

SESIÓN 8: PATOLOGÍA ANORECTAL, MELANOMA

Dr. Denzil Garteiz Martínez MD FACS

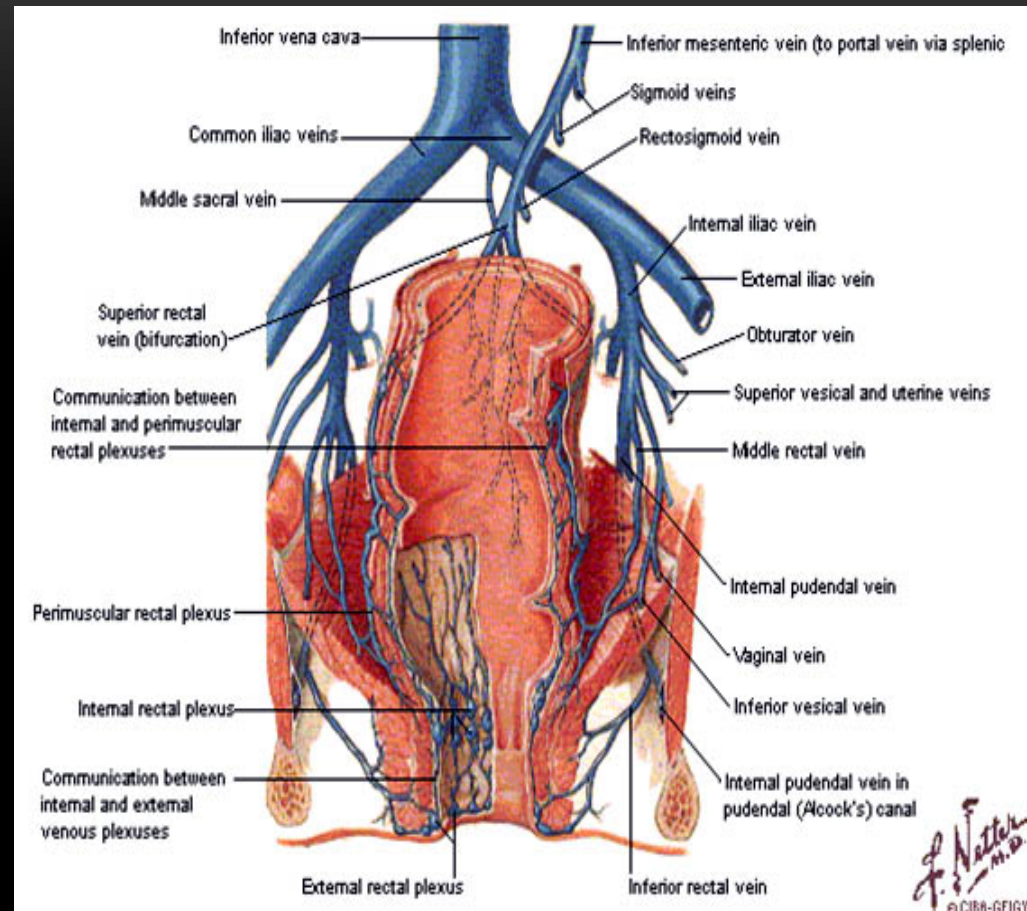
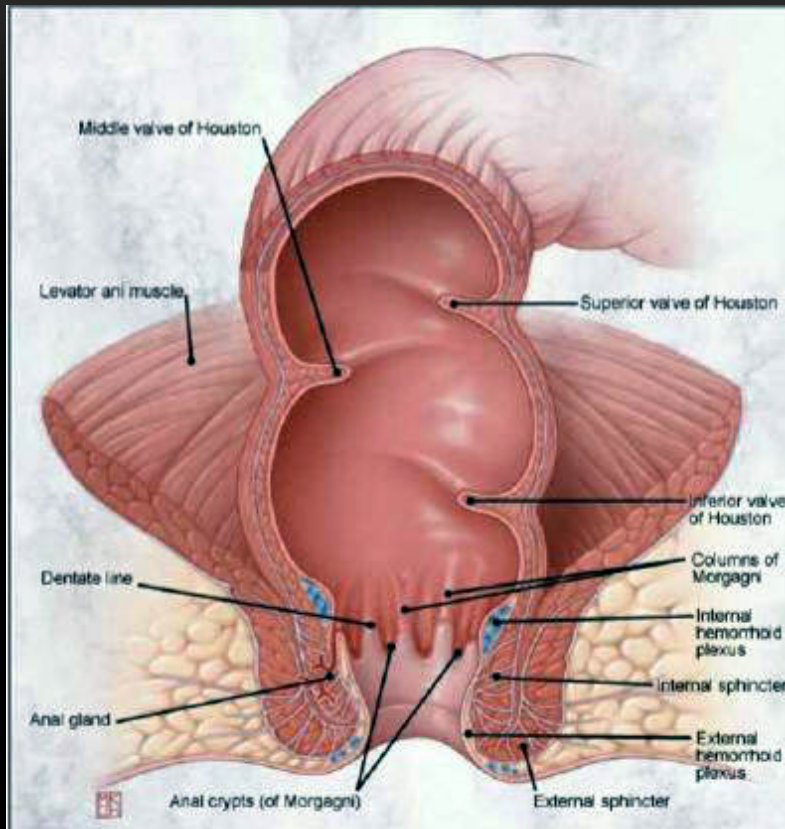


Facultad de
Ciencias de la Salud

PATOLOGIA ANORECTAL

- Hemorroides
 - Fisuras
 - Abscesos
 - Fístulas
- Masculino de 30 años de edad acude a urgencias por dolor rectal al evacuar. Refiere sangrado ocasional también durante la defecación. Refiere estreñimiento crónico.

ANATOMIA



F. S. Netter M.D.
© CIBA-GEIGY

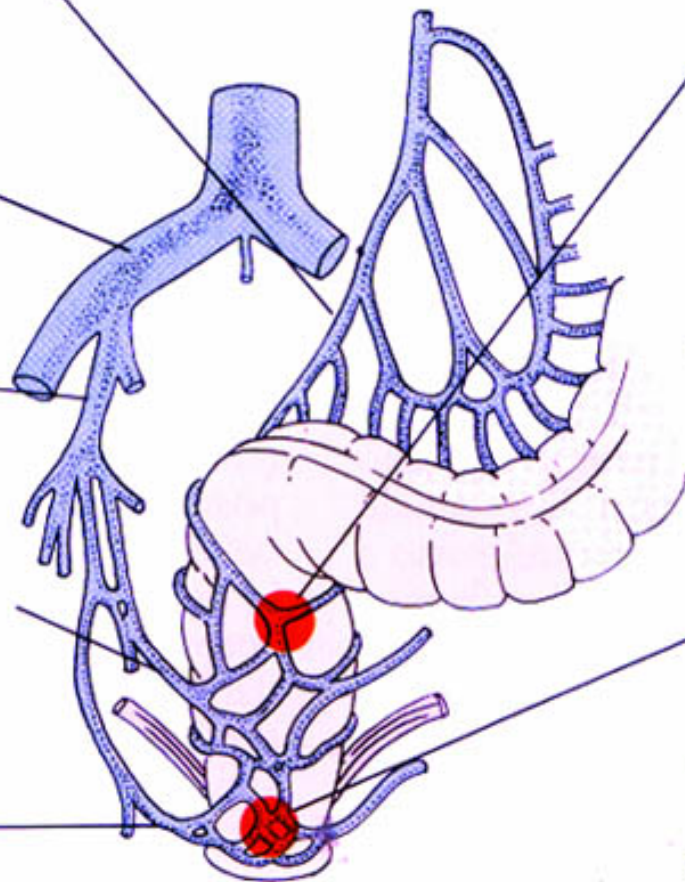
Vena emorroidaria superiore

Vena iliaca comune

Vena iliaca interna (ipogastrica)

Vena emorroidaria mediana

Vena emorroidaria inferiore



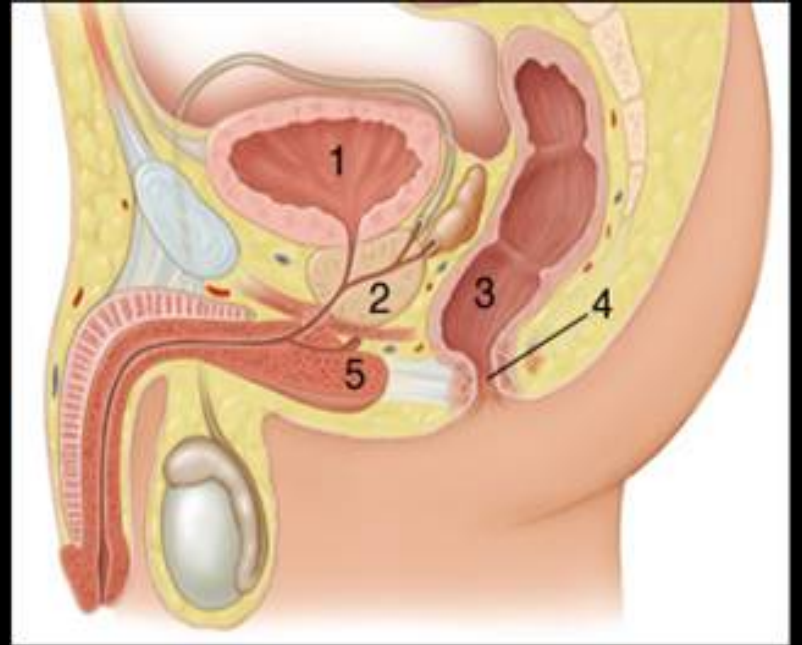
Le emorroidi interne
sono rami terminali dilatati del plesso venoso emorroidario superiore che confluisce nel sistema portale attraverso le vene emorroidaria superiore e mesenterica inferiore

Le emorroidi esterne
sono rami terminali dilatati del plesso venoso emorroidario inferiore che confluisce nella vena cava inferiore attraverso le vene emorroidaria inferiore e iliaca

Nota. L'ipertensione portale può provocare aumento del ritorno di flusso ematico venoso dal plesso emorroidario superiore, attraverso il plesso emorroidario inferiore, alla circolazione venosa iliaca (sistemica)

Plexo hemorroidal interno → drena al sist portal

Plexo hemorroidal externo → drena a vena cava inferior.

