

CAPÍTULO 35.

PATOLOGIA ANORRECTAL DE URGENCIA

Crespo K., Torres-Criollo L.

Karla Marcela Crespo Argudo 0000-0003-1604-4588 

Docente, de la Carrera de Medicina, Universidad Católica de Cuenca, Sede Azogues.
karla.crespo@ucacue.edu.ec

Larry Miguel Torres Criollo 0000-0002-5321-7516 

Docente, de la Carrera de Medicina, Universidad Católica de Cuenca, Sede Azogues.
larry.torres@ucacue.edu.ec

I. INTRODUCCIÓN

Las urgencias anorrectales se refieren a todos los trastornos que se producen a nivel de la región anal y perianal, cuyos síntomas y signos requieren un tratamiento inmediato; haciendo de estas los motivos más frecuentes de consulta y teniendo a manera de reto llegar a un diagnóstico de forma temprana, debido a que la mayoría de paciente acuden tardíamente, pues manifiestan miedo o vergüenza al presentar o al hablar de sintomatología de este tipo; además, está el temor del examen proctológico que incluye tacto rectal y anoscopia. (1).

Debemos conocer que para el diagnóstico rápido y oportuno de la patología ano rectal de urgencias, nuestra gran aliada sería la historia clínica, pues gracias a esta podemos identificar factores de riesgo y síntomas de alarma, tales como el dolor rectal y el sangrado que pueden necesitar tratamiento inmediato, además, se pueden encontrar otros síntomas, como edema y tumefacción en región perianal, secreción anal y fiebre que se presenta en problemas con procesos infecciosos de la zona. A la par de los síntomas presentados por el paciente, debemos conocer los hábitos alimenticios, defecatorios, neoplasias, antecedentes de enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedades de transmisión sexual entre otros.

Es importante realizar el examen físico de este segmento corporal y no debe faltar el examen proctológico donde se debe incluir el examen digital, tacto rectal y la anoscopia; en ocasiones se necesitarán también exámenes complementarios como los de imagen, cuya finalidad es identificar el sitio exacto donde se origina la lesión y así evitar complicaciones. (2).

Un estudio de prevalencia de sintomatología anorrectal en atención general, con 1061 pacientes demostró que solo el 2,3% de la población acude a atención medica por sí solos, de forma temprana y que luego de realizado el interrogatorio, la prevalencia de síntomas es

del 15,6%, revelando que la mayoría de los pacientes no comunican sus molestias de forma clara, lo que dificultaría llegar al diagnóstico.

Las manifestaciones subjetivas que se encontraron estuvieron asociadas con padecimientos tales como diarrea y estreñimiento, fueron provocados en un 28,5% por hemorroides, en un 6,1% por fistulas anales y el 60,1% no tubo diagnóstico.

El uso de exámenes complementarios mejoro el diagnóstico en un 76% frente al 20% que no accedió a estos métodos. En cuanto a la exploración anal, esta fue aceptada por un 64,8% es decir por la mayoría y un tercio la rechazo por varios factores, principalmente por la incomodidad y por considerar a estos síntomas poco relevantes. El 43 % de pacientes consulto por presentar dolor y molestias a nivel anal. En relación con el tratamiento se hizo manejo conservador para el estreñimiento y la disquecia en el caso de hemorroides. (3).

Entre los procesos patológicos anorectales de urgencia más frecuentes se pueden identificar a las hemorroides externas aguda trombosadas, las hemorroides internas complicadas, el prolapso rectal irreducible, la proctitis, los cuerpos extraños, abscesos perianales, la fisura anal y la fascitis necrotizante.

II. Historia Clínica

Anamnesis

La anamnesis tiene que ser íntegra, se debe buscar síntomas de alarma que requieran tratamiento inmediato, además, de los factores de riesgo o predisponentes que pueden desencadenarlos como antecedentes previos tales como, tratamiento farmacológico, antecedentes de intervenciones quirúrgicas anorectal, antecedentes obstétricos, ginecológicos, urológicos, hábitos sexuales y antecedentes familiares. (3)(4).

Síntomas de alarma

El Dolor

El dolor en la región anal, es la principal manifestación clínica que llaman la atención al paciente y le impulsan a buscar ayuda en urgencias.

Al momento de realizar el interrogatorio investigamos desde cuándo se ha presentado el dolor, cuando aumenta o disminuye, la relación con las evacuaciones, el tipo de fármaco o posición con el que cede, los síntomas acompañantes como la fiebre, el sangrado, tumefacción, prurito, secreciones entre otros, además, buscamos factores de riesgo que pueden desencadenar el dolor. Además, se debe prestar especial atención, a los pacientes inmunodeprimidos y diabéticos, pues estos cuadros suelen ser potencialmente mortales. (5).

En el examen físico la inspección y el tacto rectal son indispensables para evaluar el

dolor e identificar la tonicidad del esfínter anal, la piel de la zona y sus posibles lesiones, además, de observar si esta maniobra desencadena el dolor y si esto sucede, pensaríamos en la existencia de patológicas como: fisura anal, absceso perianal, hemorroides trombosadas o una masa inflamatoria prolapsada. (1)(4).

Sangrado

El sangrado rectal o anal ocurre en aproximadamente el 20% de los adultos, y se cree que puede ser provocado en un 10% por neoplasias, además, se debe tomar en cuenta como posible etiología de sangrado a la enfermedad diverticular con complicación hemorrágica y a la isquemia intestinal puesto que, estas cursan con este signo.

Es importante conocer e indagar sobre los factores de riesgo y antecedentes personales que nos puedan explicar la presentación de esta manifestación clínica, tal es el caso de las neoplasias, hemorragia digestiva baja de otras causas y enfermedad inflamatoria intestinal. Una anamnesis profunda además de un examen físico orientado a la región anorectal son esenciales para identificar el sitio exacto de la hemorragia y las características de la misma es decir verificar si existe la presencia de sangre roja, fresca y si esta está asociada o no a problemas defecatorios, al igual que, si se acompaña o no de dolor.

