

Urgencias proctológicas, su abordaje en áreas de emergencia

Proctological emergencies, their approach in emergency areas

Melissa Zulay Villegas Ramos ¹[0000-0002-4155-8102], Gianella Magaly Barzola Ruiz ²[0000-0001-6364-8072],
Gabriel Antonio Ulloa Naspud ³[0009-0003-1288-9644], Lissette Carolina Paz Nicolalde ⁴[0009-0009-5564-2573],
Erika Yolanda Álvarez Cruz ⁵[0000-0003-4154-7187]

¹ Hospital Parroquial de San Bernardo, Región Metropolitana, Chile.

² Clínicas móviles, Daule, Guayas, Ecuador.

³ Odontomédica San Eduardo, Guayaquil, Guayas, Ecuador.

⁴ Hospital Dispensario Madre Berenice, Guayaquil, Guayas, Ecuador.

⁵ Hospital Básico Dr. Juan Montalván Cornejo, Urdaneta, Los Ríos, Ecuador

¹ melizulyvr88@gmail.com; ² gianella1892@gmail.com; ³ gabrielulloa65@gmail.com;

⁴ lcpn@outlook.es; ⁵ charlottealvarez2020@outlook.com

CITA EN APA:

Villegas Ramos, M. Z., Barzola Ruiz, G. M., Ulloa Naspud, G. A., Paz Nicolalde, L. C., & Álvarez Cruz, E. Y. (2023). Urgencias proctológicas, su abordaje en áreas de emergencia. *Tesla Revista Científica*, 3(2), e235. <https://doi.org/10.55204/trc.v3i2.e235>

Recibido: 2023-07-08

Revisado: 2023-07-15 al 2023-08-01

Corregido: 2023-08-09

Aceptado: 2023-08-16

Publicado: 2023-08-24

TESLA

Revista Científica

ISSN: 2796-9320



Los contenidos de este artículo están bajo una licencia de Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Los autores conservan los derechos morales y patrimoniales de sus obras.

Resumen:

Introducción: Las emergencias proctológicas constituyen una causa común de consulta en los servicios de urgencia. Para los pacientes, este tipo de problemas no solo implica lidiar con los síntomas, sino también enfrentar sentimientos de vergüenza e incomodidad, lo que a menudo resulta en una consulta tardía en relación con el inicio de los síntomas.

Desarrollo: Para el médico de urgencias, supone un desafío determinar de manera precisa el diagnóstico y el tratamiento adecuado, así como evaluar la necesidad de hospitalización o la derivación a un especialista. Por tanto, es fundamental contar con los conocimientos básicos para poder diagnosticar y abordar inicialmente las patologías de este tipo más frecuentes, como son las complicaciones de la enfermedad hemorroidal, el absceso y fistula perianal, fisuras anales, y gangrena de Fournier.

Aplicaciones prácticas: El propósito de esta revisión es proporcionar los fundamentos necesarios para un adecuado diagnóstico y manejo de las patologías proctológicas que con mayor frecuencia requieren atención de urgencia.

Conclusiones: La elección del tratamiento óptimo debe basarse en la evaluación individual y en la consideración de los factores de riesgo y las preferencias del paciente. Se necesitan más investigaciones para mejorar nuestra comprensión de estas complicaciones y desarrollar enfoques terapéuticos más efectivos y seguros.

Palabras Clave: enfermedad hemorroidal, absceso perineal, hemorroides trombosadas, fisuras anales, fistulas anales, Gangrena de Fournier.

Abstract:

Introduction: Proctologic emergencies are a common cause of consultation in emergency medical service. For patients, this type of problem not only involves dealing with symptoms, but also dealing with feelings of embarrassment or discomfort, often resulting in late medical evaluation in relation to the onset of symptoms.

Development: For the emergency physician, it is a challenge to accurately determine the diagnosis and appropriate treatment, as well as to assess the need for hospitalization or referral to a specialist. Therefore, basic knowledge is essential for the diagnosis and initial management of common pathologies such as anal pain, anal bleeding, and perianal bulging.

Practical applications: The purpose of this review is to provide the necessary fundamentals for an adequate diagnosis and management of the proctologic pathologies that most frequently require emergency care.

Conclusions: The choice of optimal treatment should be based on individual assessment and consideration of risk factors and patient preferences. More research is needed to improve our understanding of these complications and develop more

effective and safer therapeutic approaches.

Keywords: hemorrhoidal disease, perineal abscess, thrombosed hemorrhoids, anal fissures, anal fistulas, Fournier's gangrene

1. INTRODUCCIÓN

Las urgencias proctológicas son una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencia y, para los pacientes, estos problemas pueden resultar embarazosos e incómodos, lo cual retrasa la valoración médica a menudo. Los principales síntomas que llevan a la consulta son el dolor, el sangrado y el aumento de volumen en la zona perianal. Es común que los pacientes presenten más de uno de estos síntomas; de modo que será esencial una buena historia clínica y un examen físico exhaustivo (1).

El examen proctológico básico, a cargo de los médicos de urgencia, incluye una minuciosa inspección de la zona perianal y recto perineal, así como un tacto rectal. Es fundamental identificar inicialmente las diferentes causas de las urgencias proctológicas, teniendo en cuenta los síntomas comunes, en lugar de considerarlas como entidades etiológicas distintas, para lograr una mejor comprensión de la patología. A continuación, se describen los signos y síntomas más frecuentes de las patologías anorrectales más usuales.

