

Patología proctológica.

Autores:

Alejandro J. Zarate.

Sofia Medina.

Universidad Finis Terrae.

Introducción.

Los síntomas más frecuentes por los que un paciente acude a la consulta proctológica son: dolor, hemorragia, aumento de volumen perianal y prurito anal ^(1, 2).

Dolor anal.

El dolor anal es el dolor referido a la zona anal y perianal. Existen otros malestares en zonas adyacentes, pero no son de ubicación perianal propiamente tal. Entre estos cuadros está el quiste pilonidal infectado, cuyo dolor se presenta a nivel de la línea media interglútea y la coxigodinia que es un dolor de la zona cóxigea.

Los pacientes describirán numerosos tipos de dolores, ya sea de tipo sordo (hemorroides internas prolapsadas, abscesos), punzante, pulsátil (hemorroide externa trombosada) entre otros.

Respecto a la intensidad del dolor, esta puede variar desde una sensación de incomodidad o ardor hasta un dolor intenso (fisura anal).

En la evaluación clínica es importante consignar, las manifestaciones físicas y psíquicas que presenta el paciente, ya

que en el caso de aparición de taquicardia, taquipnea, elevación de la presión arterial, etc., sugerirán una alta intensidad del dolor y/o de un proceso inflamatorio sistémico.

En clínica, se utiliza la escala visual análoga (EVA), donde se le pide al paciente que evalúe la intensidad del dolor en una escala de 0 a 10 (siendo 0 sin dolor y 10 el máximo dolor). Lo anterior es de utilidad en el seguimiento de la efectividad del tratamiento.

El dolor anal puede ser de aparición aguda o crónica, con una evolución ya sea de forma continua (absceso anal) o paroxística (ej: proctalgia fugax); puede desencadenarse con algunos factores (defecación, posición sentada, etc) o ser un dolor que no se relaciona con estos factores.

Las causas más comunes de dolor ano-rectal pueden ser por alteraciones en la dilatación e inflamación de los plexos arterio-venosos (hemorroides externas trombosadas), lesiones de la piel anal (fisuras), procesos inflamatorios ano-rectales (abscesos), tumores benignos y malignos.

La mayoría de las causas de dolor anal son benignas, por lo que muy pocas veces será indicador de una condición más grave (excepcionalmente cáncer y cuadros infecciosos severos como la gangrena de Fournier ⁽³⁾).

Ejemplos de dolor anal en distintas patologías ano-rectales:

1.- Hemorroide externo trombosado: el dolor es de aparición brusca, punzante y continuo, puede aumentar en relación con la defecación y se exacerba a la compresión de la zona comprometida.

2.- Fisura anal: el dolor es intenso, generalmente se produce posteriormente a una defecación dificultosa, pudiendo persistir por varias horas y puede estar acompañado por un sangrado escaso (de baja cuantía, en la zona de la fisura). La contracción del esfínter anal interno y el miedo a defecar (por la reaparición del dolor) provocará mayor grado de constipación. Lo anteriormente descrito provocará un aumento de dolor en el paso de las heces en la próxima defecación.

3.-Abscesos ano-rectales: se caracteriza por aumento de volumen en la zona perianal de aspecto inflamatorio, eritematoso y con mayor temperatura local. El dolor se caracteriza por ser local, intenso, constante y progresivo, el cual se exacerba con la compresión de la zona comprometida. Suele asociarse a fiebre.

4.- Proctalgia fugax: se caracteriza por ser un dolor intenso de tipo punzante (ataques de dolor) en la zona ano-rectal. El dolor puede durar desde unos pocos segundos hasta horas, presentarse

durante el día o la noche, sin encontrarse asociados a los movimientos intestinales. Los dolores son infrecuentes, por lo que gran parte de los pacientes presenta sólo uno o dos episodios por año y entre los episodios son asintomáticos. Su etiología no está aclarada. Al momento de realizar la exploración física de la zona perianal y rectal no se observan anormalidades.

Sangrado anal.

