



## Capítulo 40

### PATOLOGÍA ANORRECTAL

T. Santamaría Rodríguez - A. Aranzana Gómez - A. Blanco Bravo

#### INTRODUCCIÓN

- ▲ La patología anorrectal es una de las consultas más frecuentes en el Servicio de Urgencias. Aunque son numerosos los pacientes aquejados de patología anorrectal que acuden, las afecciones más frecuentes son: hemorroides, fisuras, fistulas, abscesos y quistes pilonidales (sin olvidar el diagnóstico diferencial con la más grave de ellas, el cáncer anorrectal).
- ▲ En cuanto a síntomas existe uno común a todas las patologías: el dolor anal. Sin embargo, habrá que hacer hincapié en otros aspectos de la anamnesis que nos orientarán el diagnóstico, entre ellos los siguientes:
  - Masa o nódulo perianal.
  - Sangrado concomitante.
  - Fiebre, escalofríos.
  - Supuración perianal.
  - Incontinencia anal.
  - Prurito.
  - Ritmo intestinal.
  - Sintomatología urinaria.
  - Antecedentes de patología anal, general e intervenciones quirúrgicas.
  - Hábitos tóxicos (alcohol, tabaco, picantes...).
  - Hábitos sexuales.
  - Ingesta cuerpos extraños.
  - Medicamentos.
- ▲ Además de la **anamnesis**, es sumamente importante la realización de una **exploración** adecuada, para ello se pueden utilizar tres posiciones:
  - **Decúbito lateral o de Sims**: muy utilizado en ancianos y embarazadas, el paciente se sitúa de costado con ambas rodillas flexionadas sobre el tronco.
  - **Genupectoral (posición mahometana)**: los muslos estarán en ángulo recto con respecto a la mesa y los pies extendidos sobre el extremo de ella.
  - **Ginecológica**: en decúbito supino y con perneras.
- ▲ Igualmente importante es el tacto rectal, que permitirá detectar la presencia de masas, características del área prostática, Tª de determinadas zonas, provocar dolor, presencia o no de supuración, sangrado, contractura de esfínteres... (Siempre se realizará utilizando lubricante y de forma suave).
- ▲ A continuación realizaríamos anuscopia y rectoscopia, si se dispone de ello en el Servicio de Urgencias.

#### HEMORROIDES

- ▲ **CONCEPTO O DEFINICIÓN:**  
Dilataciones venosas de plexos rectales superior, medio o inferior.
- ▲ **TIPOS, CLASIFICACIÓN:**  
Las hemorroides las podemos clasificar en internas y externas.

- **Internas:** Se deben a dilataciones de los plexos hemorroidales superior y medio, son submucosos y se localizan por encima de la línea dentada (difícil exploración). Según el grado podemos clasificarlas en:
  - **Primero:** prolapsan en la luz del canal anal al defecar.
  - **Segundo:** llegan hasta el orificio durante la defecación.
  - **Tercero:** prolapsan por el orificio anal sin relación con la defecación y no regresan espontáneamente.
  - **Cuarto:** prolapsan de forma permanente y son irreductibles.
- **Externas:** Son dilataciones de las venas rectales inferiores que yacen por debajo de la línea dentada y son subcutáneas.

#### ▲ CLÍNICA:

Los **síntomas** comunes a hemorroides internas y externas son protusión, hemorragia, dolor constante y prurito.

El dolor se intensificará en caso de que exista alguna complicación como trombosis hemorroidal o prolapso agudo que conlleve edema o ulceración y en el caso de las internas estrangulación.

#### ▲ EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO:

En el Servicio de Urgencias se realizará el tacto rectal y la inspección anal con algunas de las posiciones ya descritas.