- Dolor anal y perianal: Puede tener diversas causas y es la principal razón de consulta relacionada con la patología anal. Durante la evaluación, se indaga sobre el tipo de dolor, su duración, los factores que lo intensifican o alivian, así como la presencia de síntomas adicionales tales como sangrado, secreción perianal, fiebre o aumento de volumen. El examen físico busca fisuras anales, abscesos perianales y abscesos profundos (2).
- El sangrado por vía anal: Es la segunda causa de consulta. Se asocia con dificultades para evacuar y la sensación de una «herida» a nivel del ano. El dolor anal agudo durante la defecación, acompañado de sangrado, es común cuando hay fisuras anales. Por su parte, el sangrado indoloro, acompañado de prolapso hemorroidal, también es una causa de consulta frecuente. Es importante evaluar las características del sangrado para determinar la posible presencia de patologías neoplásicas, enfermedad inflamatoria intestinal u otras causas (1).
- Aumento de volumen en la zona perianal: Suele estar asociado con la enfermedad hemorroidal complicada o los abscesos anorrectales. Es necesario considerar el diagnóstico de enfermedad hemorroidal en casos de antecedentes de sangrado durante la evacuación, dificultades para defecar y sensación de prolapso anal. La aparición repentina de un aumento de volumen perianal sensible y doloroso puede indicar una trombosis hemorroidal externa. Durante el examen físico, se pueden observar hemorroides internas prolapsadas e incarceradas (3).
- Presencia de secreción anal: Está asociada con fistulas anorrectales, prolapso mucoso anal o abscesos drenados espontáneamente. Este síntoma es menos usual como motivo de consulta en los servicios de urgencia(4).

El propósito de esta revisión es proporcionar los fundamentos necesarios para un adecuado diagnóstico y manejo de las patologías proctológicas que con mayor frecuencia requieren atención de urgencia.

2. DESARROLLO

2.1. Enfermedad Hemorroidal

Las almohadillas o cojinetes hemorroidales son estructuras anatómicas que se encuentran en el canal anal. Están compuestas por fibras de músculo liso, tejido conectivo elástico, tejido mucoso y

submucoso y plexos venosos hemorroidales. Su función principal es favorecer la continencia y el bloqueo hermético del canal anal durante el reposo, así como dar protección al esfínter al defecar (5).

La enfermedad hemorroidal es una afección bastante común en los pacientes adultos y suele ser motivo de asistencia médica frecuente en los servicios de urgencias. Se considera que alrededor del 5 % de los adultos sufren de enfermedad hemorroidal, siendo más prevalente en personas mayores de 50 años, con una frecuencia que puede llegar al 50 % (6).

Talley et al describen que la causa exacta de la enfermedad hemorroidal aún no se comprende completamente, pero se han propuesto cuatro teorías principales: La teoría mecánica sugiere que el esfuerzo prolongado durante la defecación y el estreñimiento pueden causar daño y estiramiento de las fibras de colágeno en los tejidos del canal anal. Otra teoría se relaciona con la compresión venosa y explica cómo el útero durante el embarazo puede obstruir el retorno sanguíneo de los plexos hemorroidales, lo que a menudo provoca síntomas hemorroidales. En cuanto a la tercera teoría, esta se centra en la trombosis hemorroidal externa y su relación con la vasodilatación causada por ciertos alimentos, actividades que aumentan la presión intraabdominal o el calor local. La cuarta teoría destaca que al existir fistulas arteriovenosas y no haber válvulas en los paquetes hemorroidales, aumenta el volumen de la sangre y la elongación de las hemorroides (7,8).

Según su ubicación en relación con la línea dentada, las hemorroides se clasifican en internas y externas. Las internas se encuentran más arriba de esta línea, las reviste un tejido epitelial columnar y las inervan fibras del sistema autónomo visceral. Para clasificar la enfermedad hemorroidal interna se describen cuatro niveles, según el grado de prolapso hemorroidal en relación con el margen anal. Dicha clasificación es importante sobre todo al momento de seleccionar y evaluar los tratamientos adecuados. Por otro lado, las hemorroides externas se localizan por debajo de la línea dentada; las cubre un tejido epitelial escamoso que se deriva del ectodermo; su inervación periférica somática hace que aparezca dolor cuando se produce una trombosis (9).

La enfermedad hemorroidal es una afección caracterizada por la dilatación y el engrosamiento de las venas en el canal anal y el recto inferior. Aunque no se considera una condición potencialmente mortal, puede causar una serie de complicaciones que afectan negativamente la calidad de vida de los pacientes. Entre las complicaciones más comunes de la enfermedad hemorroidal están las hemorroides trombosadas y la fluxión hemorroidal.

Es la trombosis de las hemorroides externas la complicación más común de la enfermedad hemorroidal externa.

2.1.1. Hemorroides trombosadas

Las hemorroides trombosadas se caracterizan por la formación de un coágulo de sangre en una vena hemorroidal externa. El tratamiento inicialmente consiste en medidas conservadoras, como baños de asiento tibios y analgésicos tópicos. Sin embargo, en casos severos, la escisión quirúrgica del coágulo puede ser necesaria. Además, la ligadura con banda elástica y la escleroterapia se han utilizado con éxito

para el tratamiento de las hemorroides trombosadas.

También, la trombosis de los paquetes hemorroidales externos es una complicación usual de la enfermedad hemorroidal externa (EHE) y puede causar diversos síntomas. Esta condición se caracteriza por un dolor anal intenso, continuo y repentino; se acompaña, además, de la sensación de una protuberancia en la zona anal. En ocasiones, puede producirse hematoquecia 2 o 3 días después, asociado a cambios isquémicos de la pared del paquete hemorroidal afectado, lo que lleva a la evacuación parcial del trombo (9).

El tratamiento estándar para la trombosis hemorroidal externa durante las primeras 72 horas se centra en el manejo médico para aliviar los síntomas (5). Sin embargo, en casos más graves, puede ser necesario recurrir a la cirugía. En este caso se hace la resección elíptica del paquete hemorroidal comprometido, para lo cual se aplica anestesia local o general.

Es importante tener en cuenta que la cirugía puede tener efectos secundarios, como dolor en la herida y un defecto en la piel de tamaño variable debido a la eliminación de la elipse de piel. Debe mencionarse además que la cicatrización de esta herida puede llevar de 2 a 4 semanas. Sumado a esto, la realización de un procedimiento quirúrgico implica la disponibilidad de una sala especializada, lo que puede aumentar los costos y el tiempo necesario para resolver dicho problema (5).

La trombectomía simple ha demostrado tasas de retrombosis de hasta el 33 % a los 24 meses, según se ha informado en estudios(10). Por otro lado, la trombectomía con una incisión amplia en la piel y fleboextracción reduce la retrombosis a menos del 3 %. Este enfoque también disminuye el dolor posoperatorio, acelera el tiempo de cicatrización y permite un pronto retorno a las actividades diarias. Además, se realiza en poco tiempo y con bajos costos.

