



**Libros
Virtuales
IntraMed**



PATOLOGÍA ORIFICAL

HEMORROIDES

- ❖ Dilataciones venosas a nivel del conducto anal que se desarrollan a partir de los plexos hemorroidales internos y externos.
- ❖ El plexo hemorroidal interno (PHI) forma 3 paquetes localizados en hora 1, 5 y 11.

Cada paquete es una almohadilla constituida por tejido vascular, fibras elásticas, músculo liso y sinusoides venosos. La función de estas almohadillas es la de ocluir por completo el conducto anal y contribuir en la continencia anal.

PATOGENIA

CONSTIPACIÓN ↑. esfuerzo evacuatorio ↓. presión intraabdominal ↑

↓ Retorno Venoso ... dilatación del tejido hemorroidal ... ruptura del sostén fibroelástico

... PROLAPSO

ETIOLOGÍA

- ❖ Constipación
- ❖ Diarrea crónica ↑. Presión del esfínter anal
- ❖ Herencia
- ❖ Embarazo: el útero comprime los vasos ilíacos ... Retorno Venoso ↓
- ❖ Hipertensión portal

SITUACIONES QUE PRECIPITAN UN EPISODIO HEMORROIDAL AGUDO

- ❖ Constipación
- ❖ Diarrea
- ❖ Alcohol
- ❖ Condimentos
- ❖ Café
- ❖ Sedentarismo (utilización prolongada de auto, moto, bicicleta, caballo)
- ❖ Estrés

CLASIFICACIÓN EN GRADOS

I- Sólo visibles por anoscopía.

II- Prolapsan durante el esfuerzo pero se reducen en forma espontánea.

III- Prolapsan fácilmente, pero se reducen manualmente.

CUADRO CLÍNICO

- ❖ Proctorragia indolora, sangre fresca sin coágulos en el inodoro o en el papel higiénico, que se produce al final de la defecación.
- ❖ Prolapso hemorroidal
- ❖ Prurito (aparece cuando hay prolapso), este irrita la mucosa. Se produce secreción de moco. El moco produce prurito.
- ❖ Fluxión hemorroidal: hay prolapso irreductible + inflamación, trombosis o necrosis.
- ❖ Trombosis hemorroidal
 - ▶ Más común en hemorroides externas
 - ▶ Dolor anal (inicio brusco) + palpación de una tumoración nueva
 - ▶ Tumoración azulada
 - ▶ El dolor disminuye conforme avanzan los días
 - ▶ La secuela es el plicoma

DIAGNÓSTICO

Es clínico: síntomas + inspección + anoscopía.

TRATAMIENTO

Tratamiento médico

- ❖ Tratar la constipación:
 - ▶ 30-40 grs de fibra por día
 - ▶ 2-3 litros de agua por día
 - ▶ Realizar ejercicio físico
 - ▶ Lograr que la materia fecal sea blanda
- ❖ Suprimir irritantes de la dieta
- ❖ Evitar esfuerzos defecatorios
- ❖ Higienizar bien la zona luego de la defecación

Durante los episodios de inflamación hemorroidal aguda con dolor y/o sangrado:

- ❖ Baños de asiento en agua tibia (con o sin malba) cada 6-8

hs durante 20 minutos.

- ❖ Proctyl® (Policresuleno + anestésico local)

Mecanismo de acción:

- ▶ Analgésico
- ▶ Astringente: remueve las secreciones irritantes
- ▶ Hemostático: vasoconstrictor + coagulación de proteínas
- ▶ Cicatrizante
- ▶ Antimicrobiano

Aplicar 2-3 cm con aplicador en el canal anal cada 8 hs, también después de las deposiciones, y una vez obtenida la mejoría aplicar una sola vez por día.

- ❖ Daflon® 500 mg comp. x 30: flebotónico antihemorroidal, 1 comp. cada 6-8 hs (principalmente cuando hay prolapso y gran edema)
- ❖ Baños de asiento con sales: 1/3 de sulfato de Zinc + 1/3 de sulfato de Mg + 1/3 de sulfato de alumbre

Preparación: 120 gr, colocar 1 cucharada por litro de agua. Reducen el edema y la inflamación.