El sangrado anal, es la salida de sangre por el ano. Es una de las principales causas de consulta proctológica, tanto de forma ambulatoria como en servicios de urgencia y se estima que está entre las primeras 3 causas de consulta de la especialidad ⁽⁴⁾.

En un estudio realizado en EEUU se evidenció que alrededor de un 15% de las personas encuestadas referían sangrado vía anal de forma ocasional ⁽⁵⁾. En otro estudio se analizó el porcentaje de consulta a centros de salud y se observó que alrededor de un tercio de los pacientes con sangrado reciente no consultaba por este síntoma ⁽⁶⁾.

Respecto a la anamnesis es importante saber la duración (si es aguda o crónica), la cuantía del sangrado, (la cual puede ser escasa Ej. hemorroides internas), o abundante (Ej. sangrado diverticular), la presencia de coágulos asociados, la existencia o no de un cambio del tránsito intestinal (constipación o diarrea).

Además hay que registrar, si las heces se mezclan o no con la sangre, si se presenta goteo de sangre en el inodoro después de defecar y el uso reciente de agentes antiinflamatorios no esteroidales o cualquier otro medicamento.

Además es necesario consultar por otros síntomas que pueden ser la manifestación de patologías neoplásicas o enfermedades inflamatorias intestinales. Entre estos síntomas y manifestaciones están: mucosidad en deposiciones, cambio de hábito intestinal, baja de peso, fatigabilidad, entre otros. Estos síntomas son de particular importancia luego de la quinta década, por el aumento de la mortalidad por cáncer de colon y recto (7).

El sangrado anal, se puede clasificar según su origen:

- a) Rectorragia: se denomina así al sangrado de origen rectal, el cual es de coloración roja rutilante sin coágulos, puede estar o no acompañada de deposiciones y presentar distintos volúmenes.
- b) Hematoquezia: es la sangrado vía anal de una coloración roja con coágulos. Su origen corresponde generalmente a un sangrado digestivo bajo.
- c) Melena: corresponde a deposiciones negras y pastosas de muy mal olor, lo cual se debe a la presencia de sangre degradada proveniente del tubo digestivo alto (proximal al ángulo duodenoyeyunal).

Menos frecuentemente existen casos de pacientes que presentan un tránsito intestinal más lento y un sangrado a nivel digestivo bajo. Su presentación puede ser mediante deposiciones más oscuras que simulen una melena. Por otra parte un paciente con un sangrado rojo vía anal, puede excepcionalmente ser de origen digestivo alto al tener un tránsito intestinal acelerado.

Aumento de volumen.

El aumento de volumen en la zona perianal es un motivo frecuente de consulta proctológica. Algunas enfermedades subyacentes hacen más probable la aparición de lesiones a este nivel. Las enfermedades inflamatorias intestinales (dentro de las cuales destaca la enfermedad de Crohn), se han mencionado como un factor de riesgo para el desarrollo de lesiones perianales. Los pacientes con HIV constituyen una población de riesgo, se estima que un 30% desarrollen lesiones perianales durante su evolución (8).

La causa más frecuente de aumento de volumen en la población general, son las hemorroides, seguido por los abscesos perianales. La edad media de los pacientes en la presentación es de 40 años (rango 20 a 60), teniendo el género masculino, el doble de probabilidades de desarrollar un absceso y/o fístula en comparación con el género femenino. El hábito tabáquico es también un factor de riesgo para el desarrollo de esta patología, la cual aumenta mientras más recientemente haya fumado.

Se estima que la influencia del tabaquismo como factor de riesgo de absceso anal y/o fístula disminuye al valor basal después de 5 a 10 años de haber dejado de fumar ⁽⁹⁾.

Para el diagnóstico de pacientes con aumento de volumen perianal, se debe considerar una correcta anamnesis y un adecuado examen físico. La anamnesis debe dirigirse a preguntar al paciente sobre síntomas asociados como: dolor, fiebre, compromiso del estado general, además de preguntar por síntomas locales como secreción perianal y sangrado vía anal. Entre los antecedentes se debe consultar por enfermedades de base, como diabetes mellitus, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedades de transmisión sexual, así como también de hábitos asociados (Ej: tabaquismo).

