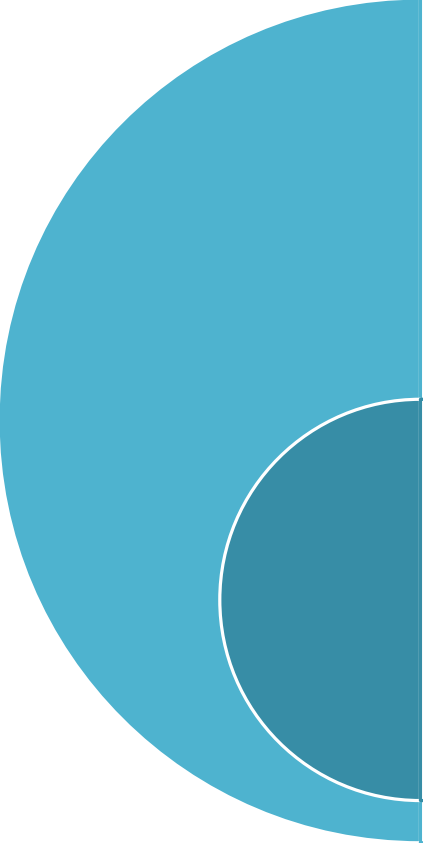

Signos de infección.

- Fiebre.
- Escalofrío.

DIAGNOSTICO.

Es clínico.

La exploración y la anamnesis son suficientes en la mayoría de los casos para llegar al diagnóstico.



Es precisa una analítica donde se objetiva leucocitosis, generalmente, con desviación izquierda y en la que se debe solicitar un estudio de coagulación, pues el tratamiento siempre es quirúrgico.

La TC se reserva para cuando se sospechan abscesos supraes-finterianos o pélvicos

TRATAMIENTO.

Drenaje quirúrgico bajo anestesia, dejando la herida abierta para su cicatrización por segunda intención.



Figura 21.10. Incisión para drenaje de absceso isquiorrectal

FISURA ANAL.

Es un desgarro de la mucosa anal que puede afectar desde la línea pectínea o dentada hasta el borde del anodermo.



En su mecanismo de producción se ha implicado el traumatismo que producen las heces sobre el canal anal.

CLASIFICACION.

Cronología.

Agudas.

- Desgarro superficial, generalmente de menos de un mes de evolución.

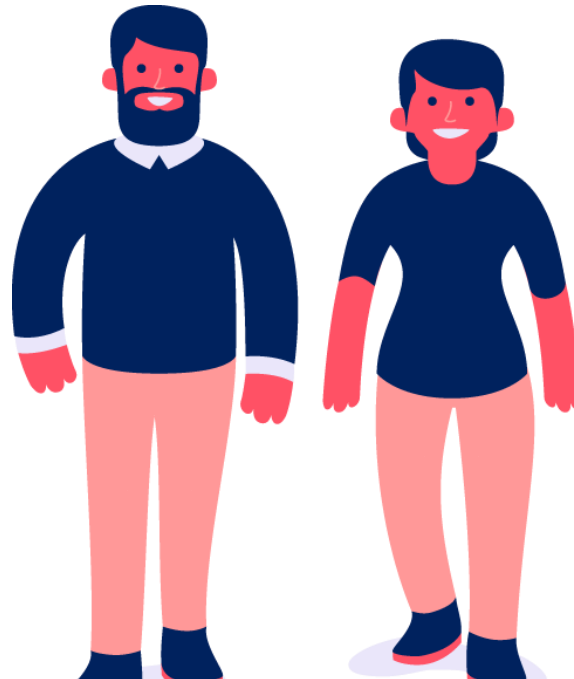
Crónicas.

- Desgarro profundo, ulcerado, que expone el esfínter anal interno. Habitualmente llevan más de un mes de evolución.

EPIDEMIOLOGIA.

Frecuente en ambos sexos.

Edad media de la vida.



LOCALIZACIÓN.

Origen probablemente isquémico:

Posterior.

- Son las más frecuentes (90-98%), tanto en hombres como en mujeres, y suelen estar ocasionadas por estreñimiento.

Anterior.

- Más comunes en mujeres, y muchas veces asociadas a traumatismos obstétricos.

Anterior y posterior.



Laterales.

Son múltiples y suelen ser menos dolorosas.

Sugieren patología asociada.

- Enfermedad de Crohn, SIDA, sífilis, tuberculosis y carcinoma anal.

CLINICA.

Intenso dolor lacerante, durante y tras la defecación, acompañado de rectorragia.

El dolor causa espasmo reflejo del esfínter interno.

Condiciona mayor dolor y mala irrigación de los bordes de la fisura, lo que impide su correcta cicatrización y comienza un círculo vicioso de herida-dolor-hipertonía-isquemia-herida.