

## PATOLOGÍA ANO-RECTAL URGENTE

**Dr. David Moro Valdezate**

Médico adjunto del Servicio de Cirugía

### FISURA ANAL

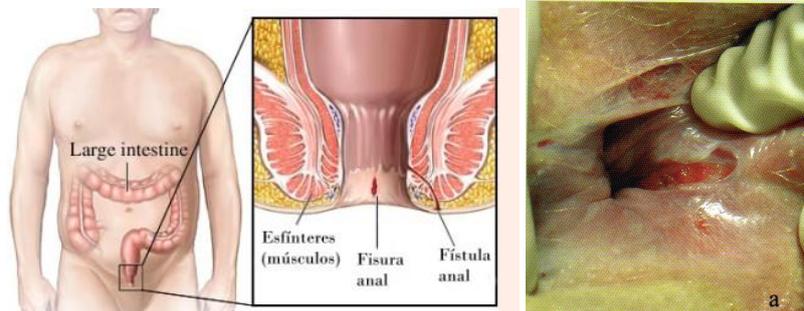
- Lesión ulcerada en la porción distal del canal anal (1-5mm), que origina un dolor intenso con la defecación. Es la causa más frecuente de sangrado defecatorio en los niños.
- **Localización:**
  - Varones: 99% posterior y 1% anterior.
  - Mujeres: 90% posterior y 10% anterior.
- Su etiopatogenia no está clara. Se debe a una hipertonia del esfínter anal interno (EAI). Se consideran factores predisponentes el estreñimiento y la dieta escasa en fibra.

### TIPOS

- **Fisura anal aguda:** intensa proctalgia defecatoria con espasmo notable del EAI. Aparece como un pequeño desgarro en el anodermo.
- **Fisura anal crónica:** persistencia de la sintomatología. En este caso se manifiesta como una pequeña ulceración con bordes indurados, en algunos casos la mucosa se ha denudado y permite ver el EAI. Asocia dos lesiones típicas: papila anal hipertrófica en el canal anal y la hemorroide centinela en el borde cutáneo de la fisura.

### EXPLORACIÓN

- La simple y delicada inspección anal o la exploración bajo anestesia local permite demostrar la lesión en el anodermo.
- No realizar tacto rectal, dado que es muy doloroso.



### MANEJO

- **Evitar el estreñimiento:**
  - Dieta rica en fibra.
  - Abundante ingesta de líquidos.
  - Suplementos de fibra dietética insoluble: Salvado de trigo completo 3 cuch/día
  - Suplementos de fibra dietética soluble: Plantago ovata 1 sobre/12h.
  - Parafina.
- **Evitar la hipertonia del EAI:**
  - Baños de asiento con agua caliente (40º) guante 5-7 min. con jabón neutro.
- **Pomadas (no aplicar más de 7 días):**
  - Lubricantes: cierto efecto anestésico.
  - Con Corticoides: efecto antiinflamatorio.
- **Medicación oral:** Analgesia y tranquilizantes.
- **Esfínterotomía química: Inyección intraesfinteriana de Toxina Botulínica.**
  - En pacientes con riesgo de incontinencia.
  - Inicio en 1-2 semanas. Duración 3-4 meses.
  - Resultados variables.
- **Tratamiento quirúrgico: Esfínterotomía Lateral Interna.**
  - Se trata de seccionar el EAI en una extensión similar a la de la fisura.
  - Buenos resultados.
  - Riesgo de incontinencia en pacientes con factores de riesgo.

**HEMORROIDES**

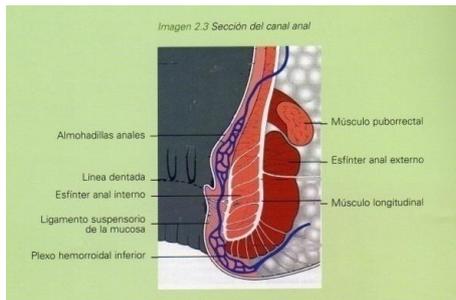
Las hemorroides son ingurgitaciones de las estructuras vasculolásticas que almohadillan el canal anal, y que tienden a sangrar y/o prolapsarse. No son varices rectales. Favorecen el adecuado cierre del canal anal.