Existen distintos métodos de imagen para evaluar la zona, destacando entre ellas la resonancia magnética por su mejor sensibilidad y especificidad para el análisis de las partes blandas.

Ante un aumento de volumen perianal debe tenerse presente las siguientes condiciones:

a) Hemorroides externas trombosadas: se caracteriza por un aumento de volumen de la zona perianal acompañado de una coloración más oscura y de dolor en la zona el cual alcanza rápidamente su intensidad máxima. Además es muy sensible a la palpación.

b) Absceso perianal: aumento de volumen, en general fluctuante, con dolor permanente en la zona perianal.

Puede asociarse a síntomas generales como fiebre y compromiso del estado general, estos síntomas pueden no estar presente en pacientes ancianos o diabéticos.

c) Fluxión hemorroidal: este aumento de volumen es secundario a hemorroides internas prolapsadas e incarceradas, lo cual se manifiesta con dolor muy intenso en la zona anal. Este aumento de volumen por lo general se asocia al antecedente de una maniobra de valsalva previa (Ejemplo: parto vaginal, pujo prolongado por constipación, etc)

d) La hidrosadenitis supurativa: es una enfermedad inflamatoria crónica que puede ocurrir en la zona perianal e infectarse causando descarga purulenta.

e) Quiste pilonidal: Aumento de volumen alejado de la zona perianal, que se localiza en la línea interglútea.

Fisura anal.

La fisura anal es una solución de continuidad de la piel de forma ovalada, ubicada en la zona distal a la línea dentada, en el epitelio escamoso del canal anal. Su localización generalmente es en la línea media posterior y menos frecuentemente en la zona anterior. Ocurre en hombres y mujeres casi con igual frecuencia, particularmente entre la segunda y cuarta década, con una incidencia estimada en la vida de 11% ⁽¹⁰⁾. De ubicarse en las zonas laterales o ser múltiples, la etiología es variable, lo cual se menciona en la tabla 1.

Etiología
Enfermedad de Crohn
Colitis ulcerosa
Tuberculosis
Sífilis
HIV
Leucemias

Tabla 1. Etiología de las fisuras múltiples y/o en zonas laterales.

El paciente con fisura anal presenta dolor perianal como síntoma principal, el cual se inicia al momento de pasar la deposición por el ano y persiste por una a tres horas ⁽¹¹⁾. En el examen físico de la zona perianal, se evidencia una solución de continuidad de la piel de forma ovalada de disposición radial. En el tacto rectal se palpa un canal anal hipertónico.

Esto es causado por hipertonía de las fibras musculares del esfínter anal interno.

La fisura anal puede dividirse según su tiempo de evolución y signología asociada, en aguda o crónica, considerándose dentro de estas últimas, aquellas que poseen más de 8 semanas de duración y en las existen característicamente elementos de fibrosis y edema. Las manifestaciones de la fisura anal crónica incluyen un plicoma centinela, generalmente ubicado en la zona distal a la fisura y una papila anal hipertrófica proximal a la fisura ubicada en el canal anal. En algunos casos, se puede observar las fibras del esfínter anal interno en la base de la fisura ⁽¹²⁾.

La etiología de las fisuras más comunes, no está aclarada del todo. Sin embargo, se considera al trauma que se produce al pasar las deposiciones por el canal anal, como el iniciador más frecuente ⁽¹³⁾. La fisiopatología considera a la isquemia de la zona como uno de los principales factores. Al respecto podemos señalar que mientras mayor sea la presión en la zona esfinteriana, menor será el flujo a la zona del ano-dermo, fenómeno que es más pronunciado a nivel de la zona posterior. El flujo de la zona se normaliza posterior a la realización de la esfinterotomía, la cual provoca una disminución de la presión ⁽¹⁴⁾. Respecto del dolor característico del cuadro, se postula que es causado por la ulceración de carácter isquémico (el espasmo esfinteriano disminuye el flujo

sanguíneo en los vasos que penetran el esfínter anal interno) ⁽¹⁵⁾.

