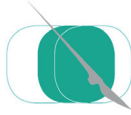




Manual AEC de PROCTOLOGÍA para Atención Primaria



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE CIRUJANOS



Manual AEC de PROCTOLOGÍA para Atención Primaria

Directores:

José Luis Ramos Rodríguez
Miguel Ángel Ciga Lozano



El contenido de esta publicación se presenta como un servicio a la profesión médica, reflejando las opiniones, textos, ilustraciones e iconografía propios de los autores y facilitado por ellos mismos bajo su exclusiva responsabilidad; no asumiendo las instituciones, la editorial, ni la entidad patrocinadora ninguna responsabilidad derivada de la inclusión de las mismas en dicha obra.

Dirección de correo:

Departamento Científico. BATE Scientia Salus SL. C/ Viridiana, nº 9; portal H, 1º izq. 28018 Madrid.

Correo electrónico: info@scientiasalus.net

© 2014 Asociación Española de Cirujanos (AEC)

© 2014 Bate Scientia Salus, SL

Depósito Legal: M-16263-2014

ISBN: 978-84-940277-6-5

Edición:

BATE Scientia Salus SL.

C/ Viridiana, nº 9; portal H, 1º izq. 28018 Madrid.

Reservados todos los derechos. Se prohíbe la reproducción de cualquier parte de esta publicación, almacenarla en un sistema recuperable, transmitirla por ningún medio electrónico, mecánico, fotocopiado, en discos, ni de cualquier otra forma, sin la previa autorización escrita del editor.

PRESENTACIÓN

Queridos amigos,

La proctología es una pequeña parcela de la cirugía colorrectal, pero con una gran prevalencia. El dolor, el sangrado, la supuración, o la aparición de lesiones a nivel anal, son algunos ejemplos de motivos que con frecuencia llevan a los pacientes a consultar en sus Centros de Salud.

Un gran porcentaje de pacientes que consultan por estos u otros síntomas, padecen patologías que únicamente van a requerir de un tratamiento médico o conservador. Sin embargo, en otras ocasiones, el médico de Atención Primaria se ve en la necesidad de derivar a estos pacientes a Atención Especializada, bien porque el tratamiento que el paciente precisa es inequívocamente quirúrgico, bien porque no consigue un adecuado control de los síntomas, o bien porque éstos hacen sospechar la existencia de una patología grave subyacente.

El correcto tratamiento de esta patología va a requerir por tanto de una necesaria colaboración entre Atención Primaria y Especializada, representada en este caso en los servicios de Cirugía General o en las unidades de Cirugía Colorrectal.

Esta necesaria relación fue el motivo de que en la pasada Reunión Nacional de Cirugía celebrada en Burgos del 23 al 25 de octubre de 2013, la Sección de Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) estableciera como uno de sus objetivos trabajar en un manual práctico de proctología, dirigido específicamente a nuestros colegas de Atención Primaria, con el ánimo de dar a conocer de una manera sencilla la visión del cirujano sobre esta patología, siempre con la visión crítica del médico de familia, y poder mejorar de este modo la coordinación entre Primaria y Cirugía, con el convencimiento de que esta mejora conseguirá el objetivo único de nuestro trabajo, ofrecer cada día a nuestros pacientes una atención de mayor calidad.

Así, os presentamos este Manual AEC de proctología para Atención Primaria, donde se revisan 11 temas de interés, y que es fruto del esfuerzo conjunto de 20 cirujanos vinculados a la Sección de Coloproctología de la AEC, 12 especialistas de atención primaria, 2 dermatólogos y 1 especialista en aparato digestivo. A todos ellos quisiéramos agradecer el esfuerzo realizado, y felicitar por el resultado del mismo.

Nuestro agradecimiento también a Boiron, por la financiación y distribución de esta guía. Y por último, nuestra gratitud a Scientia Salus, editorial que se ha ocupado de su coordinación, y muy especialmente a José Luis Baquero, su director científico, sin cuya entrega y tenacidad este manual no hubiera visto la luz.

Esperamos sea de vuestro interés.

José Luis Ramos Rodriguez
Miguel Angel Ciga Lozano
Directores del Manual

PRÓLOGO

Hasta hace pocos años la proctología era una parte de la medicina que parecía solo interesaba a los cirujanos coloproctológicos. El devenir del tiempo, o mejor dicho, las necesidades reales han puesto las cosas en su sitio y hoy en día, la proctología es uno de los pilares asistenciales en la Cartera de Servicios de las Unidades de Coloproctología o en los Servicios de Cirugía General.

Pero esta patología no solo afecta a los cirujanos especialistas en su tratamiento, sino que ocupa una parte muy importante en las agendas de nuestros médicos de Atención Primaria. Desde hace unos años, durante la reunión anual de la Asociación Española de Coloproctología (AEC), se empezó a hacer un curso para Atención Primaria que siempre ha tenido un enorme éxito.

Debido al importante flujo de enfermos que llegan al cirujano desde la primaria, la AEC ha tenido la excelente idea de desarrollar un manual dirigido a ellos, elaborado desde la perspectiva del cirujano especialista, con la intención de mejorar aspectos relacionados con el diagnóstico y la gravedad a tener en cuenta por el médico de primaria, perfil del paciente a remitir a cirugía, cuidados postoperatorios, etc.

Este manual se ha ceñido a los temas que hemos creído más frecuentes y han sido elaborados por auténticos especialistas y miembros de la Sección de Coloproctología de la AEC, pero además, cada capítulo se ha realizado conjuntamente con médicos de atención primaria y de otras especialidades y así nos hemos centrado aún más en sus dudas, problemas y necesidades.

Quiero agradecer a la junta de la AEC el interés mostrado en la elaboración de este manual y a los autores por su magnífico trabajo y puntualidad en la entrega de los manuscritos y, sobre todo, a los Dres. José Luis Ramos y Miguel Ángel Ciga por su esfuerzo y dedicación.

Agradezco también a la editorial Bate Scientia Salus por su quehacer científico y al laboratorio Boiron por su patrocinio y colaboración en la difusión.

Dr. A. Codina Cazador
Coordinador de la Sección de Coloproctología de la AEC

Dr. S. Biondo Aglio
Presidente de la AEC

ÍNDICE

PRÓLOGO

PRESENTACIÓN

TEMA 1. Anatomía del canal anal	7
TEMA 2. Historia clínica y exploraciones básicas de las enfermedades ano-rectales	15
TEMA 3. Sangrado anal o rectorragia	21
TEMA 4. Dolor anal	27
TEMA 5. Hemorroides	37
TEMA 6. Absceso ano-rectal	45
TEMA 7. Fístula perianal	51
TEMA 8. Fisura anal	57
TEMA 9. Sinus pilonidal	67
TEMA 10. Dermatología de la región anal	77
TEMA 11. Incontinencia fecal y estreñimiento (breve reseña)	91

Anatomía del canal anal

Alberto Parajó Calvo.
Nuria Iglesias Rodriguez.
Inés Aldrey Cao.

Servicio de Cirugía General y Digestiva.
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Raimundo Gulín González.

Atención Primaria. Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud Valle Inclán (Ourense).

El recto es la porción distal del intestino grueso. El recto y el canal anal tienen una doble función:

- Reservorio-almacenamiento del contenido intestinal (continencia)
- Evacuación controlada de heces (defecación)

Además, esta zona es asiento de muchas enfermedades.

La anatomía de esta región está tan intrínsecamente relacionada con su fisiología que muchas de las características anatómicas sólo se pueden apreciar in vivo y varían durante la exploración en reposo, contracción voluntaria o esfuerzo defecatorio.

DEFINICIONES

El ano es el orificio anal o abertura cutánea anteroposterior más distal del tubo digestivo. El margen anal es el borde externo del orificio anal y es una importante referencia para describir la situación y la distancia de las lesiones que puede haber en su vecindad y desde el cual tomar las medidas durante el tacto rectal y la endoscopia. El epitelio exterior al margen anal tiene todos los elementos cutáneos, incluyendo folículos pilosos, glándulas exocrinas y apocrinas, y constituye la piel perianal. El canal anal es la porción terminal del tubo digestivo. Desde el margen anal hasta la línea pectínea se extiende el denominado canal anal anatómico o embriológico, recubierto por epitelio plano estratificado, de aproximadamente 2 cm de longitud (Figura 1). El canal anal quirúrgico se extiende hasta el elevador del ano, es un concepto más funcional ya que comprende la porción rodeada de musculatura y que hace que esté colapsada debido a su contracción tónica. Por ello su longitud es mayor, aproximadamente 4 cm en hombres. En la exploración física su límite posterior se palpa con facilidad en el cuadrante posterior representado por la lazada del músculo puborrectal, y que forma el ángulo ano-rectal, por encima del cual se sitúa la ampolla rectal.

Revestimiento interno del canal anal

El revestimiento está formado por diferentes tipos de epitelio en los distintos niveles. La parte superior del canal anal, delimitado de la ampolla rectal por la unión ano-rectal, está revestida por mucosa colorrectal (epitelio mucoso cilíndrico) de coloración rosada. En sentido distal encontramos primero la zona de transición, interpuesta entre dicha mucosa y el epitelio escamoso plano, y cuya coloración es más roja púrpura debido al plexo hemorroidal interno subyacente. Esta zona abarca 6-12 mm por encima de la línea pectínea, tiene una histología muy variable y también se conoce como la zona cloacogénica. Macroscópicamente esta zona de transición se corresponde con unos pliegues longitudinales llamados columnas de Morgagni, en número de 8-12 y disposición vertical. Están separadas entre sí por las criptas anales (Figura 1). La parte distal de esta alternancia entre columnas y criptas forma la denominada línea pectínea (del latín *pecten* = peine). Esta línea puede verse fácilmente al realizar una anuscopia, por ejemplo, situada a unos 2 cm del margen anal. Representa embriológicamente la fusión entre las partes endodérmica y ectodérmica del canal anal y por debajo de la cual comienza el canal anatómico, recubierto por epitelio escamoso no queratinizado denominado anodermo. El anodermo tiene una coloración más pálida y está desprovisto de glándulas y pelo y contiene una rica red de terminaciones nerviosas con gran sensibilidad al tacto, la temperatura y el dolor. En esta porción es donde asientan las fisuras anales crónicas. Por debajo y afuera, la piel del ano es más oscura y presenta pliegues radiales debido a la contracción del músculo corrugador. La piel contiene glándulas sudoríparas, sebáceas y apocrinas, susceptibles de sufrir fenómenos de infección y supuración.

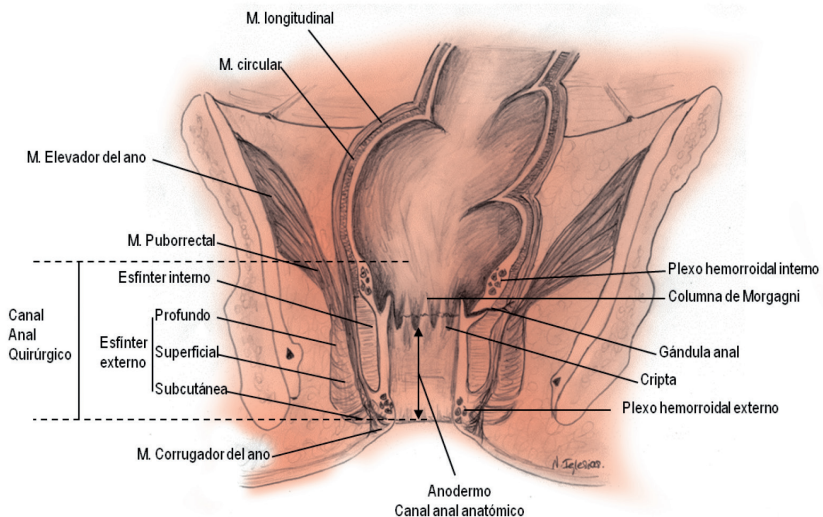


Figura 1. Anatomía del canal anal

Glándulas anales

Las glándulas anales están tapizadas por epitelio columnar estratificado mucosecretor y tienen una abertura directa en el seno de las criptas anales en la línea pectínea. Suele haber 6 glándulas alrededor del canal anal, aunque su cifra varía entre 3 y 10. La mitad de las criptas no tienen comunicación con ninguna glándula, ocasionalmente dos glándulas pueden abrirse en la misma cripta. La infección de estas glándulas está en la etiopatogenia de los abscesos y fístulas perianales.

Musculatura del canal anal

La musculatura de región ano-rectal está formada por músculos circulares que pueden entenderse como dos tubos: uno interior que es visceral, de músculo liso e innervado por el sistema nervioso autónomo (esfínter interno, involuntario) y otro exterior formado por músculo esquelético e innervación somática (esfínter externo, voluntario).

- **Esfínter anal interno:** corresponde a la porción distal engrosada de la capa muscular del recto, formado por músculo liso, tiene 5-8 mm de espesor y 2-3 cm de longitud. Se extiende desde la línea ano-rectal hasta la unión ano-cutánea distalmente, Su borde distal puede palparse, debido a su contracción tónica e involuntaria permanente, como el extremo de un cilindro muscular más o menos rígido dependiendo de presión anal.

Las fibras de la capa muscular externa del recto son longitudinales y en la altura de la unión ano-rectal se mezclan con fibras del elevador del ano y la fascia pélvica formando el músculo longitudinal conjunto. Estas fibras descienden entre el esfínter interno y externo y muchas atraviesan la porción distal del esfínter externo insertándose en la piel (músculo corrugador del ano).

- **Esfínter anal externo:** Por debajo del elevador del ano y por fuera del esfínter interno, este músculo estriado y voluntario adopta una forma cilíndrica elíptica. Está formado principalmente por fibras de contracción lenta tipo I, lo que permite contribuir también al tono basal del canal anal anal, aunque en menor medida que el esfínter interno. Se pueden distinguir en él tres porciones:
- **Subcutánea:** rodea al orificio anal en la profundidad de la piel, su borde sobrepasa distalmente el nivel del esfínter interno y por eso puede palparse entre ambos el surco interesfintérico.
- **Superficial:** está por encima y por fuera de la porción subcutánea. Debido a su firme adherencia al cuerpo tendinoso del periné por delante y al ligamento anococcígeo por detrás adopta una forma elíptica.

- Profunda: es la parte más gruesa y craneal. Sus fibras no están adheridas al cóccix y se mezclan en sentido proximal con el músculo puborrectal, el cual ya forma parte del suelo pélvico, de modo que este podría asemejarse a un ancho embudo por dentro del cual discurre el tramo final del tubo digestivo. En las mujeres el esfínter externo está menos desarrollado especialmente en los cuadrantes anteriores, donde su espesor es menor, y además es más corto que en el varón.
- Músculo puborrectal: El elevador del ano es un músculo par y suele establecerse la división en músculos puborrectal, pubococcígeo e ileococcígeo, aunque sus fascículos se reúnen para contribuir al diafragma pélvico. El puborrectal es el músculo más prominente del suelo pélvico y tiene una importante función en la continencia. Se inserta en ambos lados del pubis formando una lazada o banda en U por detrás del recto que forma el ángulo ano-rectal. Por ello su contracción comprime el canal anal traccionándolo hacia el pubis y haciendo más agudo el ángulo ano-rectal. Cuando esta contracción ocurre de forma paradójica durante el esfuerzo defecatorio provoca un tipo especial de estreñimiento por obstrucción de salida también conocido como anismo.
- Cuerpo perineal: Es la localización anatómica en la porción central del periné, una intersección tendinosa donde se reúnen el esfínter externo, los músculos bulbocavernosos y los músculos transversos del periné superficiales y profundos (figura 3).
- El periné es la región superficial al diafragma pélvico, situada entre la raíz de los muslos, y anterior al sacro y cóccix. Puede dividirse en un triángulo anterior o urogenital y un triángulo posterior o anal.

Relaciones anatómicas del canal anal y espacios anorrectales (figura 2)

El canal anal está relacionado con el cóccix por detrás, mientras que por delante se sitúa el cuerpo perineal y la parte baja de la pared vaginal posterior en la mujer o la uretra en el hombre. La próstata se relaciona con la pared anterior del recto por encima del canal anal. En la vecindad del canal anal y el recto inferior se pueden identificar espacios potenciales que tienen trascendencia clínica, sobre todo en relación con los procesos supurativos de esta región:

- La fosa isquiorrectal o isquioanal, y el isquion, se sitúan a cada lado del canal anal; a través de una fina fascia se subdivide en espacios perianal (más superficial) e isquiorrectal (más profundo). La fosa isquiorrectal contiene grasa los vasos hemorroidales inferiores y ramas del nervio pudendo que la atraviesan para entrar a la pared del canal anal.

- El espacio perianal rodea la parte inferior del canal anal y contiene el plexo hemorroidal externo y se continúa lateralmente con la grasa subcutánea de las nalgas y medialmente hacia el espacio interesfintérico.

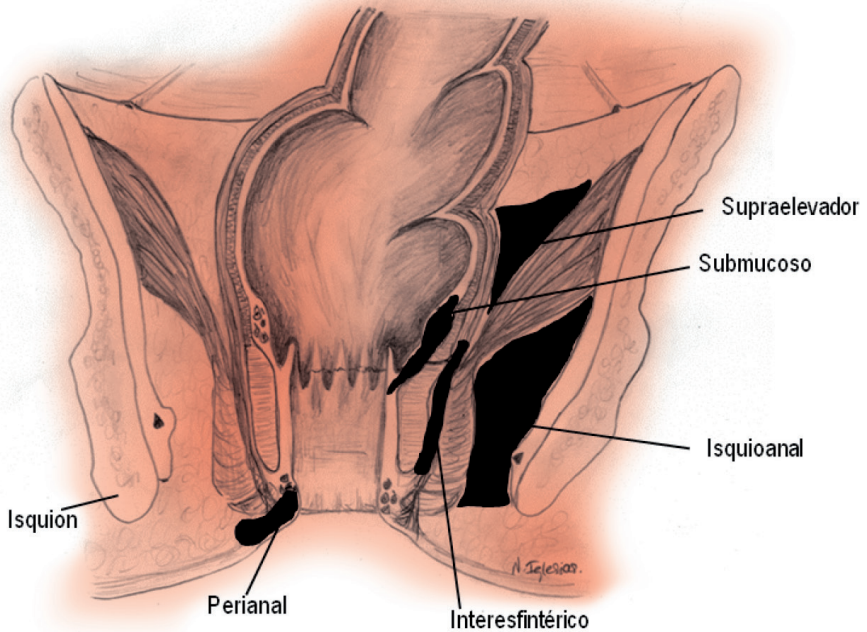


Figura 2. Espacios anorrectales

- El interesfintérico es un espacio virtual situado entre el esfínter interno y externo. Debido a que las glándulas anales pueden terminar en él, ahí se produce la génesis de los abscesos y fístulas perianales.
- El espacio submucoso está comprendido entre el esfínter interno y el recubrimiento mucocutáneo del canal anal y alberga el plexo hemorroidal interno.
- Por detrás del canal anal podemos diferenciar los espacios postanales superficial y profundo, divididos por el ligamento ano-coccígeo. Ambos comunican posteriormente con las fosas isquiorrectales a cada lado y en ellos se origina las fístulas en herradura.

- Ya por encima del elevador del ano y por tanto del canal anal se encuentra el espacio supraelevador. Este espacio potencial queda limitado superiormente por el peritoneo pélvico.

Vascularización

Las arterias hemorroidales inferiores, en cada lado, son ramas de la arteria pudenda interna, la cual es rama de la arteria ilíaca interna o hipogástrica. Desde la fosa isquiorrectal alcanza el plano submucoso y ascienden en este plano. El conducto ano-rectal tiene una rica red anastomótica intramural, a la cual contribuyen sobre todo las arterias hemorroidales superior e inferior y de forma variable las hemorroidales medias.

El drenaje venoso tiene lugar por las venas hemorroidales media e inferior a la vena ilíaca interna y de ahí a la vena cava inferior. Por lo tanto, evita la circulación portal y el filtro hepático, lo que explica la ausencia de correlación entre hemorroides y cirrosis y que las neoplasias ano-rectales se asocien con mayor incidencia relativa de metástasis pulmonares.

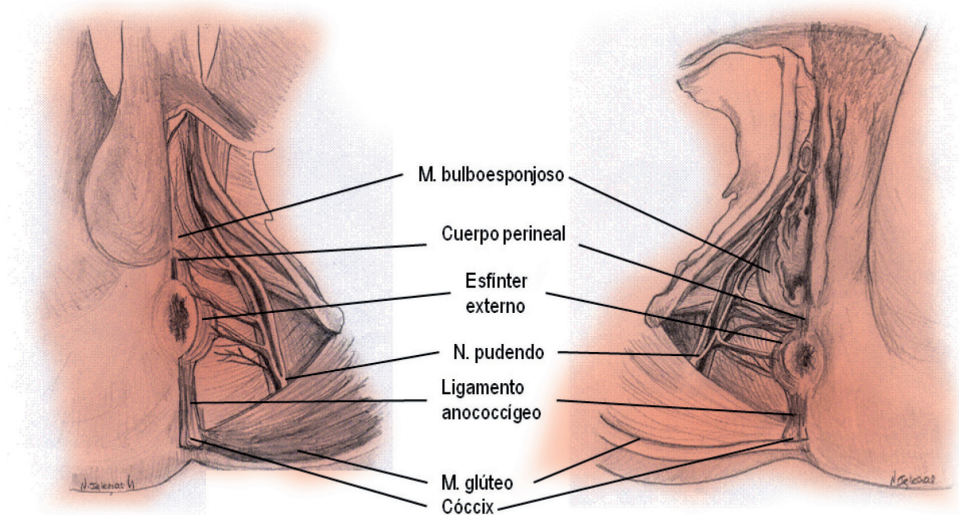


Figura 3. Periné masculino y femenino

Linfáticos

El drenaje linfático del canal anal por encima de la línea pectínea va a los ganglios mesentéricos inferiores e ilíacos internos, mientras que por debajo de ella la linfa drena hacia la región inguinal.

Inervación

El esfínter interno y la mucosa proximal a la línea pectínea tienen inervación visceral simpática y parasimpática como el recto. La inervación motora del esfínter externo depende de ramas del nervio pudendo en cada lado (figura 3).

La rama rectal inferior del nervio pudendo es la responsable de la sensibilidad anal, tiene una importante función en la continencia y explica la irradiación del dolor en los síndromes de atrapamiento de este nervio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lawson JO. Pelvic anatomy II. Anal canal and associated sphincters. *Ann R Coll Surg Engl* 1974; 54(6): 288-300.
2. Nivatvongs S, Gordon P. Surgical anatomy. En: Principles and practice of surgery for the colon, rectum, and anus. Gordon P, Nivatvongs S, eds. 3rd ed. New York, 2007: 1-28.
3. Marcio J, Habr-Gama A. Anatomy and embryology of the colon, rectum and anus. En: The ASCRS textbook of colon and rectal surgery. Wolff B, Fleshman J, Beck D, Pemberton J, Wexner S, eds. Springer Science+Business Media, LLC. New York, 2007: 1-22.
4. Wedel T. Anatomy: Colon, rectum, anus, pelvic floor. En: European manual of medicine: Coloproctology. Herold A, Lehur P, Matzel K, O'Connell P. Springer-Verlag. Berlin Heidelberg, 2008: 7-20.

Historia clínica y exploraciones básicas de las enfermedades ano-rectales**María Elisa Montes Posada.**

*Servicio de Cirugía General y Digestiva.
Hospital de Jerez de la Frontera (Cádiz).*

Rosa María Galán Herrera.

*Atención Primaria. Medicina Familia y Comunitaria.
Unidad de Gestión Clínica de Rota (Cádiz).*

Enrique Melero Pérez.