Gracias a esto podemos identificar patologías como las fisuras, en donde el paciente manifiesta la presencia de dolor y sangrado, en cambio, en el prolapso hemorroidal, hay presencia de sangre, pero no hay dolor.

Abordaje del sangrado rectal en cinco pasos:

1. Evaluar la inestabilidad hemodinámica.

El riesgo de desequilibrio hemodinámico por pérdida sanguínea se valora, buscando la presencia de síncope, taquicardia o hipotensión, para luego, en caso de ser necesario reponer el volumen intravascular y poder continuar con el diagnóstico.

El sangrado se debe clasificar según el grado de riesgo de muerte inminente en el paciente. Se hace uso de líquidos intravenosos para normalizar la tensión arterial y la frecuencia cardíaca y aquellos pacientes con cardiopatías y enfermedad renal, el uso de líquidos en reanimación debe ser más cautelosa. El nivel de hemoglobina debe estar por encima de 7g/dL, y para esto se usa la medicina transfusional.

La hemorragia asociada a inestabilidad hemodinámica podría deberse a sangrado gastrointestinal superior (varices esofágicas, aneurisma de la aorta) y se debe realizar una endoscopia digestiva alta y si se creó que se trata de hemorragia digestiva baja se podría pensar en divertículos, el procedimiento para su diagnóstico, sería a través de una

colonoscopia, apenas se manifiestan los síntomas. (6).

2. Aclarar la naturaleza del sangrado.

Identificar el tiempo, duración, cantidad y color de la sangre, permitirá evaluar la gravedad del sangrado y el sitio donde se produce. Pacientes con sangrado digestivo alto moderado podrían presentar melena y en aquellos con patologías en intestino delgado o en colon, se puede hacer visible la presencia de sangre roja brillante.

La característica principal del sangrado anorectal es la presencia de sangre roja y fresca en las heces o ser visible en el papel de baño, pudiendo presentarse en patologías como hemorroides externas o en fisura anal.

3. Preguntar sobre el dolor abdominal y pélvico.

En patologías como la isquemia intestinal, intestino irritable, enfermedad de Crohn, puede presentarse dolor a nivel abdominal con periodos de remisión y exacerbación, con síntomas acompañantes como la diarrea, pérdida de peso y de complicaciones de las patologías tales como obstrucción, abscesos perianales y fistulas.

Los pacientes que padecen de fisuras anales, suelen tener dolor en la región anal a la hora de la defecación y sangrado; en cambio, en las hemorroides externas, no suele presentarse el dolor, pero si el sangrado. En cuanto, al dolor abdominal y pélvico, en este tipo de patologías no se manifiesta (5). (6).

4. Realizar un examen rectal.

El tacto rectal permite evaluar al paciente, reconocer lesiones a nivel anorectales, evaluar la presencia de sangrado en heces. Se examinará si existe disfunción del suelo pélvico, especialmente en aquellos que sufren de estreñimiento crónico lo cual, predispondría a los pacientes a desarrollar fisuras o hemorroides; además, se buscará signos de Enfermedad de Crohn como lesiones en la piel o fisuras.

Si al momento de la inserción digital, el dolor es intenso se debe pensar en la existencia de una fisura, por último, debemos observar en el guante la existencia de sangre macroscópica. (6). (7).

5. Medite en la posibilidad de que exista hemorragia digestiva oscura en determinadas circunstancias como en hemorragia digestiva alta.

Tumefacción

La tumefacción aguda puede encontrarse en el caso de la trombosis hemorroidal y en los abscesos; en cambio la tumefacción Crónica suele hallarse en las hemorroides internas

grado III-IV o en repliegues anales. (2). (3).

Habrá que indagar si es constante o no la tumefacción y si va acompañado de dolor, de sangre o pus, o si se relaciona con factores tales como el estreñimiento.

Secreción anal

Este síntoma no es común en las consultas médicas de urgencia, y hace referencia a la presencia de secreciones en la región anal; lo que conllevaría a pensar, en la presencia de fistulas anorrectales, abscesos o prolapsos hemorroidales. (2).

III. Exploración física

El examen físico en proctología del paciente, puede llevarse a cabo en cuatro posiciones, cada una tiene sus ventajas e indicaciones:

- Posición decúbito lateral izquierdo o de Sin: Debe flexionarse la pierna derecha y extender la izquierda. Las nalgas deben sobresalir del borde de la camilla.
- Posición gen pectoral: Es usada tanto en urología y proctología.
- Posición decúbito dorsal: Paciente en decúbito supino y rodillas flexionadas. Se deberá elegir cuando se desee examinar el interior de la pelvis en un paciente con mal estado general. Se hace palpación bimanual.
- Posición de litom a: Es la posición más usada en cirugía proctológica. El límite que puede alcanzarse con la exploración digital es de 8cm -10cm. (2)(7).

Inspección y Palpación.

La inspección anorrectal permite valorar la presencia de fisuras, hemorroides, abscesos, ulceraciones, prolapso rectal; entre otras. El paciente deberá realizar la maniobra de Valsalva, lo cual permitirá observar aquellas lesiones que pasan desapercibidas en reposo.

La palpación permite buscar puntos dolorosos, masas, abscesos, trayectos de fistulas.
(3)

Tacto rectal

El examen digital anorrectal es primordial, para poder llegar a visualizar lesiones desde las más simples como es el caso de las escoriaciones e irritaciones en la piel, hasta patologías más complejas que requieren tratamiento de urgencias como lo son las hemorroides externas trombosadas, fisuras, abscesos; al paciente se le pedir  que realice la maniobra de Valsalva, lo que permitirá observar claramente el prolapso de alguna hemorroide interna en caso de haberla. (7).