Con estas dos exploraciones podremos llegar al diagnóstico de hemorroides externas (observaremos protusión). El diagnóstico de hemorroides internas es más complicado, se debe utilizar anoscopio o pedir al paciente que realice maniobras de Valsalva. Asimismo podemos apreciar si existe **trombosis**, en cuyo caso veremos una prominencia dura de color azul negruzco por debajo de la piel y/o hematoma perianal, y también podemos llegar al diagnóstico de **estrangulación** hemorroidal, en el caso de hemorroides internas: se trata de hemorroides prolapsadas que no reciben aporte sanguíneo debido a un espasmo del esfínter interno.

#### ▲ TRATAMIENTO:

En la mayor parte de los casos el tratamiento es **local y conservador**, consistente en baños de asiento (se trata de introducir la región perianal en agua templada durante al menos quince minutos tres veces al día y después de cada defecación), no utilizar papel higiénico sino limpiarse con agua y jabón la zona perianal después de la defecación para conseguir una higiene exquisita. Tan importante como todo esto es combatir el estreñimiento, mediante la utilización de dieta rica en fibra e ingesta abundante de líquidos y si es necesario la utilización de laxantes. Se recomienda no permanecer largo tiempo sentado, evitar picantes y bebidas alcohólicas, también se pueden utilizar pomadas antihemorroidales.

- Si no existe edema intenso, la evolución es mayor de 48 horas, y el dolor es leve-moderado, se pueden aplicar las medidas locales y conservadoras descritas.
- Si se trata de una **trombosis** aguda con dolor intenso y gran edema, se realizará incisión cutánea y evacuación del coágulo bajo anestesia local. La hemorragia que puede aparecer, se controlará colocando gasas en la zona de la incisión y comprimiendo. Estas se retirarán en el primer baño de asiento (8h).
- El tratamiento será quirúrgico urgente en caso de hemorragias incontrolables y estrangulación hemorroidal con necrosis.
- Las hemorroides internas de tercer y cuarto grado tienen indicación quirúrgica programada.



## FISURAS ANALES

### ▲ DEFINICIÓN:

Desgarro lineal del conducto anal en la línea dentada o justo en sentido distal a ésta y continua a lo largo del conducto.

Generalmente se localizan en la línea media en el plano posterior (90%), en menor número de casos en el plano anterior.

### ▲ CLASIFICACIÓN:

- **Agudas.**

- **Crónicas:** estas se caracterizan por la presencia de inflamación distal a la fisura (hemorroide centinela), bordes engrosados y fibrosos.

### ▲ CLÍNICA:

Dolor anal agravado con la defecación, que cede entre las mismas, aunque puede persistir varias horas. Sangrado rojo brillante y escaso, a veces sólo puesto de manifiesto en el papel higiénico. Estreñimiento, muchas veces voluntario (ocasionado por el dolor y espasmo de esfínteres), síndrome miccional y prurito (relacionado en muchas ocasiones con enfermedades dermatológicas si persiste).

### ▲ DIAGNÓSTICO:

Nos lo suele proporcionar la clínica. La exploración (si es posible realizarla) nos mostrará el extremo distal de la fisura o la hemorroide centinela. Es importante tener en cuenta que en numerosas ocasiones la exploración no es posible por el intenso dolor, aconsejando en dicho caso al paciente tratamiento y exploración bajo anestesia general.

### ▲ TRATAMIENTO:

#### ● Fisura aguda:

- Si el dolor y espasmo esfinteriano no son muy intensos se puede realizar un tratamiento conservador con baños de asiento, control de estreñimiento y analgésicos. Si no existen enfermedades dermatológicas y/o infección, se valorará utilizar pomadas anestésicas antihemorroidales durante corto periodo de tiempo, asimismo se pueden utilizar pomadas con nitratos aunque con estas se producen bastantes recaídas y son mal toleradas ya que provocan cefaleas.

- Si el dolor es intenso y tiene gran espasmo o no hay respuesta al tratamiento conservador en tres semanas, se realizará tratamiento quirúrgico bajo sedación, realizando previamente un estudio preoperatorio (S.Sangre, bioquímica, estudio de coagulación, Rx de tórax). Hay dos técnicas fundamentales: Dilatación forzada de ano o esfinterotomía lateral interna.