*Atención Primaria. Medicina Familia y Comunitaria.
Centro de Salud Algeciras Centro-Oeste (Cádiz).*

Las enfermedades ano-rectales son una causa frecuente de consulta en Atención Primaria, por lo cual su adecuado conocimiento es imprescindible para su diagnóstico y posterior tratamiento.

El diagnóstico diferencial de las diferentes patologías que afectan a la región ano-rectal precisa de una buena anamnesis en la que recibiremos la información sobre el proceso, en qué consiste y su cronología. Una entrevista clínica dirigida nos proporcionará estos datos, que son los síntomas que han llevado al paciente a la consulta. Una exploración clínica detenida nos aportará la información clínica que precisamos al analizar los signos que reconoceremos.

La exploración de la patología ano-rectal debe transcurrir en un ambiente sereno y tranquilo, preservando la intimidad necesaria, sin ruidos ni interrupciones, que genere confianza en el paciente a fin de superar la incomodidad del momento. Debe explicarse al paciente qué se le va a hacer y qué puede sentir durante la misma, a fin de evitar situaciones violentas.

HISTORIA CLÍNICA

- Antecedentes familiares oncológicos (incidencia de cáncer colo-rectal en familiares de primer y segundo grado).
- Antecedentes personales. Enfermedades y tratamientos médicos habituales. Pueden influir de algún modo en los síntomas del proceso ano-rectal, como patología tiroidea, patología hepática, enfermedad inflamatoria intestinal (EII), tratamiento anticoagulante o antiagregante, enfermedades neurológicas, tratamiento de patología psiquiátrica.

- Cirugía ano-rectal previa que pueda condicionar síntomas nuevos y modificar el aspecto y el tono del ano.
- Prácticas sexuales: pueden condicionar el desarrollo de lesiones cutáneas perianales (herpes, virus del papiloma humano) o en el canal anal.

SÍNTOMAS HABITUALES EN LA PATOLOGÍA ANO-RECTAL

- Rectorragia: emisión de sangre roja por el ano. También se denomina hematoquecia y debe distinguirse de las melenas, deposiciones negras y pastosas de sangre ya digerida. La rectorragia puede ser aguda, masiva o moderada o bien crónica, de pequeña cuantía, pero mantenida en el tiempo.
- Dolor: la proctalgia es un dato muy prevalente. Es importante conocer su duración e intensidad, los factores desencadenantes y si se asocia con emisión de sangre o pus, coexistencia con alteración del tránsito intestinal (estreñimiento/diarrea), fiebre, tumoraciones anales/perianales o empeoramiento de patología existente, como la enfermedad inflamatoria intestinal.
- Emisión de secreciones por ano: secreción acuosa (adenoma vellosos rectal), mucosa (dicha secreción es habitual en el colon pero puede aumentar en caso de tumores, EII, intestino irritable o por exteriorización de la mucosa ano-rectal en el caso de prolapsos mucosos o rectales), secreción purulenta (secundaria a procesos infecciosos ano-rectales, como la gonorrea o la proctitis por *Chlamydia trachomatis*, o procesos infecciosos bacterianos que afecten a tramos distales del colon) o escapes/ensuciamientos de heces en pacientes con incontinencia anal.
- Tumoraciones o masas ano-rectales: podemos identificar induraciones perianales dolorosas (abscesos, hidrosadenitis perianal) o bien induraciones en área sacro-coccígea (sinus pilonidal), y tumoraciones ano-rectales propiamente, que pueden ser reductibles (hemorroides *grado III*, pólipos rectales, pólipo fibroepitelial, papila anal prolapsada, tumores rectales, prolapso mucoso anal, prolapso rectal) o irreductibles (colgajos cutáneos, hemorroides *grado IV*, trombosis hemorroidal, condilomas anales, neoplasias anales) (figuras 1-4).



Figura 1. Absceso perianal



Figura 2. Hemorroide trombosada



Figura 3. Melanoma de canal anal prolapsado



Figura 4. Melanoma canal anal

- Alteración del ritmo intestinal referido al habitual del paciente, con presencia de diarrea (aumento de volumen de las heces, de menor consistencia y mayor frecuencia deposicional) o estreñimiento (defecación dificultosa, de escasa frecuencia y acompañada de sensación de evacuación incompleta).
- Tenesmo rectal: necesidad persistente de hacer deposición, incluso tras una defecación en principio satisfactoria. Se debe habitualmente a la ocupación de la ampolla rectal (fecaloma, neoplasias), lo cual condiciona una distensión permanente de la misma. Se suele asociar a sensación de evacuación incompleta.
- Prolapso: descenso del recto o de alguna estructura dependiente del mismo a través del ano. Podemos encontrar prolapso de elementos del canal anal y el recto (tumorações, pólipos, hemorroides *grado III/IV*) o bien propiamente el descenso circunferencial de la pared rectal, que puede ser completo o bien parcial, si solo afecta a la mucosa.

- **Incontinencia:** incapacidad para el control voluntario de la emisión de heces y gases hasta encontrar el momento y el lugar adecuado. También afecta a la capacidad de discriminar entre heces y gases, por lo que se clasifica a efectos prácticos como incontinencia grado 1 cuando existe una limitación de continencia a gases, grado 2 cuando afecta a la continencia de heces líquidas y grado 3 cuando existe incapacidad para contener heces sólidas.
- **Urgencia defecatoria.** Necesidad imperiosa de hacer deposición.
- **Prurito:** no es una enfermedad en sí sino un síntoma que se asocia a diversas patologías dermatológicas, proctológicas e infecciosas. Puede ser agudo o crónico y, según su etiología, secundario o idiopático. Se puede encontrar como patología subyacente un eczema perianal, psoriasis, dermatitis de contacto, asociarse a exposición a sustancias irritantes locales (jabones, antisépticos, corticoides tópicos) o bien deberse a la irritación secundaria por la secreción mucosa en el prolapso hemorroidal.

EXPLORACIÓN CLÍNICA EN LA PATOLOGÍA ANO-RECTAL

Se recomienda explorar al paciente en posición de Sims, decúbito lateral izquierdo con las piernas flexionadas sobre el abdomen, en diagonal sobre la camilla, con el hombro derecho ligeramente inclinado hacia el lado izquierdo, favoreciendo de este modo la exposición de la región anal y perianal.

La localización de la patología anal debe describirse según su ubicación anatómica (anterior, posterior, lateral izquierdo, lateral derecho), evitando la nomenclatura horaria.

Una correcta exploración clínica está orientada, en primer lugar, a descartar la existencia de patología maligna como causa de los síntomas, en segundo lugar se debe procurar un diagnóstico preciso para establecer un tratamiento adecuado o solicitar pruebas complementarias y la valoración por el especialista y, además, conseguir que la exploración sea bien tolerada e indolora.

- **Inspección anal:** se realiza una separación cuidadosa de ambas nalgas, lo cual permite identificar la porción escamosa del canal anal, la región perianal, genital, perineal y sacro-coccígea. Una exploración visual minuciosa nos ofrece información muy valiosa y así podremos valorar la presencia de secreciones anómalas, colgajos cutáneos o "tags" perianales, hidrosadenitis o foliculitis perianal, hemorroides externas, fisuras, fístulas, prolapso mucoso, prolapso rectal, trombosis hemorroidal, tumoraciones o ulceraciones y erupciones o lesiones cutáneas. Se le puede pedir al paciente que realice una maniobra defecatoria suave lo cual pondrá de manifiesto lesiones que pueden pasar desapercibidas en reposo, pues de este modo se acentúan los

prolapsos de lesiones de canal anal o de la propia pared rectal o se ponen de manifiesto problemas funcionales, escapes o ensuciamientos y prolapso de otros órganos (colpocele).

- Palpación perianal, identificándose puntos dolorosos, induraciones, posibles trayectos fistulosos, masas.
- Examen ano-rectal digital, tacto rectal: permite identificar puntos dolorosos, masas, abscesos y comprobar el tono esfinteriano. Debe realizarse con sumo cuidado, lubricando el dedo índice enguantado, el cual presiona suavemente el orificio anal antes de introducirlo, venciendo de este modo la presión de reposo habitual que presenta. Podemos además pedir al paciente que haga una breve maniobra defecatoria lo cual contribuye a la apertura del ano. Una vez introducido el dedo, se llega a la altura máxima para, en retirada, ir palpando toda la circunferencia ano-rectal. Así exploraremos la porción distal de la ampolla rectal, valoraremos si existe alguna lesión intraluminal o bien alguna tumoración o masa extra-rectal que haga impronta sobre la pared rectal. Se puede palpar la próstata en la parte anterior del recto y lateralmente, palpamos los músculos del suelo de la pelvis, el haz del músculo pubo-rectal para después explorar el canal anal y, finalmente, tras su retirada, inspeccionar el guante para verificar la presencia de manchado patológico.
- Toda la información obtenida en nuestra exploración debe recogerse de manera minuciosa en la Historia Clínica del paciente a fin de llegar a un diagnóstico y proponer un plan de tratamiento que, como se analizará en posteriores capítulos, contempla cambio en hábitos de vida, medidas higiénico-dietéticas, tratamientos sintomáticos y tratamiento quirúrgico para determinadas patologías.

BIBLIOGRAFÍA

1. López Ríos F. "Enfermedades anorrectales". Diagnóstico y tratamiento. Editorial HarcourtBrace, 1999
2. Ortiz Hurtado H. "Cirugía Colorrectal". Guía Clínica de la Asociación Española de Cirujanos. 2ª Edición. Editorial Aran, 2012
3. Herold A, Lehur PA y cols. "Coloproctology". European Manual of Medicine. Editorial. Springer, 2008.
4. Wolf BC, Fleshman JW y cols. "The ASCRS Textbook of colon and rectal surgery" Editorial Springer, 2007.

Sangrado anal o rectorragia

Miguel Pera Román.

*Servicio de Cirugía General y Digestiva.
Hospital del Mar (Barcelona).*

Mercé Pintanel Medina.

*Atención Primaria. Medicina Familia y Comunitaria.
Centro de Atención Primaria Casc Antic (Barcelona).*

Xavier Bessa Caserras.

*Aparato Digestivo.
Hospital del Mar (Barcelona).*

DEFINICIÓN Y CAUSAS DE RECTORRAGIA

La rectorragia consiste en la emisión de sangre roja por el ano de forma aislada o junto con las heces. La sangre emitida de forma aislada puede aparecer tanto en el papel higiénico al limpiarse como directamente en el inodoro. La sangre junto con las heces puede aparecer recubriendo la superficie de las deposiciones o mezclada con ellas.

Se estima que el 20% de la población refiere episodios de rectorragia en el último año y ésta aparece como motivo de consulta en un 6 por 1000 de las visitas al médico de Atención Primaria (AP). En AP las causas más frecuentes son las hemorroides, la fisura anal y la ausencia de causa aparente y con menor frecuencia, la enfermedad inflamatoria intestinal, la diverticulosis, los pólipos y el cáncer colorrectal. La distribución de las causas de rectorragia está condicionada por la edad. En los estudios de pacientes mayores de 40 años, aunque el orden de las causas más frecuentes se mantiene, se objetiva un aumento de los pólipos, el cáncer colorrectal, los divertículos, la colitis isquémica y la angiodisplasia.

La elevada prevalencia de la rectorragia en la población general relativa con respecto a la incidencia de cáncer de colon implica que la gran mayoría de pacientes con rectorragia, especialmente en AP, presentan un riesgo muy bajo de presentar esta neoplasia. Algunos médicos son partidarios de hacer una evaluación completa a cualquier paciente con rectorragia para descartar una enfermedad maligna, mientras que otros proponen estrategias más conservadoras.

CARACTERÍSTICAS DE LA RECTORRAGIA Y PROCESO DIAGNÓSTICO

El médico que visita a un paciente que consulta por rectorragia deberá valorar en primer lugar la gravedad de la misma. Los criterios para derivar al paciente a un servicio de urgencias, previa estabilización inicial en AP, son la existencia

de palidez de piel, sudoración y frialdad de manos y pies, oliguria y mareo, una frecuencia cardíaca > 120 latidos/minuto o una Presión Arterial Sistólica < 100 mmHg, ya que ello refleja una pérdida de volumen sanguíneo superior al 10%. Una vez descartada la urgencia inicial de la rectorragia existen varios aspectos que deben ser tenidos en cuenta. En primer lugar, las características de la rectorragia y la presencia de síntomas asociados. La anamnesis sobre las características de la rectorragia puede orientar sobre cual es la causa de la rectorragia y ayudará a establecer la estrategia diagnóstica.

Las hemorroides internas suelen causar rectorragia en forma de sangre roja y brillante al final de la deposición o sólo al limpiarse y/o en forma de gotas sobre el inodoro. El sangrado anal se asocia con frecuencia a protrusión al hacer deposiciones (tumoración palpable) que se reduce espontáneamente o que el paciente se ve obligado a reducir de forma manual. Se puede asociar a dolor aunque éste no suele ser intenso. Las hemorroides externas no son causa de sangrado a no ser que se hayan trombosado y se haya producido una ulceración de la piel por donde se exterioriza la sangre, pero es poco frecuente. La fisura anal puede ser causa de sangrado anal, aunque éste es generalmente de escasa cuantía (sangre en el papel higiénico al limpiarse) y no se mezcla con las heces. Habitualmente la salida de sangre por ano se acompaña de dolor intenso durante y después de la defecación que puede durar varias horas.

La presencia de otros síntomas como dolor abdominal, alteración del ritmo deposicional (mayor número y de consistencia más blanda), tenesmo rectal o salida de moco con las deposiciones sugiere que la causa de la rectorragia es una patología colorrectal (cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad diverticular del colon, colitis isquémica) y no ano-rectal benigna.

Además de las características de la rectorragia y la presencia de síntomas asociados, otros factores que deben ser tenidos en cuenta en el proceso diagnóstico son las comorbilidades. Los pacientes con rectorragia y comorbilidad asociada (alteraciones de la coagulación, cirrosis hepática, insuficiencia renal, polimedicación o fármacos de riesgo, como los anticoagulantes y los antiinflamatorios no esteroideos), requieren una evaluación individualizada según su enfermedad de base.

Por otra parte, la edad y la historia personal y familiar de cáncer de colon tienen un valor fundamental en la estrategia diagnóstica de la rectorragia. El grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Rectorragia ha consensuado los 50 años como punto de corte para considerar la edad como un factor de riesgo a tener en cuenta, de forma similar a como lo han hecho las principales instituciones sanitarias del mundo. Este punto de corte está justificado

principalmente por el bajo riesgo de cancer colorectal antes de los 50 años en nuestro medio. De este modo, la estrategia diagnóstica se basará en la edad y en la detección de una causa ano-rectal que justifique la rectorragia (habitualmente hemorroides y/o fisura anal), para permitir al clínico tratar y realizar un seguimiento de la evolución de la misma. Las recomendaciones sobre la mejor estrategia diagnóstica en el paciente con rectorragia realizadas por el grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Rectorragia aparecen al final de este capítulo.

EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Además de valorar la existencia de palidez cutáneo-mucosa y realizar una exploración abdominal, es necesario realizar una exploración ano-rectal en todo paciente con rectorragia.

La inspección anal permite valorar la existencia de lesiones perianales, fístulas, abscesos, fisuras y/o hemorroides externas. Si el paciente realiza una maniobra de valsalva, es posible demostrar la presencia de hemorroides internas que protruyen con la misma. El tacto rectal permite descartar la presencia de una tumoración en el canal anal y recto inferior. El tacto rectal no permite, en la mayoría de los casos identificar la presencia de hemorroides internas y para ello son necesarias otras exploraciones. En ocasiones, el tacto rectal puede ser muy doloroso por lo que es preferible no realizarlo en la consulta de AP.

La anoscopia es una técnica que permite el diagnóstico de las enfermedades anorrectales más frecuentes. En la consulta de AP es posible realizar una anoscopia que permitirá explorar el canal anal mediante un tubo rígido de unos 8 cm. de longitud. Es una técnica sencilla, no ocasiona grandes molestias al paciente y no requiere sedación ni preparación previa. La realización de la anoscopia por parte de los médicos de familia ha demostrado resultados satisfactorios, y evita la derivación al especialista de afecciones benignas y las demoras en el diagnóstico de una enfermedad maligna. La anoscopia es una técnica fácil de aprender y su realización requiere poco tiempo. En nuestro medio la anoscopia se realiza en las consultas de Atención Especializada (AE), ya sea por un médico cirujano o especialista del aparato digestivo.

La rectoscopia rígida es una técnica fácil y segura que explora el recto además del canal anal aunque en ocasiones no es bien tolerada por los pacientes. Requiere preparación del paciente con al menos un enema de 250 ml y en nuestro medio no se realiza en AP.

La sigmoidoscopia flexible se realiza con un videoscopio diseñados para examinar el recto y el colon sigmoide. En comparación con la rectoscopia rígida, la sigmoidoscopia flexible proporciona una mejor visualización de la

mucosa, permite examinar hasta los 60 cm. distales del colon y es más cómoda para los pacientes. Esta exploración se realiza idealmente con la preparación previa del paciente con un enema dos horas antes de la exploración y no suele requerir sedación.

La colonoscopia requiere la preparación del colon con dieta líquida sin residuos los días previos y el uso de laxantes varias horas antes de la exploración. Puede realizarse con sedación profunda (con soporte del anestesista) o con sedación superficial que les mantenga conscientes y les permita colaborar durante el procedimiento aunque en algunos centros se realiza con anestesia general. Es una prueba que debe ser realizada por médicos entrenados y con experiencia. La utilidad de una analítica es la de confirmar y cuantificar la presencia de anemia y descartar/confirmar comorbilidad asociada. El valor de la hemoglobina, si tenemos acceso a ella de manera inmediata, puede no ser un buen indicador inicial de la cuantía del sangrado, ya que puede ser normal en las fases iniciales de la hemorragia aguda, debido al retraso con que se establece la hemodilución compensadora.

ESTRATEGIA DIAGNÓSTICA

Según las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica sobre Rectorragia, los pacientes menores de 50 años con rectorragia sin repercusión hemodinámica que presenten una lesión ano-rectal (por ejemplo hemorroides sangrantes o una fisura anal) que justifique el sangrado pueden ser evaluados y tratados de la misma. En caso de que el sangrado no mejore se recomienda la realización de una exploración completa de todo el colon.

En los pacientes mayores de 50 años con rectorragia, sin repercusión hemodinámica, con un sangrado compatible con patología anal benigna (sangre al limpiarse o mínimas gotas de sangre al final de la deposición con quemazón, picor y/o dolor anal), y que presenten una lesión anorectal (por ejemplo hemorroides sangrantes o una fisura anal) que justifique el sangrado se recomienda la evaluación y tratamiento de dicha lesión. En caso de que el sangrado no mejore se recomienda la realización de una exploración completa de todo el colon o derivar al especialista.

Para que una lesión justifique la rectorragia es necesario ver un sangrado espontáneo o provocado por el roce del anuscopio, hemorroides trombosadas o signos de hemostasia reciente (coágulo sobre la hemorroide o la fisura). El tratamiento de la lesión identificada en la anuscopia variará según su naturaleza tal y como se especifica en otros capítulos de este manual.

Si no se encuentra ninguna lesión aparente en la anuscopia se ha de solicitar la práctica de una colonoscopia o derivar al paciente al especialista para su realización, independientemente de la edad del paciente.

En los pacientes mayores de 50 años con rectorragia sin repercusión hemodinámica y con un sangrado que no se manifiesta como sangre al limpiarse o mínimas gotas de sangre al final de la deposición con quemazón, picor y/o dolor anal, se deberá solicitar una exploración completa de todo el colon o derivar al especialista.

Cuando un paciente presenta síntomas o signos que indican una posible neoplasia (dolor abdominal, alteración del ritmo deposicional) debe ser derivado o enviado para realizar una exploración completa de todo el colon. Independientemente de la edad los pacientes que presenten a la exploración un síndrome constitucional, palidez cutáneo-mucosa o masas, visceromegalias, se recomienda la realización de entrada de una exploración completa de todo el colon.

En los pacientes que consultan por rectorragia, con historia familiar o personal de cáncer colorrectal, con independencia de la edad, se recomienda realizar una exploración completa del colon.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso P, Marzo M, Mascort JJ, Hervás AJ, Viña LM, Ferrús JA, Ferrándiz J, López-Rivas L, Rigau D, Solà I, Bonfill X, Piqué JM. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la rectorragia (actualización 2007). *Gastroenterol Hepatol*. 2008;31:652-67
2. Fijten GH, Starmans R, Muris JW, Schouten HJ, Blijham GH, Knottnerus JA. Predictive value of signs and symptoms for colorectal cancer in patients with rectal bleeding in general practice. *Fam Pract* 1995; 12(3):279-86.
3. 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(3):241-4
4. Helfand M, Marton KI, Zimmer-Gembeck MJ, Sox HC Jr. History of visible rectal bleeding in a primary care population. Initial assessment and 10-year follow-up. *JAMA* 1997; 277(1):44-8.
5. Strate LL, Saltzman JR, Ookubo R, Mutinga ML, Syngal S. Validation of a clinical prediction rule for severe acute lower intestinal bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2005 Aug;100(8):1821-7.
6. Pfenninger JL, Zainea GG. Common anorectal conditions: Part I. Symptoms and complaints. *Am Fam Physician*. 2001;63(12):2391-8.
7. Graffner H, Hallin E, Stridbeck H, Nilsson J. The frequency of digital and endoscopic examination of the rectum before radiological barium enema. *Scand J Prim Health Care*. 1986;4(4):249-51
8. Fraser A. Office proctology and sigmoidoscopy. *Aust Fam Physician*. 1990;19(5):661-3.
9. Winawer SJ, Miller C, Lightdale C, Herbert E, Ephram RC, Gordon L, et al. Patient response to sigmoidoscopy. A randomized, controlled trial of rigid and flexible sigmoidoscopy. *Cancer* 1987;60:1905-8
10. Ransohoff DF, Sandler RS. Clinical practice. Screening for colorectal cancer. *N Engl J Med* 2002;346:40-4.
11. Winawer S, Fletcher R, Rex D, Bond J, Burt R, Ferrucci J, Ganiats T, Levin T, Wolf S, Johnson D, Kirk L, Litin S, Simmang C; Gastrointestinal Consortium Panel. Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale-Update based on new evidence. *Gastroenterology*. 2003 Feb;124(2):544-60.

Dolor anal

Carlos Cerdán Santacruz.

*Servicio de Cirugía General y Digestiva.
Clínica Santa Elena (Madrid).*

Fidel Diego Fuentes Felipe.

*Atención Primaria. Servicio de Urgencias.
Clínica Zorrotzaurre. Igalatorio Médico Quirúrgico (Bilbao, Vizcaya).*

Fernando Jiménez Escovar.

*Servicio de Cirugía General y Digestiva.
Clínica Zorrotzaurre. Igalatorio Médico Quirúrgico (Bilbao, Vizcaya).*

INTRODUCCIÓN

La región anal abarca el espacio comprendido por el conducto anal, ano propiamente dicho y piel perianal, en una extensión de 5-6 cm, con multitud de estructuras anatómicas e histológicas y una riquísima inervación, tal como se ha descrito en el tema correspondiente.

El dolor anal alcanza aproximadamente el 50% de los motivos de consulta en Proctología, bien como síntoma acompañante de cualquiera de las numerosas alteraciones y enfermedades de la zona, o bien como razón única y fundamental, sin que el paciente haya objetivado ninguna otra anomalía.

Será por tanto necesario por parte del médico efectuar el diagnóstico de la causa de ese dolor, partiendo de la base de que NO todo lo que duele a nivel anal son hemorroides, como con demasiada frecuencia se atribuye, y que, desafortunadamente, en un porcentaje nada desdeñable de casos, no seremos capaces de objetivar ninguna causa que lo justifique.