Respecto de los exámenes, la manometría ano-rectal muestra un aumento de la presión de reposo, lo cual está en el contexto de la hipertonia del esfínter anal interno. No es un examen que se realiza de rutina.

El tratamiento de la fisura anal aguda se basa en medidas generales y específicas, que ayuden a disminuir la hipertonia esfinteriana. Entre las medidas generales esta la dieta rica en fibras y la ingesta de líquidos. El aumento de fibras puede ser en base a frutas y vegetales con o sin suplementos de fibra como psyllium.

Para el dolor se usa una combinación entre antiinflamatorios no esteroideos y acetaminofeno en dosis óptimas. Además se complementa con cremas de aplicación tópica, que incluyen bloqueadores de los canales de calcio (ex: crema de diltiazem, nifedipino) y analgesia tópica.

En el caso de que el tratamiento inicial no tenga resultados óptimos, el especialista podrá considerar el uso de toxina botulínica de forma inyectable en la zona anal. Generalmente esta alternativa se plantea en mujeres.

El tratamiento quirúrgico clásico incluye la esfinterotomía lateral del esfínter anal interno, lo cual presenta una alta tasa de curación, pero también se ha mencionado algunos eventos adversos a largo plazo como la incontinencia fecal en un bajo porcentaje de los pacientes.

Absceso perianal.

Es la causa más común de las consultas al servicio de urgencia por aumento de volumen perianal. La historia clínica, los antecedentes y el examen físico localizado hacen que el diagnóstico, en general, sea planteado de forma correcta. Clínicamente se caracteriza por aumento de volumen en la región perianal al cual se pueden asociar inicialmente molestias inespecíficas de la zona y posteriormente dolor. El examen físico característico revela un aumento de volumen eritematoso y fluctuante. Puede existir fiebre o sólo sensación febril y malestar general.

El dolor de la zona dificulta el tacto rectal, no obstante en la mayoría de los casos una inspección de la zona aporta bastante en el proceso diagnóstico. En aquellos casos en que existen sospechas, pero en que el examen físico no es evidente, se puede proceder a una revisión bajo anestesia en pabellón o la realización de una imagen radiológica, considerándose a la resonancia magnética de pelvis como el examen de elección.

La mayoría de los abscesos perianales se originan a partir de la infección de las glándulas anales. Estas glándulas se ubican en la base de las criptas anales y se extienden entre el esfínter anal interno hasta el surco inter esfintérico. La obstrucción de estas glándulas, provocan el estasis del contenido y el sobre crecimiento bacteriano, provocando finalmente el absceso. Estos abscesos tienen diferentes vías de salida,

siendo la más común, hacia abajo, hacia el ano-dermo, tras lo cual se constituye el absceso perianal. También puede drenar a la fosa isquiorrectal formando un absceso de la fosa isquiorrectal. Una vía menos común es la dirigida hacia arriba del surco interesfintérico, hacia el surco supraelevador o al plano submucoso.

Dentro de las etiologías de los abscesos perianales alrededor del 90% responden al mecanismo señalado. Se estima que entre un 5 y un 10% no son causados por una oclusión de las glándulas, sino que son a consecuencia de causas más específicas como trauma perianal, enfermedades inflamatorias intestinales, HIV, enfermedades de transmisión sexual y radiación, entre otras.

Tratamiento.

Consiste en el drenaje quirúrgico del absceso. La incisión de drenaje debe ser realizada lo más cercano posible al ano para acortar posibles trayectos fistulosos. Además del adecuado drenaje, se debe tratar de reconocer posibles fístulas de la zona.

La necesidad de uso de compuestos que rellenen la cavidad posterior al drenaje esta determinada por las necesidades de hemostasia del lecho. No se ha demostrado su utilidad en prevenir la recurrencia, ni evitar el cierre precoz de la cavidad.