Para aquellos pacientes con EHE trombosada que no tienen criterio quirúrgico, se recomienda el tratamiento médico (10). En tales casos se pueden indicar diferentes medidas: aplicar compresas frías durante las primeras 72 horas; tomar baños de asiento con agua templada (a 38-40 °C) durante los quince días siguientes. Durante este período, también se pueden usar astringentes de uso tópico como la caléndula o el sulfato de magnesio y fármacos antiinflamatorios. Se sugiere usar ablandadores de las heces, así como evitar hábitos incorrectos relacionados con el momento de la defecación. También es importante disminuir el consumo de alimentos que contribuyen a la vasodilatación o que pueden causar irritación local. Pueden utilizarse analgésicos y flebotónicos por vía oral como parte del tratamiento (10).

2.1.2. Fluxión hemorroidal

La fluxión hemorroidal es una complicación dolorosa de la enfermedad hemorroidal que se caracteriza por la tromboflebitis de los paquetes hemorroidales internos y externos. Puede afectar todo el ano o solo una parte de este. Se conoce también como prolapso hemorroidal trombosado, enfermedad hemorroidal aguda, prolapso de grado IV con estrangulación o hemorroides agudas estranguladas (9).

La causa principal de esta complicación es la coagulación intravascular, que se define como trombosis. El aumento de la presión abdominal durante el esfuerzo defecatorio favorece la estasis y la

formación de trombos. Asimismo, las diarreas y las colitis pueden causar microtraumatismos en la mucosa, lo que favorece la trombosis en pacientes con hemorroides edematosas y congestionadas (1).

También, el embarazo y el trabajo de parto prolongado pueden desencadenar una crisis de fluxión hemorroidal en mujeres con hemorroides, debido al aumento de la presión intraabdominal, la estasis venosa en los plexos hemorroidales y las alteraciones en las paredes venosas. La administración de supositorios y enemas irritantes también puede iniciar una crisis aguda de fluxión hemorroidal, caracterizada por trombosis, edema, flebitis con periflebitis, prolapso y eventual necrosis de la mucosa.

El cuadro clínico de la fluxión hemorroidal se caracteriza por un abultamiento doloroso en el ano que no se puede reducir por ser este un proceder extremadamente álgido. El dolor es repentino, continuo, de gran intensidad, y se irradia hacia la región anal y el periné. Los pacientes pueden experimentar esfuerzos y tenesmo debido al reflejo irritativo causado por la presencia de la tumefacción hemorroidal en el canal anal (10).

Al examinar el ano, se observa una tumefacción edematosa significativa en la región anal y perianal. Los tres paquetes hemorroidales internos se pueden identificar por estar rodeados de un aro edematoso. La superficie de esta tumefacción está cubierta por piel brillante de color rosado, correspondiente al plexo externo. En algunos casos, las hemorroides externas trombosadas se acompañan de los paquetes internos. A diferencia de las hemorroides de tercer grado, la fluxión hemorroidal está cubierta por mucosa sensible cuya etiología se debe a las trombosis venosas existentes. El examen físico puede ser difícil debido a varios factores, entre ellos el dolor que provoca. La identificación adecuada de esta afección dependerá en gran medida de la cooperación del paciente (5,8).

El tratamiento de la fluxión hemorroidal se basa en dos enfoques principales: El conservador busca tratar el edema y el dolor mediante diversos procedimientos médicos hasta lograr la resolución del proceso. El quirúrgico, por su parte, consiste en extirpar de forma temprana las hemorroides trombosadas y prolapsadas. Algunos médicos desaconsejan la cirugía debido al riesgo de complicaciones como embolias, abscesos hepáticos o septicemias generalizadas, así como la posible estenosis anal postoperatoria. Se han desarrollado diferentes tratamientos médicos para abordar el proceso inflamatorio, como el uso de corticoides, antiinflamatorios y ungüentos con sustancias específicas. Sin embargo, estos no impiden que el proceso continúe evolucionando, lo que conlleva a una hemorroidectomía electiva posteriormente (5).

En general, se recomienda la hemorroidectomía precoz en la mayoría de los casos, a menos que existan contraindicaciones generales para la cirugía o que el paciente se niegue a someterse a la intervención. Se ha observado un alivio prematuro del dolor y una curación total en aproximadamente veintiún días sin mayores contratiempos. En los casos de tratamiento conservador de la fluxión, el tiempo total de recuperación puede prolongarse hasta las 6 semanas. En cuanto a la técnica quirúrgica, esta puede variar según las preferencias del cirujano, pero generalmente se emplean técnicas específicas para dejar amplios puentes cutáneo-mucosos y realizar la limpieza de trombos y venas dilatadas en casos de fluxión

total. Los cuidados y las complicaciones postoperatorias no se diferencian de los de la hemorroidectomía convencional. Se considera que el tratamiento quirúrgico precoz de los paquetes hemorroidales afectados es la opción de elección y se sugiere realizar un examen proctológico completo cuando el paciente esté anestesiado para la intervención quirúrgica (5).

En cuanto a la evolución, la resolución espontánea es común en casos favorables. Luego de algunos días, el edema y la tumefacción disminuyen, y desaparecen tanto el prolapso como la secreción serohemorrágica. Las secuelas más comunes son los plicomas perianales que pueden quedar después del episodio agudo. Sin embargo, en casos desfavorables, el proceso puede progresar hacia una necrosis y ulceración de uno o más paquetes hemorroidales. Se ha descrito la progresión de la necrosis hacia la pared del recto con una importante sepsis pélvica. Otra de las complicaciones que puede resultar grave, aunque se considera más rara, es la piemia portal y la formación de abscesos intrahepáticos. Por lo tanto, se aboga por el tratamiento quirúrgico precoz de la fluxión hemorroidal para prevenir estas complicaciones.