Es preciso, por tanto, contemplar el dolor síntoma, consecuencia de cualquiera de los múltiples procesos que se desarrollan en esta área, y el dolor enfermedad, conocido como proctalgia esencial o algias anorrectales, dividido en tres entidades diferentes, como veremos posteriormente.

Como en pocos otros procesos de la patología, adquieren trascendental importancia la ANAMNESIS, mediante la que se recogerán las principales características y peculiaridades, algunas de ellas diagnósticas, y la EXPLORACIÓN, por la accesibilidad de la zona afectada.

Evidentemente, el estudio se completará con las correspondientes PRUEBAS DIAGNÓSTICAS, como paso previo a establecer las RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS.

Vamos, pues, a analizar cada una de estas etapas:

ANAMNESIS

En el problema que nos ocupa adquiere unas consideraciones especiales. El ano es la única parte del organismo que el paciente no comenta con orgullo; lo hace con evidente pudor, a veces sentimiento vergonzante y no pocas veces con temor al dolor físico que se le pueda ocasionar durante la exploración. Es necesario, por tanto, establecer una buena relación médico-enfermo; exige seriedad y paciencia para escuchar.

La anamnesis deberá ser detenida, dejando al paciente que exprese todos sus síntomas con libertad, tal como él lo vive; tal como él lo siente. Es trascendente no solo lo que cuenta, sino cómo lo cuenta; podremos captar que lo transmite con tranquilidad, de forma relajada y objetiva o podremos apreciar que “el dolor” constituye para él una verdadera “enfermedad”: Gesticula, se señala (a veces de forma desgarradora), nalgas, región sacra, miembros inferiores, genitales, hipogastrio...El dolor “le invade” todas estas zonas y “no le deja vivir”. Aún con la necesidad de completar la exploración y la realización de pruebas diagnósticas, se puede sospechar con alto índice de probabilidad que se trata de una proctalgia esencial.

Una vez que ha referido de manera libre y espontánea “su dolor”, se profundizará o matizará sobre los siguientes aspectos:

- Localización: Perianal, ano propiamente dicho o más profundo en conducto anal, difuso o referido a un punto concreto...
- Tipo de dolor: Constante, pulsátil, sensación de quemazón, escozor, agudo...
- Factores desencadenantes: Deposición, expulsión de gases, consistencia de las heces, relacionado con algún tipo de bebida o alimento...
- Situación en la que se presenta: Sentado, tendido, bipedestación, diurno, nocturno...
- Frecuencia de aparición y duración: Agudo, intermitente, permanente...
- Otros datos acompañantes: Presencia de bultos a nivel anal, sangre, moco, pus...

Como se puede apreciar, son numerosas las peculiaridades y características que se deben precisar sobre un dolor anal, lo que sugerirá con un alto grado de sospecha el problema que lo está originando.

De una manera general, como orientación inicial, podemos resaltar las siguientes:

- Cuando el dolor se desencadena durante la deposición, sobre todo en casos de estreñimiento, puede sospecharse una lesión inflamatoria del conducto anal.
- Si el dolor, de mayor o menor intensidad, se inicia en el momento de la deposición y se exacerba posteriormente, manteniéndose incluso durante horas, se debe sospechar una fisura anal o lesiones anales que originen un espasmo o contractura del Esfínter Interno.
- Ante un dolor permanente, de incremento paulatino durante las últimas horas, pulsátil y, sobre todo, si origina fiebre, se debe sospechar la existencia de un absceso. La irradiación del dolor y posibles alteraciones funcionales como retención urinaria orientará sobre su ubicación.
- Si el dolor es crónico, de carácter opresivo o sensación de “pesadez” a nivel de recto distal o ano, que se incrementa con la sedestación, puede estar relacionado con patología del suelo pélvico; si se irradia hacia atrás o se describe como procedente del cóccix, hay que pensar en patología coccígea.

Al margen de todas estas particularidades que pueden ser atribuidas a alteraciones definidas, existen manifestaciones dolorosas de difícil interpretación y que, como hemos dicho, no responden a una alteración concreta que pueda ser objetivable durante la exploración y que son consideradas como neuralgias anorrectales o proctalgia “esencial”.

Se han subdividido en varios cuadros con características propias, aunque en algún momento de su evolución se entremezclan. Por otra parte se admite, de forma más o menos generalizada, que presentan dos aspectos comunes:

- Síndrome doloroso constante, caracterizado por un horario caprichoso, generalmente independiente de la defecación, localización mal definida e intensidad variable.
- Existencia de un sustrato psíquico muy frecuente, reflejando una gran inestabilidad emocional y llegando en ocasiones a la neurosis.

Se admiten tres cuadros individualizados:

- 1) Proctalgia “fugax”;
- 2) Coccigodinia de forma rectal
- 3) Neuralgias anorrectales esenciales.

Las características principales de cada uno de ellos son:

Proctalgia “fugax”

Se trata de una entidad clínica perfectamente definida, caracterizada por la aparición brusca, generalmente nocturna, de un dolor intenso que despierta al sujeto, con sensación de calambre, contractura, espasmo o pinchazo referido a nivel de canal anal, más o menos irradiado y desde segundos a unos minutos de duración; a veces acompañado de manifestaciones neurovegetativas. Suele cesar de forma brusca, como empezó.

Sobrevienen de manera imprevisible, a intervalos de semanas, meses e incluso años. Se presenta sobre todo entre los 40 – 50 años, con discreto predominio en la mujer, aunque no existe unanimidad al respecto. La etiología es desconocida, aunque se ha atribuido a neuropatía pudenda.

Coccigodinia de forma rectal

Dolor difícil de definir, de localización intrarrectal profunda, irradiado hacia la región sacrococcígea, de aparición variable y manifestado con sensación de quemazón, de mayor o menor intensidad, o pesadez, sordo y soportable; sobreviene sin causa aparente, aunque suelen estar bastante relacionadas con la sedestación. Más frecuente en la mujer, entre 40 y 60 años.

Su evolución es caprichosa, con crisis más o menos prolongadas y que desaparecen de forma espontánea. Su intensidad está estrechamente relacionada con el equilibrio neuropsíquico del sujeto que la sufre.

No se objetiva ninguna alteración de ano ni canal anal y será obligatorio descartar patología orgánica a nivel sacro-coccígeo.

Neuralgias anorrectales esenciales

Perfectamente diferenciable de los cuadros previos: Puede aparecer a cualquier hora del día; no relacionado con la marcha, esfuerzos, sedestación o defecación; la localización puede ser superficial, profunda, anal o perineal; irradiado a región sacra, periné, nalgas y muslos; con una duración de horas o días y de una intensidad moderada a terrorífica.

Más frecuente en mujeres de 40 a 60 años. La exploración es anodina, pero la inestabilidad psíquica es mucho más constante.

Se ha añadido también, dentro del dolor anal crónico, el síndrome del elevador, síndrome del periné descendente y neuralgia pudenda. Realmente presentan características muy semejantes a los anteriormente descritos, por lo que su diferenciación es difícil y realmente aporta poco en cuanto al planteamiento terapéutico.

La anamnesis detenida nos hará sospechar la posible causa del dolor o, por el contrario, la naturaleza neurálgica. Si es así, consideramos recomendable advertirlo al paciente como paso previo a la exploración, para que conozca que "su cuadro existe"; que existen dolores anales sin que seamos capaces de objetivar la causa.

Evidentemente, las sospechas etiológicas se intentarán confirmar con la adecuada exploración y realización de las oportunas pruebas diagnósticas complementarias, tal como se estudiará en los capítulos correspondientes a cada patología.

EXPLORACIÓN

Durante la anamnesis debe transmitirse sensación de tranquilidad y confianza, intentando conseguir la desaparición del temor; desde el inicio de la exploración aseguraremos que no vamos a realizar ninguna maniobra que exacerbe el dolor.

Para llevarla a cabo existen varias posiciones, aunque preferimos la genupectoral por la amplia exposición que proporciona; preservar la intimidad y salvaguardar el pudor del paciente, imprescindible.

Mediante una correcta iluminación y delicada separación de las nalgas, se comenzará una meticulosa inspección de piel perianal y márgenes del ano, lo que ya puede evidenciar datos patológicos.

En caso contrario, se procederá a separación de los márgenes anales para revisar anodermo, hasta donde sea posible de conducto anal, en función de una mayor o menor contracción o espasmo esfinteriano.

Si durante estas maniobras se desencadenase un excesivo dolor, puede aplazarse la exploración durante 24-48 horas, con tratamiento sintomático o, en determinados casos, llevarse a cabo bajo anestesia, actitud que puede incluso requerir ser realizada con carácter de urgencia, en función de la sospecha diagnóstica y situación del paciente.

Si la inspección ha sido factible, con revelación o no de datos patológicos, se procederá a la palpación y tacto rectal.

La palpación perianal recogerá posibles puntos de desencadenamiento de dolor y zonas de induración o abultamiento que no se hayan objetivado mediante la inspección. Se completará con el tacto rectal, exploración absolutamente trascendental.

Se valorará canal anal y recto hasta donde sea posible para cada explorador, anillo ano-rectal, características del puborrectal, valoración esfinteriana y espacios extrarrectales: pelvirrectal, interesfintérico, isquiorrectal, próstata en el varón y tabique rectovaginal en la mujer comprobando desencadenamiento o incremento del dolor. Si llegase a ser insoportable, debe suspenderse la exploración, como hemos mencionado con anterioridad.

La inspección y tacto rectal proporcionarán la causa del dolor en la mayor parte de ocasiones, tal como se recoge en los capítulos correspondientes. No obstante, como hemos dicho previamente, en las llamadas proctalgiyas esenciales, ni se objetiva ningún hallazgo anormal ni seremos capaces de desencadenar dolor, aún con palpación intensa e intencionada, en los puntos adecuados. En este sentido, merece la pena destacar la compresión del nervio pudiendo a nivel del canal de Alcock, origen de muchas proctalgiyas que, de confirmarse, tienen opciones de solución quirúrgica.

Una exploración neurológica del plexo lumbosacro es preceptiva, así como urológica en el varón y vaginal en la mujer.

Finalmente, la Anuscopya con instrumentos desechables debería formar parte de toda exploración proctológica, incluso en la consulta de Atención Primaria, permitiendo confirmar los datos obtenidos mediante el tacto rectal. No obstante, somos conscientes de que ni por tiempo ni por disponibilidad instrumental, es posible realizarla de forma sistemática.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

En la mayor parte de ocasiones servirán para confirmar la sospecha diagnóstica coherentemente establecida tras una correcta anamnesis y exploración meticulosa. La mayor o menor necesidad de cada una de ellas estará en función del proceso estudiado e incluso de las preferencias de cada especialista. Las más importantes, con su aportación principal, son:

- Endoscopia: Si no se ha realizado anuscopya y rectoscopia en consulta. La colonoscopia no suele ser necesaria para valorar un dolor anal aunque sí para descartar otra patología en determinados casos.

- Manometría Ano-rectal: De trascendental importancia para confirmar hipertensión secundaria al dolor anal. Existen proctalgias intensas con hipotonía esfinteriana, lo que condicionará el tratamiento. En algún caso se han registrado ondas de alta presión en pacientes con proctalgia “fugax”, aunque poder recoger dicha eventualidad es verdaderamente anecdótico.
- Ecografía Endorrectal y Endoanal: Para confirmar o descartar abscesos o colecciones de pequeño tamaño o de localización atípica. Valorar posible hipertrofia del Esfínter Interno o miopatía hipertrófica como causa de dolor es otra indicación.
- EMG, para detectar anomalías del nervio pudendo. No muy utilizada.
- RMI: Para descartar sepsis de localización excepcional y otras anomalías y lesiones medulares o de raíces nerviosas.

TRATAMIENTO

El tratamiento del dolor anal, lógicamente, será el del proceso que lo origina: Trombosis /prolapso hemorroidal, fisura anal, proctitis, papilitis, prostatitis, abscesos, estenosis anal,... tal como se estudiará en el capítulo correspondiente de esta monografía.

Consideración aparte merece qué hacer ante una neuralgia ano-rectal o proctalgia esencial, puesto que no existe sustrato patológico sobre el que actuar.

Precisamente por eso, lo primero que es trascendental advertir es la necesidad de abstenerse de cualquier intento quirúrgico si no se objetiva causa evidente del dolor. Hemos vivido en numerosas ocasiones cómo, ante la situación ansiosa y angustiada del paciente, que reclama una intervención para curar su dolor, el cirujano ha accedido, comenzando un peregrinaje interminable de consultas y nuevas intervenciones, absolutamente infructuosas.

Con relación a la proctalgia “fugax”, la corta duración de los episodios hace casi imposible establecer ningún tipo de tratamiento. No obstante, los baños de agua templada, inhalación de nitrito de amilo y salbutamol o nitroglicerina sublingual parece que proporcionan buenos resultados. Se han propuesto pautas secuenciales con resultados satisfactorios.

En cuanto a la coccigodinia, se han utilizado multitud de opciones terapéuticas: Analgésicos, antiinflamatorios, Vitamina B1-B6-B12, inyecciones de anestésicos locales +/- corticoides a nivel de la interlínea sacro-coccígea, ansiolíticos...

Se han publicado resultados satisfactorios mediante masaje del elevador del ano por vía intrarrectal, dos o tres veces por semana durante 1-3 minutos; la resección del cóccix está prácticamente abandonada.

La elección del tratamiento se establecerá de forma absolutamente individualizada, en función de las características de cada paciente, en el convencimiento de que no existe ninguno espectacular que resuelva la situación de forma radical.

Mayor dificultad encierran las neuralgias anorrectales esenciales, sobre las cuales es difícil, por no decir imposible, obtener ningún tipo de mejoría. Evidentemente, el tratamiento psicológico o psiquiátrico será trascendental.

En la última década se ha utilizado, en casos aislados, la neuroestimulación de raíces sacras; ha proporcionado resultados variables, por lo que, de momento, debe considerarse una técnica experimental.

El tratamiento suele ser decepcionante, lo que obliga a un alto nivel de comprensión, paciencia y ayuda por parte del médico que, indudablemente, debe ser un coloproctólogo familiarizado con este tipo de problemas. Es trascendental dar apoyo al enfermo, reconfortarlo y hacerle perder el temor de la existencia de un cáncer, temor que tienen en muchas ocasiones, lo que incrementa su tensión emocional; debe asumirlo y aceptarlo con la mayor resignación posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cerdán J. Abscesos y Fístulas de ano. Hemorroides. Fisura Anal. En Tamames S y Martínez C. Cirugía: Aparato Digestivo. Aparato Circulatorio. Aparato Respiratorio. Ed. Panamericana. Madrid, 2000. Pags. 229-244.
2. Mazza L, Formento E y Fronda G. Anorectal and perineal .- pain: new pathophysiological hypothesis. Tech Coloproctol 2004;8:77-83.
3. Devien ChV. Algias ano-rectales dites "essentiellles". En: Colo-Proctologie Clinique. Ed. Medsi/McGraw.Hill. Paris, 1989. Pags.553-560.
4. Cerdán J. Alteraciones de la Región Anal. Aproximación Clínica al Diagnóstico. En Vázquez-Iglesias J, Díaz-Rubio M y Herrerías JM: De los Signos y Síntomas al Diagnóstico y Tratamiento en Patología Digestiva. Ed. S.E. de Patología Digestiva. Madrid,2003. Pags. 251-263.
5. Devien ChV. Diagnostic d'une douleur anale. En: Colo-Proctologie Clinique. Ed. Medsi/McGraw.Hill. Paris, 1989. Pags.584-593.
6. Cerdán J. Enfermedades del Recto y Ano. Proctalgias Esenciales. En Díaz-Rubio M y Espinós D. "Tratado de Medicina Interna". Ed. Panamericana. Madrid,1993. Pags. 1315-1320.
7. Duhamel J. Algias anorrectales esenciales. En J Duhamel: Proctología. Salvat Editores, SA. Barcelona, 1974. Pags. 259-276.
8. Takano M. Proctalgia Fugax: Caused By Pudendal Neuropathy? Dis Colon Rectum 2005;48:114-20.
9. Martorell P, Azpiroz F y Malagelada JR. Hipertrofia degenerativa del esfínter anal interno: Una causa poco conocida de proctalgia. Rev Esp Enf Digest 2005;97:527-29.
10. Cerdán J, Ruiz de León A, Azpiroz F, Martín J y Balibrea JL. Anal sphincteric pressure in fissure in ano before and after lateral internal sphincterotomy. Dis Colon Rectum 1982;198:25-29.
11. Beer-Gabel M, Carter D, Venturero M, Zmora O y Zbar AP. Ultrasonographic assessment of patients referred with chronic anal pain to a tertiary referral centre. Tech Coloproctol 2010;14:107-12.
12. García MJ, Argüelles F, Jiménez S, Sánchez S, Pellicer F y Herrerías JM. ¿Se debe incluir la ecografía rectoanal como prueba diagnóstica del dolor anal crónico? Rev Esp Enf Digest 2010;102:11-15.
13. Gracia JA, Ramírez JM, Elía M , Aguilera V y Martínez M. Tratamiento secuencial para la proctalgia fugax. Resultados a medio plazo. Rev Esp Enf Digest 2005;97:491-96.
14. Greenhalgh R, Cohen CR, Burling D y Taylor SA. Investigating perianal pain of uncertain cause. BMJ 2008;336:387-9.

15. Pascual I, García-Olmo D, Martínez-Puente C, Pascual JA. Hallazgos ecográficos en la proctalgiia espontánea y postoperatoria. *Rev Esp Enferm Dig* 2008; 100: 764-767.
16. Dwarkasing RS, Schouten WR, Geeraedts TEA, Mitalas LE, Hop WCJ y Krestin GP. Chronic Anal and Perianal Pain Resolved With MRI Chronic Anal and Perianal Pain Resolved With MRI. *AJR* 2013;200:1034-41.
17. Dudding TC, Thomas GP, Hollingshead JRF, George AT, Stern J y Vaizey CJ. Sacral nerve stimulation: an effective treatment for chronic functional anal pain? *Colorectal Dis* 2013;15:1140-44.
18. Soria V, Pellicer E, Mengual M, Valero G y Aguayo JL. Estimulación de raíces sacras para el dolor anal intratable. *Cir Esp* 2014;92:53-67.

Hemorroides

José Luis Ramos Rodríguez.

*Servicio de Cirugía General y Digestiva.
Hospital Universitario de Getafe (Madrid).*

Vicente Bosca Terol.

*Atención Primaria. Médico Homeópata.
Consultorio Vicente Bosca Terol (Xativa, Valencia).*

Ignacio Ruiz Gomez.

*Atención Primaria. Médico Homeópata.
Varider Centro de Medicina Estética (Bilbao, Vizcaya).*

INTRODUCCIÓN

Las hemorroides son la enfermedad ano-rectal más frecuente, de tal manera que hasta el 50% de las personas mayores de 50 años las han presentado en algún grado. En cambio, son poco frecuentes hasta los 30 años, excepto en mujeres embarazadas y púerperas.

FISIOPATOLOGÍA

Las hemorroides son unas estructuras localizadas en el canal anal formadas por un engrosamiento de la submucosa, en cuyo interior se encuentran vénulas, arteriolas, comunicaciones arteriovenosas, músculo liso y tejido conjuntivo elástico. Anatómicamente, se distinguen tres grupos hemorroidales, dos grupos en el lado derecho, anterior y posterior, y un grupo en el lado izquierdo.

Las hemorroides o enfermedad hemorroidal se producen cuando se desplazan o prolapsan hacia el exterior del canal anal, como consecuencia de la alteración de los mecanismos de fijación de dichas estructuras. Al desplazarse, fundamentalmente con la deposición, se pueden congestionar, agrandar, prolapsar y sangrar.

Entre los factores etiológicos relacionados con las hemorroides destacan: el estreñimiento, la diarrea, la herencia, la posición erecta, el aumento de la presión intraabdominal y el embarazo.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Rectorragia: generalmente indolora, es el síntoma más frecuente. Cuando el sangrado es prolongado, puede producir una anemia con su sintomatología característica (palidez, astenia, mareo, etc.).
- Prolapso: es el segundo síntoma en orden de frecuencia. Suele relacionarse con

la defecación. Inicialmente es transitorio, y suele reducirse solo, pero con el tiempo puede empeorar y hacerse permanente e irreductible.

- Prurito anal: debido al prolapso de la mucosa rectal, que aumenta la producción de moco, causando irritación de la piel perianal.
- Dolor: no es un síntoma habitual. Cuando el paciente refiere dolor, habitualmente suele ser debido a una crisis hemorroidal aguda o a otra patología asociada (fisura anal, absceso, etc.).

Hay situaciones en las que puede aparecer de forma aguda:

- Trombosis hemorroidal externa. Se produce por la formación de coágulos en el plexo hemorroidal externo. Generalmente, el paciente refiere dolor importante durante los 2-3 primeros días del cuadro, que luego va disminuyendo de intensidad. El paciente percibe en la zona del ano un bulto, más o menos duro. Durante la exploración, suele observarse una tumoración indurada que duele al tocarla y es de color azulado violáceo (figura 1).



Figura 1. Trombosis hemorroidal externa.

- Prolapso hemorroidal trombosado. Se produce cuando las hemorroides internas, muy edematizadas, se prolapsan a través del esfínter anal. Este prolapso mantenido favorece que el tejido hemorroidal se edemateice y llegue a dificultarse el retorno venoso dentro de la hemorroide, apareciendo los trombos en su interior.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la enfermedad hemorroidal se basa en una historia clínica

precisa y un examen clínico cuidadoso. La historia clínica debe incluir una descripción de los síntomas, e información de los hábitos deposicionales del paciente (frecuencia, consistencia, tamaño, etc.). Hay que determinar el origen del sangrado, descartando otras patologías, siendo la más importante el cáncer de recto. Hay que interrogar al paciente por antecedentes familiares de cáncer colorrectal o de enfermedad inflamatoria intestinal. Tras la historia clínica, se debe explorar al paciente en una camilla en decúbito lateral izquierdo, o bien de rodillas en posición genupectoral.

Tras la inspección se realizará un tacto rectal, que aunque no sirve para diagnosticar hemorroides, ayuda a realizar un diagnóstico diferencial con otras causas de rectorragia, fundamentalmente el cáncer de recto, y permite valorar el tono del esfínter anal.

Puede realizarse una anoscopia. Esta prueba es sencilla, y se puede llevar a cabo en la consulta de atención primaria, permitiendo ver las hemorroides directamente.

Se debe solicitar una colonoscopia completa ante cualquier síntoma infrecuente, antecedentes familiares de pólipos o cáncer colorrectal y edad superior a los 40 años.

CLASIFICACIÓN

La clasificación de las hemorroides es útil para ayudar en la elección de tratamientos. Las hemorroides se clasifican en función de su localización y el grado de prolapso:

- Hemorroides Internas: derivan del plexo hemorroidal interno, situado por encima de la línea dentada, están recubiertas de mucosa rectal (con un bajo número de fibras nerviosas sensitivas). Drenan al sistema porta. Se clasifican en 4 grados, dependiendo del prolapso:
 - *Grado I*: el tejido hemorroidal interno está simplemente agrandado y no prolapsa en ningún momento.
 - *Grado II*: las hemorroides se prolapsan por el canal anal durante el esfuerzo defecatorio y se reducen espontáneamente.
 - *Grado III*: son las que se prolapsan al defecar o de forma espontánea. En este caso, la reducción de las hemorroides tiene que ser manual.
 - *Grado IV*: son aquellas hemorroides que se encuentran prolapsadas permanentemente y no pueden reducirse.
- Hemorroides Externas: derivan del plexo hemorroidal externo, recubiertas de piel perianal, muy rica en fibras sensitivas. Drenan al sistema cava.