El tacto rectal es un procedimiento que tiene una sensibilidad y especificidad alta

entre el 75% y 87% respectivamente, en relación con la utilidad para identificar patologías ano rectales. (8)(9).

La técnica que se usa para realizar el tacto rectal, en un inicio se la lleva a cabo sin lubricante, con la finalidad de palpar las áreas perineales, perianales y sacrocoxigeas, para encontrar tumefacciones. Luego, se aplica lubricante en el dedo índice y se presiona cuidadosamente, venciendo la resistencia del esfínter, llegando hasta la ampolla rectal. (7). Si la maniobra, provoca dolor localizado, quiere decir que se debe buscar la presencia de una fisura anal; además, mediante este procediendo se puede evaluar posibles prolapsos mucosos internos, masas en la ampolla rectal, e incluso hemorroides internas complicadas. (8).

Anoscopia.

Es un procedimiento que se lleva a cabo a través de un instrumento conocido como anoscopio, y permite valorar lesiones en el canal anal, incluso con la posibilidad de toma de biopsias. Esta es una técnica sencilla y poco molesta para el paciente. (2).

IV. PATOLOGÍA ESPECÍFICA.

Enfermedad hemorroidal

Definiciones, Epidemiología, Clasificación.

Las hemorroides se constituyen fisiológicamente por aquellos plexos vasculares arteriovenosos ubicados a lo largo del canal anal. (9)(10)

Estas, son los trastornos anorrectales más frecuentes con una prevalencia del 39% en la población general y de estos el 45% de los enfermos presentan síntomas y requerirán ser atendidos de inmediato. (11)

La presentación y sintomatología de las hemorroides es extremadamente complejo, pues no todas las hemorroides pueden ser abordadas de la misma forma, recordando que cada grado de hemorroide es diferente. El sistema de clasificación para enfermedad hemorroidal es útil no solo para al elegir un tratamiento apropiado, sino también para permitir la comparación de los mismos. Existen diversos sistemas de clasificación de hemorroides, una de estas se basa en la ubicación y el grado de prolapso hemorroidal; otro tipo de forma de clasificación hemorroidal es el que relaciona la hemorroide con la línea dentada; con lo cual se tiene hemorroides externas, internas y de tipo mixto. Las hemorroides internas están cubiertas de mucosa rectal y se inician sobre la línea dentada mientras que las hemorroides externas surgen debajo de dicha línea y están cubiertos por piel. Las

hemorroides mixtas surgen tanto arriba y debajo de la línea, por lo tanto, son hemorroides interno-externas.

El sistema de clasificación más utilizado para hemorroides fue descrito por Goligher, en donde se clasifica a las hemorroides de tipo interno, por el grado de prolapso, es así que tenemos 4 grados. Grado I, donde hay sangrado, pero no prolapso de hemorroides. Grado II, existe prolapso de hemorroides al esforzarse, pero este se reduce espontáneamente. Grado III, hay presencia de hemorragia hemorroidal y prolapso que requiere reducción manual. Grado IV donde hay hemorroides con prolapso irreductible manualmente que requiere tratamiento quirúrgico de urgencia.

Otra escala de clasificación de enfermedad hemorroidal es la de “PNR-Bleed” que busca incluir las cuatro principales características de la enfermedad hemorroidal como el grado de prolapso hemorroidal, número de hemorragias primarias, relación del tejido hemorroidal con la línea dentada y la cantidad de sangrado que se presenta. Este novedoso sistema de clasificación de las hemorroides parece ser más detallado, objetivo y fácil de llevar a cabo, pero por diversas circunstancias al momento se lo usa tan solo para ayudar a reforzar la clasificación ya existente. (11)

Hemorroides externas.

Estas hemorroides se caracterizan por ubicarse proximales a la línea dentada y están cubiertos por mucosa rectal y en la mucosa de transición.

Trombosis hemorroidal externa.

Se produce por la formación de coágulos en el plexo hemorroidal externo. Los síntomas clásicos de esta afección son dolor anal agudo más la presencia de una masa azulada en el borde anal.

Algunos pacientes pueden tener antecedentes de estreñimiento, luego del cual, puede producirse la trombosis hemorroidal externa, el paciente refiere dolor intenso durante el segundo o tercer día de iniciado el cuadro y en días posteriores va disminuyendo de intensidad; además, de referir sensación de un cuerpo extraño en la zona anal de consistencia más o menos dura, dolorosa al tacto y color azul violáceo. La presión constante e intermitente en el sitio de la trombosis puede causar erosión de la piel contigua además de provocar sangrado.

Las hemorroides externas trombosadas de forma aguda deben diferenciarse de hemorroides internas complicadas y del melanoma anal hiperpigmentado.

La primera presenta un coágulo debajo de la piel; y por el contrario, las hemorroides internas están cubiertas por mucosa anal y el melanoma pigmentado anal se presenta con una historia más prolongada de hiperpigmentación. (1)(10)