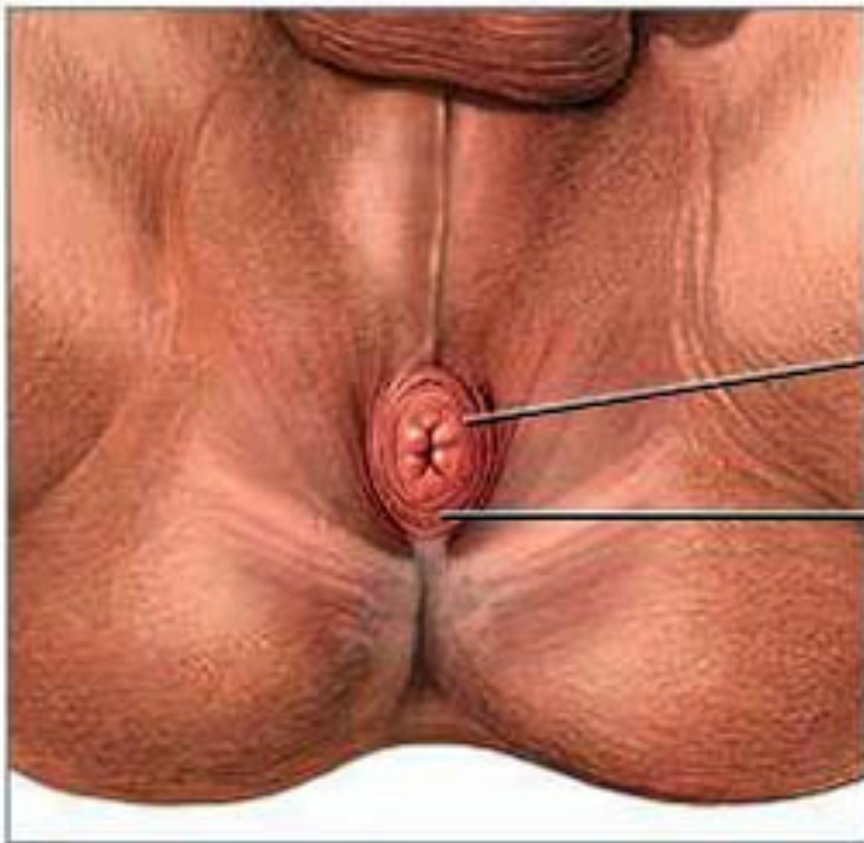


DATOS DE LA HISTORIA CLINICA

- Sangrado, dolor, prurito, secreción y aumento de volumen perianal.
- Dolor:
 - Duración, intensidad, tipo de dolor, a qué se asocia.
- Historia previa
 - Antecedentes de cáncer, radiación pélvica.
 - Enfermedad inflamatoria intestinal
 - Pólipos
 - Inmunocompromiso, Diabetes.
 - Alteraciones en la coagulación.
 - Prácticas sexuales anales.

- Cambios en hábito intestinal o en la forma de las deposiciones.
- Color, consistencia, frecuencia de deposiciones.
- Presencia de **sangre** (principal causa de consulta)
 - mezclada en las deposiciones, se aprecia en el baño o independiente de ellas.
- Eliminación de gases.
- Sangrado rectal indoloro
 - Hemorroides internos
 - Cáncer o lesiones precancerosas.
- Dolor y sangrado brillante o sangre en el papel
 - Fisura o hemorroides externos
- Mucosidad sanguinolenta
 - Cáncer, EII o proctitis.

INSPECCIÓN



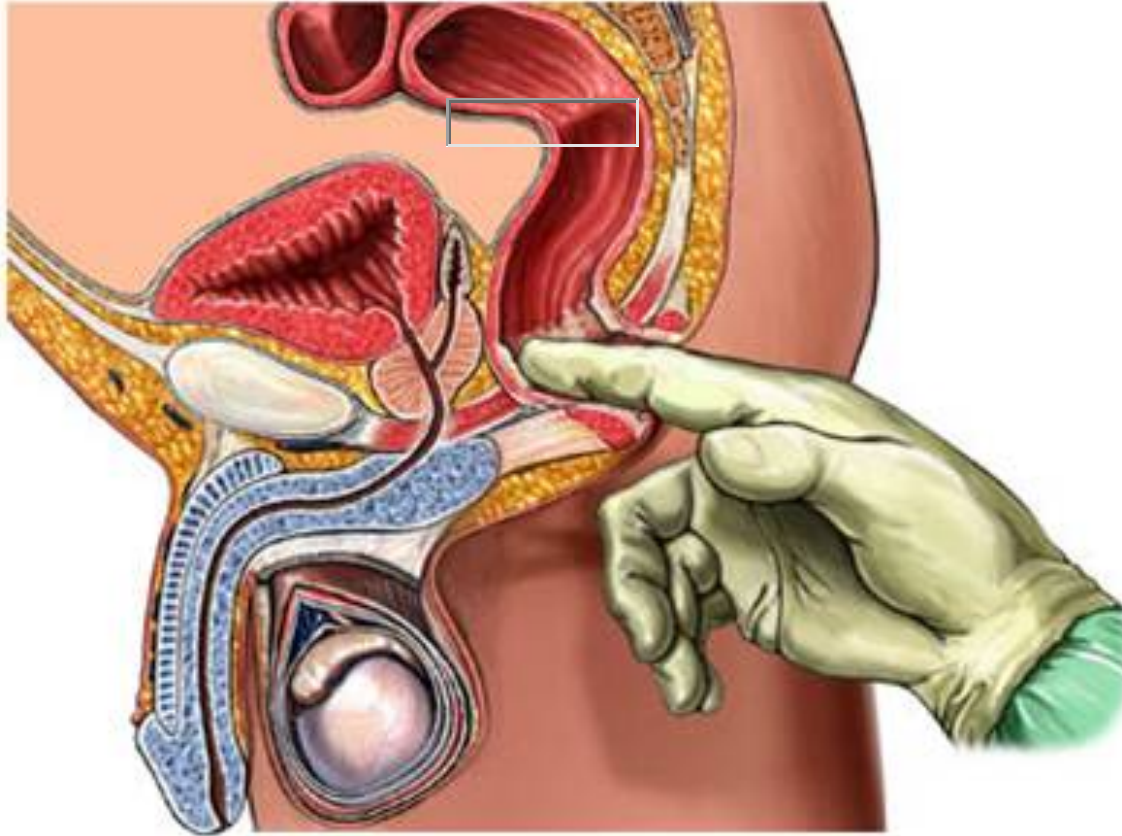
Ano

Esfínter anal
externo

Lesiones
piel, cambios
coloración,
masas.

Palpación
masas para
evaluar
induración y
dolor.

TACTO RECTAL

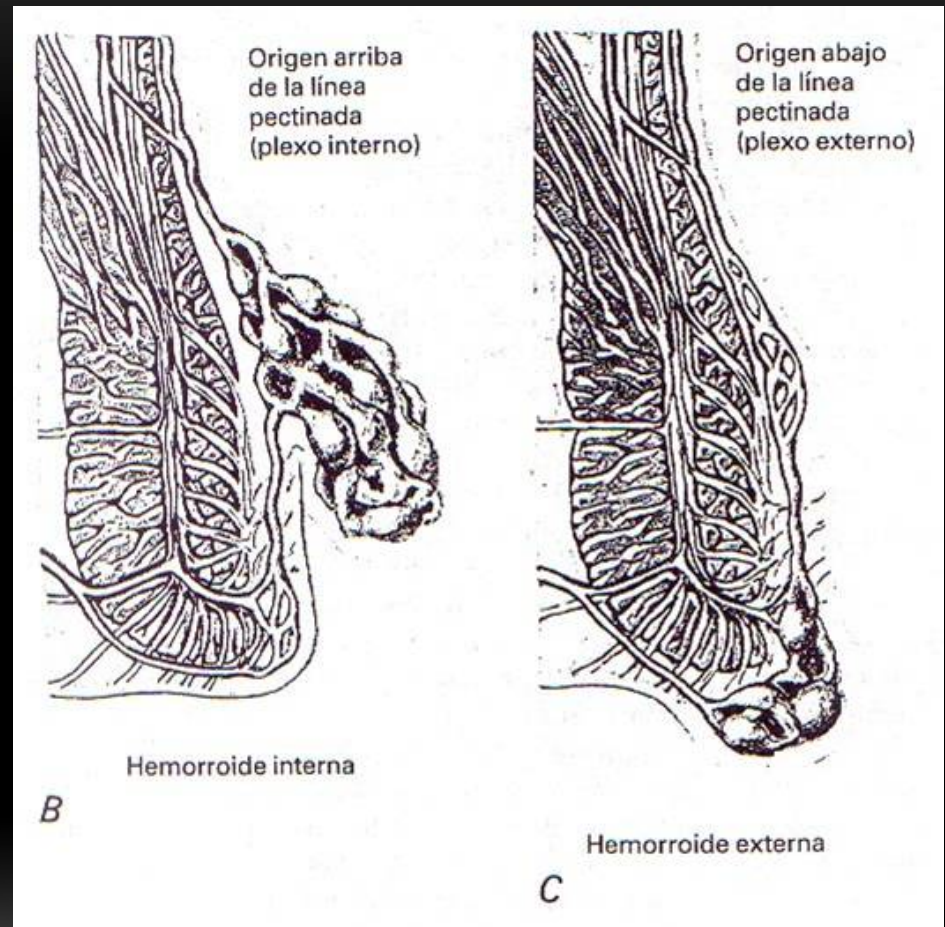


- Evaluar integridad del piso pélvico, paredes y contenido rectal.
- Areas de induración, próstata, etc

HEMORROIDES

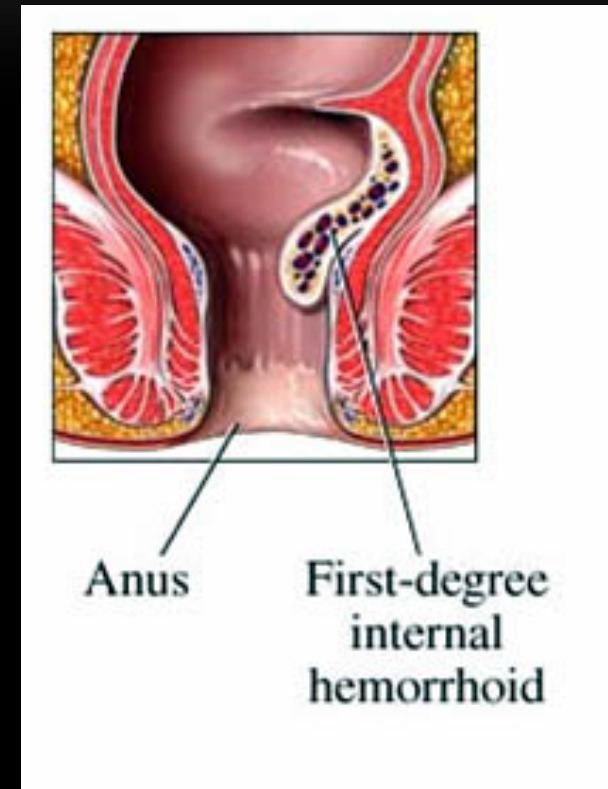
INTERNOS

- Suprapectíneos
- Plexo submucoso
- Drenaje venoso portal
- Inervación escasa



HEMORROIDES INTERNOS

- Se clasifican en 4 según el grado de prolapso.
- H. Internos no son palpables!, a no ser que estén prolapsados.
- Si hay descarga mucosa sanguinolenta → sospechar prolapso.