#### ● Fisura crónica:

Tratamiento quirúrgico programado, realizar previamente exploración bajo anestesia con anuscopio descartando criptitis, rectitis, tumoraciones, masas rectales...

## FÍSTULAS ANALES

### ▲ DEFINICIÓN:

Se define como un conducto anormal que comunica el conducto anal con la piel, revestido de epitelio y tejido de granulación.

### ▲ CLASIFICACIÓN:

Según la *regla de Goodsall* las podemos clasificar en:

- **Anteriores:** si la apertura es anterior, el orificio interno suele estar cerca del externo, siguiendo un trayecto rectilíneo.
- **Posteriores:** si la apertura es en la mitad posterior del ano, el orificio interno se localiza en la línea media posterior del canal del ano, su trayecto es curvilíneo.
- **Laterales:** si el origen es lateral, el trayecto es en herradura.

### ▲ CLÍNICA:

Característicamente se trata de pacientes que han tenido uno o varios episodios de abscesos perianales que se han drenado quirúrgicamente o de forma espontánea, continuando con supuración persistente o intermitente a lo largo de meses o años. Si en algún momento el drenaje es inadecuado se acumulará material purulento formándose un absceso y provocando un intenso dolor.

### ▲ DIAGNÓSTICO:

Mediante la inspección apreciaremos uno o varios orificios de salida drenando pus. A la **palpación** apreciaremos un trayecto indurado, se puede intentar realizar sondaje, con el dedo dentro del canal anal y seguir el recorrido.

Para completar el estudio se realizará **rectosigmoidoscopia** que permita ver el orificio y descartar otros procesos.

### ▲ TRATAMIENTO:

Será quirúrgico, ya que suelen ser procesos persistentes y cabe la posibilidad de degeneración maligna.

Si existe absceso, se tratará éste dejando la fistulectomía para un segundo tiempo. En las fistulas simples, se realizará fistulectomía sin incluir el esfínter, se realiza apertura del trayecto y cicatrización con tejido de granulación.

Si son fistulas complejas en las que se puede lesionar el anillo anorrectal, se realizarán métodos alternativos, el más utilizado es el del sedal, que consiste en pasar una ligadura a través del trayecto fistuloso y rodear los esfínteres por debajo de este nivel.

## ABSCESOS PERIANALES

### ▲ DEFINICIÓN:

Se trata de un proceso infeccioso agudo, de localización perianal con formación de pus, por infección de una cripta y/o glándula anal.

El germen generalmente aislado es E. Coli.

### ▲ CLASIFICACIÓN:

Según la localización los abscesos los clasificamos en:

- **Perianales:** son los más frecuentes, se produce cuando el pus se disemina en sentido caudal, entre ambos esfínteres.
- **Isquiorrectales:** lateral a los esfínteres y por debajo del músculo elevador del ano.
- **Submucosos o intermusculares altos:** entre los esfínteres o por dentro del esfínter interno.
- **Pelvirrectales:** por encima del músculo elevador del ano.
- **Atípicos.**



#### ▲ CLÍNICA:

Se manifiestan como dolor anal e inflamación de la zona. El dolor se intensifica con la defecación, así como con maniobras de Valsalva, es de carácter pulsátil, constante día y noche. En ocasiones se acompaña de fiebre, síndrome miccional y tenesmo rectal.

#### ▲ EXPLORACION:

Al igual que en el resto de las patologías realizaremos inspección anal y tacto rectal. En el caso de los abscesos perianales podemos descubrir tumefacción de la zona, con los signos claros de inflamación: rubor, tumor, calor y dolor.

En el resto es posible que no se aprecie tumefacción, pero el tacto rectal es intensamente doloroso e incluso imposible de realizar.

#### ▲ CRITERIOS DE GRAVEDAD:

- Infección necrotizante de partes blandas.
- Abscesos en pacientes leucémicos, diabéticos o inmunocomprometidos.