Si bien se recomienda que todos los drenajes sean realizados en un pabellón, existen condiciones especiales que recomiendan que el drenaje sea realizado por especialistas en pabellón.

Estas condiciones son: Celulitis asociada con poca fluctuación, drenaje previo fallido, signos sistémicos de sepsis o un gran absceso.

En general, posterior al drenaje del absceso, el dolor se resuelve rápidamente.

Las instrucciones al paciente incluyen el uso de baños de asiento, uso de dieta rica en fibras y analgésicos. Durante los primeros días puede notar escasa secreción serohemática por la zona de la herida. La cicatrización tarde un par de semanas, a menos que exista una condición de alteración de la inmunidad (VIH, diabetes, ingesta crónica de corticoides) en las que el periodo de curación puede ser más prolongado.

El seguimiento quirúrgico debe ser estricto ya que se estima que un 10% de los pacientes puede recurrir y que hasta un 50% de los pacientes pueden desarrollar una fístula a largo plazo.

Posterior al drenaje del absceso no complicado, la adición de antibióticos no resultan necesarios, ya que no han demostrado mejora en el tiempo de cicatrización o reducción de la recurrencia. La antibioterapia puede ser considerada en drenajes de pacientes con condiciones de alto riesgo como son los inmunocomprometidos, diabéticos, cuadros de celulitis extensa y valvulopatías.

Los abscesos ano-rectales simples se caracterizan por no comprometer esfínteres, no presentar fístulas asociadas y no estar asociada a enfermedades inflamatorias intestinales.

Por lo que la presencia de alguna de estas condiciones, las categoriza como abscesos ano-rectales complejos, requiriendo su manejo, generalmente, la concurrencia de un especialista.

Hemorroides.

Las hemorroides son la dilatación de los plexos vasculares hemorroidales, generando un cuadro clínico caracterizado por síntomas como aumento de volumen, sangrado vía anal y dolor. Esta patología es frecuente en la población general. En EEUU e Inglaterra su prevalencia alcanza aproximadamente un 4%, siendo similar para ambos sexos, pero más frecuente entre los 45 y 65 años e inusual en menores de 20 años ⁽¹⁶⁾. No suelen causar graves problemas a la salud, pero aun así causan molestia, incomodidad y dolor, constituyéndose en la patología ano-rectal más común dentro de la consulta proctológica.

La presentación de hemorroides se ha asociado con la edad avanzada, embarazo, diarrea, tumores pélvicos, estar sentado en tiempo prolongado, una dieta baja en fibras, hacer esfuerzo y estreñimiento crónico ⁽¹⁷⁾.

Las hemorroides se dividen en internas y externas según se presenten proximal o distal a la línea dentada, respectivamente.

Patogenia.

Las hemorroides se generan por el crecimiento y distorsión del plexo vascular junto a un deterioro del tejido conectivo que los ancla, originando un desplazamiento anormal hacia distal de los plexos vasculares hemorroidales. Estos plexos vasculares presentan cambios patológicos importantes: dilatación anormal venosa, trombosis vascular, proceso degenerativo en las fibras de colágeno y distorsión de los tejidos fibro-elásticos. Las hemorroides pueden ser externas, internas o mixtas (Figura 1)



Figura 1: Hemorroides mixtas.

La clasificación de las hemorroides internas se describe en la tabla 2.

Grado	Descripción
I	Hemorroides prominentes, no prolapsados.
II	Hemorroides que prolapsan con maniobras de valsalva y tiene una reducción espontánea.
III	Hemorroides que prolapsan con maniobras de valsalva y requieren de reducción manual
IV	Hemorroides crónicamente prolapsadas, sin una reducción manual efectiva.

Tabla 2. Clasificación de las hemorroides internas.

Tratamiento.

El tratamiento de la patología hemorroidal depende del tipo de hemorroides (internas - externas) y su complicación asociada.