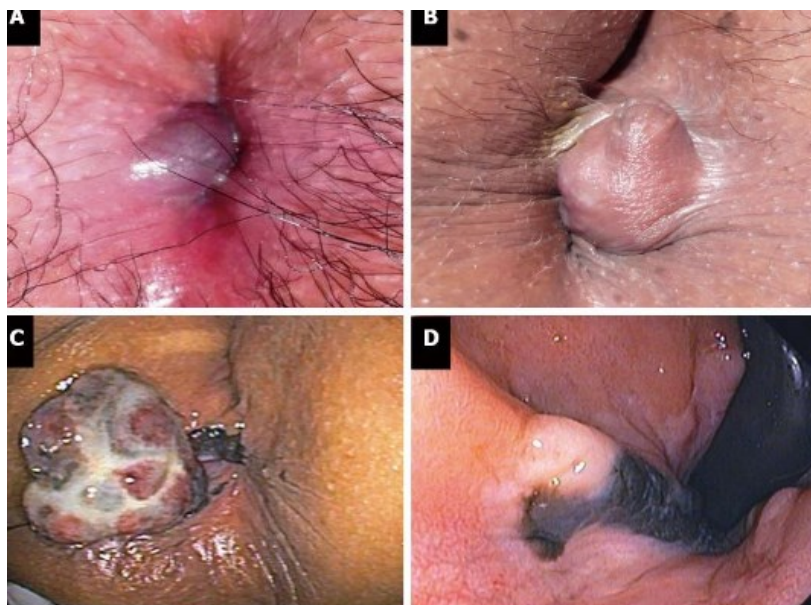


Figura 1.- Hemorroide externa aguda trombosada y melanoma anal. (A, B hemorroides externos trombosados; C, D melanoma anal). (Tomado de: Lohsiriwat V. *Anorectal emergencies. World J Gastroenterol.* 14 de julio 2016;22(26):5867-78. (15)1-15.)

Tratamiento

Las hemorroides externas trombosadas de forma aguda se pueden tratar de forma conservadora o quirúrgica dependiendo de los síntomas de alarma en el paciente, en este caso dependerá de principalmente de la forma de presentación del dolor. Básicamente la escisión de trombos externos de forma quirúrgica se reserva en pacientes que experimentan dolor severo, generalmente dentro de las 48 a 72 h de iniciado el cuadro.

El tratamiento conservador incluye analgésicos antiinflamatorios, baños de asiento con agua tibia y evitar el estreñimiento aplicable en pacientes con síntomas leves, permitiéndonos educar y tranquilizar al paciente respecto a esta condición. (10)(1)

Hemorroides internas

La teoría más aceptada, para el desarrollo de hemorroides internas es la del canal anal deslizante, que postula el deslizamiento anormal de las almohadillas rectales a través del canal anal.

Aproximadamente 4 de cada 10 pacientes con hemorroides son sintomáticos. Se cree que comienzan a producir síntomas cuando las almohadillas anales, inician su proceso de deslizamiento hacia abajo, siendo el sangrado el síntoma más común de este tipo de

hemorroide. En la gran mayoría de los casos hay sangrado sin dolor. (12)(13).

La hemorragia se debe a la congestión de las sinusoides, por lo tanto, el sangrado es de origen arterial, razón por lo que el color de la sangre es rojo rutilante. Las arteriolas dilatadas y el tejido friable se erosionan fácilmente durante la defecación, ya sea en estreñimiento o en diarrea. El paciente puede observar sangre en el papel de baño o directamente en las heces lo que llevaría a consultar de forma rápida con un especialista para buscar solucionar el problema, entonces el sangrado es por lo general, es la primera queja que aparece, justo antes del prolapso.

Cuando se instaura el prolapso de la mucosa se produce la transferencia pasiva de una mayor cantidad de moco al exterior el ano, lo que se traduce con la presencia de secreción a nivel perianal, misma que provoca irritación y picazón. (12).

Las hemorroides internas pueden estrangularse y trombosarse cuando la parte prolapsada se dilata hasta que se produce compromiso vascular o estasis venosa. Pacientes con trombosis aguda y estrangulamiento de hemorroides internos suelen presentarse con síntomas activos; un prolapso irreducible, además, de dolor y sangrado si existiese la presencia de secreción maloliente se pensaría en necrosis de la mucosa.

Tratamiento

Las hemorroides internas trombosadas son difíciles de manejar, especialmente en caso de trombosis extensa con estrangulamiento. El tratamiento a tomar en cuenta es la reducción manual de las masas hemorroidales, lo que reduciría la congestión de los tejidos y el dolor; sin embargo, es frecuente hacer uso de la hemorroidectomía de urgencia. (12)

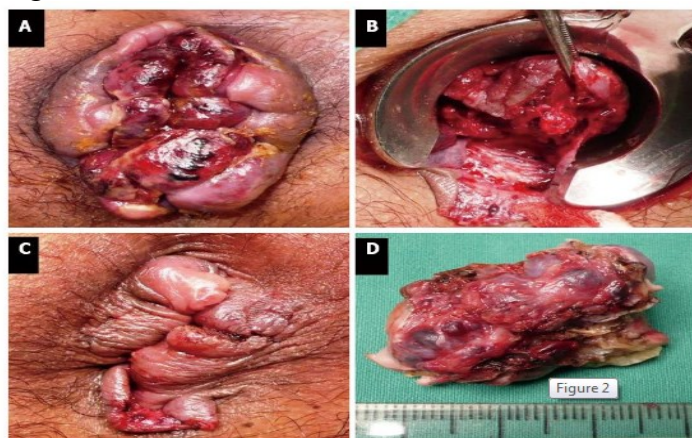


Figura 2. Hemorreidectomía de urgencia para Hemorroides interna trombosada. (Tomado de: Lohsiriwat V. *Anorectal emergencies. World J Gastroenterol.* 14 de julio 2016;22(26):5867-78.(15)1-15.)

Hemorroides sangrantes

Las hemorroides sangrantes, tienen como principal manifestación clínica, la sangre

rojo rutilante, en las evacuaciones, sin presencia de dolor, con o sin hemorroides prolapsadas. El sangrado puede ser leve, excepto en individuos que toman antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes, por eso es importante buscar este tipo de factores de riesgo.

El diagnóstico diferencial debe incluir fisura anal, si se asocia con dolor y neoplasia rectal sangrante. Además, se puede confirmar mediante una historia clínica adecuada, examen digital, tacto rectal y anoscopia, que generalmente revelan restos de sangrado anterior en la hemorroide.

Las opciones de tratamiento dependen del grado de sangrado, la comorbilidad del paciente y el grado de hemorroide; para hemorragias de bajo grado, el manejo incluye dieta rica en fibra, actividad física y líquidos para disminuir problemas de estreñimiento, medicación tópica y algunos procedimientos en el consultorio como la ligadura con banda de goma o la escleroterapia por inyección; en cambio, para hemorroides de alto grado, se puede ofrecer manejo quirúrgico que incluye hemorroidectomía y hemorroidopexia con grapas. (14)(12).