Procedimientos Terapéuticos Mini-invasivos y Quirúrgicos

Producen fibrosis y fijan el paquete hemorroidal

- ❖ Ligaduras con bandas elásticas (LBE)
- ❖ Escleroterapia
- ❖ Electrocoagulación con sonda térmica
- ❖ Fotocoagulación infrarroja con láser
- ❖ Crioterapia

LBE

- ❖ Es el método más utilizado.
- ❖ Ideal para hemorroides internas grado I y II y en ocasiones grado III.
- ❖ Materiales: anoscopio y pistola de ligadura.
- ❖ Se coloca una banda por vez. Comenzar por la hemorroide más grande.
- ❖ Si al succionar aparece dolor, no ligar. Si el dolor aparece luego de colocar la banda (indica que se colocó cerca de la línea dentada y debe retirarse) Colocar anestesia por arriba y por debajo de la banda y remover la misma con bisturí o

pinza de corte.

- ❖ Promedio de bandas por paciente 3-4. Realizar sesiones cada 3 semanas.
- ❖ Un 25% recae a los 5-10 años; en ese caso realizar una nueva sesión de LBE.
- ❖ Complicaciones: dolor, hemorragia, sepsis perineal.

HEMORROIDECTOMIA QUIRÚRGICA

Indicaciones:

- ▶ grado III y IV
- ▶ grado I y II que no responde a los métodos anteriores.

HEMORROIDES EXTERNAS

- ❖ No sangran porque están revestidas por epitelio escamoso
- ❖ Sólo se tratan cuando se trombosan
- ❖ Anestesia + trombectomía +/- resección de la piel que recubre el trombo para evitar recidiva y cierre por segunda
- ❖ Realizar trombectomía en las primeras 48 hs
- ❖ Asociar baños de asiento + analgésicos

FISURA ANAL

- ❖ Ulceración lineal superficial ("corte longitudinal" del conducto anal), que se extiende desde la línea pectínea hasta el margen anal.
- ❖ Representa el 10% de la consulta en coloproctología.

CLASIFICACIÓN

FISURA ANAL INESPECÍFICA 90% localizadas en la línea media posterior y 10% restante en la línea media anterior.

Mecanismo

- ▶ Aumento del tono del esfínter anal interno
- ▶ Isquemia (es mayor en la mitad posterior)
- ▶ Dilatación traumática del ano 2ria a constipación

FISURA ANAL ESPECÍFICA Secundarias

Enf. Inflamatoria Intestinal

- ▶ Sífilis
- ▶ TBC
- ▶ Cáncer de ano

- ▶ HIV, CMV, VHS

Características

- ▶ Pueden ubicarse en cualquier cuadrante
- ▶ Bordes irregulares
- ▶ Generalmente menos dolorosas

SEGUN EVOLUCIÓN

- ❖ AGUDA
 - ▶ Superficial
 - ▶ Bordes planos
- ❖ CRÓNICA
 - ▶ Profunda, bordes irregulares, indurados
 - ▶ Complejo Fisurario: papila anal hipertrofiada, plicoma centinela y exposición del músculo anal interno.

CÍRCULO VICIOSO DE LA FISURA



CUADRO CLÍNICO

- ❖ Dolor intenso, punzante y continuo que aparece con la defecación. Luego calma y vuelve a reaparecer durando minutos u horas.
- ❖ Sangre fresca al final de la defecación que ensucia el inodoro y mancha el papel higiénico. No se ven coágulos.
- ❖ Otros síntomas: prurito, ardor, moco, constipación secundaria.

DIAGNÓSTICO

- ❖ Inspección (el tacto rectal debe evitarse ya que provoca un dolor intenso y aumenta el espasmo)
- ❖ Anoscopia, debe evitarse, salvo que se realice bajo anestesia.