Las hemorroides externas pueden requerir tratamiento cuando se asocian a complicaciones como trombosis hemorroidal o problemas asociados como: dolor, dificultad en la higiene u otros. En el caso de trombosis hemorroidal, el tratamiento de preferencia es médico. Consiste en analgesia vía oral, baños de asiento con agua tibia, dieta rica en fibras y aumento en la ingesta de líquidos (al menos 2,5 litros al día). En casos muy seleccionados, se realizará un drenaje del trombo del hemorroide.

El tratamiento resectivo de las hemorroides externas involucra una resección de los paquetes hemorroidales comprometidos, con técnica abierta o cerrada en pabellón.

En el caso de las hemorroides internas, se puede realizar una ligadura de las hemorroides de forma ambulatoria, o pueden realizarse resecciones quirúrgicas, dependiendo de la magnitud de las hemorroides involucradas.

Una técnica que ha mostrado presentar menor dolor en el postoperatorio es la resección con una corchetera circular, la cual reseca las hemorroides internas para luego suturar mecánicamente los bordes.

Referencias.

- 1.- Janicke DM, Pundt MR. Anorectal disorders. *Emerg Med Clin North Am* 1996; 14: 757-88.
- 2.- Abramowitz L, Batallan A. Epidemiology of anal lesions (fissure and thrombosed external hemorrhoid) during pregnancy and post-partum. *Gynecol Obstet Fertil* 2003; 31: 546-9.
- 3.- Fournier JA. Gangrene foudroyante de la verge. *Medecin Pratique* 1883; 4: 589-97.
- 4.- Eslick GD, Kalantar JS, Talley NJ. Rectal bleeding: epidemiology, associated risk factors, and health care seeking behaviour: a population-based study. *Colorectal Dis* 2009; 11: 921-6.
- 5.- Talley NJ, Jones M. Self-reported rectal bleeding in a United States community: prevalence, risk factors, and health care seeking. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 2179-83.
- 6.- Byles JE, Redman S, Hennrikus D, Sanson-Fisher RW, Dickinson J. Delay in consulting a medical practitioner about rectal bleeding. *J Epidemiol Community Health* 1992; 46: 241-4.
- 7.- Zarate AJ, Alonso FT, Garmendia ML, López-Köstner F. Increasing crude and adjusted mortality rates for colorectal cancer in a developing South American country. *Colorectal Dis* 2013; 15: 47-51.
- 8.- Nadal SR, Manzione CR, Galvão VM, et al. Perianal diseases in HIV-positive patients compared with a seronegative population. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 649-54.
- 9.- Devaraj B, Khabassi S, Cosman BC. Recent smoking is a risk factor for anal abscess and fistula. *Dis Colon Rectum* 2011; 54: 681-5.
- 10.- Lock MR, Thompson JPS. Fissure-in-ano: the initial management and prognosis. *Br J Surgery* 1977; 64: 355-8.
- 11.- Herzig DO, Lu KC. Anal fissure. *Surg Clin North Am* 2010; 90: 33-44.
- 12.- Perry WB, Dykes SL, Buie WD, Rafferty JF. Practice parameters for the management of anal fissures (3rd revision). *Dis Colon Rectum* 2010; 53: 1110-5.
- 13.- Ball C. *The Rectum, its Diseases and Developmental defects.* Hodder and Stoughton, London. 1908.
- 14.- Schouten WR, Briel JW, Auwerda JJ. Relationship between anal pressure and anodermal blood flow. The vascular pathogenesis of anal fissures. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 664-9.
- 15.- Klosterhalfen B, Vogel P, Rixen H, Mittermayer C. Topography of the inferior rectal artery: a possible cause of chronic, primary anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 43-52.
- 16.- Riss S, Weiser FA, Schwameis K, Riss T, Mittlböck M, Steiner G, Stift A. The prevalence of hemorrhoids in adults. *International Journal of Colorectal Disease* 2012; 27: 215-20.
- 17.- Johanson JF, Sonnenberg A. The prevalence of haemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study. *Gastroenterology* 1990; 98: 380-6.