GRADO

CARACTERÍSTICAS

Grado I

Hemorroides sobresalen en la luz del canal anal, no prolapsan, pueden producir sangrado

Grado II

Hemorroides con sangrado que se proyectan hacia fuera durante una evacuación, pero se reducen espontáneamente

Grado III

Hemorroides con sangrado, que protruyen espontáneamente en la evacuación y requieren reducción manual

Grado IV

Hemorroides con sangrado, que se prolapsan permanentemente y son irreductibles manualmente

HEMORROIDES INTERNAS

MANEJO

- Poco dolor, reductible:
 - Baños asiento breves, ablandadores, fibra, higiene anal y esteroides tópicos.
 - Reducción manual.



HEMORROIDES INTERNAS

MANEJO

- Sangrado: manejo no quirúrgico
 - Responden a lubricante de deposiciones y ablandadores, reducción de alimento poco digerible en la dieta (nueces, popcorn)



HEMORROIDES INTERNOS

MANEJO ENDOSCÓPICO

- Manejo Endoscópico
 - Ligadura con bandas elásticas.
 - Escleroterapia.
 - Fotocoagulación infraroja.
 - Ablación con láser.
 - Dióxido de carbono.

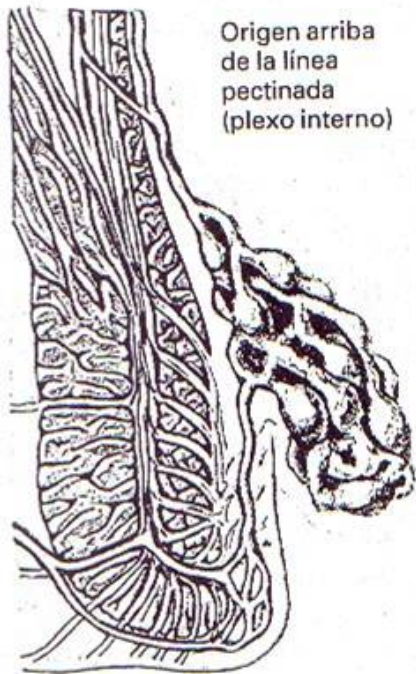
HEMORROIDES INTERNOS

MANEJO QUIRÚRGICO

Hemorroidectomía:

- a) Falla manejo médico y endoscópico.
 - b) Otra patología benigna rectal concomitante (fístula, fisura).
 - c) Preferencia del paciente.
 - d) Hemorroides grado 3 o 4 con sintomatología severa.
-

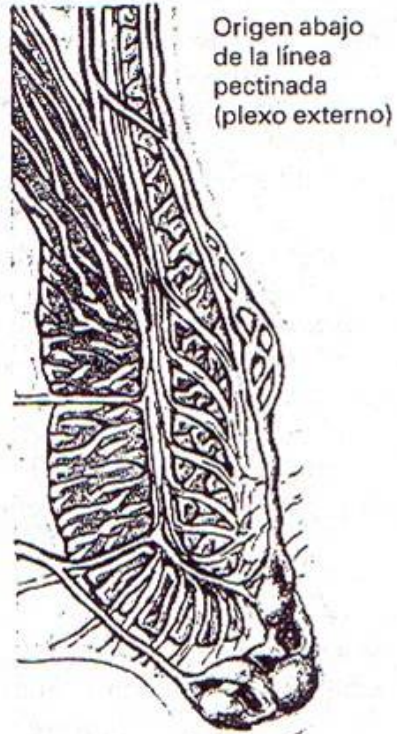
HEMORROIDES



Origen arriba
de la línea
pectinada
(plexo interno)

Hemorroide interna

B



Origen abajo
de la línea
pectinada
(plexo externo)

Hemorroide externa

C

EXTERNOS

- Infrapectíneos
- Plexo subcutáneo
- Drenaje venoso a la cava
- Ricamente innervado

HEMORROIDES EXTERNOS

- Manejo médico
 - Baños asiento (calor relaja el esfínter), o toalla húmeda en decúbito lateral.
 - Analgésicos.
 - Ablandador deposiciones.

 - Dolor sólo si están trombosados
-

HEMORROIDES EXTERNAS

TROMBOSIS HEMORROIDAL

- Trombo o coágulo dentro del lumen venoso.
 - Inicio brusco, y dolor intenso permanente.
 - Dolor aumenta con las maniobras de Valsalva o al sentarse.
 - No hay relación con la defecación.
-

HEMORROIDES EXTERNAS

TROMBOSIS HEMORROIDAL

- No hay relación entre el tamaño de la tumefacción y la intensidad del dolor.
 - La trombosis se produce en crisis de estitiquez y/o diarrea y también se asocia a esfuerzos físicos exagerados.
 - Existe relación con la ingesta de aliños, condimentos y alcohol.
-

HEMORROIDES EXTERNOS

TROMBOSIS HEMORROIDAL

- La inspección anal confirma el diagnóstico.
- Tumefacción subcutánea azulada, firme y dolorosa a la presión.
- Puede existir, edema severo ocultando el coágulo.



TROMBOSIS HEMORROIDAL

TRATAMIENTO MÉDICO

- Trombosis relativamente indolora de tamaño moderado.
- Trombosis acompañadas de edema.
 - Reposo
 - Calor local húmedo (baños de asiento)
 - Analgésicos
 - Ablandador las deposiciones

TROMBOSIS HEMORROIDAL

TRATAMIENTO MÉDICO

- Evolución favorable, desaparece el dolor en 2 a 7 días.
- La tumefacción disminuye con diversos grados de rapidez (1 a 6 semanas).
- Nunca hemorroidectomía quirúrgica en agudo.

TROMBOSIS HEMORROIDAL

MANEJO

- Paciente muy sintomático:
 - Dolor intenso u obstrucción anal.
 - Drenaje, que puede ser hecho en el Servicio de Urgencia.

FISURA

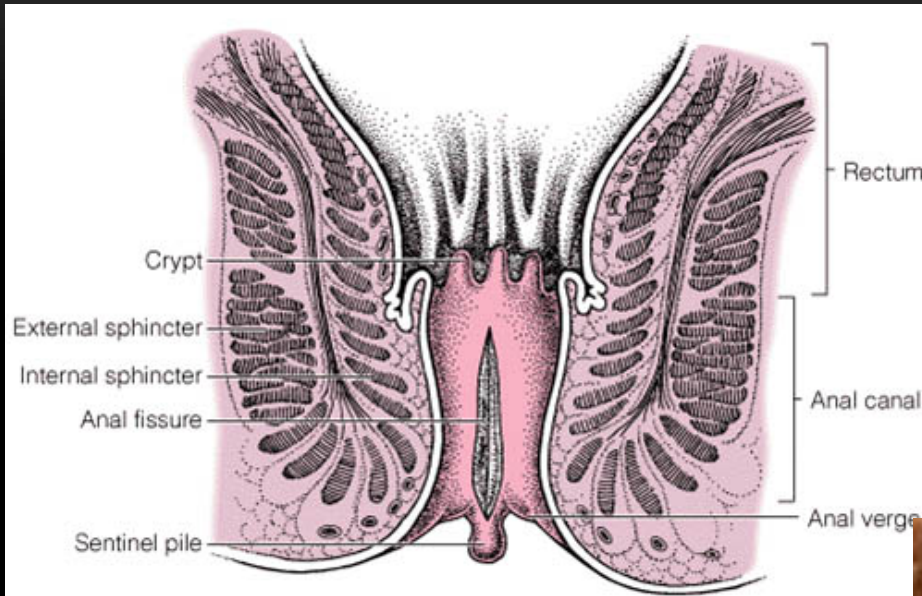


FIGURE 109-1. Anorectal fissure.



FISURA ANAL AGUDA

- Solución de continuidad en el anodermo, distal a la línea Pectínea, hasta el margen anal.
- Mayoría son idiopáticas.
- Otras etiologías:
 - Trauma (paso de deposiciones duras o diarrea severa)
 - Infecciones
 - Aumento de la presión del esfínter anal.

FISURA ANAL AGUDA

- Se ubican en la línea media, que es el punto estructural más débil (90% posteriores, 10% anteriores)
- Fisuras laterales
 - Crohn, tuberculosis, cáncer, sífilis, prurito anal crónico, linfogranuloma venéreo, SIDA, etc.

FISURA ANAL AGUDA

- Gran dolor rectal al obrar, puede provocar lipotimia.
- Dolor no es proporcional al tamaño de la fisura.
- Dolor de inicio súbito, que persiste varias horas después de la defecación.
- Puede acompañarse de sangrado escaso.

FISURA ANAL AGUDA

- Difícil visualización por dolor.
- Tono esfínter anal muy aumentado.
- Idealmente observar con anoscopio.
- Utilizar lidocaina en gel para examinar.

- Retracción lateral alrededor del ano para observarla.