- ❖ Cuando quedan dudas acerca de su origen solicitar: VDRL, HIV, biopsia, colonoscopia.
- ❖ Si la fístula tiene una localización diferente a la de la línea media posterior (90%) o anterior (10%), pensar en otros diagnósticos diferenciales (EII, Sífilis, TBC, etc)

TRATAMIENTO

Puede ser médico o quirúrgico

MÉDICO

- ❖ Disminuir traumatismo anal
 - ▶ Materia fecal blanda: dieta rica en fibras + 2-3 lts. de agua/día
 - ▶ Vaselina líquida: 1 cucharada por día.
- ❖ Baños de asiento en agua tibia cada 6-8 hs (20' de duración)
- ❖ Analgésicos
 - ▶ Clonixinato de Lisina (Dorixina relax®)
 - ▶ Ibuprofeno + dextropropoxifeno (Supragesic®)
 - ▶ Ibuprofeno
- ❖ Policresuleno cada 8 hs (Proctyl®)
- ❖ Nitrodom® 0,2% (1 aplicación cada 8 hs)
 - ▶ Efectos adversos: cefalea, hipotensión, mareos.
 - ▶ Para evitar estos efectos, iniciar con 1-2 aplicaciones por día y luego aumentar hasta llegar a 3-5/día.
- ❖ Toxina Botulínica
 - ▶ Cura el 80-90% de las fisuras, recurre el 8% a los 6 meses.
 - ▶ Se inyecta 15-20 UI en esfínter interno de la siguiente forma: 5 UI en el cuadrante lateral interno, 5 UI en el cuadrante derecho, y 5 UI en la base de la fisura.
 - ▶ Problema: es costosa. El envase de 500 UI.
- ❖ Diazepam: indicado en pacientes con una carga de ansiedad o estrés importante.
- ❖ Nifedipina oral 10 mg 2 veces por día.

QUIRÚRGICO

Indicado ante fracaso del tratamiento médico.

Técnica de elección: **Esfinterotomía Lateral Interna** (abierta, con mejor control de hemostasia o cerrada)

ETIOLOGÍA

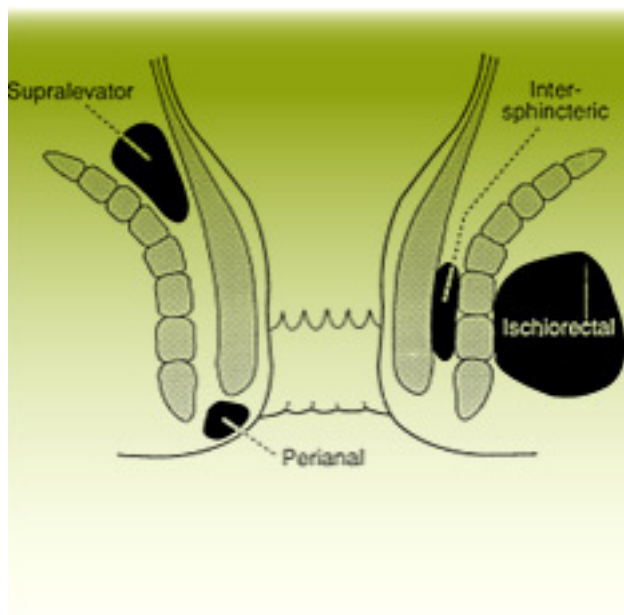
- ❖ 90% criptoglandular
- ❖ 10% otras causas
 - ▶ EII
 - ▶ TBC
 - ▶ Cuerpo extraño
 - ▶ Posquirúrgica: hemorroidectomía/ episiotomía/ prostatectomía
 - ▶ Maligna: cáncer anal o rectal, linfoma/leucemia, post radioterapia

PATOGENIA

- ❖ Criptoglandular: Obstrucción del orificio de desembocadura de la glándula anal a nivel de la línea dentada, se produce infección de la misma y formación del absceso a nivel interesfinteriano. Desde aquí puede extenderse hacia abajo, arriba, lateralmente o en forma circunferencial. De acuerdo a su extensión se los clasifica:

DIRECCION

- ▶ Abajo: Perianal (mas frecuente 40-50%)
- ▶ Localizado: Interesfinteriano
- ▶ Laterales: Isquiorrectal, Postanal
- ▶ Arriba: Supraelevador



CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO

- ❖ Diagnóstico clínico.
- ❖ Dolor anal continuo, intenso en puntada con o sin fiebre.
- ❖ Examen físico: dolor, calor, rubor y tumor

- ❖ El absceso isquiorrectal puede no producir anomalías en la piel y sólo manifestarse por dolor en el glúteo.
- ❖ El absceso supraelevador (2-9%) se pone de manifiesto en el tacto rectal por dolor, masa y fluctuación.
- ❖ Cuando el paciente presenta dolor intenso y no se detecta ninguna anomalía, la conducta es:
 - ▶ 1. Evaluación bajo anestesia
 - ▶ 2. Ecografía endoanal
 - ▶ 3. TAC de región perianal.