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento de las hemorroides es la mejoría o la resolución de los síntomas, que unas veces se podrá realizar mediante un tratamiento médico, otras necesitará un tratamiento ambulatorio instrumental y, en casos avanzados, requerirá una intervención quirúrgica.

El tratamiento de las hemorroides sintomáticas debe ser inicialmente conservador y está orientado a facilitar el esfuerzo al defecar, recomendándose:

Medidas higiénico-dietéticas

- Dieta rica en fibra junto con ingesta abundante de agua.
- Dieta exenta de especias, principalmente las picantes, ya que pueden producir una irritación a nivel del canal anal.
- Evitar el exceso de bebidas alcohólicas, por el mismo motivo anteriormente descrito.
- Baños de asiento: se indican más en episodios agudos. Lo ideal es que se utilice agua templada, más bien caliente, y sin permanecer mucho tiempo (no más de 10 minutos) para conseguir relajar el esfínter anal.

Tratamiento farmacológico

- Medicamentos tópicos

Las cremas y pomadas reducen el edema y la inflamación y no sirven para tratar la rectorragia o el prolapso. Se emplean más en episodios agudos y no deben usarse en general más de 7-10 días ya que su uso prolongado puede producir dermatitis, prurito y atrofia cutánea. Sin embargo, si existen pomadas exentas de cortisona, como Avenoc, medicamento homeopático que actúa sobre el dolor, la inflamación, el picor y el sangrado.

- Medicamentos orales

- Agentes formadores de masa fecal: los más utilizados son: salvado, Psyllium, Plantago ovata, semillas de lino y metilcelulosa. El problema de estos agentes es que algunos enfermos refieren sensación importante de gases, distensión abdominal y plenitud.
- Laxantes: sólo deben utilizarse si con las anteriores medidas no conseguimos facilitar la deposición.
- Venotónicos: han demostrado su utilidad en el tratamiento sobre todo en fases iniciales o en las crisis agudas, especialmente cuando el sangrado es la manifestación

principal. También podemos encontrar venotónicos homeopáticos de administración oral como Hamamelis compo sé gránulos.

Las hemorroides que pueden tratarse generalmente mediante estas medidas son las de *grado I y II*. Si este tratamiento inicial falla y el paciente sigue presentando síntomas, prolapso o anemia debido al sangrado se debe derivar al cirujano para valorar otros tratamientos.

Tratamiento ambulatorio instrumental

En otros países, sobre todo anglosajones, estas medidas las realiza también el médico de Atención Primaria, además del cirujano, pero en nuestro medio este hecho es infrecuente.

El objetivo fundamental de estos tratamientos es producir una cicatriz que fije e impida el deslizamiento hacia el exterior de las hemorroides.

Los métodos más empleados son la esclerosis, la ligadura con bandas elásticas y la coagulación con infrarrojos, aunque existen otros menos frecuentes, como el láser, la crioterapia y la diatermia bipolar, entre otros.

Las hemorroides que pueden tratarse mediante estos métodos son las de *grado I, II* y algunas de *grado III*.

Cirugía

La cirugía de la enfermedad hemorroidal sólo es necesaria en el 5-10% de los pacientes. Se recomienda en general en hemorroides de *grado III y IV*, o en aquellos de menor grado en que ha fracasado el tratamiento médico y son muy sintomáticas.

El objetivo del tratamiento quirúrgico es extirpar el tejido hemorroidal anormal, sin lesionar los esfínteres, para eliminar o por lo menos reducir al máximo posible los síntomas en el paciente.

Las contraindicaciones para el tratamiento quirúrgico son básicamente la afectación perianal o rectal por enfermedad inflamatoria intestinal activa, las inmunodeficiencias graves y la incontinencia fecal.

CUIDADOS Y MANEJO DEL PACIENTE OPERADO

El dolor postoperatorio es importante controlarlo. Se recomienda el uso de paracetamol y AINEs combinados. También se emplean, cada vez más, medicamentos a base de Arnica o Caléndula, para disminuir el dolor y mejorar la cicatrización respectivamente.

Higiene y baños de asiento: mínimo dos veces/día, y siempre tras la defecación. Utilizar agua tibia para relajar el esfínter anal. Se deben evitar jabones agresivos. Secar la zona cuidadosamente con gasa de algodón o toallitas húmedas sin alcohol

o perfumes. Colocación posterior de gasa para mantener la región seca.

Es conveniente favorecer la defecación precoz de forma y consistencia adecuada y con poco esfuerzo. Para ello es recomendable la utilización de suplementos de fibra o laxantes.

Complicaciones postoperatorias

Los problemas postoperatorios con los que se puede encontrar el médico de Atención Primaria pueden dividirse, fundamentalmente, en complicaciones agudas y complicaciones crónicas:

Agudas

- Dolor

Es una de las complicaciones inmediatas más frecuentes que podemos observar. En general suele controlarse mediante la administración de analgésicos no opiáceos. En algunos casos, es necesario utilizar analgésicos opiáceos, pero tienen el problema de que pueden producir estreñimiento. Es importante insistir al enfermo sobre la importancia de tomar los analgésicos en las dosis y períodos indicados.

Se pueden recomendar también los baños de asiento con agua templada-caliente para disminuir el espasmo del esfínter anal y el dolor.

En algunos casos, la asociación de un flebotónico también puede ayudar a disminuir el edema perianal postoperatorio y mejorar el bienestar del paciente.

- Hemorragia

No es infrecuente que aparezca un pequeño manchado sanguinolento, en especial con las primeras deposiciones, que puede prolongarse durante varias semanas. La hemorragia importante, grave, suele aparecer en las primeras 24-48 horas, es muy infrecuente, y en estos casos siempre se debe derivar al enfermo al servicio de urgencias del hospital, donde habrá que realizar una minuciosa exploración, frecuentemente en quirófano.

- Retención urinaria

Si aparece, suele presentarse en el postoperatorio inmediato, mientras el enfermo permanece todavía en el hospital. Sin embargo, en alguna ocasión puede aparecer cuando el enfermo ya ha sido dado de alta. Suele producirse en varones, en los que coexiste una patología prostática previa. En algunos casos, es necesario el sondaje vesical y valorar la instauración de un tratamiento médico para disminuir la inflamación de la próstata. En hombres con antecedentes de patología prostática, se emplea también la monodosis de Diclofenaco 600 mg en supositorio.

- Fecaloma o impactación fecal

Se produce, habitualmente, por el dolor anal. El tratamiento suele ser la analgesia

y una buena lubricación del canal anal con aceite o vaselina, junto con la administración de formadores del bolo fecal o laxantes suaves.

En casos graves, es necesario desimpactar manualmente las heces, lo que, en ocasiones, requiere realizar estas maniobras en quirófano bajo anestesia.

Crónicas

Es importante que el médico de Atención Primaria reconozca estas posibles complicaciones de la hemorroidectomía. Las dos principales complicaciones son la incontinencia fecal y la estenosis del canal anal. En ambos casos habrá que derivar al enfermo a un servicio de cirugía para su valoración.

SITUACIONES ESPECIALES EN LA ENFERMEDAD HEMORROIDAL

Embarazo

Muchas mujeres refieren empeoramiento de su enfermedad hemorroidal durante el embarazo y parto, pero sólo un pequeño porcentaje llega a desarrollar una crisis aguda. El tratamiento suele ser conservador, tanto medidas higiénico-dietéticas, como medicamentos convencionales y homeopáticos. Sólo suele indicarse tratamiento quirúrgico en las mujeres que presentan un prolapso hemorroidal estrangulado muy sintomático.

Pacientes inmunodeprimidos

En este grupo de pacientes el problema radica en su déficit de cicatrización y en la posibilidad de poder desarrollar infecciones graves. Cualquier enfermo con cierto grado de inmunosupresión (VIH, enfermedades mieloproliferativas, trasplantados, etc.) debe evaluarse de forma individual. Se puede realizar un tratamiento médico y la cirugía se debe indicar de forma individualizada.

Enfermedad inflamatoria intestinal

En estos pacientes se puede realizar un tratamiento médico, pero el tratamiento quirúrgico se debe igualmente individualizar por el riesgo de complicaciones graves.

Hepatopatía e Hipertensión portal

En estos pacientes, es importante diferenciar entre la enfermedad hemorroidal y las varices rectales, como causa de la rectorragia. Es frecuente que estos enfermos presenten alteraciones de la coagulación que favorezcan el sangrado anal. Se puede plantear el tratamiento médico, pero deben ser evaluados de forma individual antes de realizar cualquier gesto quirúrgico.

Trombosis hemorroidal externa

Es una situación que el médico de Atención Primaria ve con relativa frecuencia. El paciente suele acudir a la consulta o al servicio de urgencias por dolor a nivel anal. Se diagnostica con la simple inspección del ano, ya que suele observarse un nódulo perianal, generalmente a tensión y de color azulado (figura 2).



Figura 2. Prolapso hemorroidal trombosado.

El tratamiento depende de la clínica y del momento de la evolución en que se encuentre la trombosis. Habitualmente, la trombosis hemorroidal externa produce dolor más o menos intenso, que dura 2-3 días, y a partir de ahí va disminuyendo su intensidad.

Sólo se debe realizar un tratamiento quirúrgico en los casos de dolor importante y en el período inicial. El tratamiento de elección es, bajo infiltración con anestesia local, la realización de una hemorroidectomía de la zona afectada, o la apertura y extirpación de la zona de la piel que cubre la hemorroide trombosada. No debe hacerse la simple incisión de la hemorroide trombosada y la extracción del coágulo, ya que es frecuente que no se extraigan todos, y entonces es probable que el proceso recidive.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rull Ortuño AR. Patología anorrectal benigna. JANO 2007; 1.648:31-34.
2. Hervás-Angulo A, Forcén-Alonso T. Guías Clínicas-Hemorroides. Guías Clínicas España 2002; 9 (5). <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/hemorroides/>
3. Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ, Phillips RK. Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology. Br J Surg. 1994;81:946-954.
4. Goligher J, Duthie H, Nixon H. Hemorroides. En: Goligher J, Duthie H, Nixon H, editores. Cirugía del ano, recto y colon. 3.ª ed. Barcelona: Salvat; 1998. p. 92-142.
5. Kaidar-Person O, Person B, Wexner SD. Hemorrhoidal disease: A comprehensive review. J Am Coll Surg. 2007;204(1):102-17.
6. Placer Galán C, Mujika JA, Elosegui JL et als. Cir Esp. 2008 Jun; 83(6): 301-5 Spanish
7. Lledó Matoses S, ed. Hemorroides. En: Cirugía colorrectal. Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Madrid: Ed. Aran, 2000;75-89.
8. Enríquez Navascues JM, Guevara Enciso F. Hemorroides. En: Actualización en patología anorrectal. Barcelona: Ed. Proas, 1992;61-78.
9. Álvarez García A, Castaño Carou A, Bacariza Cortiñas M. Tratamiento de la patología anorrectal. FMC 1998; Vol.5.4:266-272.
10. Alonso-Coello P, Marzo Castillejo M. Office evaluation and treatment of hemorrhoids. The Journal of Family Practice 2003; Vol 52. 5:366-374.
11. Sardinha TC, Corman ML. Hemorrhoids. Surg Clin North Am 2002; Vol 82. 6:345-355.

Absceso ano-rectal

Monica Millan Scheiding.

*Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario de Bellvitge.
(Hospitalet de Llobregat, Barcelona).*

Noemí Navarro Bagó.

*Atención Primaria. Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro Atención Primaria Serraparera (Cerdanyola del Valles, Barcelona).*

INTRODUCCIÓN

Los abscesos anorrectales son uno de los problemas proctológicos más comunes en la práctica clínica habitual, y constituyen una patología potencialmente debilitante y recurrente. El pico de incidencia de los abscesos anorrectales es en la tercera y cuarta década de la vida. Los hombres son más frecuentemente afectados que las mujeres, con una proporción hombre:mujer de 2:1 a 3:1.

Los abscesos y fístulas anales son la manifestación aguda y crónica del mismo proceso ano-rectal. El absceso anal representa una infección de los tejidos blandos adyacentes al canal anal, con la formación de una cavidad y colección de pus. La fístula anal es la conexión crónica entre el orificio interno, localizado en el ano o recto, y la piel perianal. Su correcta identificación, diagnóstico y tratamiento son fundamentales para evitar complicaciones, por un lado procesos sépticos más graves, y por otro iatrogenia o el desarrollo de fístulas complejas muy difíciles de tratar.

FISIOPATOLOGÍA

La mayoría de los abscesos se originan en una glándula anal infectada. Estas glándulas se localizan en la base de las criptas anales, a nivel de la línea dentada. En general, existen entre 6 y 8 glándulas anales. La función normal de las glándulas anales es la lubricación del canal anal. La obstrucción de las criptas anales da como resultado estasis de la secreción glandular con una subsecuente infección por los gérmenes fecales presentes en su interior. Cuando esta infección da origen a un absceso, este se extiende a través de los distintos planos anatómicos longitudinales de la región anal (figura 1). El absceso de inicio se localiza en el espacio interesfinteriano, y en ocasiones, el absceso queda contenido dentro de este espacio anatómico. Con mayor frecuencia, se extiende hacia el exterior al anodermo (absceso perianal), o a través del esfínter externo hacia la fosa isquiorrectal (absceso isquiorrectal). Rutas menos comunes son hacia arriba por el surco interesfinteriano hacia el espacio supraelevador (absceso supraelevador) o al plano submucoso (figura 2).

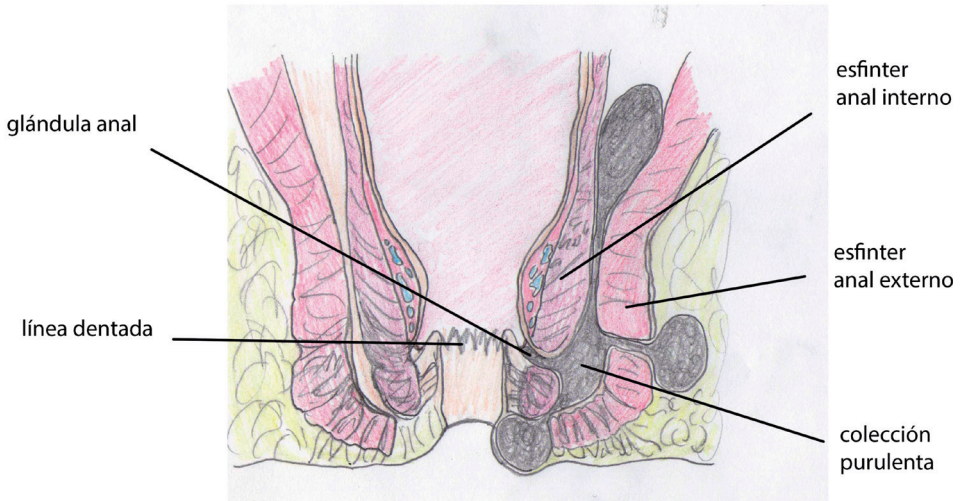


Figura 1. Absceso ano-rectal, secundario a infección de glándula anal.

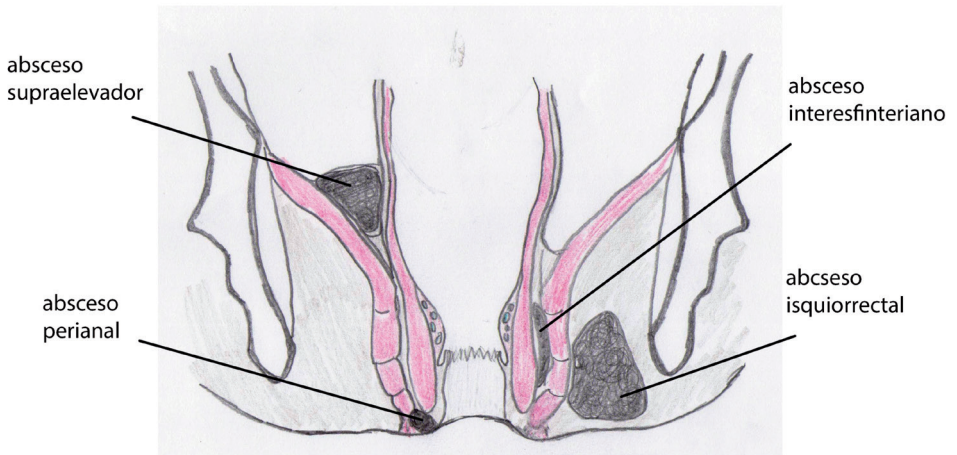


Figura 2. Absceso ano-rectal de inicio.

Los organismos comunes implicados en la formación de abscesos incluyen *Escherichia coli*, especies de *Enterococcus* y especies de *Bacteroides*, sin embargo no se ha identificado una bacteria específica como única causa de abscesos.

Aproximadamente un 10% de los abscesos no son secundarios a una infección criptoglandular, si no que son secundarios a otras causas, que incluyen: la enfermedad de Crohn, trauma, tuberculosis, carcinoma de células escamosas,

adenocarcinoma, actinomicosis, linfogranuloma venéreo, otras enfermedades de transmisión sexual, leucemias, linfomas, radioterapia o cuerpos extraños. Éstas pueden dar como consecuencia el desarrollo de abscesos y fístulas anales atípicas o fístulas complicadas que no responden al tratamiento quirúrgico convencional.

CLINICA Y DIAGNÓSTICO

La localización clásica de los abscesos anorrectales por orden de frecuencia es el siguiente: perianal 60%, isquiorrectal 20%, interesfinteriano 5%, supraelevador 4%, y submucoso 1%.

La presentación clínica se correlaciona con la localización anatómica del absceso. El síntoma más frecuente es el dolor anal agudo, constante, que empeora con las deposiciones y a veces con el reposo nocturno. Se pueden asociar síntomas constitucionales incluyendo fiebre y malestar, e incluso dificultades para la micción o retención urinaria.



Figura 3. Absceso ano-rectal

En el examen físico, se puede observar un área de piel eritematosa y endurecida, con o sin fluctuación, localizada en el espacio perianal o isquiorrectal (figura 3). Sin embargo, en algunos pacientes y con algunos tipos de abscesos no hay hallazgos en la inspección física y el absceso solo puede palparse en el tacto rectal o en una exploración bajo anestesia.

- Perianal: Los abscesos perianales se extienden distalmente desde el espacio interesfinteriano hacia la piel perianal, y se presentan como una masa fluctuante y dolorosa.
- Isquiorrectal: Los abscesos isquirrectales penetran a través del esfínter anal externo hacia el espacio isquiorrectal y se presentan como una zona más difusa, dolorosa al tacto, sólida y/o fluctuante en el glúteo correspondiente.
- Interesfinteriano: Se localizan en el espacio interesfinteriano entre el esfínter interno y externo. Como resultado, frecuentemente no causan cambios en la piel perianal, pero se palpan como masas fluctuantes prominente en la luz del canal anal en el tacto rectal.
- Supraelevador: Los abscesos supraelevadores se pueden originar de dos fuentes diferentes. Una es la infección criptoglandular que se extiende dentro del plano interesfinteriano al espacio supraelevador. La otra causa de absceso proviene de un proceso pélvico como una enfermedad diverticular perforada, proceso ginecológico o una enfermedad de Crohn. Puede presentarse con dolor ano-rectal o pélvico severo, fiebre y algunas veces retención urinaria; el examen físico usualmente no revela cambios externos obvios, y al tacto rectal puede notarse un área endurecida o fluctuante, frecuentemente por encima del anillo ano-rectal. Para el diagnóstico puede ser necesario una prueba de imagen, como un TC abdomino-pélvico o, si está disponible, una ecografía endorectal o RMN de la pelvis.

El diagnóstico diferencial se debe realizar con otras patologías causantes de dolor anal agudo, como la fisura anal y la trombosis hemorroidal externa. La distinción en general es sencilla mediante la historia clínica y la inspección anal cuidadosa. El tacto rectal a veces no es recomendable por el intenso dolor. Si hay dudas sobre el diagnóstico, se debe considerar la realización de una exploración bajo anestesia. Nunca se debe etiquetar un dolor anal agudo poco claro a un "diagnóstico poco claro" como una celulitis perianal, puesto que esta entidad es muy poco frecuente y el error diagnóstico puede conllevar la progresión del proceso séptico.

TRATAMIENTO

Un absceso ano-rectal debe ser tratado mediante incisión y drenaje. La utilización de antibióticos sin drenaje, aunque continúa siendo una práctica demasiado habitual, no se ha demostrado útil para el tratamiento de los abscesos anorrectales, y, como se ha mencionado previamente, puede conllevar la progresión del proceso séptico.

El drenaje se debe realizar lo más cerca del ano posible para que el trayecto de una posible fístula posterior sea más corto. Los abscesos perianales pequeños se pueden drenar en una consulta bajo anestesia local, en el Centro de Atención Primaria, pero si hay dudas diagnósticas, signos de celulitis sin clara fluctuación, o localizaciones más profundas, es recomendable realizar la intervención en quirófano. Esto conllevará en muchas ocasiones la derivación del paciente a urgencias hospitalarias.

- Perianal: Los abscesos perianales pueden ser drenados en la consulta en muchas ocasiones. La piel es anestesiada con anestesia local y la cavidad es drenada con una incisión cruzada tan cerca al borde anal como sea posible.
- Isquiorrectal: Los abscesos isquiorrectales pequeños pueden algunas veces ser drenados en la consulta, pero los abscesos más grandes son preferiblemente drenados en el quirófano con una anestesia, iluminación y exposición adecuada. Se aplican los mismos principios mencionados anteriormente.
- Interesfinteriano: Los abscesos interesfinterianos deben ser drenados en el quirófano donde se puede colocar una valva en el canal anal permitiendo acceso a la cavidad a través del músculo del esfínter interno.
- Abscesos más complejos, supraelevadores, postanales profundos o en herradura deben ser drenados en quirófano y bajo anestesia general.

Alrededor del 50% de los pacientes tratados únicamente con incisión y drenaje tendrán una buena evolución y no presentarán recidiva ni fístula posterior, pero la otra mitad resultarán en el desarrollo de una fístula crónica desde la glándula anal inflamada hacia la piel que cubre el sitio de drenaje. El riesgo de desarrollar una fístula no está influenciado por el tipo de drenaje, espontáneo o quirúrgico. La fistulotomía primaria ha sido investigada en los pacientes en los en que la glándula anal inflamada puede ser identificada al momento del drenaje, con el objetivo de evitar el desarrollo de una fístula posterior. Sin embargo, la fistulotomía profiláctica no es recomendada en general debido al riesgo de complicaciones, sobre todo relacionadas con incontinencia posterior.

El uso de antibióticos no suele ser necesario tras el drenaje apropiado del absceso. No se ha demostrado que mejoren el tiempo de cicatrización ni las tasas de recurrencia. Se recomienda su uso en pacientes con comorbilidades de alto riesgo como los inmunosuprimidos, diabéticos, portadores de prótesis, cardiopatías, o en casos de celulitis extensa.

Después del drenaje, el dolor anal suele ceder rápidamente; los cuidados postoperatorios incluyen baños de asiento con agua tibia, laxantes formadores de bulto y analgésicos. El sangrado y drenaje suelen ceder en pocos días y las heridas deben cicatrizar en pocas semanas. "Empaquetar" la cavidad del absceso o realizar curas con mecha de gasa no suele ser necesario, aunque puede ser recomendable en las primeras 24 horas para ayudar a que ceda el sangrado después del drenaje. Posteriormente, no se ha demostrado que tenga ninguna ventaja con respecto a la cicatrización y conlleva mayor incomodidad para el paciente y aumento de los costes.

Se suele recomendar un seguimiento del paciente por parte del médico de Atención Primaria o cirujano para valorar una posible recurrencia del absceso (que puede ocurrir aproximadamente en el 10% de los casos), o el posible desarrollo de una fístula posterior.