Un estudio retrospectivo examinó los resultados a largo plazo de la escleroterapia con sulfato de aluminio y potasio, y ácido tánico para el tratamiento de las hemorroides prolapsadas. En 1,180 pacientes con hemorroides grado II a IV tratados con inyecciones esclerosantes, los principales resultados fueron las tasas acumulativas de recurrencia y las complicaciones posoperatorias. La tasa de recurrencia a los 3, 6 y 9 años fue del 7,4 %, 27,2 % y 47,5 %, respectivamente. Las complicaciones posoperatorias fueron bajas, con fiebre, úlcera rectal, estenosis rectal y absceso perianal reportados en un pequeño porcentaje de pacientes. Aunque este fue un estudio retrospectivo y no aleatorio, los resultados sugieren que la escleroterapia con sulfato de aluminio y potasio, y ácido tánico proporciona resultados razonables a largo plazo y puede considerarse como una alternativa atractiva para pacientes con hemorroides prolapsadas(11).

Carmargo Becerra y colaboradores describieron en su estudio que las complicaciones posoperatorias de la hemorroidectomía y la hemorroidopexia fueron el dolor local, sangrado, incontinencia anal, fístula perianal, recurrencia y proctitis. Sin embargo, en este estudio no se identificaron fístulas, retención urinaria, estenosis ni proctitis. Hubo tres casos de complicaciones por sangrado, lo que concuerda con los informes de riesgo de hemorragia postoperatoria. La retención urinaria se considera la complicación más frecuente, pero no se encontró ningún caso en este estudio. La estenosis y la incontinencia anal son complicaciones a largo plazo, pero no se observaron casos de estenosis anal en el estudio. Los trastornos de la continencia o la defecación también pueden ocurrir, pero suelen ser transitorios. En comparación con las técnicas convencionales, el procedimiento de prolapso hemorroidal, el bisturí armónico y las pinzas Ligasure mostraron menos complicaciones y un tiempo quirúrgico más corto. No se encontraron estudios comparativos con el manejo endoscópico con bandas(8).

2.1.3. Embarazo y afección hemorroidal

El embarazo trae consigo cambios físicos y psicológicos en las mujeres en ese estado, que pueden causar molestias en sus diferentes etapas. Estas molestias incluyen náuseas, vómitos, estreñimiento, venas varicosas, trastornos urinarios, hemorroides, hinchazón de las piernas y los pies, y dolor de espalda. La prevalencia de hemorroides es mayor en las mujeres embarazadas, llegando al 50 % de los casos. Estas hemorroides suelen ser temporales y desaparecen después del parto, pero se deben tratar si causan malestar o complicaciones. Las hemorroides durante el embarazo no son una condición patológica y el tratamiento se centra en aliviar las molestias a través de medidas preventivas y conservadoras. La cirugía se reserva para los casos en los que el tratamiento conservador no es efectivo. Se recomienda para la prevención de las hemorroides una dieta rica en fibra, evitar estar sentada durante períodos prolongados y realizar ejercicios de Kegel, que fortalecen los músculos anales y pueden hacerse en cualquier momento y lugar (12).

2.2. Fisuras anales

La fisura anal (FA) es una lesión dolorosa que se caracteriza por ser una lesión lineal que puede extenderse desde el margen anal hasta la línea pectínea. Por lo general, se ubica en el rafe posterior y ocasiona proctalgia, lo cual afecta significativamente la calidad de vida del paciente.

Cuando la fisura anal presenta una evolución corta, se considera aguda y generalmente no requiere más medidas terapéuticas que las relacionadas con la higiene y la dieta. En la mayoría de los casos, esta forma aguda de fisura no se prolonga más allá de las 6 a 8 semanas. Sin embargo, si los síntomas persisten después de este período, podemos considerarla crónica (FAC). La persistencia de los síntomas y otros hallazgos tales como la presencia de una papila centinela o la visualización de fibras del esfínter interno al momento de la exploración pueden ayudar también a establecer el diagnóstico de fisura crónica.

Ante la presencia de síntomas atípicos o hallazgos inusuales durante la exploración, es importante descartar otros procesos patológicos e indicar pruebas complementarias como la colonoscopia o la biopsia, antes de comenzar el tratamiento. Ya establecido el diagnóstico de FA, existen varias opciones terapéuticas que deben ser consideradas y que se describen a continuación (13).

La fisura anal es una ulceración epitelial comisural en la parte inferior del conducto anal asociada con una contractura del esfínter interno que causa dolor y hemorragia anal. El dolor es típicamente rítmico en tres tiempos: desencadenado por la defecación, seguido de una remisión transitoria corta y luego de un dolor más o menos prolongado (13). La hemorragia, de sangre roja tras el paso de las heces, suele ser moderada. El diagnóstico se establece en la exploración física.

El tratamiento médico de primera línea, que combina laxantes suaves y analgésicos, debe proponerse sin demora con la finalidad de eliminar la hipertonia anal y favorecer la cicatrización. Tras descartar los diagnósticos diferenciales, en particular en el caso de una fisura lateral, el tratamiento quirúrgico está indicado ante el fracaso o la recidiva, o en primera línea en caso de fisura hiperálgica o infectada. Su objetivo es eliminar la hipertonia anal que mantiene el dolor y la fisura. Se han propuesto varias técnicas, algunas de ellas combinadas entre sí (14).

El tratamiento conservador implica cambios en la dieta, aumento de la ingesta de fibra y analgésicos tópicos. En casos crónicos o refractarios, se pueden utilizar agentes tópicos como la nitroglicerina o los inhibidores del canal de calcio. Además, la toxina botulínica y la esfínterotomía lateral interna han demostrado ser opciones efectivas en el tratamiento de las fisuras anales (15). El objetivo del tratamiento es reducir el tono muscular anal primero que todo. Para lograrlo, además de las sugerencias habituales de cuidado de la salud, como abstenerse de fumar, realizar ejercicio físico de forma moderada y descansar adecuadamente, se recomienda tomar baños de asiento tibios (13). Es importante también evitar la constipación, por lo que se debe elevar el consumo de líquidos y asegurar una dieta rica en fibra. Además, se pueden asociar ablandadores de las heces para facilitar el tránsito intestinal y prevenir la aparición del bolo fecal duro que pueda irritar la fisura anal.