FISURA CRONICA

- Triada de Brodie

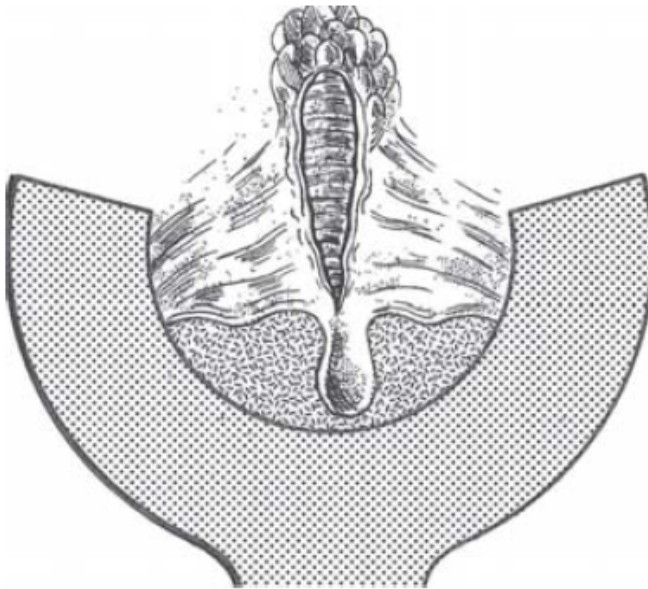
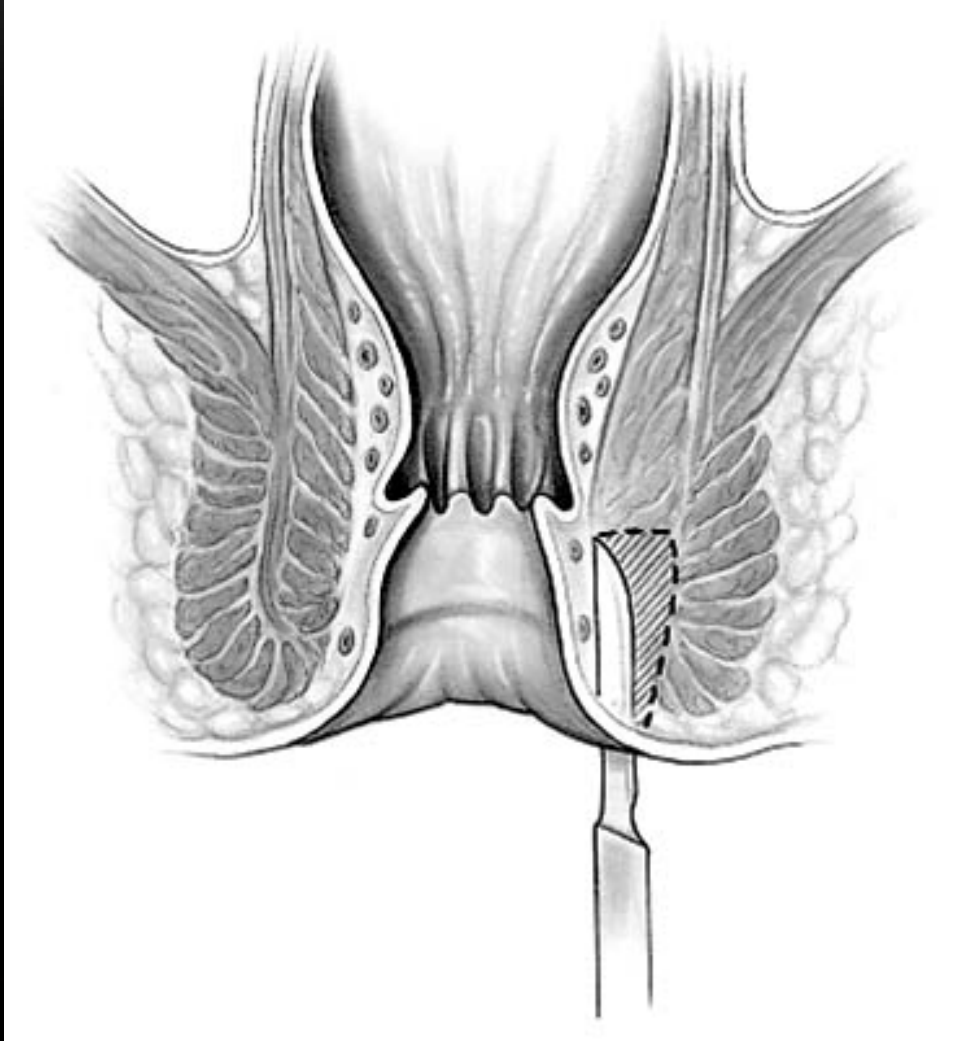


Fig. 1. Fisura anal crónica (triada de Brodie): 1) papila anal hipertrófica, 2) úlcera y 3) colgajo cutáneo o "hemorroide centinela".

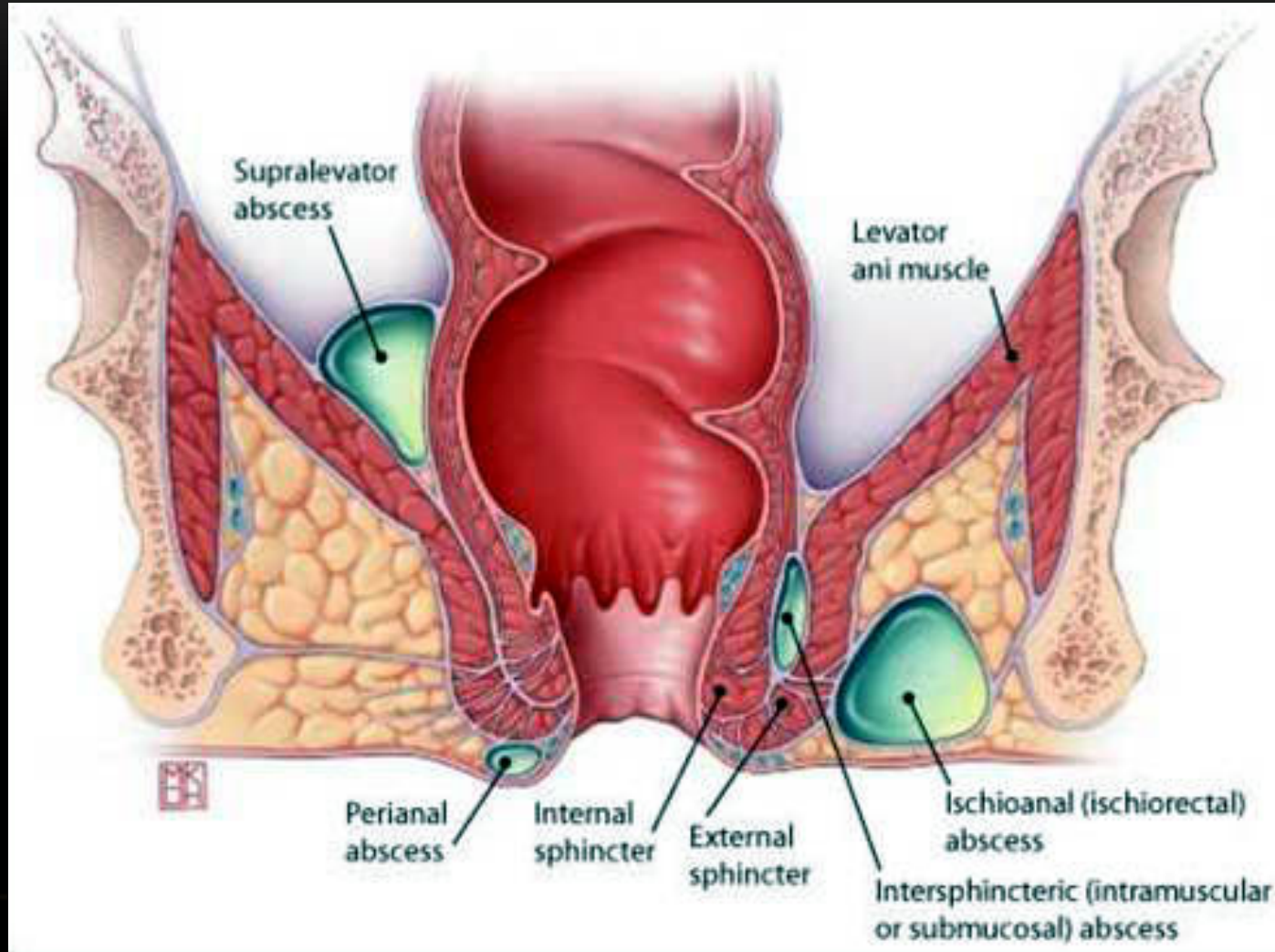


ESFINTEROTOMÍA LATERAL



- Sección del esfínter interno en porción distal.
- Ocasional incontinencia.

ABSCEOS ANORECTALES





ABSCESO ANORRECTAL

- Se origina en una cripta anal que se traumatiza e infecta → por canales anales → espacio interesfinteriano → espacios perirrectales → absceso.
 - Perianal (40-45%)
 - Isquiorectal (20-25%)
 - Submucoso o interesfintérico (20-25%)
 - Supraelevador (<5%)

ABSCESO ANORRECTAL

- Frecuente entre los 20-40 años
- Hombre:Mujer = 3:1
- Predisponentes
 - Crohn, Cáncer, TBC, fisuras, cuerpos extraños, trauma rectal, inmunosupresión.

ABSCESO ANORRECTAL

- Zona de tumefacción con dolor local intenso, constante y progresivo, y signos de inflamación.
 - De carácter pulsátil que se acentúa al sentarse, toser, estornudar y defecar.
 - En algunos pacientes se agrega calofrío, fiebre y cierto grado de retención urinaria.
-

ABSCESO ANORRECTAL

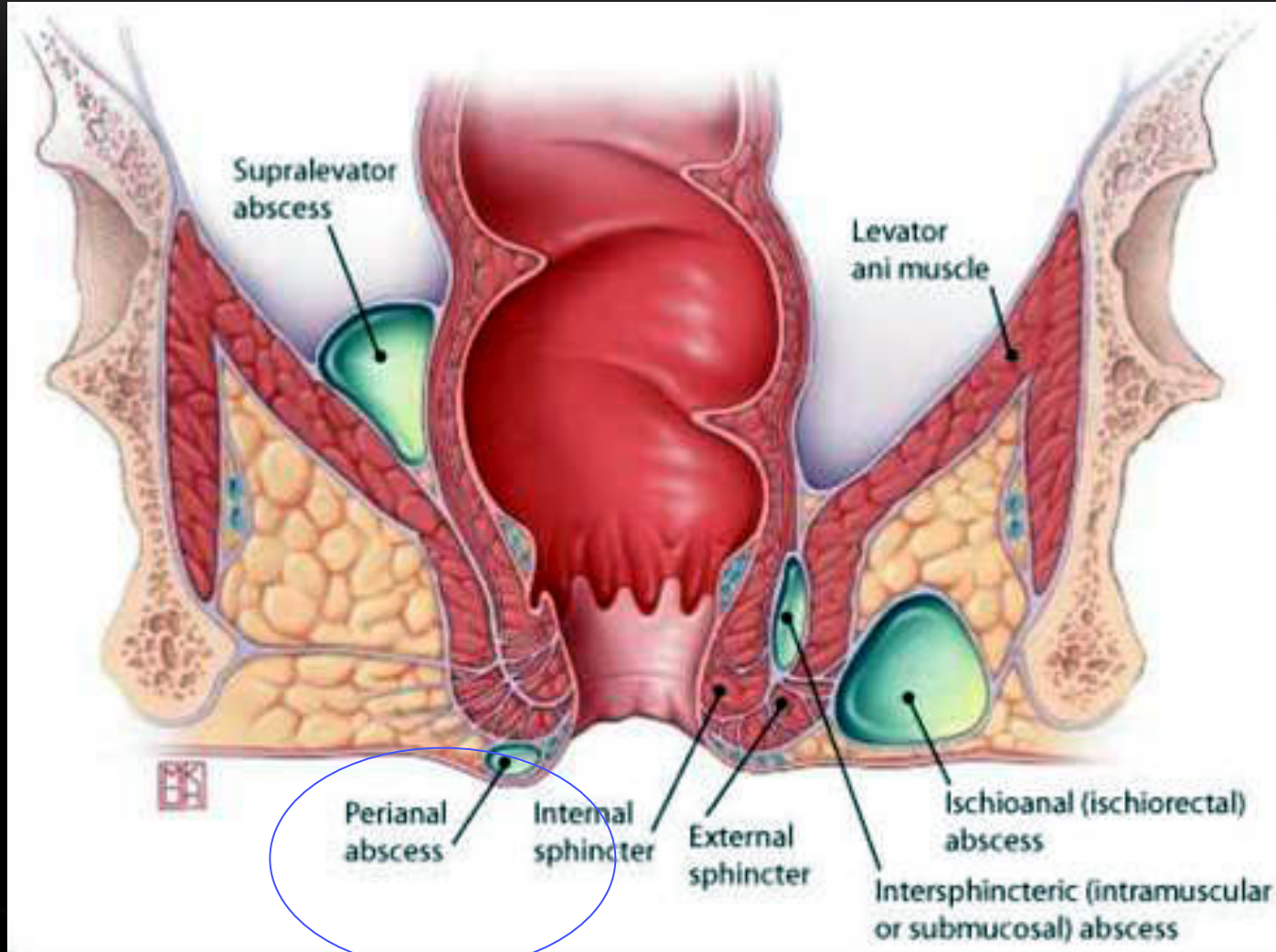
Tratamiento

- Es siempre una urgencia.
- Vaciamiento y drenaje precoz (en cuanto se hace el diagnóstico).
- Drenaje en **pabellón**, con anestesia general o de raquídea.