BIBLIOGRAFÍA

1. Whiteford MH. Perianal abscess/Fistula Disease. Clin Colon Rectal Surg 2007;20:102-109.
2. De Miguel Velasco M, Oteiza Martínez F. Abscesos y fístulas anales. En: Coloproctología. Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. 2ª Ed. Aran Ed. Madrid, 2012.
3. Steele SR, Kumar R, Feingold DL, Rafferty JL, Buie WD. Practice Parameters for the Management of Perianal Abscess and Fistula-in-Ano. Dis Colon Rectum 2011;54:1465-1474.
4. Vasilevsky CA, Gordon PH. The incidence of recurrent abscesses or fistula-in-ano following anorectal suppuration. Dis Colon Rectum 1984;27:126-130
5. Tonkin DM, Murphy E, Brooke-Smith M, et al. Perianal abscess: a pilot study comparing packing with nonpacking of the abscess cavity. Dis Colon Rectum 2004;47:1510-1514.

Fístula anal

Blas Flor Lorente.

Laura Gomez Romero.

*Servicio de Cirugía General y Digestiva.
Hospital Universitario y Politécnico La Fe (Valencia).*

María Francisca Cañadas Brocal.

*Atención Primaria. Medicina Familiar y Comunitaria.
MC Prevención (Valencia).*

CONCEPTO

Enfermedad infecciosa que se origina a nivel de las glándulas anales, que afecta más a hombres que a mujeres con proporción 2:1 (1), con pico de incidencia entre los 30 y 50 años.

Etiología

No existe una evidencia clara sobre la etiopatogenia de la enfermedad. Actualmente, se acepta la teoría criptoglandular de Parks, según la cual las fístulas anales se originan por la obstrucción y sobreinfección de las glándulas anales que existen en la línea pectínea.

Clasificación

El trayecto entre el Orificio Interno y el Externo es el que habitualmente define el tipo de fístula anal. La Clasificación de Parks es la más comúnmente empleada.

- Fístula submucosa (no descrita en la Clasificación de parks).
El trayecto fistuloso discurre desde el Orificio Fistuloso Interno hasta el margen anal sin atravesar el Esfínter Anal Interno.
- Fístula Interesfinteriana.
El trayecto fistuloso discurre entre el esfínter anal interno y externo y el Orificio Fistuloso Externo se encuentra próximo al margen anal. Son las más frecuentes.
- Fístula Transesfinteriana.
El trayecto fistuloso atraviesa ambos esfínteres hasta la fosa isquiorrectal. Se subdividirá en Baja, Media o Alta en función de la altura por la que atraviesa el esfínter anal externo, afectando al fascículo subcutáneo, superficial o profundo del esfínter anal externo respectivamente. El orificio anal externo se encuentra alejado varios centímetros del margen anal y pueden asociar trayectos secundarios. Cuando éstos se extienden hacia uno o ambos lados se conocen como Fístulas en Hemi/herradura.

- Fístula Supraesfinteriana.

El trayecto fistuloso asciende por el espacio interesfintérico y atraviesa el músculo puborrectal, en el espacio entre éste y el fascículo profundo del esfínter anal externo, para acceder a la fosa isquirrectal.

- Fístula Extraesfinteriana.

El trayecto fistuloso se extiende desde la piel perianal hasta el recto, atravesando la musculatura del suelo pélvico, sin relación alguna con los esfínteres anales.

Existe también una clasificación de las fístulas anales en función de su complejidad.

- Fístula Simple.

Son aquellas en la que existe una mínima afectación del esfínter anal externo. Se incluyen en este grupo las fístulas submucosas, interesfinterianas y transesfinterianas bajas.

- Fístula Compleja.

Son aquellos con un mayor riesgo de recidiva o de incontinencia, sin que existan unos claros criterios homogéneos que las definan. Se incluyen en este grupo las fístulas transesfinterianas medias-altas, las supraesfinterianas y las extraesfinterianas. También se incluyen las fístulas recidivadas, las de localización anterior en mujeres, aquellas con múltiples trayectos, fístulas en pacientes con trastornos previos de la continencia y aquellas específicas de ciertas enfermedades como la enfermedad de Crohn, rárnicas,...

DIAGNÓSTICO

Clínica

Los pacientes suelen tener el antecedente de un drenaje previo de un absceso perianal o bien presentar supuración purulenta crónica o intermitente a través del orificio fistuloso externo o interno.

Es importante identificar otros signos y síntomas que permitan descartar enfermedades específicas que cursen con fístulas anales como la enfermedad inflamatoria intestinal, radioterapia previa, neoplasias,...

También resulta de gran importancia conocer el estado de continencia previo del paciente así como los antecedentes médico-quirúrgicos que puedan comprometer la función del esfínter anal.

Exploración física

Inspección anal: debemos localizar, en primer lugar, el orificio fistuloso externo, el cual suele estar próximo al ano en las fístulas interesfintéricas y separado varios centímetros en las transesfinterianas. La existencia de cicatrices previas, granulomas,... pueden orientarnos la localización del orificio fistuloso externo.

Palpación-tacto rectal: la existencia de un trayecto fistuloso duro, superficial, palpable en todo su trayecto hasta el ano nos orientará hacia una fístula interesfintérica o transesfinteriana baja. Mediante el tacto rectal podemos localizar, en ocasiones, el orificio fistuloso interno, lo cual nos ayudará a caracterizar la fístula. Además nos permitirá valorar la presencia de abscesos o trayectos secundarios, así como la integridad del aparato esfinteriano, su tono basal y con la contracción, variables muy importantes a la hora de planificar la cirugía.

Anuscopia: Nos permitirá la localización del orificio fistuloso interno con mayor precisión y, así, caracterizar mejor la fístula a tratar. El uso de estiletes o agua oxigenada a través del orificio fistuloso externo pueden complementar el estudio, aunque su uso en la consulta, sin anestesia, ha de ser muy cuidadoso por el dolor que ocasiona y los trayectos secundarios iatrógenos que pueden generarse con los estiletes.

La Regla de Goodsall es muy útil, pero hay que tener en cuenta que su fiabilidad es baja, incluso de tan sólo el 50% en algunos estudios. Cuando la fístula es anterior la correlación es todavía peor. De forma general, las fístulas posteriores tienen un trayecto curvilíneo mientras que en las anteriores es rectilíneo o radial.

Fistulografía

La literatura respecto al papel de esta técnica diagnóstica es muy contradictoria, por lo que, en el momento actual, no se emplea en el estudio preoperatorio habitual de una fístula anal.

Ecografía anal

Es la exploración complementaria de primera línea. Su fiabilidad para la cateterización de la fístula se incrementa con la introducción de agua oxigenada por el orificio anal externo. Tiene una precisión del 80% en la identificación de los trayectos principales y secundarios, mientras que es menos precisa (entre el 40-80%) en la identificación del orificio anal interno.

Sus principales inconvenientes son que es muy explorador-dependiente, tiene menos fiabilidad que la RM y no distingue correctamente entre trayecto fistuloso y tejido cicatricial.

- RM pélvica

Es la exploración complementaria con mayor sensibilidad y especificidad en la identificación de trayectos fistulosos; la cual, puede incrementarse con el empleo de gadolinio intravenoso. Sus principales inconvenientes son la disponibilidad, el coste y su imposibilidad de uso en pacientes con marcapasos o claustrofobia. Debe indicarse en el estudio de fístulas complejas, sobre todo, las recidivadas.

- Manometría ano-rectal.

Debe indicarse en casos seleccionados, en concreto, cuando queramos conocer el estado funcional del esfínter anal previo a indicar una u otra cirugía, así como para el seguimiento de los resultados de las diferentes técnicas.

TRATAMIENTO

A pesar de los métodos diagnósticos anteriormente expuestos, la exploración quirúrgica bajo anestesia continúa siendo el "gold standard". Sin embargo, pueden pasar desapercibidos trayectos secundarios que sí se identificarían con las pruebas de imagen.

El objetivo principal es la curación de la fístula con la menor afectación posible de la continencia anal. No existe una técnica ideal para todos los pacientes. Las fístulas complejas deben ser tratadas por cirujanos expertos en Proctología compleja.

Debemos identificar los trayectos fistulosos primarios y secundarios así como los orificios externo e interno. En el caso de no identificar el orificio fistuloso interno, lo más aconsejable es no proseguir con la cirugía, para evitar lesiones iatrogénicas.

Fistulotomía

Técnica de elección para el tratamiento de las fístulas submucosas/subcutáneas, interesfintéricas y transesfinterianas bajas. Sin embargo hay que tener en cuenta otros factores como el sexo del paciente, la localización anterior de la fístula en mujeres, las cirugías perianales previas así como las enfermedades asociadas. Consiste en la puesta a plano de la fístula para, posteriormente, cicatrizar por segunda intención. La tasa de recidivas es baja, variando del 0% al 21%, con poca afectación de la continencia anal, aunque en fístulas transesfintéricas las tasas de incontinencia varían entre el 30-50%. En estos casos se asocia, en ocasiones, una esfínterorrafia posterior, lo cual mejora los resultados, aunque los estudios actuales son escasos y no hay recomendaciones establecidas.

Fistulectomía

Actualmente se encuentra en desuso pues precisa mayor tiempo para la cicatrización y la tasa de incontinencia es mayor que la fistulotomía.

Sedal cortante

Actualmente se encuentra en desuso por las altas tasas de incontinencia que genera. Consiste en una fistulotomía progresiva mediante el ajuste continuo del sedal al aparato esfinteriano.

Sedal laxo

Su objetivo es facilitar el drenaje del trayecto fistuloso y que no se generen nuevos abscesos, además de favorecer la fibrosis local. Puede emplearse como tratamiento definitivo en pacientes con fístulas complejas y/o recidivadas y alto riesgo de incontinencia o como drenaje temporal hasta un procedimiento definitivo.

Colgajo de avance rectal

Técnica de elección para el tratamiento de las fístulas transesfintéricas medio-altas y supraesfintéricas. Consiste en una fistulectomía del trayecto fistuloso externo hasta el esfínter anal externo y legrado del trayecto a nivel del esfínter (conocido como "Core out"), exéresis y sutura del orificio fistuloso interno y descenso de un colgajo de mucosa y submucosa rectal que se sutura a línea pectínea. El colgajo tiene forma de "U", con base doble que el ápex. Los resultados son muy variables, con una tasa media de recidiva del 20% (0-76%) y de la alteración de la continencia del 13% (0-35%).

Colgajo de avance ano-cutáneo

Técnica similar a la anterior pero el colgajo en "U" es ano-cutáneo en lugar de rectal. Su indicación fundamental son aquellas fístulas recidivadas en las que no es factible un colgajo de avance rectal. Los resultados son similares a la técnica anterior y sin riesgo de ectropión.

Técnica LIFT (Ligadura del Trayecto Interesfintérico)

Técnica de reciente aparición y que se encuentra en fase de evaluación. Consiste en la identificación del trayecto fistuloso a nivel del espacio interesfintérico para, posteriormente, ligarlo en sus dos extremos y seccionarlo.

Productos biológicos/sintéticos (Cianocrilatos, Adhesivos de fibrina, tapones o pasta de colágeno, células madre,...)

Procedimientos mínimamente invasivos que consisten en rellenar el trayecto fistuloso con diversos productos biológicos o sintéticos. Su principal ventaja es la escasa afectación de la continencia. Sin embargo, es necesaria nueva evidencia científica para conocer el papel real de estos productos en el tratamiento de la fístula anal.

RESULTADOS

Las recidivas o persistencias de las fístulas anales suelen ocurrir durante el primer año. Consisten en la persistencia de la supuración purulenta a través de la herida, la apertura de un nuevo orificio fistuloso externo o la aparición de un nuevo absceso que requiera cirugía.

Los resultados son muy variables según el tipo de fístula, la técnica empleada, y las características propias del paciente. Sin embargo, el estudio preoperatorio correcto, la selección de la mejor técnica para cada paciente y el adecuado manejo postoperatorio condicionarán los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nelson R. Anorectal abscess fistula: what do we know? Surg Clin North Am 2002;82:1139-51.
2. Herold A. Coloproctologt. European Manual of Medicine. Abscess, Fistula. 2008, 53-60
3. Champagne BJ, Welser M, Duda RB. Operative management of anorectal fistulas. Up to Date V18.3, Sept 2010.
4. Jacob Tj, Perakath B, Keighley MR. Surgical intervention for anorectal fistula. Cochrane Database Syst Rev. 2010:May(12);CD006319.
5. Schwartz DA, Wiersema MJ, LaMont JT, Travis AC. The role of imaging tests in the evaluation of anal abscess and fistulas. Up to Date V18.3,2010;53:39-42.
6. De Miguel Velasco M, Oteiza Martínez F. Abscesos y fístulas anales. En: Cirugía Colorrectal. Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Edita: Asociación Española de Cirujanos. 2012. ISBN: 978-84-92977-34-5. Depósito Legal: M-1008-2012.
7. Schouten, WR. Abscess, Fístula. En: Coloproctology. European Manual of Medicine. Herold A, Lehur P-A, Matzel KE, O'Connell PR. 2008. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. ISBN: 978-3-540-71216-9.
8. Williams JG (Chairman), Farrands PA, Williams AB, Taylor BA, Lunniss PJ, Sagar PM, Varma JS, George BD. The Treatment of Anal Fistula: ACPGIBI Position Statement. 2007; Colorectal Disease, 9 (Suppl. 4), 18-50.

Fisura anal

Fernando de la Portilla de Juan.

*Servicio de Cirugía General y Digestiva.
Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).*

Francisco José Barrero García.

*Atención Primaria. Medicina Familia y Comunitaria.
Centro de salud de Benacazón (Sevilla).*

INTRODUCCIÓN

La fisura anal (FA) es una ulceración de la porción epidérmica del canal anal, que habitualmente se extiende desde la línea pectínea hasta el margen del ano. Su diagnóstico es sencillo y se basa en la historia clínica (antecedentes, clínica y exploración). La extensión de la lesión es variable, oscilando entre 1 y 5 mm, y es característico que su tamaño no guarde relación con la intensidad de la sintomatología.

Es un trastorno relativamente frecuente, que se produce en los adultos jóvenes y de mediana edad, pero a menudo también afecta a las mujeres en el tercer trimestre del embarazo o en el puerperio. La fisura anal es la causa más frecuente de sangrado defecatorio en el niño.

Puede presentarse de dos formas: "primaria o idiopática", típica del paciente sano y no asociada a causa bien establecida; y "secundaria", mucho menos frecuente, asociada a patología digestiva o infecciosa (Crohn, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, ...).

El tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el momento de la valoración, marca la diferencia entre una fisura aguda y una crónica. Aunque no está definido con precisión, se considera de forma habitual que a partir de las ocho semanas pasa a ser ya una fisura crónica.

FISIOPATOLOGÍA

La causa de la FA ha sido motivo de un gran debate. Se cree que el trauma que provoca las heces duras al pasar por el canal anal es el factor iniciador más común, y aunque el estreñimiento se ha asociado clásicamente a esta patología, también puede verse en pacientes con hábito diarreico.

Parece que el mantenimiento de la fisura después del evento inicial está relacionado con un aumento de la presión de reposo del esfínter (concretamente del interno). Por otra parte, las ramas de las dos arterias

hemorroidales inferiores, que pasan a través de los septos intermusculares del esfínter interno para alcanzar la mucosa, no se unen en la línea media posterior, por lo que el flujo sanguíneo resulta menor a ese nivel, ocasionando que el 90 % de las fisuras se localicen a nivel posterior. Aún más, cuando la contracción del esfínter interno se incrementa, el flujo sanguíneo disminuye dando lugar a una úlcera isquémica con escasa tendencia a la cicatrización.

La esfinterotomía quirúrgica o química permitiría reducir este espasmo esfinteriano con la consecuente reducción de la Presión Máxima Basal y la curación de la fisura.

La fisura del puerperio se observa, con mayor frecuencia, en la vertiente anal anterior debido a la presión traumática ejercida por el feto durante el parto, coincidiendo con defectos de fijación de la mucosa y submucosa del canal anal.

De forma genérica, el estreñimiento y la escasa ingesta de fibra dietética han sido identificados como factores clave en la aparición y mantenimiento de la FA, ya que se asocian a la reiteración del traumatismo sobre el anodermo durante las maniobras de defecación.

Otros factores de riesgo son: padecer de una enfermedad de Crohn, relaciones o manipulaciones anales y las enfermedades de transmisión sexual.

Una cirugía anal previa, por ejemplo para tratar una hemorroide puede condicionar la formación de una fisura anal crónica de localización atípica (tabla 1).

Fisura Típica	Según presentación
<ul style="list-style-type: none"> • Deposición con heces duras • Gran esfuerzo defecatorio • Poca ingesta de fibra en la dieta • Poca ingesta de agua 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de Crohn • Enfermedades de transmisión sexual • Manipulación anal • Relaciones anales • Cirugía anal previa

Tabla 1. Factores de riesgo o predisponentes

CLÍNICA

La fisura anal se caracteriza por el intenso dolor que aparece al término de la deposición y que puede permanecer horas después de la misma. Además, el paciente refiere hematoquecia y temor a la defecación. Habitualmente este episodio agudo revierte espontáneamente o con medidas higiénico-dietéticas, produciéndose la cicatrización de la misma en 4-6 semanas. Sin embargo, en otras ocasiones el dolor y el sangrado disminuyen progresivamente sin desaparecer totalmente, presentando episodios recurrentes de reagudización y persistiendo la lesión con características crónicas a la exploración y cuyos síntomas alteran significativamente la calidad de vida del paciente.

Una presentación atípica sería la de un paciente con una fisura indolora y/o con una localización en el canal anal que no fuera ni posterior ni anterior. Así como la coexistencia con otros síntomas no esperables como: dolor abdominal, fiebre, supuración, etc. (tabla 2).

Síntomas Típicos	Síntomas Atípicos
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor tras deposición • Hematoquecia • Sensación de cierre anal 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de dolor • Dolor sin relación con la deposición • Dolor de larga evolución invalidante • Síndrome constitucional • Diarrea sanguinolenta • Fiebre • Supuración intensa

Tabla 2. Sintomatología de la fisura anal

La presencia de una fisura profunda, invalidante, de localización no esperada, sin contractura y que puede acompañarse de un síndrome constitucional, debe ponernos en alerta de una posible neoplasia del canal anal.

DIAGNÓSTICO

Historia y evaluación clínica

El síntoma típico es la proctalgia tras la deposición, que se mantiene unas horas tras su finalización.

En la anamnesis debe recogerse los síntomas acompañantes como son la hemorragia, la dificultad defecadora, el picor o escozor anal. Es común que exista estreñimiento y temor a la defecación. Con menos frecuencia se constata también sintomatología urinaria, como disuria, urgencia o retención, y en mujeres trastornos sexuales tipo dispareunia.

Exploración Física y estudios complementarios

Puede realizarse en posición genupectoral o en decúbito lateral con flexión de caderas y rodillas (figura 1). Normalmente el paciente tiene temor a ser examinado, por lo que debe procederse con cuidado. Las nalgas deben ser separadas suavemente, la iluminación debe ser correcta y el paciente ha de simular la maniobra defecatoria (figura 1). Así se exterioriza el anodermo y se facilita la demostración de la fisura, excepto en los casos en los que hay un intenso espasmo o estenosis anal, obligando en estos casos a emplear anestesia local o incluso raquídea en un quirófano (figura 2). La localización de la fisura suele ser o bien anterior o bien posterior, otras localizaciones no son típicas (figura 3).



Figura 1. Método exploración fisura anal



Figura 2. Fisura anal aguda (izquierda) y crónica a la derecha

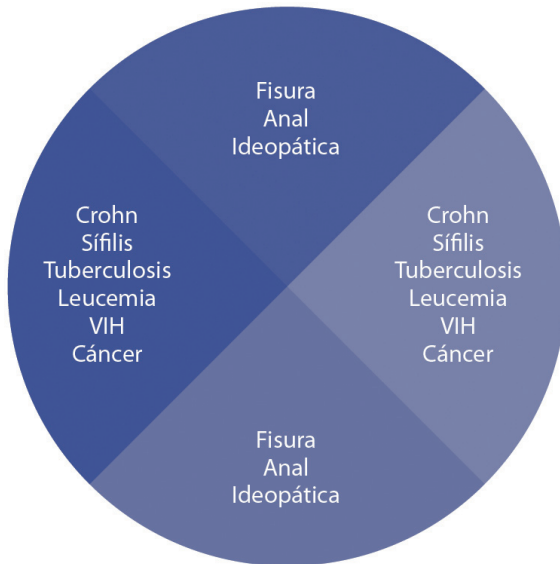


Figura 3. Localización de la fisura y su diagnóstico

Habitualmente no se debe practicar tacto rectal, a no ser que la sospecha de otra patología (como un cáncer) sea alta.

En pacientes con historia evidente de fisura idiopática no suele ser necesario recurrir a otras exploraciones diagnósticas más complejas, pero cuando la historia o exploración sugiera la posibilidad de un diagnóstico diferente o en paciente con sospecha de fisura secundaria deben indicarse los procedimientos diagnósticos adecuados.

En este sentido puede ser necesario recurrir a la indicación de un tránsito intestinal, un enema opaco o una exploración endoscópica en pacientes con sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal, a la biopsia de una lesión sospechosa de malignidad en el canal anal o al estudio microbiológico de una enfermedad de transmisión sexual.

En el caso de que el paciente refiera escapes o síntomas de incontinencia, está indicado practicar una manometría anal, previa a un eventual tratamiento quirúrgico. Por otro lado, si estamos valorando un paciente con una fisura recidivada tras tratamiento quirúrgico, es obligatorio practicar una ecografía anal, con el fin de valorar la integridad del complejo esfinteriano.

Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico diferencial debe establecerse fundamentalmente con toda la patología anal capaz de generar dolor, como el absceso anal y la trombosis hemorroidal. A diferencia de esta última, el absceso interesfinteriano de pequeño tamaño puede ser difícil de realizar, en el caso de duda la ecografía anal o incluso la exploración bajo anestesia puede ser necesario. Debe excluirse la existencia de otros procesos anales como son las proctitis y el carcinoma. Las lesiones anales de transmisión sexual, así como las úlceras y las lesiones asociadas al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), deben ser tenidas en cuenta también.

Tratamiento

A la hora de tratar las fisuras anales, hay que tener en cuenta que un 50% o más curan espontáneamente y que la eficacia de los diferentes tratamientos médicos es a penas mejor que placebo y que en la fisura crónica en adultos es más efectiva la cirugía. La base del tratamiento consiste en disminuir la presión del esfínter anal interno, ya que esto permite que la vascularización local mejore y la cicatrización sea efectiva.

• Medidas Generales

Con el objetivo de ablandar las heces, para conseguir una deposición menos dolorosa podemos recomendar una dieta rica en fibra con abundante ingesta hídrica, junto con los agentes aumentadores del bolo fecal y los analgésicos. El uso de miorrelajantes no suele ser efectivo, ni tampoco el empleo de anestésicos locales, asociados o no a corticoides (lidocaína

al 2% y/o hidrocortisona al 2%) aún cuando forman parte incluso en las recomendaciones recogidas en algunas guías clínicas; ya que no permiten el fin último que es relajar la hipertonía. Estas medidas permiten curar la mayoría de las fisuras agudas, y casi la mitad de las crónicas.

• **Tratamiento farmacológico**

Existe en la actualidad fármacos que nos permiten la relajación del esfínter interno de forma apropiada, mediante diversos mecanismos de acción.

• *Pomadas liberadoras de óxido nítrico*

El óxido nítrico ejerce un papel inhibitorio de la actividad del esfínter anal, consiguiendo la relajación del mismo. Los nitratos tópicos consiguen la curación en aproximadamente dos tercios de los pacientes con una recidiva que oscilan entre el 12 y el 67%.