Estas medidas contribuyen a aliviar los síntomas y favorecer la cicatrización de la FA. Sin embargo, es fundamental destacar que cada caso puede requerir un enfoque individualizado, por lo que es recomendable consultar un profesional de la salud para recibir orientación específica y ajustar el tratamiento según las necesidades de cada paciente.

2.2.1. Fibra dietética

El término «fibra dietética» se utiliza para referirse a la parte comestible de las plantas o a los carbohidratos análogos resistentes a la hidrólisis de las enzimas digestivas humanas. Esta característica impide que sean absorbidos por nuestro organismo y, en cambio, se someten a fermentación en el intestino grueso. La fibra soluble se distingue por su capacidad de fermentación fácil y su habilidad para retener agua en las etapas superiores del proceso digestivo, formando una mezcla viscosa similar a un gel. Dentro de este grupo se encuentran componentes como la goma guar, las hortalizas, los polisacáridos de soja, los mucílagos, las pectinas, así como los oligosacáridos, presentes en alimentos como las legumbres, la inulina, la avena, la cebada, entre otros (16).

Estos tipos de fibra soluble desempeñan un papel importante en nuestra salud digestiva. Por un lado, la fermentación en el intestino grueso produce compuestos beneficiosos para el organismo, como ácidos grasos de cadena corta, que tienen efectos positivos en la salud intestinal. Por otro lado, la capacidad de retener agua ayuda a mantener una adecuada hidratación y a regular el tránsito intestinal(13).

2.2.2. Ablandadores del bolo fecal

Estos compuestos son conocidos por su capacidad de aumentar la cantidad de fibra en la dieta, lo cual tiene varios beneficios para la salud digestiva. Al agregar estos alimentos o suplementos a nuestra alimentación diaria, se promueve la formación de una masa fecal más suave y voluminosa, lo que facilita el tránsito intestinal y previene el estreñimiento.

El Psyllium y otros alimentos ricos en mucílagos y hemicelulosas solubles se hinchan en presencia de agua, formando un gel que ayuda a suavizar las heces y mejorar su consistencia. Por otro lado, la metilcelulosa y otros suplementos de fibra soluble e insoluble también proporcionan volumen a las heces,

promoviendo un mejor funcionamiento del sistema digestivo (13).

2.2.3. - Baños de asiento

Históricamente, se ha propuesto el uso de baños de asiento como parte del tratamiento para disminuir el tono del esfínter anal y reducir el dolor. Actualmente, todos los estudios sobre el tratamiento de la FA incluyen la recomendación de realizar baños de asiento, ya que, aunque la evidencia científica es limitada, su aplicación muestra pocos efectos adversos, mejora la higiene de la zona y alivia los síntomas en algunos pacientes (17).

Se sugiere llevar a cabo baños de asiento con agua templada, con una temperatura entre 36-40 °C, durante 10 minutos aproximadamente. Se recomienda realizar estos baños dos veces al día y después de cada evacuación intestinal. Este enfoque terapéutico puede resultar beneficioso al proporcionar una sensación de alivio y relajación en la región anal.

En cuanto a la adición de sustancias a los baños de asiento, no se ha demostrado que ninguna en particular ofrezca beneficios adicionales en el tratamiento de la fisura anal. Por lo tanto, la decisión de asociar alguna sustancia a los baños queda a criterio del especialista, considerando las características y necesidades específicas de cada paciente (13).

2.2.4. Tratamiento farmacológico

Arroyo, Montes et al., analizan diferentes enfoques de tratamiento médico para la fisura anal. Mencionan varios fármacos utilizados para lograr la relajación transitoria del esfínter anal interno y mejorar la vascularización de la mucosa sin comprometer el tono normal del esfínter y evitar el riesgo de incontinencia. Entre los fármacos mencionados se encuentran los bloqueantes de los canales de calcio (captopril y diltiazem), los donadores de óxido nítrico (trinitrato de glicerilo) y la toxina botulínica (13).

Un estudio de la Cochrane incluye 75 ensayos clínicos aleatorizados que evalúan la eficacia y la morbilidad de diversos tratamientos para la FA. Se concluye que el tratamiento médico basado en trinitrato de glicerilo, toxina botulínica y bloqueantes de los canales de calcio, tanto en la fisura aguda como en la crónica, puede ser más efectivo que las medidas higiénico-dietéticas. Sin embargo, se señala que ninguno de estos tratamientos es tan efectivo como la cirugía en el caso de la fisura anal crónica en adultos (18).

Madankar y colaboradores sugieren comenzar con medidas higiénico-dietéticas y apoyo farmacológico con el uso de vasodilatadores tópicos (nifedipino o nitroglicerina), por ejemplo. En casos en los que el tratamiento médico inicial no sea efectivo, se puede considerar la inyección de toxina botulínica o la realización de una esfínterotomía lateral interna (19).

El tratamiento médico de la fisura anal se considera seguro, con pocos efectos adversos, y suele ser el de primera línea, según la publicación de la *American Society of Colon and Rectal Surgeons*. Se menciona que los nitratos tópicos y los bloqueantes de los canales de calcio tienen efectos similares en el tratamiento de la fisura anal, pero los bloqueantes de los canales de calcio tienen menos efectos secundarios. La toxina botulínica también se considera una opción de tratamiento efectiva, especialmente

como terapia de segunda línea después del tratamiento tópico (20).

2.2.5. Tratamiento quirúrgico de las fisuras anales

La dilatación anal ha sido considerada obsoleta y abandonada debido a su alto riesgo de incontinencia y su inferioridad en comparación con la esfinterotomía lateral interna (ELI). En su lugar, se ha desarrollado un interés en procedimientos controlados con dilatadores anales o globos neumáticos, los cuales tienen tasas de cicatrización similares a la ELI, pero con menor riesgo de incontinencia (21).

La ELI consiste en reducir el tono del esfínter anal interno mediante su sección, ya sea con visión directa o guiada por el dedo. Las tasas de cicatrización varían de 92 % a 100 %, con tasas de incontinencia temprana y tardía del 3,3 % al 16 %. Se sugiere que, antes de llevar a cabo un enfoque más agresivo, se pueden realizar técnicas de diagnóstico morfológico y funcional del complejo anorrectal (22).