TRATAMIENTO

Drenaje Quirúrgico: Incisión en cruz sobre la zona de mayor fluctuación en lo posible cercano al complejo esfinteriano (ante la formación de una fístula el trayecto sera el más corto posible)

- ▶ Romper los tabiques.
- ▶ Lavar con iodo povidona + agua oxigenada
- ▶ Dejar un drenaje

Antibióticoterapia:

- ▶ Amoxicilina / ac. clavulánico
- ▶ Ciprofloxacina / Metronidazol

FÍSTULAS PERIANALES

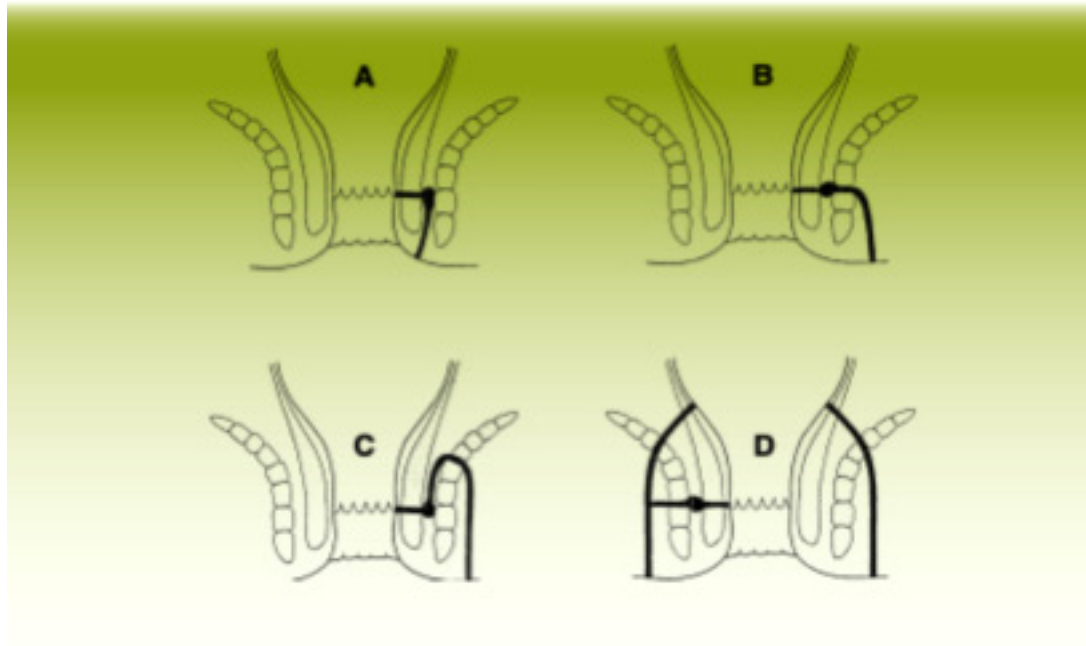
Comunicación anormal entre dos superficies con revestimiento epitelial.

La etiología es la misma del absceso. La fístula es la evolución natural del absceso.