El trinitrato de glicerilo al 0.4% es el único tratamiento para la fisura anal que hasta el momento está comercializado y está financiado por la Seguridad Social. Se aplica 2 veces al día durante un máximo de 8 semanas. La dosis normal es aproximadamente 375 mg de pomada (aproximadamente 1,5 mg de trinitrato de glicerilo) aplicado al canal anal cada 12 horas, su uso viene facilitado mediante un dosificador. El dolor de cabeza es el principal efecto secundario, aunque suele ser pasajero o transitorio. Cabe la posibilidad de tratarlo administrando analgésicos previamente a la aplicación de la pomada. Para disminuir este efecto indeseable el producto se ha de aplicar con un dedil protector a fin de limitar su absorción sólo a la zona anal y reducir su difusión a través de la piel del dedo. No debe usarse en pacientes alérgicos a nitratos, en pacientes con tendencia a la hipotensión, en insuficiencia cardiaca, anemia grave y en aquellos pacientes con tratamiento concomitante con sildenafil.

• *Calcioantagonistas*

Los calcioantagonistas (como el diltiazem) actúan inhibiendo la entrada de iones de calcio al interior celular, principalmente en el músculo liso y el músculo cardiaco. Por lo tanto su empleo en el esfínter anal interno provoca su relajación. Su uso asocia con una tasa de curación inicial entre el 65 y el 95 % en el tratamiento de las fisuras crónicas, sin encontrarse efectos secundarios importantes. Hay trabajos en los que se compara con nitroglicerina, y ambas resultan igualmente efectivas, pero a la nitroglicerina se asocian más efectos adversos (cefalea e irritación). Tiene el inconveniente su disponibilidad única como fórmula magistral.

El uso de calcioantagonistas orales no aporta ninguna ventaja adicional y sí más efectos secundarios.

Los resultados de varios ensayos clínicos han evidenciado diferencias significativas en cuanto a eficacia (curación) entre los calcioantagonistas y la nitroglicerina (4 estudios comparativos aleatorizados, 205 pacientes) o la toxina botulínica. En nuestro entorno no disponemos de diltiazem o nifedipino en formulación tópica, por lo que deben obtenerse a través de la prescripción de una fórmula magistral.

• *Toxina botulínica*

La parálisis muscular que provoca es debida al bloqueo de la placa motora mediante por la inhibición de la liberación presináptica de acetilcolina. Los mejores resultados en términos de curación se han obtenido con dosis altas de toxina botulínica (25-30 UI) –con reinyección en las recurrencias– aplicada directamente en el esfínter interno, distribuyéndola en varios puntos de inyección (dos laterales y uno anterior). La tasa de curación de las fisuras crónicas con este preparado es del 65%; sin embargo, se ha descrito una tendencia progresiva a las recidivas a largo plazo (de alrededor del 50%) cuando desaparece su efecto. Los efectos secundarios de la toxina son muy escasos. Sin embargo, la toxina botulínica hoy en día no tiene la indicación para el tratamiento de las fisuras anales en nuestro ámbito, y su uso sólo se contempla en el contexto de los ensayos clínicos o como medicamento de uso compasivo, por lo que resulta complicado su empleo como primera línea de tratamiento.

Seguimiento desde atención primaria

La fisura anal típica se puede, y se debe, tratar a nivel de atención primaria. No existe consenso sobre el tiempo de seguimiento de los pacientes, aunque sí evidencia de que la mayor parte de las recurrencias tienen lugar en el primer año, por lo que parece adecuado el seguimiento clínico periódico hasta entonces. Si ella tiene lugar puede ensayarse de nuevo el mismo tratamiento o cambiar de uno a otro.

Criterios de derivación al especialista (figura 4)

- La presencia de fisuras múltiples en un mismo paciente, muy dolorosas, con un aspecto y localización atípicos y con manchas, junto a la sangre, pus, detritus o moco debe hacernos sospechar la posible existencia de otras patologías, entre ellas la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa, la tuberculosis, la sífilis y la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

- Falta de respuesta al tratamiento farmacológico empleado (tratamiento higiénico dietético y pomada de nitroglicerina o calcioantagonista), o la recurrencia tras dos periodos de tratamientos.

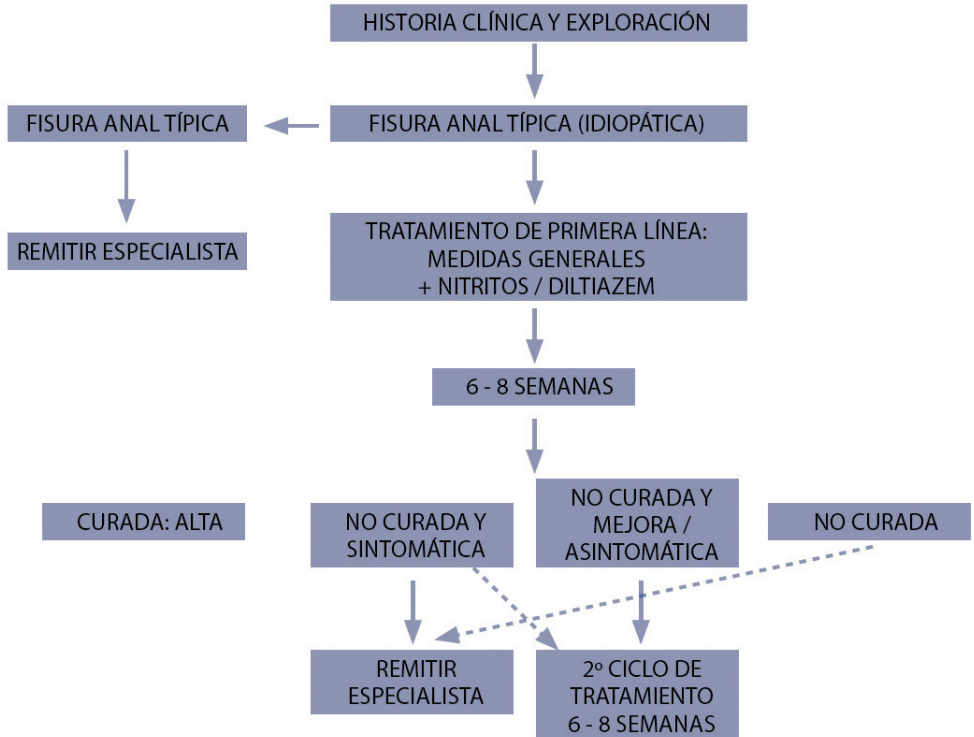


Figura 4. Algoritmo manejo de la fisura anal en atención primaria

Nociones básicas del manejo quirúrgico

Aquellos pacientes que son refractarios al tratamiento médico y siempre como último recurso, se contempla el tratamiento quirúrgico. Éste consiste en practicar una esfinterotomía controlada del esfínter anal interno. Este procediendo no está exento de complicaciones, siendo el más temido la incontinencia fecal, aunque el porcentaje de que ocurra es bajo; sin embargo las tasas de curación son superiores al 90 %.

BIBLIOGRAFÍA

1. Goligher JC. Surgery of the anus, rectum, and colon. 5th ed. London: Balliere Tindall; 1984.
Nelson RL. A systematic review of medical therapy for anal fissure. *Dis Colon Rectum*. 2004; 47: 422-31
2. Ortiz H, editor. Cirugía colorrectal: guía clínica de la asociación española de cirujanos. Madrid: Aran; 2012
3. Farouk R, Duthie GS, MacGregor AB, Bartolo DC. Sustained internal sphincter hypertonia in patients with chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum*. 1994;37:424-9.
4. Schouten WR, Briel JW, Auwerda JJ, De Graaf EJ. Ischaemic nature of anal fissure. *Br J Surg*. 1996;83:63-5.
5. Arroyo A, Pérez-Vicente F, Serrano P, Candela F, Sánchez A, Pérez-Vázquez MT, Calpena R. Tratamiento de la fisura anal crónica. *Cir Esp* 2005; 78: 68-74.
6. Lund JN, Scholefield JH. Internal sphincter spasm in anal fissure. *Br J Surg*. 1997;84:1723-4.
7. Perry WB, Dykes SL, Buie WD, Rafferty JF, Standards Practice Task Force of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the management of anal fissures (3rd revision). *Dis Colon Rectum*. 2010;53:1110-5.
8. Nelson R. Tratamiento no quirúrgico para la fisura anal (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
9. Fisterra. Guía Clínica de Fisura Ana (actualización Mayo 2011). Disponible en: <http://www.fisterra.com/>
10. Lund JN, Scholefield JH. Glyceril trinitrate is an effective treatment for anal fissure. *Dis Colon Rectum*. 1997;40:468-470.
11. Bielecki K, Kolodziejczak M. A prospective randomized trial of diltiazem and glyceryltrinitrate ointment in the treatment of chronic anal fissure. *Colorectal Dis*. 2003 May;5:256-7.
12. Sajid MS, Rimple J, Cheek E, Baig MK. The efficacy of diltiazem and glyceryltrinitrate for the medical management of chronic anal fissure: a meta-analysis. *Int J Colorectal Dis*. 2008; 23:1-6.
13. Fernández MI, Albornoz R, Pérez I. Efectividad y seguridad de diltiazem 2 % tópico en fisura anal. *Farm Hosp*. 2009;33:80-8
14. Arroyo A, Pérez F, Serrano P, Candela F, Lacueva J, Calpena R. Surgical versus chemical (botulinum toxin) sphincterotomy for chronic anal fissure: Long-term results of a prospective randomized clinical and manometric study. *Am J Surg*. 2005;189:429-34.
15. Nyam DC, Pemberton JH. Long-term results of lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure with particular reference to incidence of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 1999;42:1306-1

Sinus pilonidal

Francisco Blanco Antona.

*Servicio de Cirugía General y Digestiva.
Hospital de Medina del Campo (Valladolid).*

Nerea Silva Higuero.

*Atención Primaria. Urgencias.
Hospital de Medina del Campo (Valladolid).*

INTRODUCCIÓN

La enfermedad pilonidal es un absceso crónico subcutáneo localizado en la región sacrococcígea, debido al desarrollo de inclusiones epidérmicas en la dermis, que se observa fundamentalmente en varones jóvenes, con una presentación clínica que varía, desde leves síntomas hasta infecciones complejas de los tejidos en la zona sacra, con múltiples trayectos fistulosos secundarios.

El tratamiento de esta entidad es quirúrgico, y la técnica a emplear debe adaptarse a la presentación clínica, con una tasa baja de recidivas y morbi-mortalidad, por lo que todos estos pacientes deben ser derivados a la consulta del especialista para su correcta valoración y tratamiento definitivo.

Epidemiología

El sinus pilonidal se diagnostica fundamentalmente en adolescentes y adultos jóvenes, con una incidencia estimada del 0.7%, siendo su desarrollo a partir de los 45 años excepcional, relacionado con antecedentes juveniles en esos pacientes. Afecta en mayor medida a los varones, con una relación de 3-4:1 respecto a las mujeres, a la raza caucásica, las personas con un pliegue interglúteo profundo y los obesos, debido a las características del pelo en estas personas.

Etimología y etiología

La primera descripción de esta enfermedad fue realizada por Herbert Mayo en 1833, si bien la publicación habitualmente citada como original es la carta al editor del Boston Medical Surgical Journal, escrita por A.W. Anderson en 1847, en la que describe esta patología como “un pelo extraído de una úlcera”. Finalmente, el término latino pilonidal (nido de pelos) fue acuñado por Hodges en 1880.

La etiología de la enfermedad pilonidal es controvertida. Inicialmente se creía que su origen era embriológico, debido a un defecto congénito a nivel de la piel del pliegue interglúteo secundario a la persistencia del canal medular y a un repliegue interno del epitelio superficial. Sin embargo, actualmente las publicaciones apuntan hacia una causa adquirida, ya que se objetiva la presencia de epitelio escamoso y tejido de granulación, al analizar los tejidos extirpados durante la cirugía, observándose que la enfermedad no se manifiesta en los recién nacidos, sino a partir de la

pubertad; que es más frecuente entre varones de complexión hirsuta; y que ciertos trabajos predisponen a la enfermedad, fundamentalmente aquellos en los que se está sentado más de 6 horas al día o en los que se produce un roce en la zona sacrococcígea, como es el caso de los estudiantes o los conductores (“enfermedad del Jeep”, descrita por Buie).

Existen dos teorías sobre el mecanismo de desarrollo del sinus pilonidal. La primera, propuesta por Bascom en 1980, postula que los folículos pilosos de la región interglútea se distienden acumulando queratina y se sobreinfectan, dando lugar a un absceso, en el que penetran los pelos a través del folículo piloso. La otra hipótesis, de Karydakís, propone que el pelo se introduce en la hendidura glútea condicionando una reacción a cuerpo extraño que se infecta, dando lugar al absceso.

CLÍNICA

El diagnóstico del sinus pilonidal se basa en la presentación anatómica y la clínica. La enfermedad se manifiesta como una depresión cutánea en el pliegue interglúteo (orificio primario) que se extiende mediante un tracto fibroso subcutáneo (sinus pilonidal) hasta uno o más orificios secundarios, habitualmente localizados fuera de la línea media interglútea, a través de los cuales drena líquido sero-hemático o sero-purulento y, ocasionalmente, se puede objetivar la salida de pelos (figura 1). En la mayoría de los casos el trayecto fistuloso sigue una dirección craneal, pero excepcionalmente (entre un 5 y un 7%) puede dirigirse caudalmente, debiendo realizarse el diagnóstico diferencial del orificio secundario con un orificio externo de una fístula perianal.



Figura 1. Sinus pilonidal.

La clínica es muy variable, pero habitualmente los pacientes refieren dolor y supuración intermitente en la región sacrococcígea, asociada a la sedestación continuada, que alternan con largos periodos asintomáticos. Las formas de presentación son:

- Absceso pilonidal agudo: caracterizado por una masa subcutánea muy dolorosa y fluctuante, habitualmente localizada fuera de la línea media y asociada a una celulitis de la región interglútea (figura 2).



Figura 2. Absceso pilonidal agudo.

- Sinus pilonidal crónico: es la presentación más habitual, con un orificio primario situado en la línea media, por el que pueden salir pelos, y un orificio secundario localizado cranealmente a unos 3-4 cm (figura 1).
- Sinus pilonidal complicado: es aquel en el que existen varios trayectos fistulosos con sus correspondientes orificios secundarios, localizados a diferentes distancias de la línea media, que habitualmente drenan líquido sero-purulento (abscesos crónicos parcialmente drenados) (figura 3)
- Enfermedad pilonidal recidivante: se produce aproximadamente en el 15% de los pacientes intervenidos previamente por esta enfermedad, que presentan cicatrices anteriores y fibrosis, por lo que puede que el orificio primario no sea visible. Debe prestarse atención a la posible degeneración neoplásica a carcinoma epidermoide, por lo que la biopsia es mandatoria.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial debe realizarse con la hidrosadenitis supurativa, las fistulas perianales de origen criptoglandular o por enfermedades inflamatorias intestinales (enfermedad de Crohn fundamentalmente), los forúnculos cutáneos, la osteomielitis y, de forma más excepcional, con la actinomicosis y los granulomas tuberculosos o sifilíticos.



Figura 3. Sinus pilonidal complicado.

TRATAMIENTO

El tratamiento del sinus pilonidal es habitualmente quirúrgico, ya sea mediante técnicas incisionales o excisionales, con el objetivo de conseguir la curación con una tasa de recidivas y morbi-mortalidad bajas.

El abordaje conservador se basa en la higiene y el rasurado o depilación de la zona interglútea, que permite obtener buenos resultados en algunos pacientes seleccionados. Algunos autores han propuesto la inyección de fenol al 80% en el trayecto sinusal, bajo anestesia local, con el fin de destruir el epitelio, esterilizar la cavidad y arrastrar los pelos y esfacelos, si bien los resultados de este tratamiento no son muy favorables, debido a la elevada tasa de recidivas y a la formación de abscesos.

Cuando el paciente consulta por un absceso pilonidal se debe proceder al drenaje y desbridamiento del mismo, practicando una incisión longitudinal paralela a la línea media para drenar el contenido purulento, dejando la herida abierta para que cicatrice por segunda intención (en unas 4-10 semanas). Tras este procedimiento urgente, hasta un 50% de los sinus recidivan, ya sea con un nuevo absceso o con un sinus pilonidal crónico. En los casos de infección incipiente, sin absceso formado, se puede iniciar tratamiento antibiótico (amoxicilina-clavulánico, clindamicina o moxifloxacino en pacientes alérgicos a beta-lactámicos).

Respecto al tratamiento quirúrgico, podemos diferenciar dos tipos de técnicas, las incisionales, más sencillas; y las excisionales, que deben ser reservadas para los sinus complicados o recidivantes. En cualquier caso la exploración pre e intraoperatoria del sinus debe ser exhaustiva, para evitar tratamientos incompletos que conllevan una mal llamada recidiva, ya que se trata de una persistencia, y los cuidados post-operatorios deben ser estrictos, asegurando la higiene, así como el rasurado o depilación de la zona, para prevenir las complicaciones y las recidivas, tanto precoces (por defectos técnicos) como tardías.

• Técnicas incisionales.

- *Incisión y marsupialización:* se realiza una apertura (puesta a plano) de todo el trayecto entre el orificio primario y el secundario, realizando una limpieza (extracción de los pelos) y curetaje del tejido de granulación, tras lo cual se marsupializa la herida (sutura de los bordes cutáneos al trayecto fibroso, con el fin de reducir la superficie de la herida). Es una técnica sencilla, que puede ser realizada en régimen ambulatorio, y que presenta buenos resultados (menos de un 6% de recidivas, y curación en unas 4 semanas de media) (figura 4).

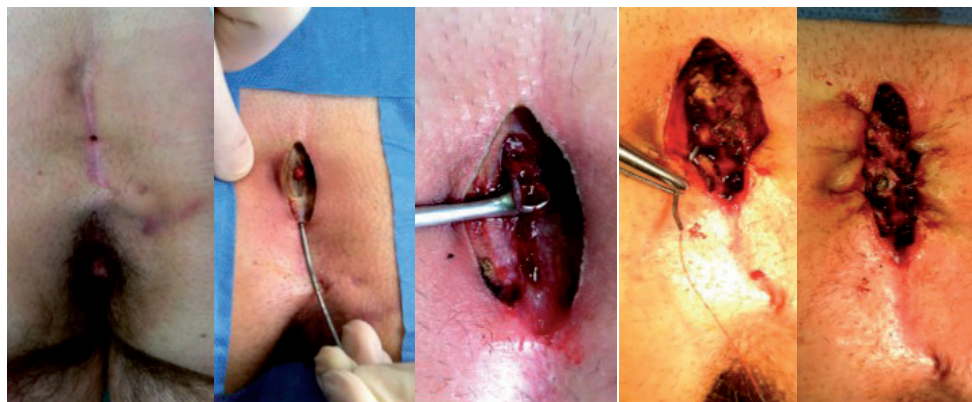


Figura 4. Incisión y marsupialización de sinus pilonidal.

- *Incisión lateral y escisión de las depresiones de la línea media:* en este caso el abordaje del trayecto sinusal se realiza mediante una incisión longitudinal fuera de la línea media del pliegue interglúteo, a través de la cual se realiza el curetaje del tejido de granulación. La tasa de curación con esta técnica alcanza el 84%.
- **Técnicas excisionales.**
 - *Escisión sin cierre:* se practica una escisión en bloque, con un margen cutáneo lateral de unos 5 mm y en profundidad hasta la fascia sacrococcígea, dejando la herida abierta, para su cicatrización por segunda intención. Presenta una menor tasa de recidivas, pero se asocia a una mayor incomodidad de los pacientes por los cuidados post-operatorios que requiere.
 - *Escisión y cierre primario en línea media:* no tiene ventajas respecto a la cicatrización por segunda intención, y presenta una mayor tasa de complicaciones: dehiscencia de la herida (15% de los casos), retraso de cicatrización (entre 8 y 10 semanas si se deja la herida abierta) y la infección, por lo que no es actualmente una técnica de elección. La colocación de un drenaje aspirativo no parece reducir la incidencia de estas complicaciones.
 - *Escisión y plastia:* estas técnicas tienen como objetivo el evitar realizar una sutura en la línea media interglútea (figura 5), lo que reduce las recidivas al prevenir la entrada de pelos en la sutura. Se han descrito diferentes colgajos:
 - *En Z o en S:* presenta pocas recidivas (3-9%).
 - *Colgajo de avance* (técnica de Karydakis): moviliza un colgajo de espesor completo sobre el lado más próximo a la línea media, que se sutura sobre el lado contrario. Las recidivas son inferiores al 1%, y las complicaciones menores del 10%.
 - *Colgajo de Limberg* (tras escisión romboidal): ha demostrado su superioridad respecto al cierre primario, pero es técnicamente complejo (similar a la Z plastia) y requiere colocación de drenaje e ingreso hospitalario.
 - *Técnica de Bascom:* realiza un borrado de la línea interglútea, mediante un colgajo lateral. Presenta buenos resultados (tasas de curación cercanas al 90%).

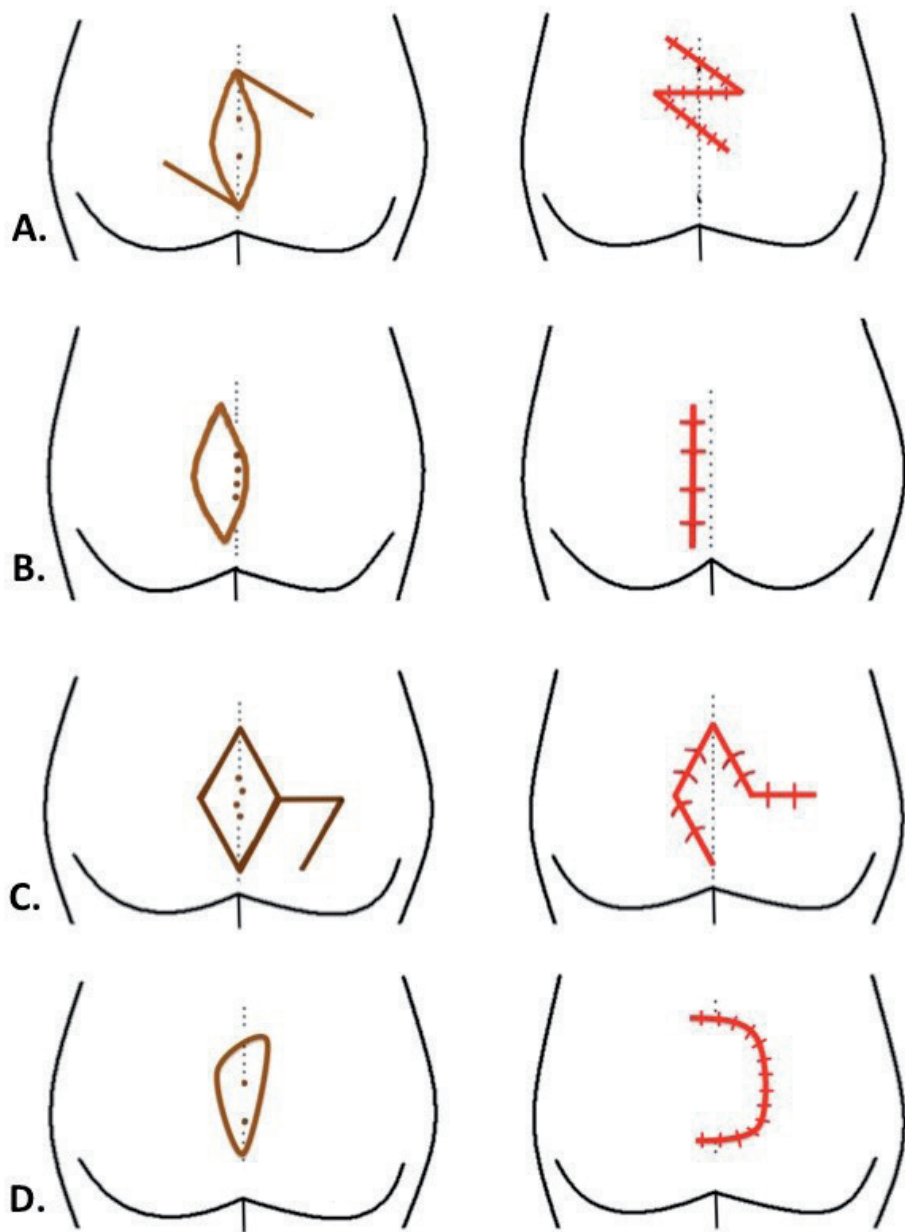


Figura 5. Escisión y plastia.