Por otra parte, la anoplastia de avance es una técnica en la cual se realiza un curetaje de la zona y se crea un colgajo de piel y tejido subcutáneo para cubrir el defecto de la fisura, suturándolo a la mucosa rectal. Tiene tasas de curación similares a la ELI pero con menor riesgo de incontinencia y complicaciones (23).

Otra modalidad de tratamiento es la fisurectomía, que consiste en el curetaje de la fisura para permitir la cicatrización. Es útil en casos de fisuras anales crónicas difíciles de tratar, especialmente cuando se presentan junto con estenosis anal (2).

También, la estimulación sacra/tibial posterior, mediante la activación parasimpática, puede ser efectiva en el tratamiento de la fisura anal crónica, aliviando rápidamente los síntomas y logrando la curación en algunos casos. Otras técnicas en evaluación incluyen el trasplante de tejido adiposo autógeno de hipogastrio y la esfinterolisis. Aunque estos procedimientos muestran resultados prometedores en estudios preliminares, se requieren investigaciones adicionales (13).

2.3. Absceso perianal

Hay diversas causas que originan los abscesos perianales, ya sean específicas como inespecíficas. Entre las específicas se encuentran cuerpos extraños, traumatismos, enfermedades inflamatorias intestinales, procesos infecciosos específicos, tumores, secuelas de tratamientos radioterápicos y enfermedades anales como la fisura anal. En cuanto a los abscesos perianales inespecíficos, la teoría más aceptada es la criptoglandular, que sostiene que estas patologías se originan debido a un mecanismo adquirido. Se ha demostrado la importancia de las glándulas anales en la formación de abscesos, ya que la obstrucción de estas glándulas desencadena un proceso infeccioso que resulta en la formación de un absceso (24).

Los abscesos y fístulas perianales son más comunes en hombres, con una proporción de 2 a 1 (24). La aparición de estos abscesos alcanza un pico entre la tercera y quinta década de la vida y existe una cierta estacionalidad relacionada con las épocas del año de mayor temperatura, ya que su frecuencia aumenta en primavera y verano (9).

Se han descrito cinco formas de presentación de los abscesos anorrectales, y los mecanismos

patogénicos, las consecuencias y el tratamiento varían en cada una de ellas. Las formas de presentación son: perianal, isquiorrectal, post anal profundo, inter esfintariano y supraelevador (25).

El absceso perianal es la forma más frecuente de absceso anorrectal y representa más del 50 % de todos los casos. Se caracteriza clínicamente por un intenso dolor rectal que se agrava con la defecación y al estar sentado. Al examen, se observa una zona inflamada, endurecida y enrojecida, a veces con presencia de pus. El dolor intenso indica la presencia de pus y, por lo tanto, se requiere un drenaje quirúrgico (24).

En cuanto al tratamiento, en ocasiones se intenta un enfoque conservador con antibióticos, analgésicos y baños de asiento. Sin embargo, debido al intenso dolor y la presencia de pus, el drenaje quirúrgico es inevitable. Se recomienda realizar simultáneamente el tratamiento definitivo de la fístula, si está presente, para evitar un segundo procedimiento. El estudio bacteriológico del material recogido permite no solo tratar la progresión del proceso infeccioso, sino también predecir la posibilidad de desarrollar una fístula (1).

Los abscesos isquiorrectales son la segunda forma más común después de los perianales. Se manifiestan con una zona endurecida y enrojecida en la región baja de los glúteos. Suelen ser extremadamente dolorosos y pueden o no presentar pus. La fiebre y la leucocitosis son más frecuentes en comparación con los abscesos perianales. La punción aspiración es útil para localizar el sitio adecuado para el drenaje. Se recomienda realizar la incisión lo más cerca posible del ano para minimizar la herida necesaria para tratar la fístula, que se puede realizar en un tiempo posterior (24).

El absceso postanal profundo se encuentra entre el esfínter anal externo y el músculo elevador del ano en la línea media posterior. Este tipo de absceso representa un desafío en lo que se refiere al diagnóstico, ya que no hay manifestaciones visuales evidentes. Los pacientes experimentan un intenso dolor y fiebre. La punción en el rafe anococcígeo puede confirmar el diagnóstico al recoger material purulento. En algunos casos, se puede presentar un absceso isquiorrectal en herradura, lo que complica su tratamiento y puede requerir anestesia general o regional y la colocación de un taponamiento para prevenir recurrencias (9,24).

Por su parte, el absceso interesfintariano se origina en una cripta y la infección se propaga en dirección ascendente a lo largo del plano interesfintariano. No hay manifestaciones externas visibles, y el dolor puede ser el único síntoma, sin fiebre. El tratamiento se realiza mediante drenaje endorrectal, extirpando el absceso y la cripta, y dejando la herida abierta (24).

Es menos común el absceso supraelevador, representa menos del 5 % de los abscesos anorrectales y puede originarse en una cripta infectada o como una manifestación de un proceso infeccioso en la pelvis, como la enfermedad de Crohn. El dolor, la fiebre y la leucocitosis son síntomas comunes. El conocimiento del mecanismo subyacente es fundamental para determinar el tratamiento adecuado. Los abscesos de origen pelviano se drenan por vía transvaginal o transrectal y requieren tratamiento de la enfermedad subyacente, mientras que los derivados de una cripta se drenan externamente (9,25).

2.4. Fístulas anales

Las fistulas anales se forman debido a la infección de una glándula anal, lo que resulta en la formación de un trayecto anormal entre el canal anal y la piel circundante. El tratamiento inicial suele ser quirúrgico, con el objetivo de drenar y curar la infección. La fistulectomía, la fistulotomía y las técnicas de preservación del esfínter son opciones quirúrgicas comunes. Además, los avances en el uso de la terapia con láser y la aplicación de factores de crecimiento han mostrado resultados prometedores en el tratamiento de las fistulas anales (4).