Tratamiento de Enfermedad Hemorroidal.

Se va a necesitar de tratamiento quirúrgico en torno al 5% – 10 % de los casos de pacientes con hemorroides. Los inconvenientes o complicaciones tempranas más comunes luego del procedimiento quirúrgico son el dolor, sangrado y especialmente estenosis anal, luego de una cirugía abierta, y como complicaciones tardías podríamos encontrar la formación de fistula perianal, incontinencia y recidivas. La tasa de complicaciones varía entre el 3% y el 12%. Es preciso meditar a conciencia cuál es la mejor técnica quirúrgica para cada paciente.

La hemorroidectomía abierta de Milligan-Morgan y la cerrada de Fergusson, son los procedimientos a realizar. La notoriedad de estas técnicas depende de la región a nivel geográfico, siendo el método Milligan-Morgan más común en medio oriente, y el Fergusson usada más habitualmente en USA; a más de estas técnicas, en la actualidad se pueden realizar hemorroidectomía empleando dispositivos que emplean energía como LigaSure o la ablación por láser. Igualmente, se pueden aplicar procedimientos que no incluyen la escisión de la masa prolapsada, sino que intentan restablecer la anatomía y la fisiología del canal anal como es el caso de la hemorroidopexia y la ligadura de arterias hemorroidales con anopexia. (14)(11).

El tipo más común de hemorroidectomía es la escisión modificada de Fergusson; en donde, el tejido sinusoidal prolapsado y el tejido conectivo hipertrofiado se eliminan, mientras que en el anodermo estos tejidos se conservan al igual que el esfínter interno. (11)

V. FISURA ANAL

Definición, epidemiología.

La fisura anal corresponde a una “*ulcera escamosa o solución de continuidad de la piel en el canal anal y distal a la línea dentada*”, en general su etiología es desconocida; pero al ser una de las patologías consultadas con mayor frecuencia en urgencias, se debe conocer los síntomas, la clasificación y el tratamiento respectivamente. (15).

Diagnóstico

El síntoma principal es el dolor durante el acto defecatorio y el posterior sangrado. El dolor suele ser intenso y de duración variable. Además, puede generarse un círculo vicioso entre el dolor, espasmo anal y el paso de heces duras que exacerban aún más el cuadro además de incrementar el grado de lesión, haciendo difícil incluso la curación.

Clasificación y tratamiento.

Fisura anal aguda.

Este tipo de fisura aguda se presenta en aquellos con un historial breve de defecación dolorosa, en donde se observa una laceración lineal pequeña y poco profunda en la línea media de la piel del ano, su presencia es normalmente evidente sin la necesidad de un tacto rectal.

Se debe prestar atención a la ubicación respecto a la línea media para poder hacer diagnóstico diferencial a otro tipo de patología, como es el caso de enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, VIH y leucemias. (15).

El tratamiento conservador aplicado en una fisura aguda, permite que esta sane en unas pocas semanas, pues se busca controlar el dolor, disminuir el estreñimiento, por lo cual se pueden usar ablandadores de heces, laxantes, baños de asiento, además de medicamentos que reducen el tono del esfínter

anal como es el caso de los bloqueadores de los canales de calcio tópicos y nitratos tópicos.

Fisura anal crónica.

En la fisura crónica se halla una ulceración lineal continua y profunda que expone todo el anodermo hasta el esfínter anal interno subyacente, con o sin papila anal o agrandamiento de la piel perianal por más de 8 a 12 semanas.

El tratamiento es conservador y se usa medicamentos que reducen el tono en el esfínter anal como los nitratos y bloqueadores de calcio tópicos, a pesar de que se ha visto que hay buenos resultados, la esfinterotomía anal interna lateral es el procedimiento electivo más recomendado.

Otro tratamiento como la inyección de toxina botulínica, se ha convertido en alternativa a la intervención quirúrgica, especialmente en aquellos con fisuras anales e hipotonía del esfínter anal, logrando una “esfinterotomía química” transitoria que puede durar hasta 3 meses.

La esfinterotomía, es el tratamiento quirúrgico a elección, siendo un procedimiento de “urgencia”; el porcentaje de curación es del 90% y la complicación reportada con un 30% en los pacientes, es la incontinencia fecal. La técnica utilizada consiste en la disección incompleta de forma abierta o cerrada del esfínter interno lateral, con resultados similares entre las dos y se puede realizar incluso de forma ambulatoria. (8)(15).



Figura 3. Fisura anal aguda y crónica. A la izquierda se encuentra la fisura aguda y a la derecha la fisura crónica. (Tomado de: Lohsiriwat V. Anorectal emergencies. *World J Gastroenterol.* 14 de julio 2016;22(26):5867-78.(15)1-15.)

VI. ABSCESOS ANORECTALES.

El absceso que se forma en la región anorectal, generalmente se origina por infección de una glándula anal, misma que se encuentra en la mucosa anal y su apertura está al nivel de línea dentada.

En la mayoría de los pacientes con esta patología, la causa exacta que generó la infección y por consiguiente el absceso anorectal no se conoce; sin embargo, una de las teorías que intentan explicar la formación de los abscesos anorectales, es la que relaciona con la formación de una obstrucción de una glándula anal infectada. Las infecciones son

causadas en su mayoría por organismos y entre los más frecuentes están la E. coli, enterococcus y bacterioides.