En los casos de retraso de cicatrización, el tratamiento de la herida abierta tras la escisión se basa en el rasurado del pelo circundante, una higiene rigurosa y la aplicación de nitrato de plata en los bordes de la incisión si la herida es pequeña, y la realización de un nuevo colgajo amplio (tipo V-Y o de glúteo mayor) si el defecto es mayor.

Los factores de riesgo identificados para la recidiva son la tendencia familiar, el número de orificios secundarios, el diámetro de la cavidad y el realizar escisión con cierre primario, fundamentalmente si este se realiza en la línea media.

En resumen, los abscesos pilonidales deben ser drenados y desbridados de forma urgente en atención primaria o en el Servicio de Urgencias, tras lo cual deben de ser referidos para valoración especializada en la Consulta Externa de Cirugía. Los sinus pilonidales crónicos y/o los complicados, deben ser derivados a la Consulta Externa de Cirugía, para recibir tratamiento definitivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rakinic J. Modern management of pilonidal disease. In: Cameron JL, editor. *Current Surgical therapy*. Saint Louis (MO): Mosby; 2007p. 299-305.
2. Da Silva JH. Pilonidal cyst: cause and treatment. *Dis Col Rectum* 2000;43:1146-56.
3. Mayo OH. *Observations on injuries and diseases of the rectum*. London: Burgess and Hill; 1833. 45-6.
4. Anderson AW. Hair extracted from an ulcer. [letter]. *Boston Med Surg J* 1847;36:74.
5. Hodges RM. Pilo-nidal sinus. *Boston Med Surg J* 1880;103:485-6.
6. Lord PH. Etiology of pilonidal sinus. *Dis Col Rectum* 1975;18:661-4.
7. Patey DH, Scarff RW. Pilonidal sinus in barber's hand: with observations on post-anal sinus. *Lancet* 1948;2:13-4.
8. Buie LA. Jeep disease (pilonidal disease of mechanized warfare). *South Med J* 1944;37:103-9.
9. Bascom J. Pilonidal disease: origin from follicles of hairs and results of follicle removal as treatment. *Surgery* 1980;87:567-72.
10. Karydakakis GE. Easy and successful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative process. *Aust N Z J Surg* 1992;62(5):385-9.
11. De Bree E, Zoetmulder FA, Christodoulakis M, Aleman BM, Tsiftsis DD. Treatment of malignancy arising in pilonidal disease. *Ann Surg Oncol* 2001;8:60-4.
12. Klass AA. The so-called pilonidal sinus. *Can Med Assoc J* 1956;75:737-42.
13. Jensen SL, Haling H. Prognosis after simple incisión and drainage for a first episode acute pilonidal abscess. *Br J Surg* 1989;75:60-1.
14. Schneider IHF, Thaler K, Kockerling RF. Treatment of pilonidal sinuses by phenol injections. *Int J Colorectal Dis* 1994;9:200-2.
15. Mensa J, et al. *Guía de terapéutica antimicrobiana 2013*. Ed Antares. 2013:537-542.
16. Prieto MA, Moreno J, Vazquez L. Resultados del tratamiento quirúrgico del sinus pilonidal sacrocoxígeo. *Coloproctology (edición en castellano)* 1994;10:152-4.
17. Spivak H, Brooks VL, Nussbaum M, Friedman I. Treatment of chronic pilonidal disease. *Dis Col Rectum* 1996;39(10):1136-9.
18. Bascom J. Pilonidal disease: long-term results of follicle removal. *Dis Col Rectum* 1983;26(12):800-7.

19. Al-Khamis A, McCallum I, King PM, Bruce J. Healing by primary versus secondary intention after surgical treatment for pilonidal sinus. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 Jan 20;(1):CD006213.
20. Kronborg O, Christensen K, Zimmermann-Nielsen C. Chronic pilonidal disease: a randomized trial with a complete 3-year follow-up. *Br J Surg* 1985;72(4):303-4.
21. Milone M, Di Minno MN, Musella M, Maietta P, Ambrosino P, Pisapia A, Salvatore G, Milone F. The role of drainage after excision and primary closure of pilonidal sinus: a meta-analysis. *Tech Coloproctol* 2013;17(6):625-30.
22. Toubanakis G. Treatment of pilonidal sinus disease with Z-plasty procedure (modified). *Am Surg* 1986;52:611-2.
23. Kitchen PR. Pilonidal sinus: experience with the Karydakias flap. *Br J Surg* 1996;83(10):1452-5.
24. Horwood J, Hanratty D, Chandran P, Billings P. Primary closure or rhomboid excision and Limberg flap for the management of primary sacrococcygeal pilonidal disease? A meta-analysis of randomized controlled trials. *Colorectal Dis* 2012;14(2):143-51.
25. Bascom J. Skin flaps for pilonidal disease. *Ann Plast Surg* 1998;41:338.
26. Onder A, Girgin S, Kapan M, Toker M, Arıkanoglu Z, Palancı Y, Bac B. Pilonidal sinus disease: risk factors for post-operative complications and recurrence. *Int Surg* 2012;97:224-9.

Dermatología de la región anal

Marcos Hervella Garcés.

Raquel Santesteban Muruzabal.

Servicio de Dermatología.

Complejo Hospitalario de Navarra (Pamplona).

Begoña Oronoz Martínez.

Servicio de Cirugía General y Digestiva.

Complejo Hospitalario de Navarra (Pamplona).

INTRODUCCIÓN

En la región anal pueden aparecer lesiones cutáneas de muy diverso aspecto clínico y muy variado origen, y éstas pueden o no tener relación con patología digestiva o proctológica de base. De forma práctica hemos clasificado estos procesos según su presentación clínica en tres categorías, que corresponden a los motivos de consulta más frecuentes de la patología cutánea anal: lesiones localizadas, prurito anal y erupciones cutáneas inflamatorias.

APROXIMACIÓN GENERAL AL PACIENTE CON PATOLOGÍA CUTÁNEA ANAL

Como muchos enfermos dermatológicos, el paciente con lesiones cutáneas en el ano suele ser un individuo sano, y por tanto sin consciencia de enfermedad, pero al que le preocupa mucho su motivo de consulta. Asocia a menudo un cierto componente psicossomático, muy unido a la singularidad de la zona anal, tan delicada y cuya sintomatología afecta tanto a la calidad de vida del que la padece, en parte también por su íntimo vínculo con su identidad e imagen corporal (sensación de limpieza, bienestar..). No es raro que estos pacientes se presenten en la consulta tarde y tras haberse automedicado con múltiples remedios médicos o caseros, y que su actitud sea evitativa, o no del todo colaboradora.

No obstante, la mayor parte de procesos cutáneos que afectan a la región anal tienen alta probabilidad de cura, por lo que debemos enfrentarnos a estos casos con ilusión y optimismo.

ENTREVISTA

Es imprescindible historiar bien a estos pacientes, debido a que la mayoría de casos no precisarán de pruebas complementarias para establecer un diagnóstico de sospecha.

En la anamnesis habrá que insistir en la evolución de las molestias o lesiones, indagar sobre tratamientos previos, sobre todo tópicos, ya que éstos podrían ser la causa de las lesiones o dar pistas sobre su origen, y preguntar por

antecedentes previos personales o familiares de enfermedades cutáneas, sobre todo psoriasis y dermatitis atópica. Conocer la historia sexual del paciente puede en algunos casos ser esencial para el diagnóstico, y aunque resulte violento o incómodo interrogar por este antecedente, a menudo el paciente se mostrará colaborador si se le pregunta de forma abierta y se le explica la importancia de esta información.

La exploración física es obligada, y en nuestra experiencia es clave para resolver el 80% de los casos.

Un problema frecuente para cualquier médico en la exploración de la región anal es que puede no resultar fácil saber qué corresponde a una exploración física "normal" (figura 1).

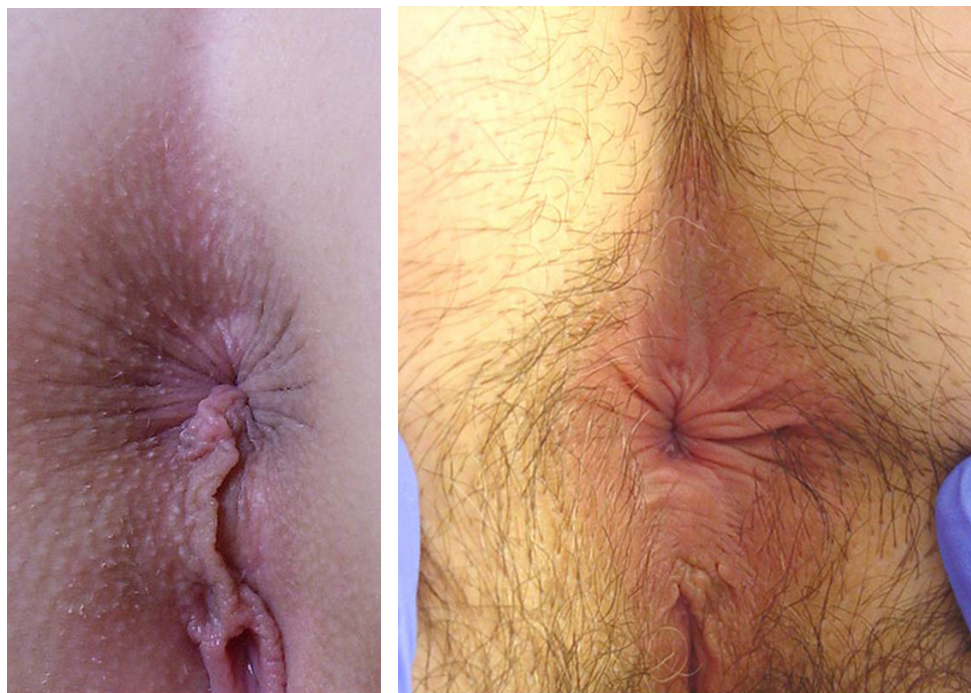


Figura 1. Un problema de la exploración cutánea de la zona anal es que puede ser difícil interpretar qué es "normal". A menudo una leve laxitud cutánea junto al rafe del periné, alguna redundancia de pliegues, o la presencia de un eritema leve pueden ser difíciles de interpretar (ejemplo de la izquierda, hallazgos no patológicos). Por otro lado, una liquenificación o engrosamiento cutáneo crónico con aumento del grosor de los pliegues, típica del eccema crónico, podrían a la inspección entenderse como "normales" (ejemplo de la derecha, eczema crónico leve en una mujer de 46 años, hallazgos patológicos).

Recomendamos para mejorar nuestra calidad diagnóstica en la zona anal: adquirir una experiencia previa, basada en la actitud investigadora, que nos moverá a explorar con detalle a todos los pacientes y a ser metódicos en el registro de la exploración física. También ayudará el intentar aprender de cada caso, y eso a menudo se consigue siguiendo la evolución de cada paciente en el tiempo, y ocasionalmente solicitando colaboración o ayuda en el diagnóstico a un compañero con más experiencia en esta patología.

Insistimos en la necesidad de explorar siempre al paciente, (“comete errores por no saber, nunca por no mirar”). Otras exploraciones adicionales, como luz de Wood, tacto rectal, análisis sangre/serologías de las ETS, parásitos en heces-cultivos-celofán, biopsia, pruebas epicutáneas...se solicitan en función de la sospecha clínica, dirigidas, y no de forma sistemática.

TERAPÉUTICA BÁSICA

Aparte de intentar tratar las enfermedades cutáneas etiológicamente, es crucial en dermatología utilizar bien el vehículo que mejor le permita a cada medicamento actuar en la piel enferma.

Actualmente disponemos para un mismo principio activo de multitud de formulaciones, en las que se vehiculiza aquel en excipientes variados para obtener: solución, loción, gel, emulsión, crema, pomada o unguento, de los que habrá que utilizar el que mejor se adecúe a nuestro caso.

Debemos preguntarnos si deseamos: 1.- secar-calmar la zona, lo que hace falta en los cuadros agudos, en general muy inflamatorios y exudativos, o 2.- si deseamos hidratar-penetrar la zona, necesario en procesos donde predomina la sequedad, el engrosamiento cutáneo y la descamación, como las dermatitis crónicas o la psoriasis. En el primer caso procuraremos aplicar astringentes como las pastas al agua para secar bien la piel lesionada y mejorar la acción posterior de los tratamientos tópicos, que intentaremos pautar mejor en forma de crema o emulsión. En caso de procesos crónicos-secos, aplicaremos fármacos formulados en un vehículo graso, como la pomada, porque permitirá hidratar la zona y dar más poder de penetración al fármaco, a lo que ayuda también aplicar con frecuencia una crema hidratante.

Como tratamiento, cada vez se utilizan más los corticoides de nueva generación (mometasona, fluticasona, metilprednisolona), debido a que su potencia es moderada, tienen amplia experiencia de uso, acarrear menos efectos adversos potenciales y se pueden aplicar una sola vez al día. También se recomiendan cada vez más los inhibidores tópicos de la calcineurina

(tacrolimus, pimecrolimus), que frente a los corticoides ofrecen la ventaja de no ocasionar taquifilaxia, pero tienen el inconveniente de una baja penetración cutánea y una potencia antiinflamatoria modesta, que en la práctica los hace equivalentes a un corticoide suave (potencia I-II).

LESIONES CUTÁNEAS LOCALIZADAS

Incluimos en este apartado todos aquellos procesos cutáneos que un paciente presenta en forma de una o varias lesiones concretas, circunscritas, generalmente sin carácter inflamatorio, de aparición subaguda o crónica, a veces inadvertida. Estas lesiones pueden o no crecer y ocasionar o no sintomatología. Su tratamiento podría requerir la realización de un procedimiento o técnica quirúrgica menor para eliminarlas.

Proliferaciones

Son aquellas lesiones sobreelevadas, con tendencia a crecer. Distinguimos entre éstas a unas lesiones anales “propias”, que serían aquellas originadas por la excrecencia de piel anal, debida a: papilas hipertróficas, hemorroides, redundancia de pliegues, rectoceles..., de aquellas lesiones “ajenas o neoproliferaciones” que corresponden a enfermedades cutáneas primarias que aparecen en la piel del ano, pero que podrían haberlo hecho en cualquier otra zona del tegumento: éstas pueden ser:

- Lesiones de origen infeccioso, como los moluscos o los condilomas acuminados, que son muy frecuentes
- Procesos tumorales benignos como pólipos fibroepiteliales, queratosis seborreicas, nevus melanocíticos, granuloma piogénico o hemangioma
- Tumores malignos (muy raras veces), como el carcinoma epidermoide o el melanoma.

Estas lesiones pueden ser muy parecidas, y si hay dificultad para el diagnóstico se podría hacer una biopsia para confirmación histológica, pero en los casos más típicos (figura 2), la presencia de una pápula aplanada y superficial, de tono pardo y superficie ligeramente rugosa es sugestiva de queratosis seborreica, la lesión exofítica pediculada, blanda al tacto, de superficie lisa y color piel es un pólipo fibroepitelial o fibroma blando, la pápula sésil redonda, de color piel y superficie muy queratósica y espiculada (como picos de una cadena montañosa) es muy sugestiva de verruga – condiloma acuminado, y la pápula cupuliforme, de tono rosado brillante y con umbilicación central es característica del *Molluscum contagiosum*.



Figura 2. Diferencias clínicas de las proliferaciones cutáneas más frecuentes en la zona anal: Pápula aplanada de color pardo y superficie semirrugosa-aterciopelada típica queratosis seborreica (A). Pápula piriforme, pediculada y del color de la piel, de superficie lisa, a modo de piel laxa y redundante, de consistencia blanda al tacto, que corresponde a un pólipo fibroepitelial (B). Pápula queratósica de superficie espiculada, típica de la verruga vulgar o condiloma acuminado (C); ocasionalmente puede ser menos queratósica, pero siempre tiene una superficie papilomatosa, que remeda a los picos agrupados de una cadena montañosa. La pápula color rosado y brillante, umbilicada en su zona central por un tapón córneo que contiene el material vírico es un molusco contagioso (D).

Condilomas acuminados

También llamados verrugas genitales, están causados por varios genotipos del virus del papiloma humano (HPV, principalmente 6 y 11), se transmiten casi siempre por vía sexual, y aparecen como una o múltiples lesiones superficiales de aspecto verrucoso, a menudo completamente asintomáticas. Clínicamente es característica en estas lesiones la presencia de una superficie rugosa y rasposa al tacto (papilomatosa). Si hay dudas clínicas, la biopsia permitirá confirmar el diagnóstico, y tipar el serotipo de HPV responsable.

El tratamiento de estas lesiones es obligado, por su relación con el cáncer anal y el cáncer de cérvix (sobre todo los genotipos de alto riesgo: 16 y 18). Existen múltiples opciones terapéuticas, desde la ablación física (crioterapia, electrocoagulación, fulguración con láser de dióxido de carbono) a la

destrucción química (antiverrugas como la resina de podofilino) o la inmunoterapia con fármacos inductores de una respuesta inmune, como el imiquimod tópico (figura 3).



Figura 3 Condilomas acuminados perianales en el momento del diagnóstico y 6 semanas después del tratamiento con imiquimod tópico.

Pigmentaciones

Son sólo cambios en el color normal de la piel, sin alteraciones de otro tipo. Diferenciamos aquellas en las que la piel adopta un tono más claro que la piel sana, hipopigmentaciones (algunas causas: vitíligo localizado, cicatrices de heridas, dermatitis o quemaduras previas, liquen escleroatrófico), de las que muestran un color más oscuro que la piel normal, llamadas hiperpigmentaciones, y que con mucha frecuencia son de origen post-inflamatorio: secundaria a trauma, liquen plano, herpes simple o erupción fija medicamentosa.

Úlceras

Lesiones con pérdida de sustancia cutánea, cuyo origen puede ser diverso, y que a menudo requieren estudio mediante biopsia u otras pruebas complementarias. Son causas de úlceras anales:

- Traumatismo o presión (descartar dermatosis artefacta o autoinfligida).
- Aftas.
- Infección común: hidrosadenitis, forúnculo, seno pilonidal.

- Enfermedades de transmisión sexual: chancro (sífilis primaria), chancroide, linfogranuloma venéreo.
- Enfermedades inflamatorias como: eritema multiforme, enfermedad de Crohn, pioderma gangrenoso, otras necrotizantes.
- Carcinoma escamoso.

Precáncer y cáncer anal

Se trata de un tipo de neoplasia infrecuente hasta la epidemia del SIDA. A partir de entonces ha mostrado un aumento alarmante, que no se ha detenido con la introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad. Es un cáncer que muestra muchas similitudes con el cáncer de cérvix: se origina en la transición de epitelio (escamo-columnar), tiene fuerte relación con el virus del papiloma humano (70% causados por HPV 16), muestra grados de progresión histológica (neoplasia intraepitelial anal o NIA, *grado I-II-III*) y su prevención es teóricamente posible.

Clínicamente se presenta como una lesión ulcerada que no cura, de base indurada y carnosa. Otras veces se manifiesta sobre proliferaciones de crecimiento lento y paulatino o con este aspecto de vegetaciones como condilomas o "verrugas".

Las lesiones en fase subclínica no serían visibles a la inspección simple, y deberían detectarse mediante pruebas complementarias como la citología anal, que requiere ser realizada por un experto, o la anoscopia con biopsia, que sería el "gold standard" diagnóstico. La pregunta que surge de forma inmediata es: ¿a quién someter a control? Los grupos de riesgo serían fundamentalmente individuos receptores de sexo anal, sobre todo si padecen inmunosupresión crónica, como el SIDA (incidencia de >100 casos/100.000/año, frente a 0,8 casos/100.000/año de varones sanos).

La prevención del cáncer anal se basa en el tratamiento de las NIA II y III, el seguimiento de NIA I, y es controvertida la vacunación a grupos de riesgo, pues -como en el cáncer de cérvix- la inmunización debería realizarse antes del comienzo de la actividad sexual del individuo, y por ello habría que vacunar a toda la población.

PRURITO ANAL

Es un síntoma inespecífico, común a muchas causas, y muy frecuente, que afecta según las fuentes a un 1-5% de la población adulta. El 80% de los casos ocurre en varones, que tienden a consultar menos que las mujeres, y es la norma que pasen meses o años antes de consultar.

Distinguímos dos tipos de prurito anal:

- Prurito idiopático o primario, aquel en el que no se puede descubrir una causa que lo explique.

- Prurito secundario, que se debe a una causa orgánica objetivable, ya sea ésta patología anal-digestiva o cutánea.

Prurito anal secundario

Puede deberse a una causa anal (hemorroides, fisura, diarrea crónica, incompetencia del esfínter) o a una causa cutánea (psoriasis, liquen escleroatrófico, dermatitis de contacto, infecciones, infestaciones, radioterapia previa o cáncer).

El padecimiento crónico de problemas proctológicos como fisuras o hemorroides se asocia a menudo a patología cutánea crónica, como las dermatitis de contacto irritativas o alérgicas o la cronificación de una psoriasis, de modo que las causas anales y cutáneas a menudo se encuentran estrechamente relacionadas.

Prurito anal primario

El prurito idiopático o primario sólo se diagnostica cuando se descartan las causas conocidas, y clásicamente se relacionaba con el exceso de ingesta de cafeína y picantes, así como con enfermedades psicógenas (ansiedad, estrés, neurosis...). Su frecuencia es desconocida, pero probablemente sea mucho menor de lo previamente reportado: actualmente se detecta una causa que explica el prurito anal en 4 de cada 5 casos, y la causa más frecuente en nuestra experiencia es una enfermedad inflamatoria cutánea: dermatitis (atópica/de contacto) o psoriasis.

Causas de prurito anal sin lesiones cutáneas (no es frecuente):

- Dermografismo.
- Dermatitis de contacto, incluida urticaria.
- Incógnito: psoriasis, micosis, escabiosis.
- Alimentos-medicamentos.
- Prurito senil.
- Síndromes disestésicos.
- Delusio parasitum, enfermedad no dermatológica.
- Idiopático.

La complejidad de estos casos se hace mayor porque algunos de estos pacientes cumple criterios del llamado síndrome de Groves.

En los casos de prurito anal sin lesiones cutáneas es obligado realizar estudio mínimo:

- Análisis de sangre con hemograma, perfil hepático, proteinograma, IgE, perfil celíaco.
- Parásitos en heces, celofán.
- Valoración por coloproctología y psiquiatría.

ERUPCIONES CUTÁNEAS

Incluimos en este epígrafe a todas aquellos procesos cutáneos que se le presentan al paciente en forma de erupción o episodio de lesiones inflamatorias, de aspecto eritematoso o eritematodescamativo, que suelen tener un curso evolutivo definido, y ser muy molestas, con síntomas constantes como quemazón o prurito, inespecíficos y que por sí solos no permiten establecer un diagnóstico. Su tratamiento en general es médico, a menudo tópico.