Históricamente, la fistula anal ha sido reconocida como un problema quirúrgico de difícil resolución. Las fistulas anorrectales constituyen una patología frecuente en la consulta del cirujano coloproctólogo, con una complejidad que es mal interpretada en cuanto a su diagnóstico y tratamiento. Las fistulas anorrectales son más frecuentes en hombres que en mujeres la frecuencia de edad es entre los treinta y cincuenta años. Entre las causas que favorecen las fistulas anorrectales, se considera la infección criptoglandular, la obesidad, el tabaquismo y la diabetes. El objetivo del tratamiento de las fistulas anorrectales no solo es curarla, sino además preservar la función de la continencia anal, minimizar los defectos de la cicatrización, ofreciendo al paciente una recuperación rápida, y evitar la recurrencia (4).

A pesar de que en los últimos años se han aprendido a introducir mejoras técnicas para el tratamiento quirúrgico de las fistulas perianales, continúa sin haber logrado un método que haya disminuido de forma significativa la tasa de recidiva manteniendo una mínima afectación de la continencia. Esto es debido a que la curación espontánea de una FPA es infrecuente y el tratamiento curativo es quirúrgico, debiendo obedecer a 3 principios básicos: eliminación del trayecto fistuloso, la continencia y prevención de la recidiva (4).

2.5. Gangrena de Fournier

La gangrena de Fournier es una enfermedad potencialmente mortal que afecta los tejidos del periné y los genitales. Aunque es poco común, su incidencia está aumentando debido al envejecimiento de la población y la presencia de pacientes inmunocomprometidos. Se clasifica como una fascitis necrosante causada por múltiples microorganismos, incluyendo bacterias de la flora normal del tracto urogenital y anorrectal. Estas bacterias se vuelven altamente destructivas en presencia de factores predisponentes como diabetes mellitus, alcoholismo, neoplasias y enfermedades inmunosupresoras. El origen de la infección suele ser la región anorrectal, pero también puede estar relacionado con otras condiciones genitourinarias o infecciones cutáneas (26).

Este tipo de gangrena progresa rápidamente y causa daño tisular debido a la obstrucción de los vasos sanguíneos subcutáneos, lo que favorece el crecimiento bacteriano. Además de la diabetes mellitus, se han identificado otros factores predisponentes como obesidad, déficit neurológico, consumo de alcohol, neoplasias malignas, VIH y enfermedad vascular periférica. La enfermedad tiene una alta tasa de mortalidad y se han identificado varios parámetros que pueden predecir el resultado fatal, como el aumento del lactato sérico y el área de superficie corporal comprometida (26,27).

El índice de gravedad de Laor es una herramienta utilizada para estratificar el riesgo de mortalidad en pacientes con gangrena de Fournier, basado en parámetros fisiológicos al momento de la admisión. Este índice ha demostrado ser útil para predecir la mortalidad y se requieren estudios adicionales para validar su uso y determinar los parámetros de mayor valor predictivo (26,28).

La gangrena de Fournier es una infección grave y potencialmente fatal que afecta los tejidos del periné y los genitales. Su incidencia está en aumento y se asocia con factores predisponentes como la diabetes mellitus. El diagnóstico temprano y el tratamiento agresivo son fundamentales para mejorar los resultados en los pacientes afectados.

3. APLICACIONES PRÁCTICAS

El propósito de esta revisión es proporcionar los fundamentos necesarios para un adecuado diagnóstico y manejo de las patologías proctológicas que con mayor frecuencia requieren atención de urgencia.

4. CONCLUSIONES

El tratamiento de las enfermedades proctológicas ha evolucionado significativamente en los últimos años. Se dispone de varias opciones terapéuticas basadas en la evidencia para abordar las enfermedades que afectan de forma aguda la región perineal. Sin embargo, la elección del tratamiento óptimo debe basarse en la evaluación individual y en la consideración de los factores de riesgo y las preferencias del paciente. Se necesitan más investigaciones para mejorar nuestra comprensión de estas complicaciones y desarrollar enfoques terapéuticos más efectivos y seguros.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los Autores declaran que no existe conflicto de intereses

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

En concordancia con la taxonomía establecida internacionalmente para la asignación de créditos a autores de artículos científicos (<https://credit.niso.org/>). Los autores declaran sus contribuciones en la siguiente matriz:

<i>Participar activamente en:</i>	<i>Autor 1.</i>	<i>Autor 2</i>	<i>Autor 3</i>	<i>Autor 4</i>	<i>Autor 5</i>
<i>Conceptualización</i>	X		X		X
<i>Análisis formal</i>	X			X	
<i>Adquisición de fondos</i>	X				
<i>Investigación</i>	X				X
<i>Metodología</i>	X	X	X		
<i>Administración del proyecto</i>	X	X			
<i>Recursos</i>	X			X	
<i>Redacción –borrador original</i>	X	X	X		
<i>Redacción –revisión y edición</i>	X			X	X
<i>La discusión de los resultados</i>	X	X	X	X	X
<i>Revisión y aprobación de la versión final del trabajo.</i>	X	X	X	X	X

RECONOCIMIENTO A REVISORES:

La revista reconoce el tiempo y esfuerzo del editor Jacinto Pérez, y de revisores anónimos que dedicaron su tiempo y esfuerzo en la evaluación y mejoramiento del presente artículo.