Una vez que la glándula anal está infectada, el absceso puede desarrollarse dentro del área interesfinteriana o podría extenderse hacia un área adyacente como la región perianal, espacio post anal profundo o fosa isquiorrectal y en casos más raros se podría extender hacia el supra elevador.

a. Diagnóstico

La mayoría de los abscesos anorectales se pueden diagnosticar fácilmente mediante una historia clínica y un examen físico cuidadoso. El síntoma principal es el dolor anal agudo de carácter punzante que se incrementa al toser y sentarse. El paciente puede notar la presencia de un bulto sensible o de hinchazón en el área afectada, con o sin fiebre. La fluctuación del absceso suele ser mínima o no evidente debido al tejido conectivo graso suelto en el área.

En caso de absceso interesfinteriano o un absceso supraesfinteriano, la inspección perianal puede parecer normal, pero el examen digital a menudo revela un abultamiento doloroso en el sitio del absceso.

Los estudios imagenológicos que más aportan en este grupo de pacientes son la endosonografía anal y la resonancia Magnética (RM) de pelvis. La endosonografía es muy útil en pacientes con abscesos submucosos o fistulas y puede emplearse como estudios preoperatorios o como estudio intraoperatorio

b. Tratamiento

La finalidad del tratamiento de un absceso es el drenaje, para así evitar posibles complicaciones a futuro. En el absceso perianal y isquiorectal, se debe realizar una incisión elíptica sobre el mismo, para proporcionar un drenaje adecuado y evitar un cierre prematuro de la incisión. Si es posible, el drenaje debe realizarse cerca del borde anal, pues acortará de gran manera el trayecto de fístula, en caso de que hubiese.

El abordaje interesfinteriano se utiliza para el drenaje quirúrgico de los abscesos en esta área, con o sin división del esfínter anal interno. El absceso supraelevador se puede drenar por vía transrectal, interesfinteriana e isquiorectal en relación con el origen de la infección.

La adición de antibióticos intravenosos al tratamiento quirúrgico se recomienda en aquellos pacientes que presentan celulitis en los tejidos circundantes, al igual que en pacientes inmunodeprimidos, con enfermedad sistémica concomitante y con válvulas

cardíacas protésicas.

En el caso de que el paciente desarrolle una fístula, un cirujano experimentado puede proporcionar un tratamiento definitivo para esta, aunque se acepta ampliamente que el absceso puede ser drenado en primera instancia y luego se reprograma para tratamiento de la fístula. (8) (16).

Inmediatamente luego del drenaje del absceso se recomienda baños de asiento, control del dolor y prevención de problemas tales como el estreñimiento. Se debe informar al paciente que existe la posibilidad de que luego del drenaje quirúrgico se forme una fístula anal esto en un porcentaje de hasta el 30%. (16).

VII. Prolapso rectal irreducible.

Se define al prolapso rectal como *“una protrusión de espesor completo de la pared rectal a través del canal anal”*. (17). Generalmente, esta patología se produce en personas mayores, especialmente de sexo femenino, debido a factores como partos múltiples, obesidad, mismos que causan debilitamiento del suelo pélvico. Es importante mencionar que esta patología es poco frecuente en jóvenes.

La clasificación más común del prolapso rectal es: *“Prolapso mucoso parcial o pseudoprolapso, prolapso interno o intususcepción rectal y prolapso total completo o verdadero”*. (18).

Cualquiera de estas etapas puede complicarse con incarceration y estrangulación, convirtiéndose en una urgencia quirúrgica. (7)(18).

a. Diagnóstico

Los signos clásicos de prolapso rectal son la presencia de una protrusión en el espesor de la pared rectal con anillos concéntricos de mucosa, mientras que las hemorroides contienen solo mucosa rectal. Hay que hacer énfasis en diferenciar entre estos.

Se puede encontrar con más frecuencia un prolapso rectal irreducible agudo, pero la estrangulación del prolapso rectal es bastante rara. Sin embargo, ambas condiciones requieren una pronta intervención. (18).

b. Tratamiento

Se ha creado una variedad de técnicas y enfoques para tratar el prolapso rectal reducible, pero la rectosigmoidectomía perineal es el procedimiento más común a elegir en el prolapso rectal estrangulado.

En prolapsos irreducibles no estrangulado, se puede proceder a reducción suave bajo sedación y anestesia local aplazando la intervención quirúrgica, pero hay que recordar que

el tratamiento definitivo es el quirúrgico. (19)(18).

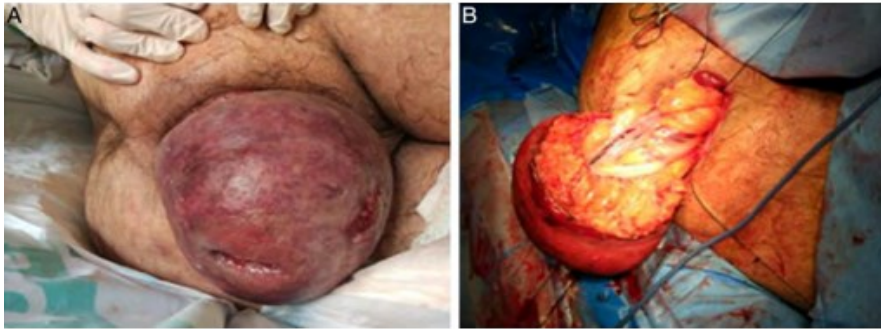


Figura 4. “A) Prolapso rectal encarcerado. Se aprecia mucosa congestiva, con áreas necróticas y ulceración. B) Detalle de la intervención quirúrgica. Tras incisión circunferencial a nivel de línea pectínea, exeresis de recto prolapsado”. (Tomado de: Allué M, Gonzalo M, Navarro C. Strangle rectal prolapse: Emergency perineal rectosigmoidectomy. *Cirugía Española (English Edition)*, Volume 99, Issue 2, February 2021, Pages 164-166.)



Figura 5. “Resultado de la intervención quirúrgica. Anastomosis termino terminal coloanal manual”. (Tomado de: Allué M, Gonzalo M, Navarro C. Strangle rectal prolapse: Emergency perineal rectosigmoidectomy. *Cirugía Española (English Edition)*, Volume 99, Issue 2, February 2021, Pages 164-166.)