Llamamos intertrigos a estas erupciones inflamatorias de la piel de los pliegues, que se caracterizan por tener un aspecto clínicamente inespecífico, que dificulta su diagnóstico etiológico, mostrar en mayor o menor grado eritema asociado a la humedad y la maceración, que añadidos a la fricción dan lugar a erosión de la superficie y sobreinfección.

Causas frecuentes de intertrigo

Suponen la gran mayoría de los diagnósticos (ver figura 4).

- Eczemas (irritativo, alérgico, seborreico, atópico): clínicamente inespecífico, pero es el diagnóstico más frecuente. Recordar que en sus formas crónicas pueden presentar una apariencia clínica casi "normal".
- Psoriasis: se presenta como una placa de bordes netos, color rojo homogéneo, con escama laminar blanquecina; hay lesiones (a menudo más típicas) en otras localizaciones.
- Eritrasma: eritema de tono pardo, apagado, sobre una piel con signos de poca higiene; es típica la fluorescencia naranja al iluminar la zona con luz ultravioleta.

- **Candidiasis:** se muestra como un eritema rojo muy intenso, mal delimitado, con múltiples pústulas satélites, que salpican la zona periférica. Es también típica –aunque no exclusiva- la fisuración del fondo del pliegue interglúteo.
- **Tiñas:** placas anulares o policíclicas (curan por el centro y progresan periféricamente, dibujando anillos), con descamación en los bordes de avance de la placa. Casi siempre hay también lesiones en espacios interdigitales de los pies (tiña del pie o pie de atleta)
- **Pseudoacantosis nigricans:** piel de pliegues inguinogenitales-perianales rugosa y aterciopelada, causada por la fricción continuada en personas obesas.

Causas infrecuentes de intertrigo

Son procesos más raros, pero que constituyen uno de cada diez casos de erupción inflamatoria en pliegues inguinogenitales o genitoanales:

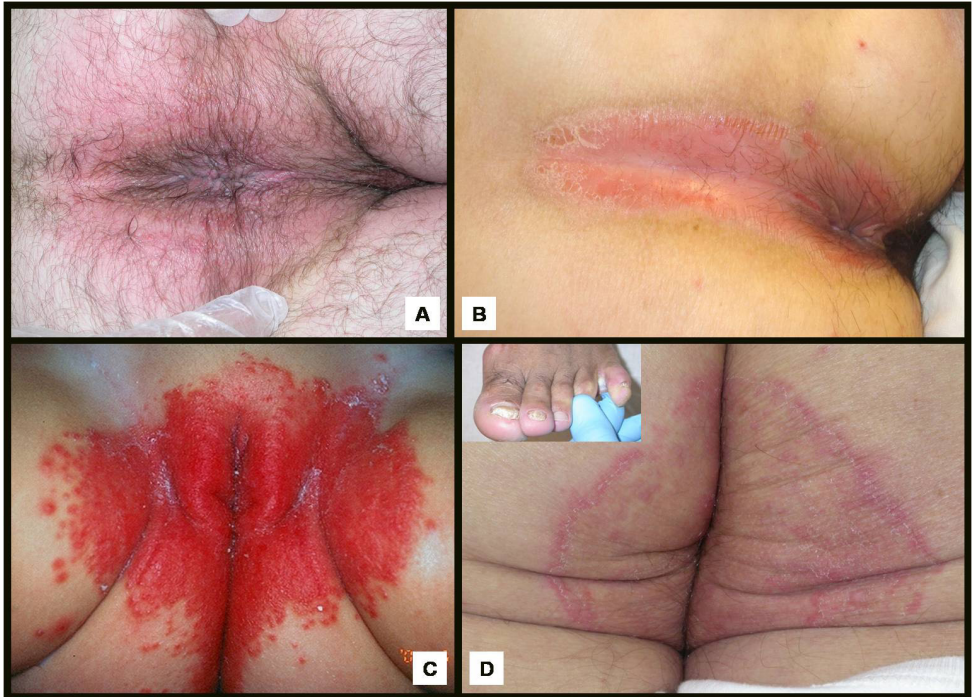


Figura 4. Aspecto clínico de las erupciones cutáneas de la zona anal. Eritema difuso, mal delimitado y poco específico típico del eczema o dermatitis (A). Placa bien delimitada de eritema y descamación laminar, que a menudo se extiende por el pliegue interglúteo en la psoriasis (B). Eritema rojo intenso, con fisuración marcada de los fondos de pliegues y presencia de pústulas satélites en la periferia de la placa eritematosa, propias de la candidiasis (C). Eritema y descamación sutiles, de forma anular o policíclica, asociada casi siempre a afectación de pliegues interdigitales de los pies en la tiña (D).

- Liquen plano / liquen escleroatrófico.
- Dermatitis estreptocócica anal.
- ETS (sífilis secundaria).
- Toxicodermias (erupción fija medicamentosa, SDRIFE).
- Enfermedad de Paget extramamaria.
- Darier, Haley-Haley y otras enfermedades raras.

En estudio llevado a cabo por los autores, que se realizó en pacientes adultos con erupciones cutáneas crónicas de la región perianal se detectó que los diagnósticos más frecuentes eran las dermatosis inflamatorias exógenas (dermatitis de contacto alérgicas e irritativas) y endógenas (psoriasis, eczema crónico inespecífico). El paciente típico fue una mujer de edad media, con molestias anales de 8 meses de evolución, con uso previo de múltiples productos tópicos, y que en el 31% de casos asociaba abuso previo de corticoides tópicos. El 59% de pacientes tenía otro diagnóstico asociado. En el 21% de los pacientes se detectaron síntomas psicopatológicos: hábitos compulsivos, ansiedad, venereofobia.

Los casos de más larga duración y de localización sólo perianal de las lesiones se asocian a una tasa mayor de sensibilizaciones alérgicas por contacto, que eran en su mayoría ocasionadas por productos de higiene personal (conservantes, perfumes) o medicamentos tópicos (fármacos y productos naturales).

Este estudio concluye, como otros, que la alergia de contacto es frecuente en los pacientes con dermatitis perianal crónica y que la derivación al dermatólogo, para una evaluación completa con pruebas de contacto, sería lo más apropiado en este grupo de pacientes.

Recomendaciones terapéuticas en las erupciones perianales

Consejos sobre qué NO hacer:

- Abusar de corticoides.
- Aplicar múltiples tratamientos, y sobre todo remedios naturales-plantas y anestésicos.
- Abusar de productos de higiene como toallitas húmedas, jabones o lavados agresivos.

Qué hacer:

- Limpiar con suavidad, sólo con agua, tras las deposiciones y secar bien.
- Mejor pautar corticoides nuevos (mometasona, fluticasona) o ahorradores de corticoides (tacrolimus, pimecrolimus).
- En caso de duda diagnóstica, existen asociaciones terapéuticas en el mercado que son muy útiles: corticoide + antibiótico (Fucibet, Diprogenta), o corticoide + antifúngico (Betamicoter, Brentan).
- Si un cuadro no responde en 7-10 días: solicitar valoración especializada.

Como se mencionó antes, en caso de un eczema o una psoriasis, aparte de indicar un tratamiento tópico, como por ejemplo un inhibidor tópico de la calcineurina como el tacrolimus, tendremos que añadir un astringente si el cuadro es exudativo y agudo (como loción de óxido de Zinc o una pasta al agua tipo Eryplast), o añadir una crema hidratante grasa o vaselina pura si el cuadro es seco y descamativo.

En caso de sospechar una candidiasis o una dermatofitosis (tiña) se indicarán, asociados a los mismos cuidados, un antimicótico específico, recordando que los azoles y el ciclopirox pueden tratar todos los procesos pero son fungostáticos, y que la terbinafina no cubre las candidas pero es fungicida.

CLAVES EN EL ABORDAJE DE LAS LESIONES CUTÁNEAS ANALES

- La mayoría de procesos cutáneos que aparecen en el ano son dermatosis comunes, con una presentación similar a otras localizaciones.
- Historia clínica y una buena exploración física a menudo bastarán para establecer un diagnóstico correcto.
- Hay lesiones proliferativas de muy diversa índole, las más trascendentes los condilomas, por su frecuencia y asociación a cáncer anal.

- El prurito anal no suele ser idiopático. Muchas de sus causas (eczema, psoriasis, tiña, cándida) se identifican clínicamente. Las dermatitis crónicas son una causa frecuente, y deben ser estudiadas, porque a veces son alérgicas.

Si un proceso no mejora en días o pocas semanas debe consultarse al dermatólogo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kutlubay Z, Engin B, Zara T, Tüzün Y. Anogenital malignancies and premalignancies: facts and controversies. *Clin Dermatol* 2013;31(4):362-373.
2. Kim JJ, Andres Neck B, Goldie SJ. The value of including boys in an HPV vaccination programme: a cost effectiveness analysis in a low-resource setting. *Br J Cancer* 2007;97:1322-1328.
3. Dasan S, Neill SM, Donaldson DR, Scott HJ. Treatment of persistent pruritus ani in a combined colorectal and dermatological clinic. *Br J Surg* 1999;86(10):1337-1340.
4. Groves JE. Taking care of the hateful patient. *N Engl J Med* 1978 Apr 20;298(16):883-887.
5. Kugler K, Brinkmeier T, Frosch PJ, Uter W. Anogenital dermatoses - allergic and irritative causative factors. Analysis of IVDK data and review of the literature. *J Dtsch Dermatol Ges* 2005;3(12):979-986.
6. Hervella M, Montón S, Calvo A, Erce R, Cires M. Allergic Contact Dermatitis in patients with perianal complaints. *Contact Dermatitis* 2006;55(S1):44.
7. González-Pérez R, Sánchez-Martínez L, Piqueres-Zubiaurre T, Urtaran-Ibarzábal A, Soloeta-Arechavala R. Patch testing in patients with perianal eczema. *Actas Dermosifiliogr* 2014(2). <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2013.12.009>

Incontinencia fecal y estreñimiento

Mario de Miguel Velasco.

Fabiola Oteiza Martínez.

*Unidad de cirugía colo-rectal y proctología.
Complejo Hospitalario de Navarra (Pamplona).*

María Luisa Garcés Dúcar.

*Atención Primaria. Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud de San Juan (Pamplona).*

INCONTINENCIA FECAL (IF)

Se define como la incapacidad para retener los gases y/o el material fecal hasta que su expulsión sea socialmente aceptable. Su prevalencia puede alcanzar el 6,2% y en ancianos el 25%. Ocasiona importantes alteraciones en la vida de los pacientes. Los médicos de cabecera pueden realizar un diagnóstico precoz al tener la confianza suficiente con sus pacientes para que les expresen estos síntomas.

Clasificación - etiología

Podemos distinguir tres tipos de incontinencia:

- De urgencia: la pérdida de heces se produce a pesar de querer detener la defecación. Se debe generalmente a una disrupción esfinteriana.
- Pasiva: la pérdida de gases y/o heces se produce sin tener consciencia de ello. Esto responde a una pérdida de percepción y/o mal funcionamiento de los reflejos rectoanales.
- Soiling o ensuciamiento: manchado de la ropa interior por pérdida de heces sin conocimiento. Ocurre por una evacuación incompleta o una alteración de la sensibilidad anorectal. También puede presentarse de forma transitoria después de cirugía anal.

Diagnóstico

Puede resultar complicado debido a que la mayoría de las personas que la padecen no lo consultan con su médico por vergüenza y/o desconocimiento de las posibilidades terapéuticas. Para su diagnóstico es esencial su sospecha, para poder evaluar su severidad, su impacto sobre la calidad de vida, su etiología, e indicar el tratamiento más adecuado que puede reducir su gravedad y en algunos casos llegar a eliminarla.

- Anamnesis:

- Es fundamental que el paciente se sienta cómodo y relajado. Se debe encontrar un vocabulario adecuado y entendible por ambos. A veces los pacientes describen la IF como diarrea, urgencia fecal o prurito. Se deben conocer antecedentes personales (diabetes, enfermedades neurológicas), duración de los síntomas y/o la asociación con incontinencia urinaria, historia obstétrica (partos vaginales, desgarros, fórceps...), o cirugías anales previas, como factor desencadenante.
- Se analizará la función defecatoria. Cuando la incontinencia se asocia a diarrea se deben indagar los hábitos dietéticos, toma de medicación y/o la presencia de síntomas propios de colon irritable, diarrea infecciosa o enfermedad inflamatoria. El estreñimiento puede dar también incontinencia por rebosamiento.
- Otra forma de obtener información sobre la gravedad de los síntomas es dirigir el interrogatorio para conocer el uso de pañales u otro tipo de protección y cómo repercute la incontinencia sobre su estilo de vida.
- Para evaluar a un paciente y conocer los cambios después de un tratamiento, es necesario entregar al paciente un diario defecatorio.
- Exploración Física: Debe ser sistemática e incluye inspección, palpación de la región perianal y tacto rectal que descarte una tumoración anorectal como causa del ensuciamiento. La inspección nos revelará si existen cicatrices antiguas, la existencia de un ano entreabierto o la ausencia de un tabique ano vaginal.

Tratamiento conservador

- Modificación del hábito defecatorio:
 - Uno de los aspectos importantes a tratar inicialmente en el manejo de la IF es la modificación del hábito intestinal reduciendo la frecuencia de las deposiciones y variando la consistencia de las heces.
 - Medidas educacionales: rutina horaria con el objetivo de estar libre posteriormente de un eventual episodio de incontinencia.
 - Dieta rica en fibra y suplementos de la misma para aumentar el volumen de las heces.
 - Tratar la diarrea suspendiendo la medicación y los alimentos que puedan producirla.

- Tratamiento farmacológico:
 - Enemas y supositorios de glicerina y bisacodilo son útiles en incontinencia pasiva y ensuciamiento por evacuación incompleta para conseguir vaciar la ampolla rectal.
 - Medicamentos antiflatulentos (dimeticona o lactasa, carbono activado).
 - Medicamentos antidiarreicos (loperamida, codeína, colestiramina). Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina a dosis bajas, 20-25mg día).
- Biofeedback (ejercicios de Kegel): son una serie de ejercicios de contracción y relajación del músculo pubocoxígeo para fortalecer la musculatura de la zona pélvica y la contracción muscular voluntaria. Se les pueden enseñar a los pacientes e invitarles a que lo practiquen con asiduidad en su domicilio.

Atención Especializada

Una vez instaurado el tratamiento y después de un seguimiento de 6-12 meses, los pacientes que persistan con IF que limite su calidad de vida serán remitidos a consulta especializada.

- Estudios funcionales: Mediante la realización de una ecografía endoanal y/o RM estudiaremos la integridad o disrupción del aparato esfinteriano. La manometría ano-rectal y las pruebas neurofisiológicas permiten la medición de presiones del canal anal, la sensibilidad del recto y el estudio de la inervación local.
- Valoración severidad: se emplea una escala de valoración del grado de severidad de la incontinencia (escala de la Cleveland Clinic), y una escala que permita valorar el impacto de la IF sobre la calidad de vida del paciente (FIQL).
- Tratamiento: Según las causa hay diferentes alternativas. Tratamientos mínimamente invasivos como son el refuerzo en consulta de biofeedback, la inyección de aumentadores del canal anal y la neuromodulación de raíces sacras. Tratamientos invasivos como la reparación quirúrgica de los esfínteres (esfinteroplastia), implante de esfínter artificial o la realización de un estoma definitivo que mejore la calidad de vida del paciente con IF.

ESTREÑIMIENTO

Es un trastorno de la función defecatoria que puede afectar hasta el 30 % de la población. Tiene un impacto sobre la calidad de vida y supone un importante costo sanitario.

Clasificación - etiología

El estreñimiento puede ser Secundario o Primario. Un estreñimiento puede ser secundario a estenosis colorrectales (neoplásicas, inflamatorias), ingesta de fármacos, enfermedades endocrinas (hipotiroidismo) o un déficit de ingesta de fibra. El estreñimiento primario puede ser debido a un Tránsito lento, una Obstrucción a la defecación o asociado a Intestino Irritable.

A su vez la obstrucción a la defecación puede ser debida a alteraciones anatómicas (rectocele, prolapso recto, intususpección rectal o enterocele), o funcional por una contracción anómala de la musculatura del suelo pélvico (disinergia del suelo pélvico).

Diagnóstico

Es importante utilizar unos criterios para su diagnóstico, pues muchas personas refieren tener un estreñimiento y sin embargo no lo padecen. Aunque no hay unos criterios universalmente aceptados los más usados son los Criterios Roma III (tabla 1). Sin embargo no permiten diferenciar los diferentes tipos de estreñimiento.

- Se deben cumplir al menos dos de los siguientes criterios en al menos el 25 % de las deposiciones:
 - Esfuerzo defecatorio importante.
 - Heces duras o en forma de bolas.
 - Sensación de evacuación incompleta.
 - Sensación de defecación obstructiva.
 - Uso de maniobras manuales para defecar.
 - Menos de 3 deposiciones por semana.
- Ausencia de deposiciones blandas a menos que se empleen laxantes.
- Criterios insuficientes para diagnosticar el Síndrome de Intestino Irritable.
- Estos síntomas deben estar presentes durante al menos tres meses y tener una evolución mínima de seis meses.

Tabla 1. Criterios Roma III

Es fundamental interrogar sobre los hábitos alimentarios, ingesta de fibra-líquidos, y consumo de fármacos que pudieran ser causa de un estreñimiento secundario. Es importante recoger si el estreñimiento se acompaña de otros síntomas como sangrado. Hay que conocer antecedentes de enfermedades como un hipotiroidismo.

Se puede usar un diario defecatorio para conocer el ritmo deposicional y la presencia de síntomas para su diagnóstico.

Tratamiento

Las guías actuales aconsejan seguir un algoritmo terapéutico:

- **Fibra:** una dieta con fibra mejora la frecuencia defecatoria; se debe acompañar de una ingesta diaria de 1,5 - 2 litros de líquidos.
- **Agentes de volumen:** el uso de agentes formadores de masa con una adecuada ingesta de líquidos, aumenta el volumen de las heces y mejora la frecuencia defecatoria. Los más usados son el *Plantago ovata* (psyllium), la Metilcelulosa y el salvado.

El tratamiento con suplementos de fibra y agentes de volumen, junto con una adecuada ingesta de líquidos, va a permitir solucionar los síntomas del estreñimiento en la mayoría de los casos.

- **Laxantes:** su uso está indicado en caso de fracaso de la fibra y agentes de volumen. Se aconseja iniciar con laxantes osmóticos (lactulosa, sorbitol, hidróxido de magnesio, polietilenglicol). Es necesario ajustar la dosis de manera ascendente de acuerdo a su efecto.

En caso de no respuesta a los laxantes osmóticos se pueden usar los laxantes estimulantes (sen, cáscara sagrada, bisacodilo). Estos fármacos actúan estimulando las contracciones peristálticas y reducen la absorción de agua. La dosis a emplear es la mínima efectiva.

- **Procinéticos:** En casos severos que no han respondido a los laxantes, se puede indicar tratamiento con Prucaloprida, que no tiene efectos adversos cardiovasculares significantes.
- **Enemas/microenemas/supositorios:** su uso debe ser ocasional en casos de dificultad evacuatoria o impacción fecal.

Atención Especializada

En la mayoría de los casos no va a ser necesario derivar los pacientes con un estreñimiento crónico a Atención Especializada. Sólo se derivarán aquellos con síntomas severos que no responden a los tratamientos habituales.

- **Estudios funcionales:** No están indicados de forma rutinaria en un estreñimiento crónico:
- **Velocidad de tránsito cólico:** se basa en la ingestión de unos marcadores

radiopacos y realizar una radiografía de abdomen para valorar su distribución en el colon. Es la prueba específica para el diagnóstico del tránsito lento.

- Manometría ano-rectal: permite valorar alteraciones del canal anal como aumento del tono, contracción paradójica, alteraciones del umbral sensitivo o del volumen tolerable.
- Videodefecografía: se basa en un estudio dinámico de la defecación con contraste en recto e intestino delgado, que permite valorar sobre todo la defecación obstructiva.
- Scores: permiten una valoración de la severidad del estreñimiento. El más usado es el llamado Cleveland Clinic Constipation Score o Score Wexner.

Tratamiento

- Biofeedback: se basa en una reeducación de la defecación monitorizando con manometría o electromiografía la contracción del esfínter anal; está indicada en el tratamiento de la disinerjia del suelo pélvico.
- Cirugía: sólo indicada en pacientes con síntomas severos que producen un gran impacto en la calidad de vida y que no han respondido al resto de medidas. En caso de tránsito lento se puede realizar una colectomía total con anastomosis ileo-rectal. Si hay alteraciones anatómicas como rectocele, enterocele o prolapso de recto, habría que realizar técnicas específicas para su corrección; el problema de estas técnicas es que pueden corregir el defecto anatómico pero en muchos casos no se corrige el problema funcional. Recientemente se ha propuesto en caso de fracaso de otros tratamientos la Neuromodulación de Raíces Sacras.

ESTREÑIMIENTO Y CÁNCER

El síntoma estreñimiento crónico de forma aislada tiene un bajo riesgo de asociarse con un cáncer colorrectal. La realización rutinaria de estudios complementarios en pacientes con un estreñimiento no es necesaria si no hay otros síntomas de alarma. Se consideran datos de alarma para su derivación a atención especializada para realizar una colonoscopia: cambio reciente del ritmo defecatorio, especialmente en mayores de 50 años, rectorragias, sangre mezclada con las heces, pérdida de peso, deficiencia de hierro con o sin anemia o historia familiar de cáncer colorrectal.

BIBLIOGRAFIA

1. Ratto C, Doglieto GB. Fecal incontinence: diagnosis and treatment. Milan; New York: Springer 2007.
2. Dunivan GC, Heymen S, Palson OS, et al: Fecal incontinence in primary care: prevalence, diagnosis, and health care utilization. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202:493.
3. Jorge J, Wexner S. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993;36:77-97.
4. Wilson M. Guidelines for managing faecal incontinence. *NirsTimes* 2007; 103: 42-3.
5. Delgado Aros S, Silveira RS, Sala M, et al. Characteristics of primary care processes for the treatment of faecal incontinence in an urban area. *Colorectal Dis* 2011; 13 1417-21
6. Brandt LJ, Prather CM, Quigley EM, Schiller LR, Schoenfeld P, Talley NJ. Systematic review on the management of chronic constipation in North America. *Am J Gastroenterol* 2005;100 Suppl1:S5-S21
7. Longstrech GF Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1480-1491
8. Yang J, Wang HP, Zhou L, Xu CF. Effect of dietary fiber on constipation: a metanalysis. *World J Gastroenterol* 2012;18:7378-83
9. Bove A, Bellini B, Battaglia E, Bocchini R, Gambaccini D, Bove V et al. Consensus statement AIGO/SICCR diagnosis and treatment of chronic constipation and obstructed defecation (Part II: treatment). *World J Gastroenterol* 2012;18:4994-5013
10. Leung L, Riulla T, Kotecha J, Rosser W. Chronic Constipation: an evidence-based review. *J Am Board Fam Med* 2011;24:436-451.
11. Agachan F, Chen T, Pfeifer J, Reissman P, Wexner SD. A constipation scoring system to simplify evaluation and management of constipated patients. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 681-685.
12. Ortiz H, De Miguel M, Rinaldi M, Oteiza F, Altomare D. Functional outcome of sacral nerve Stimulation in patients with severe constipation. *Dis Colon Rectum* 2012; 55:876-880
13. Adelstein BA, Macaskill P, Chan SF, Katelaris PH, Irwing L. Most bowel cancer symptoms do not indicate colorectal cancer and polyps: a systematic review. *BMC Gastroenterology* 2011;11:65
14. Paré P. The approach to diagnosis and treatment of chronic constipation: suggestions for a general practitioner. *Can J Gastroenterol* 2011; 25 SupB:36B-40B.

Con la colaboración de



www.boiron.es