ABSCESO ANORRECTAL

- Incisiones amplias, en cruz con resección de la piel, que permitan un buen drenaje y debridamiento digital de la cavidad del absceso.
- Antibióticos en el momento del drenaje y en el postoperatorio inmediato.

ABSCEOS ANORECTALES



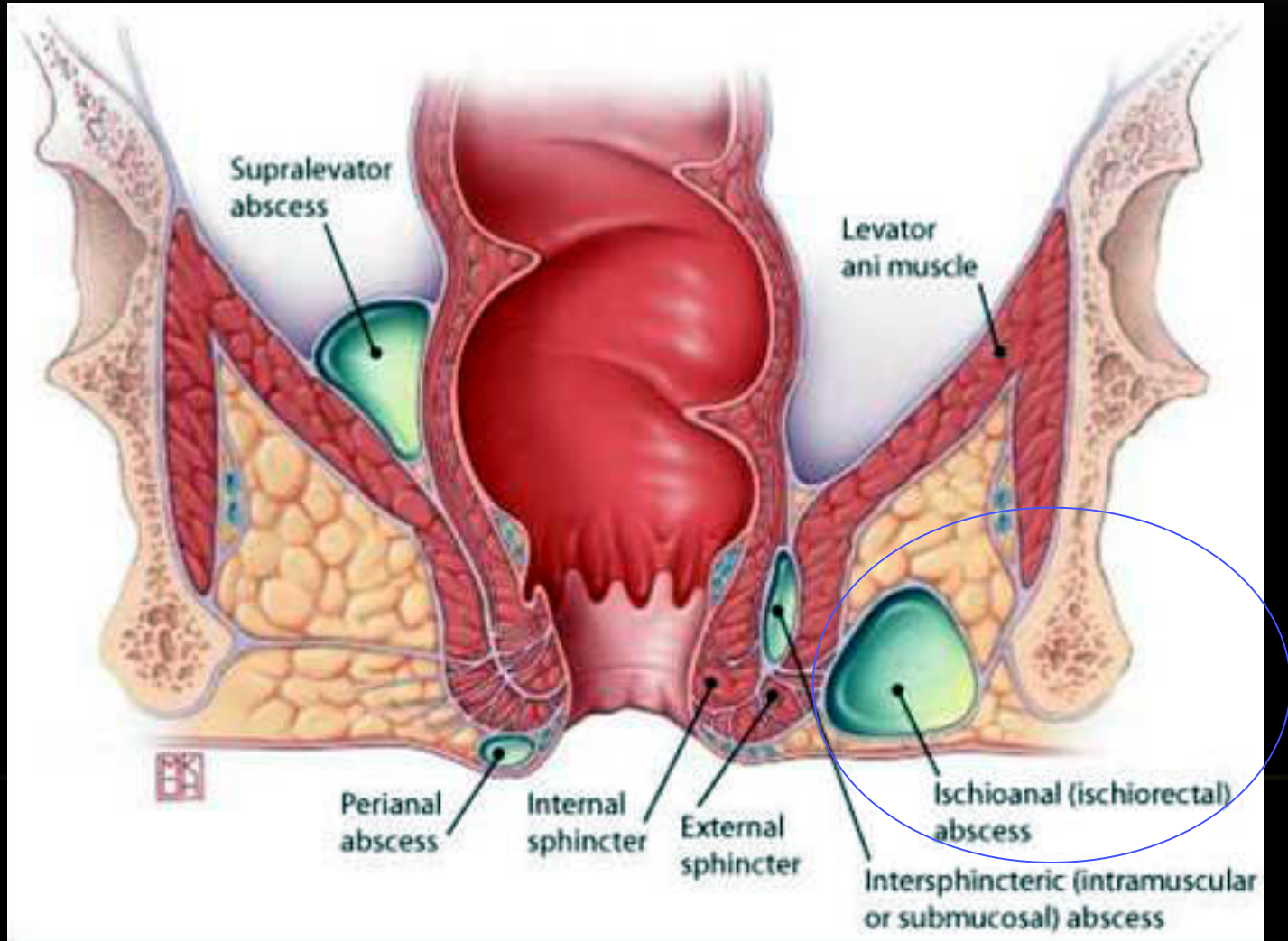


ABSCESOS

Perianal

- 40-45%
- Superficial
- Masa palpable dolorosa cercana al margen anal
- Más fácil de diagnosticar
- Compromiso sistémico muy raro.

ABSCESOS ANORECTALES

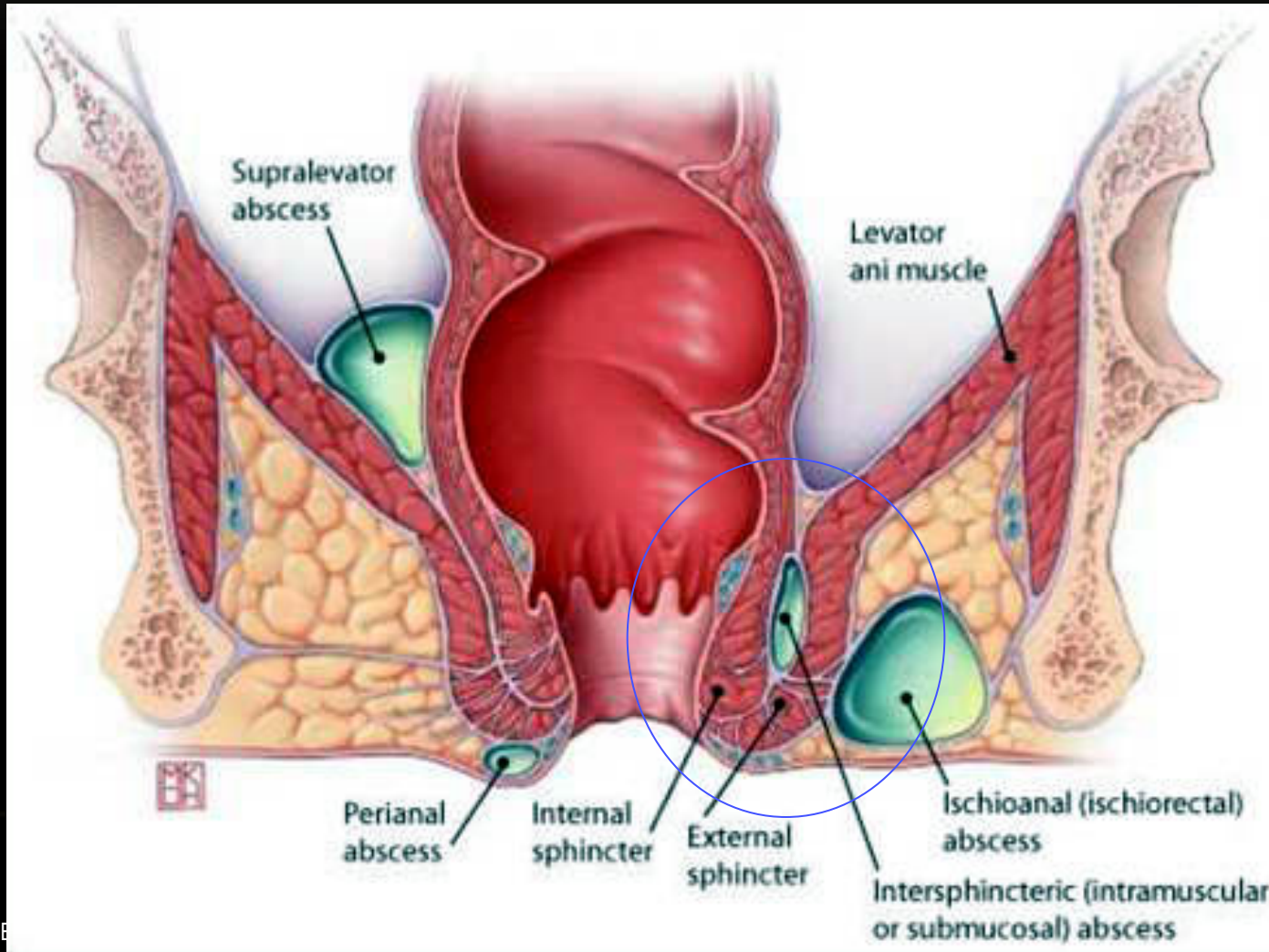


ABSCESOS

Isquiorectal

- 20-25%
 - Fuera de los musculos del esfinter
 - Se logra palpar el TR
 - Profundo
 - Sobre la línea dentada
 - Pueden tener fiebre y leucocitosis
-