VIII. FASCITIS NECROTIZANTE PERINEAL O GANGRENA DE FOURNIER.

La fascitis necrotizante perineal es una enfermedad grave y pone en riesgo la vida, es la forma de infección que ataca tejidos blandos y la piel en la región anal y perineal. Suele ser una infección polimicrobiana, que se puede desarrollar de forma secundaria o no al drenaje de absceso ano rectal, o una infección genitourinaria o infección cutánea. Es más probable que ocurra en personas con antecedentes de inmunodepresión o diabetes.

a. Diagnóstico

El paciente con fascitis necrotizante presenta dolor perineal severo, fiebre alta; además, puede desarrollar sepsis, shock séptico y retención urinaria aguda.

En el examen físico, se puede observar edema marcado en la zona perineal, ampollas y la necrosis de la piel supraadyacente. La herramienta más importante para el diagnóstico temprano es la clínica; además, del uso de exámenes de imagen como ecosonograma, tomografía computarizada de la parte inferior del abdomen para la delimitación de la extensión de la fascitis necrotizante perineal.

b. Tratamiento

El tratamiento para la fascitis necrotizante incluye la administración de líquidos intravenosos para la reanimación, antibióticos de amplio espectro por vía intravenosa y el debridamiento quirúrgico del tejido afectado, mismo que es fundamental en el manejo de esta patología; un retraso en el tratamiento tendría un impacto negativo en la supervivencia del paciente.

Se puede realizar una colostomía de desvío para reducir la contaminación con heces fecales y para facilitar la cicatrización de heridas perineales; además, se requerirá varios procedimientos reconstructivos que incluyen injerto de piel y colgajos miocutáneos. (1) (20).

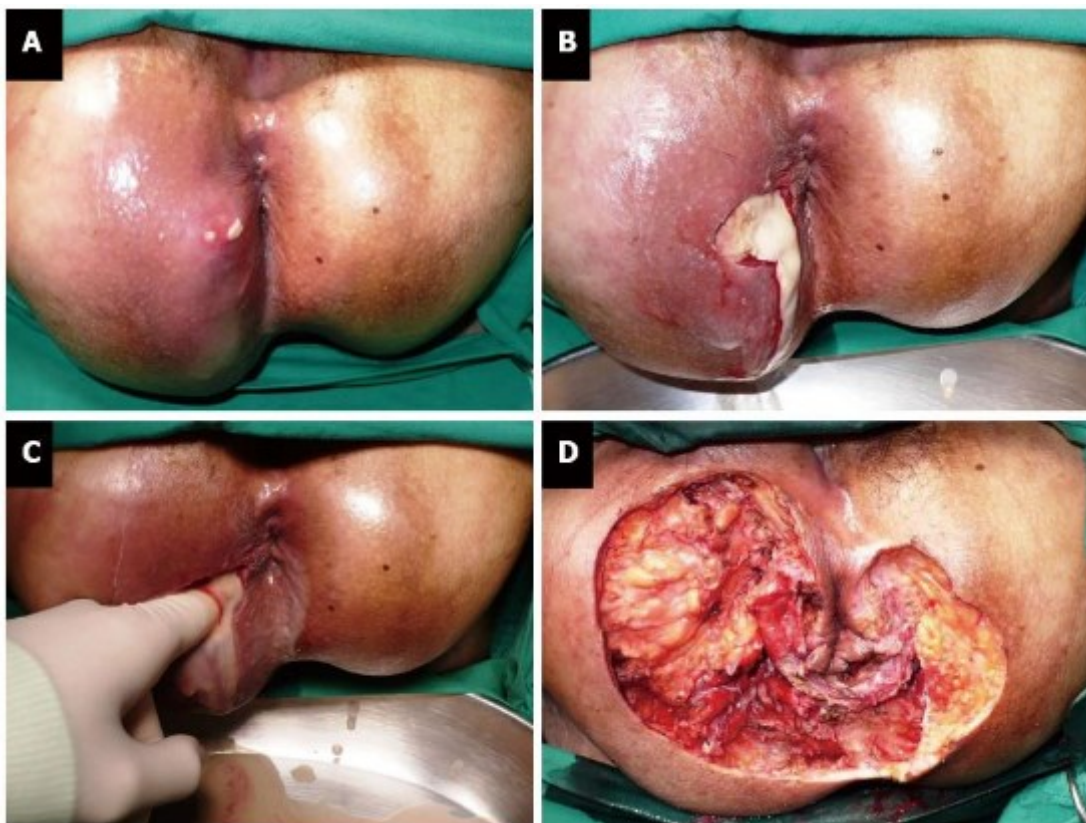


Figura 7. Fascitis necrotizante perianal. (Tomado de: Lohsiriwat V. *Anorectal emergencies. World J Gastroenterol.* 14 de julio 2016;22(26):5867-78. (15)1-15.)

IX. CUERPO EXTRAÑO EN RECTO.

Los cuerpos extraños retenidos en el recto podría representar un desafío en el diagnóstico para un médico; pues los pacientes no proporcionan un historial impreciso respecto a la inserción de objetos, debido al miedo y vergüenza por esta razón los pacientes hacen algunos esfuerzos para quitar el objeto antes de buscar atención médica dificultando el tratamiento posterior, una razón común para introducir cuerpos extraños en el recto son las prácticas sexuales donde se incluyen el uso de objetos eróticos ; también podrían encontrarse cuerpos extraños en el recto como el resultado de un accidente, narcotráfico o asalto sexual. (21).

El médico debe tratar a estos pacientes con el respeto apropiado y brindarles apoyo emocional. En cuanto a la prevalencia no existen muchos estudios que traten sobre este tema; pero los pocos que existen indican que es más común encontrar esta patología en varones adultos.

