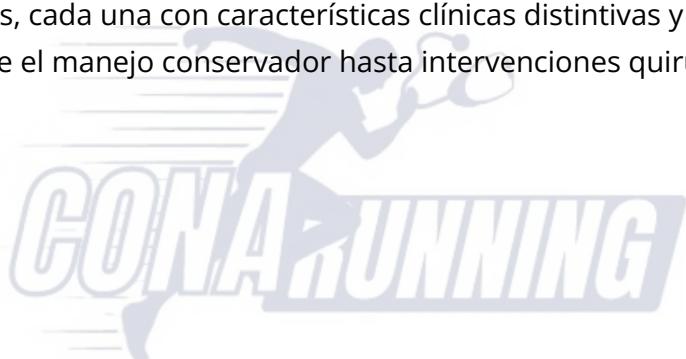


Enfermedades Anorrectales

Las enfermedades anorrectales representan un conjunto de patologías que afectan la región anal y perianal, requiriendo una evaluación clínica meticulosa. Cualquier paciente que presente síntomas en esta área necesita una anamnesis detallada y una exploración física cuidadosa, incluyendo siempre un tacto rectal completo. El diagnóstico preciso puede requerir estudios complementarios especializados como defecografía, manometría anorrectal, exploración por tomografía computarizada (CT), resonancia magnética (MRI), enema de contraste, endoscopia, ecografía endoanal o, en casos complejos, un examen bajo anestesia. Estos estudios permiten caracterizar adecuadamente la patología y planificar el tratamiento más apropiado para cada paciente.

La comprensión de la anatomía anorrectal es fundamental para el diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades. La región anorrectal contiene estructuras vasculares complejas, músculos esfinterianos y tejidos especializados que trabajan en conjunto para mantener la continencia y permitir la evacuación controlada. Las patologías más frecuentes incluyen hemorroides, fisuras anales, abscesos y fistulas, cada una con características clínicas distintivas y opciones terapéuticas específicas que van desde el manejo conservador hasta intervenciones quirúrgicas complejas.



Hemorroides: Anatomía y Clasificación

Anatomía Normal

Las hemorroides son almohadillas de tejido submucoso que contienen vérulas, arteriolas y fibras musculares lisas ubicadas en el canal anal. Existen tres almohadillas hemorroidales principales en las posiciones lateral izquierda, lateral anterior derecha y derecha posterior.

Estas estructuras funcionan como parte del mecanismo de continencia, ayudando a cerrar completamente el canal anal en reposo. El tratamiento solo está indicado cuando se vuelven sintomáticas.

Factores Desencadenantes

El esfuerzo excesivo, el aumento de la presión abdominal y las heces duras incrementan la congestión venosa del plexo hemoroidal, causando el prollapso del tejido hemoroidal.

Esto puede producir sangrado, trombosis y prolápso hemoroidal sintomático, manifestaciones que requieren evaluación y tratamiento específico.

Hemorroides Externas

Ubicadas distales a la línea dentada, cubiertas con anodermo altamente inervado. La trombosis causa dolor significativo. No deben ligarse sin anestesia local adecuada.

Hemorroides Internas

Localizadas cerca de la línea dentada, cubiertas por mucosa anorrectal insensible. Pueden sangrar pero rara vez son dolorosas, excepto con trombosis y necrosis.

Hemorroides Combinadas

Se extienden a lo largo de la línea dentada con características de ambos tipos. Frecuentemente requieren hemorroidectomía para tratamiento definitivo.

Clasificación y Tipos Especiales de Hemorroides

01

Primer Grado

Se abultan en el canal anal y pueden prolapsar más allá de la línea dentada al esforzarse, pero no se exteriorizan completamente.

03

Tercer Grado

Se proyectan a través del canal anal y requieren reducción manual para reintroducirlas en el canal anal.

02

Segundo Grado

Se extienden a través del ano durante la defecación, pero se reducen espontáneamente sin necesidad de manipulación manual.

04

Cuarto Grado

Tienen prolapo permanente, no pueden reducirse y corren riesgo de estrangulación, requiriendo tratamiento urgente.

Hemorroides Posparto

Resultan de la tensión durante el parto, causando edema, trombosis y/o estrangulación. La hemorroidectomía suele ser el tratamiento de elección, especialmente si hay síntomas crónicos previos.