ABSCESOS ANORECTALES

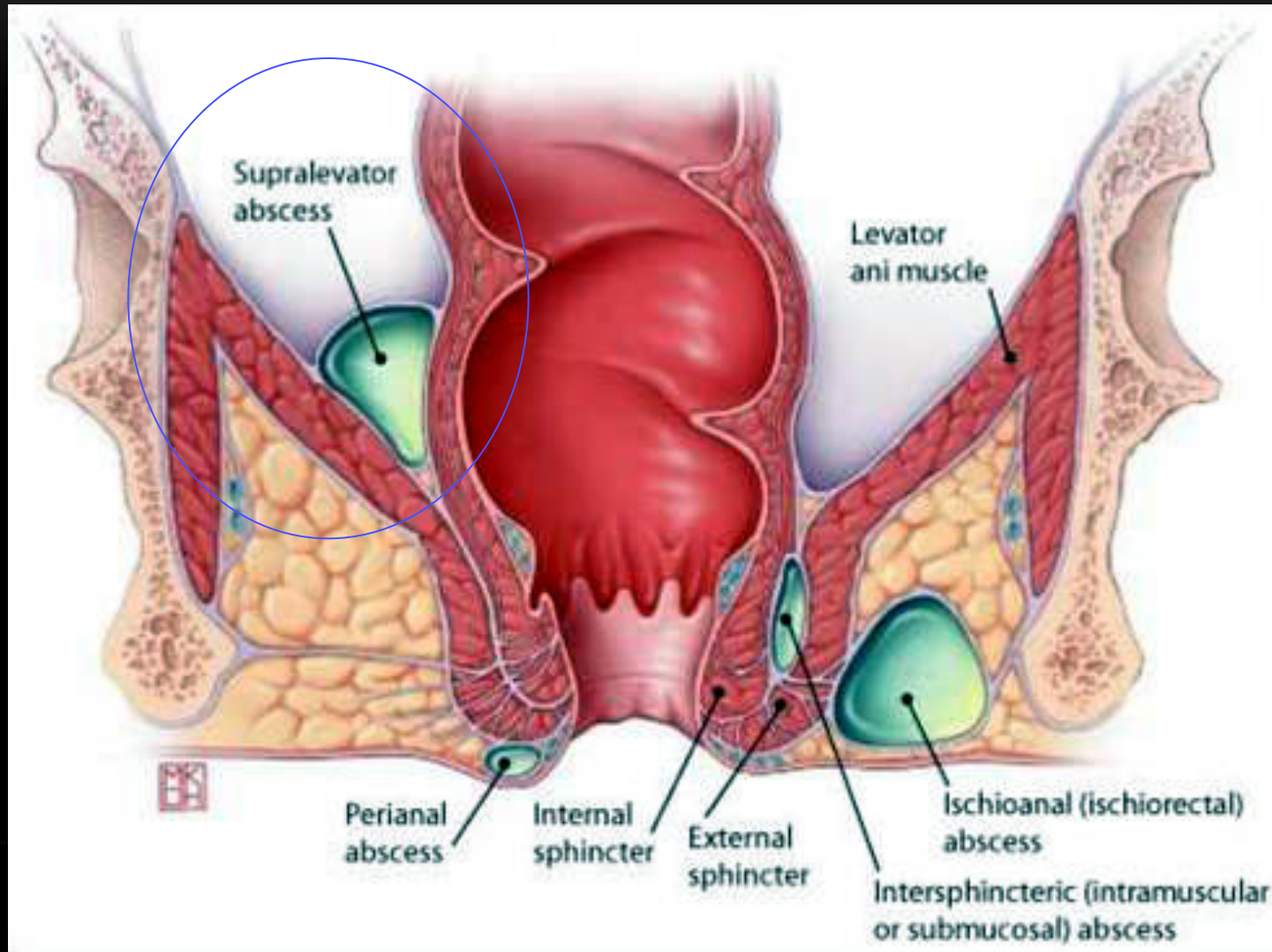


ABSCESOS

Interesfintérico

- 20-25%
 - En el espacio entre ambos esfínteres.
 - Progresa a cefálico, puede ser una masa en el recto.
 - Dolor es de ubicación más alta.
 - No se ve, se logra tocar al TR.
-

ABSCEOS ANORECTALES



ABSCEOS

Suprlevator

- < 5%
- Fiebre
- 20% son postparto, de ubicación posterior al recto, dolor coccigeo.

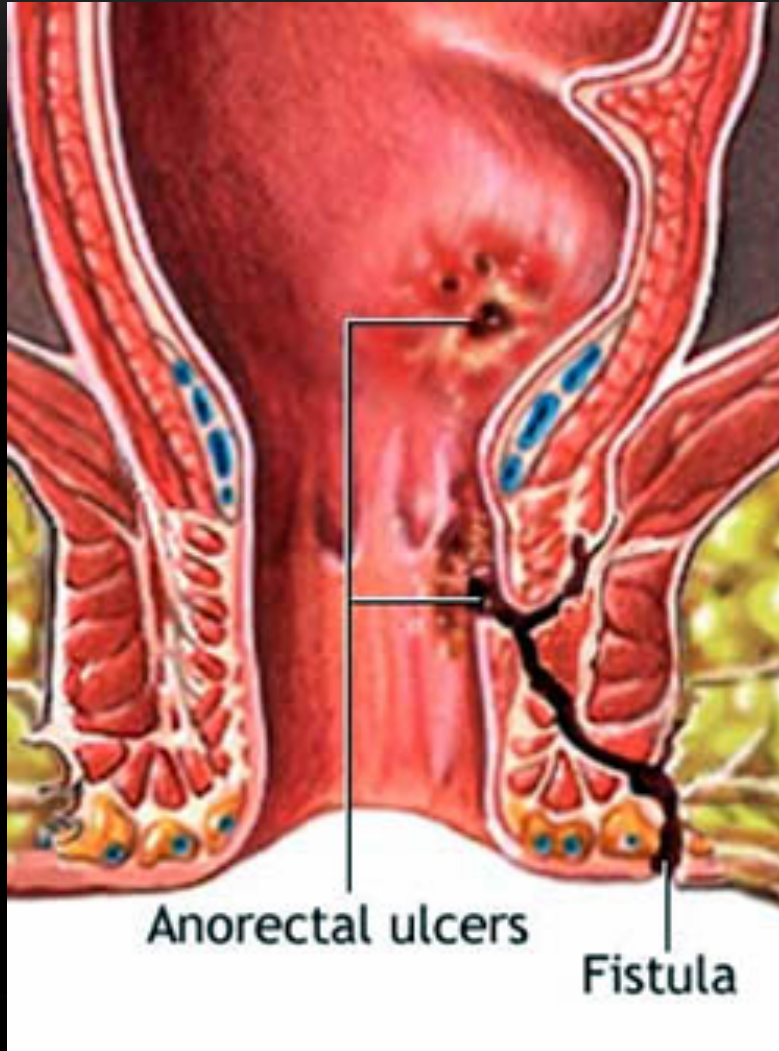
Herradura

- Largo y comunicante, se forma en cualquiera de los espacios (menos perianal)
- Difícil diagnóstico.

ABSCESOS

- **Antibióticos:**
 - Tratamiento primario es DRENAJE
 - Inmunosupresión, diabetes, enf valvular
 - Pacientes febriles
 - 34% de todos los pacientes con SIDA, debutan con abscesos+ fístulas.

FÍSTULAS PERIANALES



- Fístula:
Conexión entre dos superficies epitelizadas como el canal anal y la piel.
- Fístula es la manifestación crónica de un absceso.

FÍSTULAS PERIANALES

- Son el resultado de abscesos perirectales que drenaron (espontánea o quirúrgicamente).

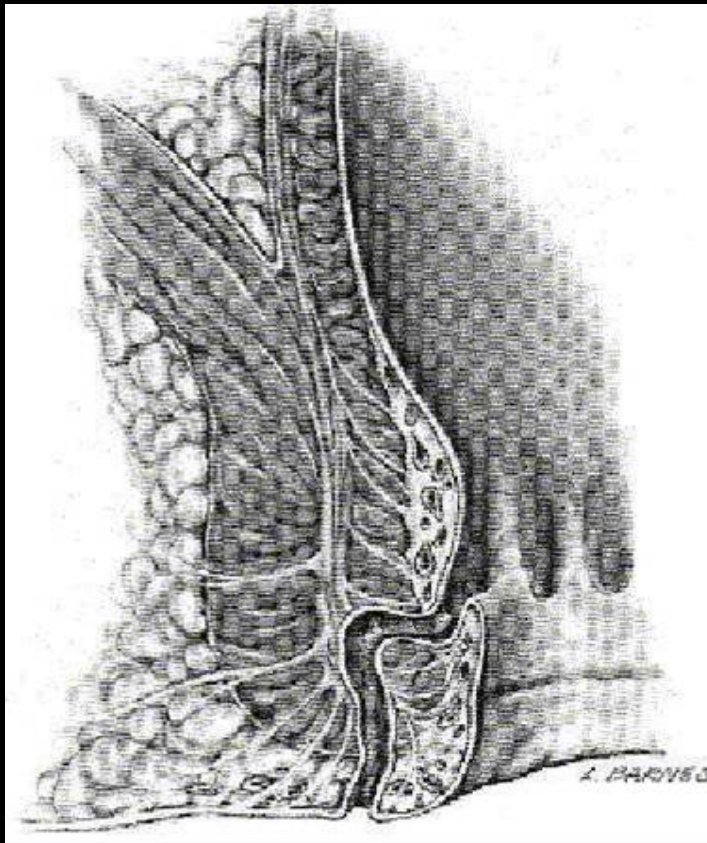


FISTULAS PERIANALES

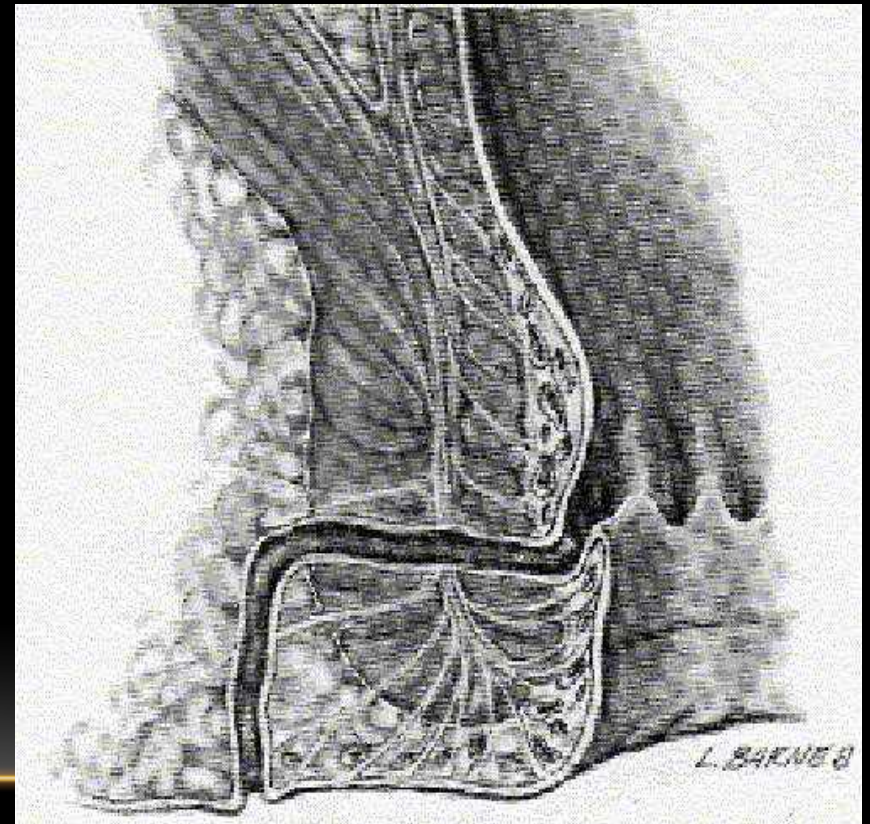
- >50% de los abscesos isquirectales se fistulizarán.
- 4 tipos
 - Interesfintérica (70%)
 - Transesfintérica (25%)
 - Supraesfintérica (5%)
 - Extraesfintérica (1%)