CLASIFICACIÓN

En base a la relación con los esfínteres:

- ❖ Subesfinteriana
- ❖ Interesfinteriana (A)
- ❖ Transesfinteriana (B): Alta o Baja
- ❖ Supraesfinteriana (C)
- ❖ Extraesfinteriana (D)



HISTOLOGÍA

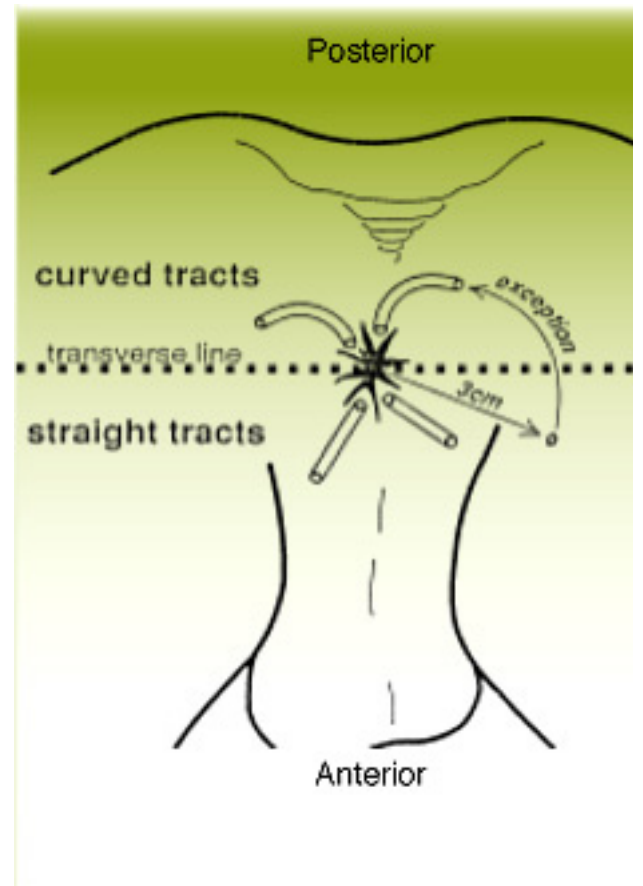
Conducto tapizado por epitelio plano estratificado rodeado por tejido de granulación que une una cripta con la piel.

CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO

- ❖ Visualización de un orificio en región perianal con salida de pus, sangre o materia fecal en forma espontánea, o a la compresión.
- ❖ Dermatitis perianal.
- ❖ Prurito.
- ❖ Generalmente el orificio externo se encuentra en un radio de 3 cm.
- ❖ Al tacto rectal se puede palpar el orificio interno y a veces un cordón indurado.
- ❖ La anoscopía permite buscar el orificio interno. (Regla de Goodsall*)
- ❖ Intentar cateterizar el trayecto con un estilete romo.
- ❖ Cuando no se encuentra el orificio interno inyectar agua oxigenada por el orificio externo y mirar por el anoscopio buscando la salida de burbujas.
- ❖ Fistulografía con contraste yodado, obtener muestras radiográficas.
- ❖ RNM de la región perineal.

***Regla de Goodsall:** es una guía para hallar el orificio interno de una fístula lo cual es esencial para la elección del tratamiento quirúrgico. Trazar una línea imaginaria transversal que pase por el centro del orificio anal, los orificios externos

y anteriores a la línea siguen un trayecto radial hacia la cripta afectada. En los orificios externos posteriores a la línea la fístula sigue una curva y penetra en el conducto anal a la altura de la línea media posterior



TRATAMIENTO

- ❖ El tratamiento es quirúrgico
- ❖ Antes de la cirugía solicitar
 - ▶ Colonoscopia: descartar EII y CCR
 - ▶ Manometría Anorectal: evaluar función esfinteriana
- ❖ Existen diferentes técnicas que se aplican de acuerdo al tipo de fístula: fistulotomía, fistulectomía, sedal, descenso de un colgajo rectal, sellador de fibrina.

Fistulotomía:

- ❖ Pasar estilete
- ❖ Apertura de la fístula
- ❖ Cureteo de la pared
- ❖ Se forma tejido de granulación y cierre por segunda

Fistulectomía:

- ❖ Extirpación de la fístula y el tejido que la rodea
- ❖ Queda una herida profunda que cierra por segunda
- ❖ Presenta mayor riesgo de lesión del esfínter anal y de incontinencia

Sedal:

- ❖ Banda de goma, que enhebra el trayecto y luego se anuda por fuera
- ❖ Se ajusta de forma progresiva
- ❖ Por compresión secciona los tejidos, y al hacerlo lentamente, genera cicatrización por detrás
- ❖ Para que sea eficaz debe tardar más de 45 días en completarse

Descenso de colgajo rectal: Disección mucosa y submucosa rectal. Se desciende hasta ocluir el orificio interno, se abre y se curetea el trayecto fistuloso. Esta técnica se utiliza para fístulas altas (supraesfinteriana y transesfinteriana alta y en la Enfermedad de Crohn.