**CLASIFICACIÓN Y SINTOMATOLOGÍA**

GRADO	PROLAPSO	SINTOMATOLOGÍA
I	No	Rectorragia intermitente
II	Al defecar Se reduce espontáneamente	Prolapso Rectorragia Disconfort moderado
III	Al defecar A veces espontáneamente Requiere reducción digital	Prolapso Rectorragia Disconfort Ensuciamiento Secreción Prurito ocasional
IV	Persistente No se puede reducir	Prolapso Rectorragia que mancha la ropa interior Dolor Trombosis Secreción Ensuciamiento

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

- **Inspección:** tacto rectal y anoscopia.
- Colonoscopia o Rectoscopia rígida + Enema opaco en mayores de 40 años o antecedentes personales o familiares de pólipos o cáncer colorrectal.



**CRISIS HEMORROIDAL**

- Exacerbación de la sintomatología.
- Dolor y prurito por irritación mecánica o química.
- **Tratamiento:**
  - Evitar estreñimiento, diarrea, café, alcohol, especias.
  - Baños de asiento con agua caliente.
  - Pomadas: para lubricar, aliviar el dolor y el prurito. No actúan sobre el sangrado ni sobre el prolapso.
  - Evitar el uso de cremas con corticoides durante largos periodos, dado que pueden producir maceración, sobreinfección, dermatitis, estrías y fragilidad cutánea.
  - Venotónicos.



**TROMBOSIS HEMORROIDAL EXTERNA**

- Ruptura de una vena del plexo hemorroidal externo que produce un coágulo perianal.
- Se presenta como un dolor intenso, asociado a un nódulo perianal tenso violáceo o negruzco.
- Se realiza trombectomía, mediante una incisión fusiforme sobre el nódulo hemorroidal y extracción del coágulo. La herida se deja abierta sin taponamiento para que drene.

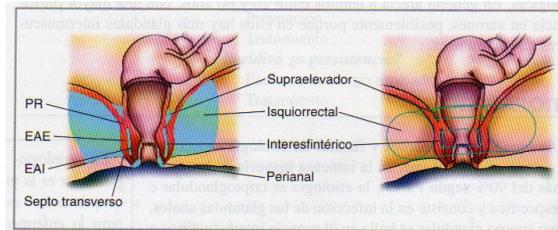


**PROLAPSO HEMORROIDAL TROMBOSADO O TROMBOSIS HEMORROIDAL INTERNA**

- Se trata del prolapso de hemorroides trombosadas que quedan aprisionadas por los esfínteres produciendo edema.
- Debe realizarse tratamiento médico conservador.

**ABSCESO ANAL**

- Colección purulenta en el canal anal. Se manifiesta como un nódulo caliente, fluctuante a la palpación y muy doloroso.
- **Etiología criptoglandular:** infección de las glándulas anales del espacio interesfintérico a nivel de la línea pectínea, desde donde la infección se extiende de forma caprichosa a través de los espacios anorrectales.
- **Tipos:** submucosos, interesfinterianos, peiranales, isquiorrectales, en herradura y supraelevadores.
- **Tratamiento:** Drenaje y desbridamiento, bajo anestesia local o sedación.

**SINUS PILONIDAL**

Consiste en el desarrollo de inclusiones epidérmicas en la dermis, principalmente del pliegue interglúteo. Suele contener pelos en su interior. Evoluciona a la sobreinfección, con aparición de un absceso que tiende a fistulizar por la línea media o en su vecindad. En casos muy crónicos, pueden aparecer trayectos fistulosos complejos con orificios secundarios.

El tratamiento del absceso pilonidal es el drenaje, desbridamiento y mechado bajo anestesia general. Si persiste el proceso, se trata de forma programada, realizando puesta plano, legrado y marsupialización.

**HIDROSADENITIS PERIANAL**

- Infección crónica de la piel y del tejido celular subcutáneo, que tiene su origen en las glándulas sudoríparas apocrinas. Se produce su obstrucción crónica con sobreinfección de las secreciones acumuladas.
- El proceso da lugar a un flemón crónico en la dermis con zonas de supuración y fistulización espontánea.
- **Tratamiento:**
  - Flemonización: se trata con higiene local, antibioterapia oral y antiinflamatorios.
  - Abscesificación: drenaje, desbridamiento y mechado bajo anestesia local.