FISTULAS PERIANALES

- Interesfinteriana

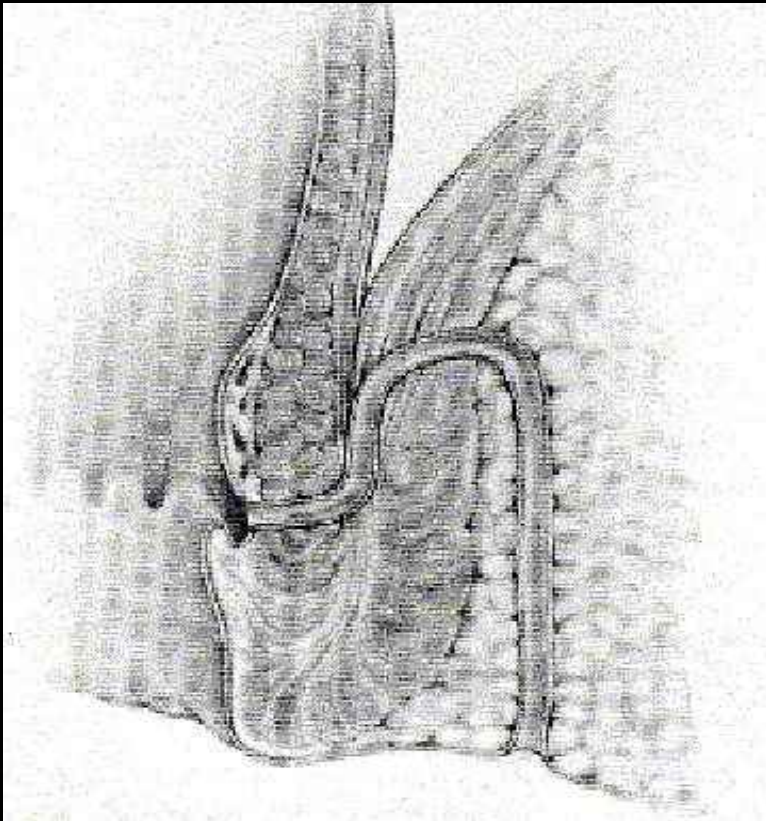


- Transesfinteriana

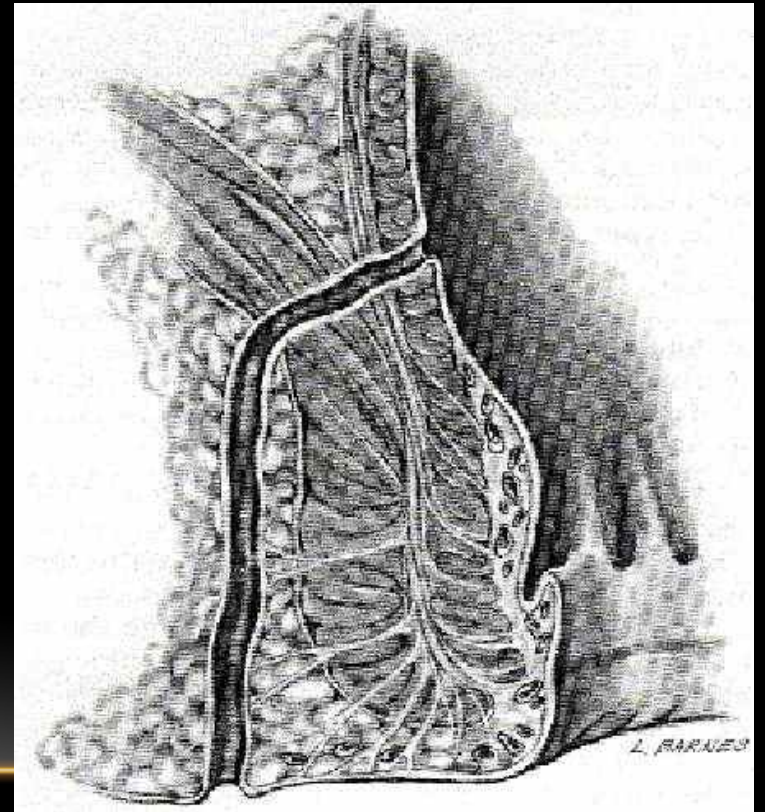


FISTULAS PERIANALES

- Supraesfinteriana



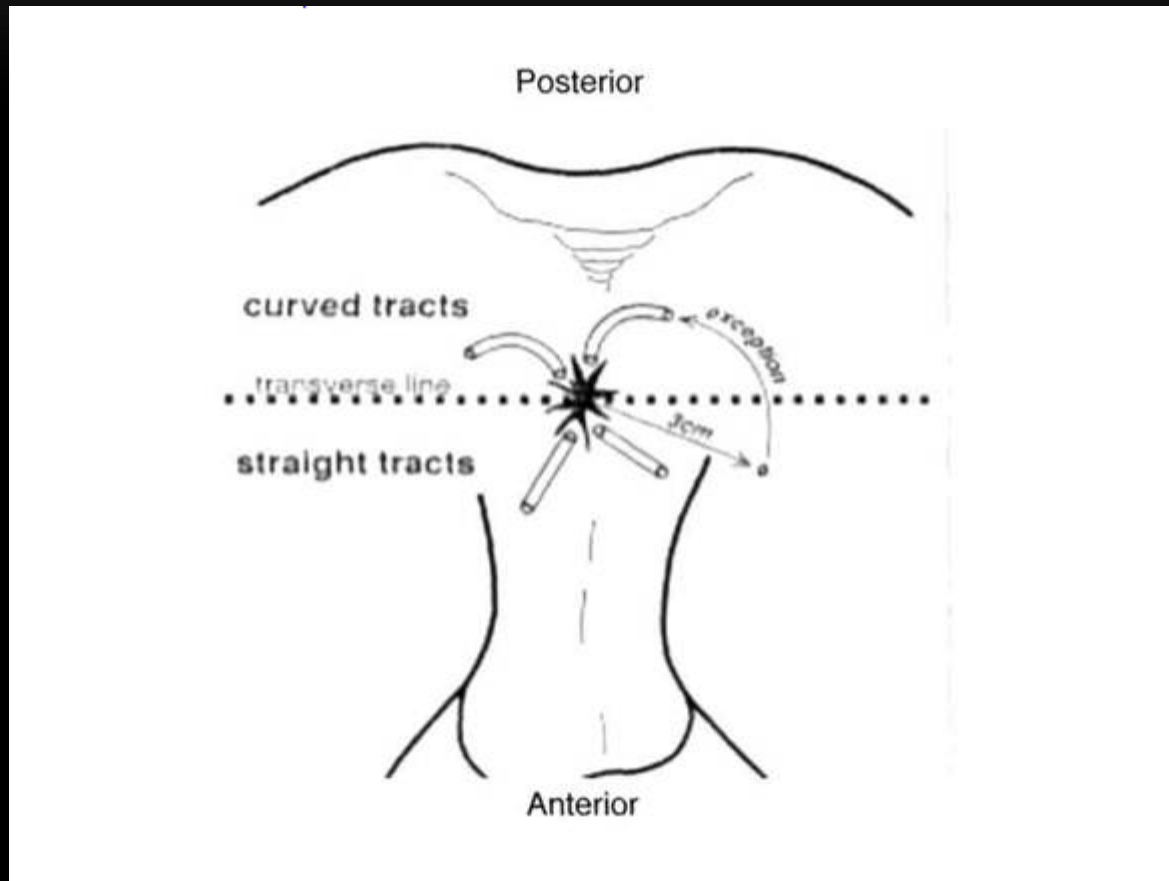
- Extraesfinteriana



FISTULAS PERIANALES

- Se ven también en Crohn, TBC, trauma, fisuras, cáncer, radiación, clamydia y cuerpos extraños.
- Clínica:
 - Descarga anal
 - Ano húmedo
 - Dolor
- TR: cordón o tracto fistuloso, absceso parcialmente drenado.

REGLA DE GOODSALL



FISTULAS PERIANALES

- Útil US para el dx
- Tratamiento
 - Quirúrgico
 - Crohn:
 - NPT, Metronidazol e Infliximab (Inhib TNF α)

CC3: CASO CLINICO

- Paciente masculino de 35 años acude con dermatólogo por presentar lunar en planta del pie. No doloroso.



CC3: FACTORES DE RIESGO

TABLE 1
Risk Factors for Melanoma

<i>Risk factor</i>	<i>Relative risk (%) *</i>
History of a changing mole	> 400
Atypical nevus syndrome	
With a family history of melanoma	148
With a personal and family history of melanoma	500
Large congenital nevus (15 cm or more in diameter)	17
White race	10 to 12
Personal history of melanoma	9
History of melanoma before age 40	23
Regular tanning bed use before age 30	7.7
Multiple nevi	5 to 12
Atypical nevi	7 to 27
Immunosuppression	4 to 8
Family history (first-degree) of melanoma	3 to 8
Nonmelanoma skin cancer	3 to 5
Sun sensitivity (tendency to sunburn)	2 to 3



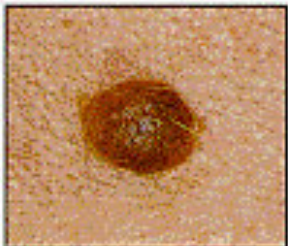
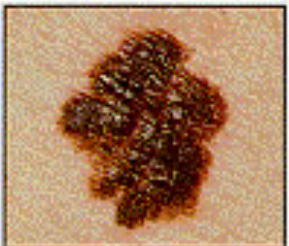
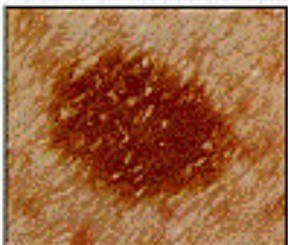
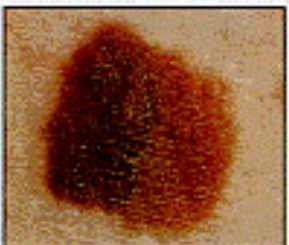


CC3: DX DIFERENCIAL

TABLE 3
Differential Diagnosis for Melanoma

<i>Condition</i>	<i>Distinguishing characteristics</i>
Seborrheic keratosis	"Stuck-on" appearance, symmetric, often multiple
Traumatized or irritated nevus	Returns to normal appearance within 7 to 14 days
Pigmented basal cell carcinoma	Waxy appearance, telangiectasias
Lentigo	Prevalent in sun-exposed skin, evenly pigmented, symmetric
Blue nevus	Darkly pigmented from dermal melanocytes, no history of change
Angiokeratoma	Vascular tumors, difficult to distinguish from melanoma
Traumatic hematoma	May mimic melanoma but resolves in 7 to 14 days
Venous lake	Blue, compressible, found on ears and lips
Hemangioma	Compressible, stable
Dermatofibroma	Firm growths of fibrous histiocytes, "button-hole" when pinched
Pigmented actinic keratosis	Sandpapery feel; sun-exposed areas

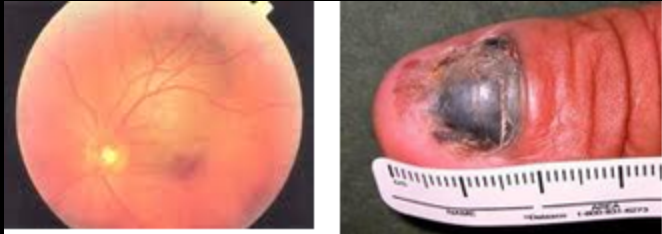
CC3: DATOS DE MALIGNIDAD

- Que características de la lesión le harían sospechar en malignidad?