Sellador de fibrina:

- ❖ Trayecto mayor a 1 cm de largo
- ❖ Curetear el trayecto fistuloso
- ❖ Cierre con puntos el orificio interno
- ❖ Inyección de fibrina a través del orificio externo
- ❖ Eficacia del 60-80%

ELECCIÓN DE LA TÉCNICA

- ❖ Subesfinteriana: fistulotomía o fistulectomía.
- ❖ Interesfinteriana y transesfinteriana baja: fistulotomía.
- ❖ Supraesfinteriana o transesfinteriana alta: sedal, colgajo de avance rectal, sellador de fibrina

TUMORES DEL ANO

CLASIFICACIÓN

Del canal anal: Entre el anillo anorectal y el margen anal

Son los más frecuentes y son más comunes en mujeres

Tipos

- ▶ Epidermoide
- ▶ Adenocarcinoma (raro)
- ▶ Melanoma (raro)

Del margen anal: Entre el margen anal y los 5 cm circundantes de la piel perineal

Más comunes en el hombre

Tipos

- ▶ Epidermoide
- ▶ Sarcoma de Kaposi
- ▶ Enf. De Bowen (considerados tumores de piel y tratados como tales)
- ▶ Enf. De Paget

FACTORES DE RIESGO

- ❖ Homosexuales, tabaquismo, HPV, HIV, inmunosuprimidos, post-trasplante

CUADRO CLÍNICO

- ❖ Dolor anal, sangrado, prurito, sensación de masa, fístulas

DIAGNÓSTICO

- ❖ Inspección: lesión vegetante, ulcerada, infiltrante, estenosante
- ❖ Tacto rectal: se palpa una lesión de consistencia pétreo, evaluar la extensión
- ❖ Anoscopía: tomar biopsia
- ❖ Colonoscopia: evalúa extensión, compromiso del recto y tumores sincrónicos
- ❖ Ecografía endoanal y endorectal: evaluar T y N
- ❖ TAC de tórax, abdomen y pelvis

- ❖ Serología para HIV
- ❖ Exámen ginecológico

ESTADIFICACIÓN

- ❖ T1: menor de 2 cm / T2: 2-5 cm / T3: > 5 cm / T4: invade estructuras vecinas
- ❖ N0: sin invasión ganglionar / N1: invasión ganglionar (ganglios inguinales, intrapélvicos, paraaórticos)
- ❖ M0: sin metástasis / M1: metástasis

TRATAMIENTO

Tratamiento de elección:

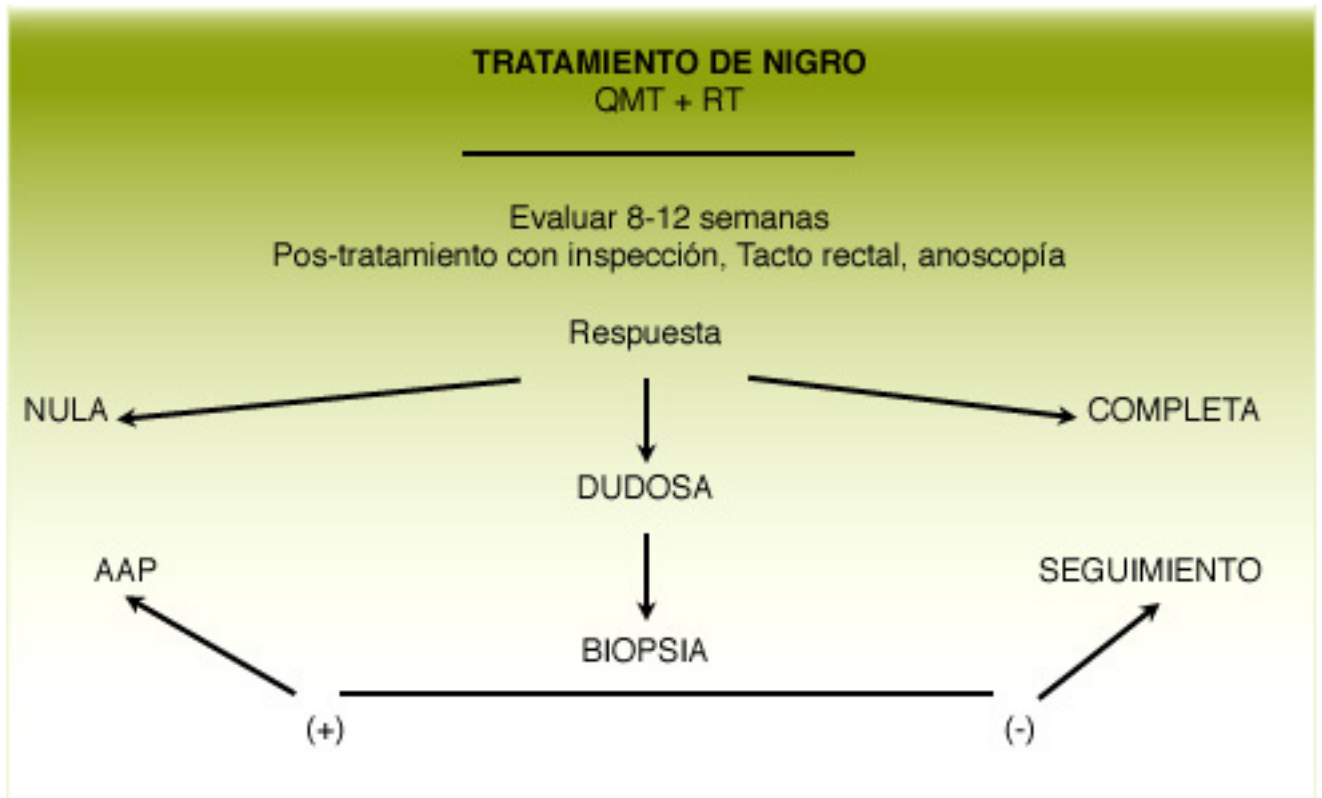
- ❖ T1 N0:
 - ▶ resección local

- ❖ T mayor de 2 cm con o sin ganglios:
 - ▶ quimiorradioterapia
- ❖ Cuando la quimiorradioterapia falla:
 - ▶ amputación
 - ▶ abdominoperineal (AAP)

La quimiorradioterapia demostró ser más eficaz que la radioterapia aislada.

Los esquemas de quimioterapia son:

- ▶ 5-Fluoracilo + Mitomicina C
- ▶ 5-Fluoracilo + Cisplatino



SEGUIMIENTO:

- ▶ Cada 3-6 meses por 5 años
- ▶ Inspección, tacto rectal, anoscopía
- ▶ TAC anual los 3 primeros años

PRONÓSTICO:

- ▶ Tumores menores de 2 cm, curan más del 80%
- ▶ Tumores mayores de 5 cm, curan menos del 50%

PRURITO ANAL

- ❖ Afecta al 5% de la población. Mas en hombres que en mujeres.
- ❖ El calor aumenta el prurito.
- ❖ Aumenta por la noche, debido al aumento de la temperatura en la región perineal producto del calor de la cama.
- ❖ El rascado alivia el prurito por 15 a 20 min.
- ❖ Prurito + rascado: produce lesiones dérmicas (excoriaciones)

nes, costras, pigmentación, liquenificación) aparecen mediadores de la inflamación que producen mayor prurito

- ❖ El stress y el trauma psíquico disminuyen el umbral para el prurito.
- ❖ La región perineal es propensa al prurito por estar entre los glúteos. Estos aumentan la temperatura, la humedad y el pH. Además hay mas número de receptores para el prurito y mayor cantidad de glándulas sudoríparas. Todo esto aumenta la humedad y el prurito.
- ❖ Puede ocasionar insomnio, ansiedad y/o depresión.
- ❖ El principal mediador es la histamina, otras son la serotonina y sustancia P.