#### ▲ TRATAMIENTO:

Salvo que sean muy superficiales y localizados, en cuyo caso se realizará drenaje quirúrgico bajo anestesia local, se realizará tratamiento quirúrgico urgente bajo anestesia general.

### QUISTE O SINUS PILONIDAL

#### ▲ DEFINICIÓN:

Se define como una reacción a un cuerpo extraño (un pelo), localizado en el pliegue interglúteo, en la región sacrocoxígea.

No se originan en la región anorrectal, pero se deben incluir en el diagnóstico diferencial de estas patologías.

#### ▲ CLÍNICA:

Se caracterizan por dolor e inflamación de la zona. Si se forma absceso, se presentará una masa hipersensible.

#### ▲ EXPLORACIÓN:

Se aprecia una tumoración enrojecida, caliente y dolorosa en la región interglútea, en la zona sacrocoxígea.

#### ▲ TRATAMIENTO:

El tratamiento es **quirúrgico**: si ya se ha formado un absceso fluctuante, se puede realizar la evacuación del mismo en la sala de Urgencias; para ello colocaremos al paciente en decúbito prono, separaremos ambos pliegues interglúteos, prepararemos la piel (con asepsia) y realizaremos infiltración de anestésico local, (se intentará realizar de forma romboidal y sin penetrar en el absceso), a continuación se realizara incisión (se buscará el orificio por el que generalmente sobresale un pelo) y evacuación del contenido purulento, desbridando al máximo la zona infectada; una vez evacuado el absceso dejaremos una gasa de bordes para asegurar el drenaje. Las curas se realizarán en el centro de salud y posteriormente acudirá al cirujano de zona para realizar de forma programada la extirpación

total (extirpación en bloque hasta la aponeurosis retrosacra) y el cierre diferido, ya que estos quistes se caracterizan por la recurrencia y cronicidad.

### CÁNCER ANORRECTAL

▲ Únicamente citaremos alguno de los **signos y síntomas** ante los cuales debemos sospechar esta patología:

- Ulceración crónica no cicatrizada tras un adecuado tratamiento.
- Estreñimiento, tenesmo y evacuación incompleta en pacientes mayores de 40 años.
- Presencia de fisura anal no localizada en la línea media.
- Cambio en el hábito intestinal.

El tacto rectal nos puede orientar aún más el diagnóstico, completándolo con la realización de una rectosigmoidoscopia con toma de biopsias si es necesario y otras pruebas complementarias que se realizarán de forma ambulatoria o ingresando al paciente si se considera conveniente.

### BIBLIOGRAFÍA

- ▲ Kodner IJ, Fry RD, Fleshman JW, Birnbaum EH, Read TE. Colon, rectum and anus. En: Schwartz SI, editor. Principles of surgery. 7th.ed. New York: McGraw- Hill; 1999. p. 1265-1382.
- ▲ Nuño Vázquez- Garza JM, Margán Horcajo JA, Olivares Cerez JJ, Nehme R. Problemas anorrectales comunes. En: Delgado Millán MA, Cano Egea JM, Santoyo Santoyo J, Lozano Vilardell P, editores. Manual de diagnóstico y tratamiento quirúrgico. Madrid: Arán; 1987. p. 241-248.
- ▲ Bouzoukis JK. Enfermedades anorrectales. En: Tintinalli JE, Ruiz MD, Krome RL, editores. Medicina de Urgencias. Méjico: Interamericana; 1997. p. 582-595.
- ▲ García Gil D. Patología anorrectal en la urgencia. En: García Gil D, editor. Manual de Urgencias. Cádiz: Egraff; 2000. p. 405-410.
- ▲ Boucchia Naranjo O, García Villar O., Martín Esteban M<sup>a</sup> L, García Rodríguez MP, García Borda FJ, Pascual Montero JA. Problemas anorrectales más comunes. En: Benavides Buleje JA, G<sup>a</sup> Borda FJ, editores. Manual Práctico de urgencias quirúrgicas. Madrid: Litofinter; 1998. p. 305-319.