Los cuerpos extraños pueden ser afilados u objetos contundentes con una variedad de tamaños y formas.

a. Diagnóstico

Entre los síntomas podemos encontrar dolor pélvico, abdominal, fiebre, taquicardia y peritonitis que sugieren en la perforación rectal. La radiografía simple de abdomen puede revelar el número, la forma y ubicación de los objetos retenidos, así como la presencia de aire libre. La ecografía y tomografía puede ayudar a detectar objetos.

El examen proctológico es importante ya que puede revelar alguna parte del cuerpo extraño retenido; y es más importante que el médico evalúe si hay evidencia de perforación del recto o lesión del esfínter anal.

b. Tratamiento

El tratamiento tiene como objetivo eliminar con éxito el cuerpo extraño retenido, sin causar una lesión adicional a nivel intestinal. (21).

X. Proctitis por enfermedad de transmisión sexual.

Aquellos pacientes con enfermedades de transmisión sexual (ETS) pueden requerir acudir al departamento de emergencias por manifestaciones tales como la proctitis. Las ETS más comunes causantes de la proctitis son la gonorrea, clamidia, virus del herpes simple, sífilis y linfogranuloma venéreo.

Los principales síntomas incluyen la urgencia defecatoria, dolor anal y secreción; si bien el tratamiento no es de tipo quirúrgico, es necesaria su atención médica inmediata. (22).

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Lohsiriwat V. "Anorectal emergencies". *World J Gastroenterol*. 14 de julio 2016;22(26):5867-78.(15)1-15.
- 2.- Leitón A, Vargas V, Patología ano rectal frecuente en atención primaria, *Rev Cl EMed UCR* . 29 abril 2016 11.
- 3.-Tournu G , Abramowitz L, Couffignal C, Juguet F, Revalence of Anal Symptoms in General, Tournu et al. *BMC Family Practice* (2017) 18:78.
- 4.- Gascón M, Asín J, Espartosa M, Martín M, Hamam N ,et al, Principios básicos de anamnesis y exploración anorrectal. *Revista Electrónica de Portales Medicos.com Volumen XVI. Número 4 – 30 de Febrero de 2021 – Página inicial: Vol. XVI; n° 4; 15.*
- 5.- Camacho M , Senent V, et al, Manual de urgencias , Cap. Dolor anal, Urgencias proctológicas. <https://www.hospitaluvrocio.es/manualclinico-urgencias/indice/cirugia/dolor-anal-urgencias-proctologicas/>
- 6.-Thomas G, Cotter M, Niamh S. Buckley, Conor G. Loftus, Approach to the Patient With Hematochezia .*Mayo Clin Proc*. n May 2017;92(5):797-804.
- 7.- Patcharatrakul τ, and Rao S, Update on the Pathophysiology and Management of Anorectal Disorders. *Gut and Liver*, Vol. 12, No. 4, July 2018, pp. 375-384.
- 8.-Wald A, Update on the Management of Fecal Incontinence for the Gastroenterologist. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2016;12(3):155-164.
- 9.- Narváez E, Bravo J, Carrasco M, Pérez P, Mendoza C, Morales M, et al, Fisiopatología diagnóstico y manejo de las principales enfermedades anorrectales. *AVFT Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica Volumen 37, número 3, 2018.*
- 10.- Lohsiriwat V, Hemorrhoids: From basic pathophysiology to clinical management. *World J Gastroenterol WJG*. 7 de mayo de 2012;18(17):2009
- 11- Ahmad M ,Chowdri N, Parray R, Wani R, Mehraj A, Baba A,Laway M ,et al, PNR-“Bleed” classification and Hemorrhoid Severity Score—a novel attempt at classifying the hemorrhoids, CC BY-NC-ND 4.0. *Journal of Coloproctology* 2020; 40(04): 398
- 12.- Margetis N. Pathophysiology of internal hemorrhoids. *Ann Gastroenterol*.

2019;32(3):264-272.

- 13.- Fontem RF, Eyvazzadeh D. Internal Hemorrhoid. [Updated 2020 Aug 8]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537182/>.
- 14.-Jaramillo LI, Estudio comparativo entre hemorroidectomía cerrada de Ferguson y hemorroidectomía con LigaSure. *Rev Colomb Cir.* 2011;26:171-9.
- 15.-Mapel DW, Schum M, Von Worley A. The epidemiology and treatment of anal fissures in a population-based cohort. *BMC Gastroenterol.* 16 de julio de 2014.
- 16.- Wong U, Abscesos y fistulas anorrectales. *Gastroenterologia Rev Hosp Jua Mex* 2013; 80(4): 243-247.
- 17.-Wu J, Rectal prolapse: A historical perspective. *Curr Probl Surg.* 2009;46:602–716.
- 18.-Allué M, Gonzalo M, Navarro C, Strangle rectal prolapse: Emergency perineal rectosigmoidectomy. *Cirugía Española (English Edition), Volume 99, Issue 2, February 2021, Pages 164-166.*
- 19.-Tou S, Brown SR, Nelson RL, Surgery for complete (full thickness) rectal prolapse in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 11. Art. No.: CD001758.*
- 20.- Rockbrand L, Koutsowris S, Carrillo A, Fascitis necrotizante perineal. *Revista Médica Sinergia. Vol. 5 Num. 8. Agosto 2020, e561ISSN: 2215-4523, e-ISSN: 2215-5279*
- 21.-Martínez C, Mateus Libáñez H, Senejoa N, Medellín A, Obando A, Cardona J, Montoya J, Enfoque del manejo de cuerpos extraños colorrectales: *Revisión de la literatura. Rev Colomb Gastroenterol / 33 (1) 2018.*
- 22.- Bejarano J, Cañadas R, Proctitis infecciosa transmitida sexualmente: reto diagnóstico y recomendaciones de tratamiento. *Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2020 Oct; 40(4): 336-341.*