ETIOLOGÍA

| | |
|-------------------|---|
| Idiopático | Causa mas común |
| Secundario | Infecciones: Candida, Dermatofitos Oxiurus, Escabiosis, Pediculus pubis, <i>Trichomona</i> ETS: VHS, Sífilis, Condilomas, <i>Molusco contagioso</i> Patología orificial: Hemorroides, fisuras, fístulas, prolapso rectal, ca. anal Dermatológico: Dermatitis alérgica, de contacto, seborreica Psoriasis, Liquen plano, Liquen escleroso Enf. de Paget, Enf. de Bowen, Ca. del margen anal Sistémico: DBT, uremia, colestasis, linfoma, tiroideopatías Irritantes: cremas, perfumes, jabones, mala higiene, incontinencia, aumento de temperatura y humedad por ropa ajustada. Alimentos: cítricos, tomate, chocolate, leche, condimentos, café, té, alcohol, bebidas colas. |

DIAGNÓSTICO

- ❖ Interrogatorio dirigido para buscar las causas, inspección y tacto rectal.
- ❖ Rectosigmoideoscopia.
- ❖ Laboratorio completo.
- ❖ Coproparasitológico directo y seriado (Test de Graham)
- ❖ Ante sospecha de incontinencia: manometría anorrectal y/o ecografía endoanal.
- ❖ Si no se llega al diagnóstico o se detecta patología cutánea, solicitar interconsulta con dermatología (test del parche, biopsia cutánea, etc)

TRATAMIENTO

- ❖ **Medidas generales:** evitar desodorantes, cremas, perfumes, jabones, ropa ajustada. Evitar alimentos que irritan la piel (café, té, chocolate, alcohol, cítricos, bebidas colas)
- ❖ **Promover:** ropa suelta, mantener seca el área perineal, bañarse inmediatamente después de hacer ejercicio, lavarse y secarse después de defecar, baños tibios (efecto anti-pruriginoso), si hay incontinencia, aplicar Vaselina u óxido de zinc, varias veces al día y después de defecar.
- ❖ **Tratamiento Tópico:**
 - ▶ Hidrocortisona crema al 1%, 2 veces por día.
 - ▶ Oxido de zinc, ungüento.

❖ **Vía oral:**

- ▶ Loratadina / Desloratadina
- ▶ Hidroxicina 25-50mg

❖ **Otros:**

- ▶ Inyección subcutánea: 15 ml de azul de metileno al 1 % (destruye terminales nerviosas sensitivas)
- ▶ Inyección intradérmica: azul de metileno + lidocaína + hidrocortisona.
- ▶ Capseicina tópica 0.006% (bloquea la sustancia P)

Preparados Farmacéuticos:

- ❖ Redol forte® 0,075% crema x 60 gr. (capseicina)
- ❖ Pasta dermic® x 75 gr
- ❖ Pasta lazzar® x 50 gr
- ❖ Hidrocortisona crema 1% x 15 o 30 gr.
- ❖ Loratadina 10 mg comp. x 10
- ❖ Ataraxone® 25 o 50 mg comp. x 20 (hidroxicina)

Bibliografía

1. Amy Halverson, M.D. Hemorrhoids. Clin Colon Rectal Surg 2007; 20:77–85.
2. Jan Rakinic, M.D. Anal Fissure. Clin Colon Rectal Surg 2007; 20:133–138.
3. Martin A Luchtefeld, M.D. Anorectal Abscess and Fistula-in-Ano. Clinics in Colon and Rectal Surgery, Volume 14, Number 3, 2001.
4. Mark H. Whiteford, M.D. Perianal Abscess/Fistula Disease. Clin Colon Rectal Surg 2007;20:102–109.
5. David E. Beck, M.D. Neoplasms of the Anus. Clinics in Colon and Rectal Surgery, Volume 14, Number 3, 2001.
6. Tracy Hull. Examen y enfermedades del ano y el recto. Sleisenger and Fordtrand. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas. 7 edición. 2004. Capítulo 117. Pagina 2430-2447