REFERENCIAS

1. Claudio Wainstein G, Alejandro Zárate C. Urgencias proctológicas. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2011;22(5). Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70480-1](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70480-1)
2. Barnes TG, Zafrani Z, Abdelrazeq AS. Fissurectomy Combined with High-Dose Botulinum Toxin Is a Safe and Effective Treatment for Chronic Anal Fissure and a Promising Alternative to Surgical Sphincterotomy. *Dis Colon Rectum*. 2015;58(10). Disponible en: https://journals.lww.com/dcrjournal/fulltext/2015/10000/Fissurectomy_Combined_with_High_Dose_Botulinum.8.aspx
3. Amarillo HR, Amarillo HA. Hemorroides y sus complicaciones. *Cirugía Digestiva*. 2009;III-375:1-17. Disponible en: <https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/tsetentaycinco.pdf>
4. González Rodríguez ME, Báez Gomez LL. Características clínico-quirúrgicas de las fistulas anorectales en la cirugía general del hospital regional de Encarnación. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2022;6(3). Disponible en: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i3.2346
5. Martínez Jaramillo CE, Senejoa Nuñez NJ, Ibañez Varela HO, Miranda LF, Rodríguez Florez RJ, Betancur García N, et al. Trombectomía más fleboextracción: una técnica alternativa en el manejo de la enfermedad hemorroidal externa trombosada. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2021;36(2). Disponible en: <https://doi.org/10.22516/25007440.659>
6. Sneider EB, Maykel JA. Diagnosis and Management of Symptomatic Hemorrhoids. Vol. 90, *Surgical Clinics of North America*. 2010. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.suc.2009.10.005>
7. Talley NJ, Lasch KL, Baum CL. A Gap in Our Understanding: Chronic Constipation and Its Comorbid Conditions. Vol. 7, *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2009. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2008.07.005>
8. Camargo Becerra MÁ, Osorio-Chica M, Marín Marmolejo JC, Jaimes Montoya IC, Sarmiento Samaca LA. Manejo quirúrgico de hemorroides internas en un centro de referencia de Manizales del 2010 al 2017. *MedUNAB*. 2020;23(2). Disponible en: <https://doi.org/10.29375/01237047.3822>
9. Charúa-guindic L. Patología proctológica más frecuente. *Revista Medica del Hospital General de Mexico- ELSEVIER*. 2016;74(4). Disponible en: [Patología proctológica más frecuente | Revista Médica del Hospital General de México \(elsevier.es\)](https://doi.org/10.1016/j.rmg.2016.04.005)
10. Greenspon J, Williams SB, Young HA, Orkin BA. Thrombosed external hemorrhoids: Outcome after conservative or surgical management. *Dis Colon Rectum*. 2004;47(9). Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10350-004-0607-y>
11. Abe T, Kunimoto M, Hachiro Y, Ohara K, Inagaki M. Long-term Outcomes of Aluminum Potassium Sulfate and Tannic Acid Sclerotherapy for Prolapsed Hemorrhoids: A Single-Center, Observational Study. *Dis Colon Rectum*. 2022;65(2). Disponible en: <https://doi.org/10.1097/dcr.0000000000002284>
12. Novianto H, Rachmayanti E. Hemoroid Pada Kehamilan. *Reslaj : Religion Education Social Laa Roiba Journal*. 2022;5(1). Disponible en: [Hemoroid pada Kehamilan | fatcat!](https://doi.org/10.30605/reslaj.v5i1.1234)
13. Arroyo A, Montes E, Calderón T, Blesa I, Elía M, Salgado G, et al. Tratamiento de la fisura anal: algoritmo de actuación. Documento de consenso de la Asociación Española de Coloproctología y la Sección de Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos. *Cir Esp*. 2018;96(5). Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-cirugia-espanola-english-edition--436-articulo-treatment-algorithm-for-anal-fissure--S2173507718301017>
14. Etienney I. Tratamiento quirúrgico de las fisuras anales. *EMC - Técnicas Quirúrgicas - Aparato Digestivo*. 2020;36(1). Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1282-9129\(20\)43283-0](https://doi.org/10.1016/S1282-9129(20)43283-0)
15. Santamaría Alfaro A. Tratamiento electro-terapéutico en fisuras anales: intervención conservadora desde la terapia física. *Revista Terapéutica*. 2018;12(1). Disponible en: <https://doi.org/10.33967/rt.v12i1.36>
16. García Peris P, Velasco Gimeno C. Evolución en el conocimiento de la fibra. Vol. 22, *Nutricion Hospitalaria*. 2007. Disponible en: [Evolución en el conocimiento de la fibra \(isciii.es\)](https://doi.org/10.1016/S1578-1756(07)70001-0)
17. Tejirian T, Abbas MA. Sitz bath: Where is the evidence? Scientific basis of a common practice. Vol. 48, *Diseases of the Colon and Rectum*. 2005. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10350-005-0085-x>

18. Nelson RL, Thomas K, Morgan J, Jones A. Non surgical therapy for anal fissure. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17054170/>
19. Madankar N, Ali S. Review of Medical and Surgical Management of Chronic Anal Fissure. J Pharm Res Int. 2021; Disponible en: <https://doi.org/10.9734/jpri%2F2021%2Fv33i61a35115>
20. Stewart DB, Gaertner W, Glasgow S, Migaly J, Feingold D, Steele SR. Clinical Practice Guideline for the Management of Anal Fissures. Vol. 60, Diseases of the Colon and Rectum. 2017. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27926552/>
21. Renzi A, Izzo D, Di Sarno G, Talento P, Torelli F, Izzo G, et al. Clinical, manometric, and ultrasonographic results of pneumatic balloon dilatation vs. lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure: A prospective, randomized, controlled trial. Dis Colon Rectum. 2008;51(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18080713/>
22. Salih AM. Chronic anal fissures: Open lateral internal sphincterotomy result; a case series study. Annals of Medicine and Surgery. 2017;15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28239456/>
23. Patel SD, Oxenham T, Praveen B V. Medium-term results of anal advancement flap compared with lateral sphincterotomy for the treatment of anal fissure. Int J Colorectal Dis. 2011;26(9). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21562745/>
24. Barredo C, Leiro F. Abscesos y fistulas perianales [Internet]. 2009. Disponible en: www.sacd.org.ar,
25. Cordero SA, Trombetta RD, Herrero CJ, Glickman RS. Abscesos y fistulas perianales. Prensa Med Argent. 1998;85(6). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-argentina-radiologia-383-articulo-fistulas-perianales-caracterizacion-con-resonancia-S0048761916301909>
26. Camargo L, García-Perdomo HA. Gangrena de Fournier: revisión de factores determinantes de mortalidad. Revista Chilena de Cirugía. 2016;68(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2015.11.003>
27. Viel Sanchés PY, Despaigne Salazar RE, Murlot Ruiz A, Rodríguez García M, Martínez Arzola G. Gangrena de Fournier TT - Fournier's gangrene. Rev cuba med mil. 2020;49(1). Disponible en: http://dx.doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i3.6764
28. Calderón Ortega W, Camacho Martino JP, Obaíd García ML, Moraga C J, Bravo D, Calderón Merino D, et al. Tratamiento quirúrgico de la gangrena de Fournier. Rev Cir (Mex). 2021;73(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492021002748>