	Benign	Malignant
A. Asymmetry	 Symmetrical	 Asymmetrical
B. Border	 Even edges	 Uneven edges
C. Color	 One shade	 Two or more shades
D. Diameter	 Smaller than 6 mm	 Larger than 6 mm

- Tamaño mayor a 6 mm
 - Prurito
 - Ulceración
 - Sangrado
-

CC3: SITIOS DE PRESENTACIÓN



CC3: TIPOS DE MELANOMA

- Lentigo maligno :
 - 5%
 - Exposición solar
 - Progresión lenta
 - Superficial diseminado
 - 70%
 - Invasivo en meses o años
 - Nodular
 - 15%
 - Invasión rápida
 - Acral lentiginoso
 - 8%
 - Mas comunes en pacientes de piel oscura
- Amelanotico:
No pigmentado
Difícil Dx

CC3: CLASIFICACIÓN

Clark Levels

Level I epidermis	} Derma-epidermal junction
Level II dermis	
Level III dermis	} Papillary dermis
Level IV dermis	
Level V subcutis	Reticular dermis

Breslow Depth

1mm = .04 inch, equal to depth of a penny

2mm = 1/16 and 1/8 inch, equal to depth of a nickel

4 mm = 1/8 and 1/4 inch, equal to depth of 2 nickels

Breslow thickness

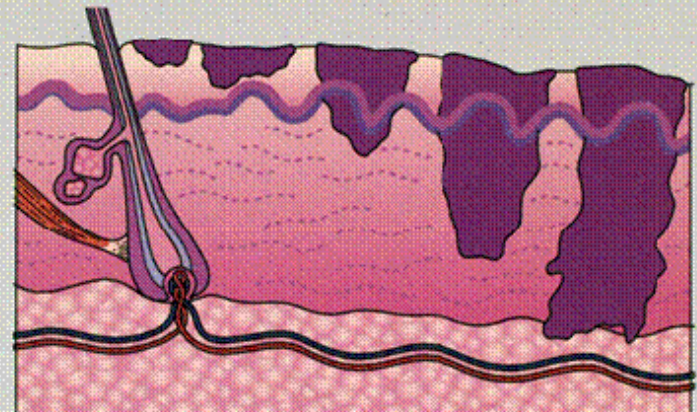
< 0.76 mm

0.76–1.49 mm

1.50–2.49 mm

2.50–4.00 mm

> 4 mm



Positive nodes
on elective neck
dissection

0%

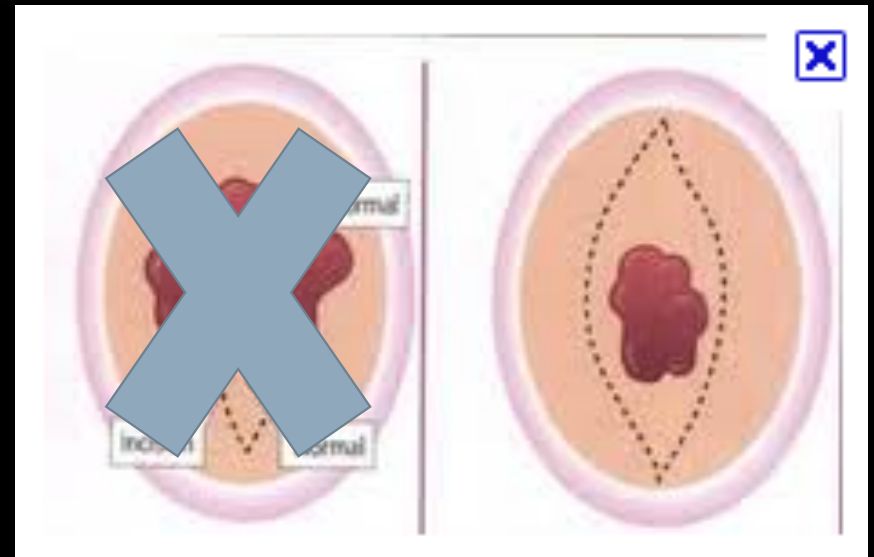
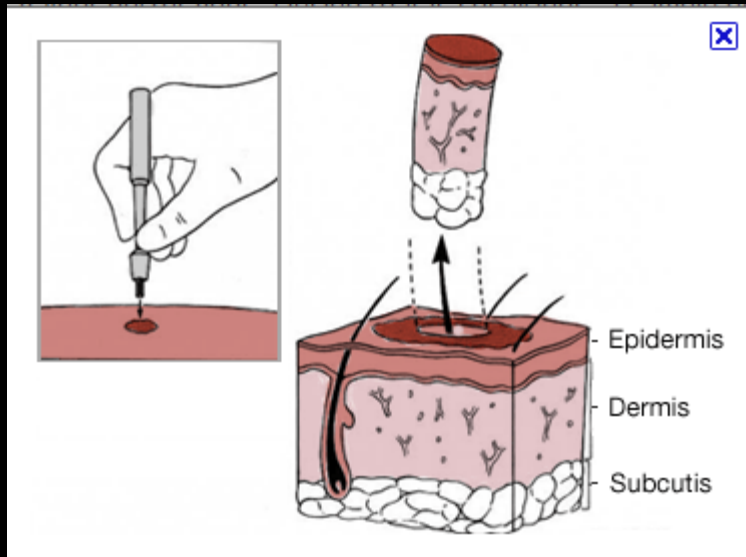
5%

16%

24%

36%

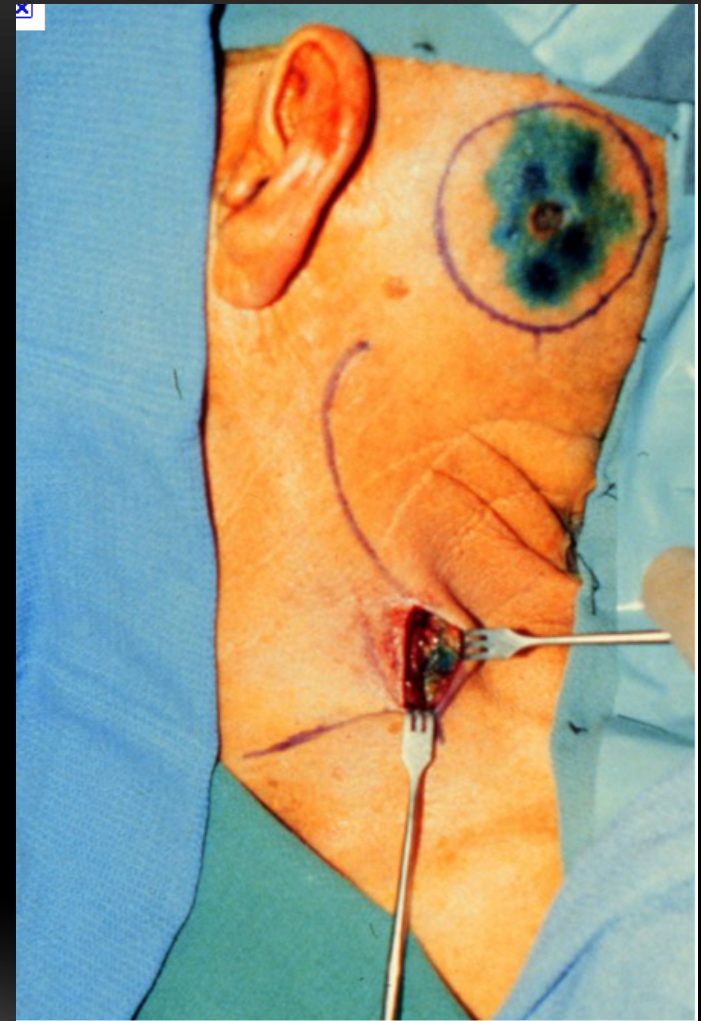
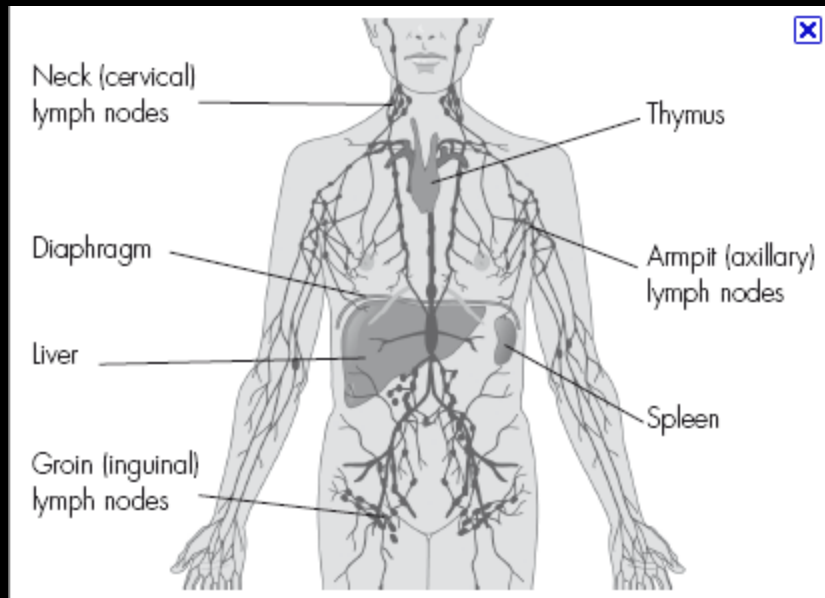
CC3: BIOPSIA



Sacabocado, Incisional, Excisional

Margen qx: 1cm para lesiones 1mm,
2cm para lesiones mas de 1mm de profundidad

CC3: GANGLIO CENTINELA



CC3: METÁSTASIS



CC3: RESECCIÓN