Hipertensión Portal

Contrario a la creencia tradicional, la enfermedad hemorroidal no es más frecuente en pacientes con hipertensión portal. Sin embargo, pueden aparecer várices rectales que causan hemorragia y requieren manejo específico.

Várices Rectales

Se tratan mejor reduciendo la presión venosa portal. La ligadura con sutura puede ser necesaria si persiste hemorragia masiva. Debe evitarse la hemorroidectomía quirúrgica por riesgo de hemorragia incontrolable.

Cuatro grados según el estado evolutivo:



Tratamiento Médico y Procedimientos Ambulatorios

Manejo Conservador

El sangrado de las hemorroides de primer y segundo grados suele mejorar con medidas conservadoras:

- Adición de fibra dietética
- A blandadores de heces
- Aumento de ingesta de líquidos
- Evitar la tensión durante defecación
- Mejor higiene perianal

El prurito asociado frecuentemente mejora con higiene adecuada. Los medicamentos tópicos de venta libre son desecantes y relativamente ineficaces.



Ligadura con Goma Elástica

Para hemorroides de primer, segundo y tercer grados seleccionadas. La mucosa 1-2 cm proximal a la línea dentada se sujeta y se aplica goma elástica. Causa cicatrización y previene sangrado o prolapso. Solo uno o dos cuadrantes por visita.

Fotocoagulación Infrarroja

Tratamiento de consultorio eficaz para hemorroides pequeñas de primer y segundo grados. El instrumento se aplica al vértice de cada hemorroide para coagular el plexo subyacente. Los tres cuadrantes pueden tratarse en la misma visita.

Escleroterapia

Inyección de 1-3 mL de solución esclerosante en la submucosa de cada hemorroide. Eficaz para hemorroides de primer, segundo y tercer grados. Pocas complicaciones asociadas, aunque se han reportado infecciones y fibrosis.

Complicaciones y Procedimientos Quirúrgicos

Complicaciones de la Ligadura con Goma Elástica

Retención urinaria: Ocurre en aproximadamente 1% de los pacientes, más probable si la ligadura incluye inadvertidamente parte del esfínter interno.

Infección necrosante: Complicación poco frecuente pero potencialmente mortal. El dolor intenso, fiebre y retención urinaria son signos precoces que requieren valoración inmediata con examen bajo anestesia.

Sangrado: Puede ocurrir 7-10 días después cuando el pedículo ligado se necrosa y desprende. Generalmente autolimitado, pero la hemorragia persistente requiere examen bajo anestesia.



Hemoroidectomía Cerrada

Técnica de Parks o Ferguson: resección del tejido hemoroidal con cierre de heridas con sutura absorbible. Se pueden eliminar los tres cojines hemorroidales, cuidando evitar estenosis anal posquirúrgica.



Hemoroidectomía Abierta

Técnica de Milligan y Morgan: sigue los mismos principios de escisión, pero las heridas se dejan abiertas para cicatrizar por intención secundaria.



Procedimiento PPH

Hemorroidopexia con grapas para hemorroides de segundo y tercer grados. Procedimiento ambulatorio que extrae tejido redundante, liga vénulas y fija mucosa. Menos dolor posquirúrgico pero mayor recurrencia que escisión.



Ligadura Guiada por Doppler

Desarterialización hemoroidal transanal: utiliza sonda Doppler para identificar arterias que alimentan el plexo hemoroidal, que luego son ligadas. Resultados prometedores, durabilidad a largo plazo por determinar.

Fisura Anal: Fisiopatología y Diagnóstico

Definición y Mecanismo

Una fisura anal es un desgarro del anodermo distal a la línea dentada. La fisiopatología está relacionada con traumatismo por paso de heces duras o diarrea prolongada. El desgarro causa espasmos en el esfínter anal interno, provocando dolor, mayor desgarro y disminución de la irrigación sanguínea al anodermo.

Este ciclo de **dolor, espasmo e isquemia** contribuye al desarrollo de una herida de mala curación que se convierte en fisura crónica. La gran mayoría (85-90%) se produce en la línea media posterior, 10-15% en la línea media anterior, y menos de 1% fuera de la línea media.

Presentación Clínica

Los síntomas característicos incluyen:

- Dolor desgarrante con la defecación
- Hematoquequia (sangre en papel higiénico)
- Sensación de espasmo anal intenso y doloroso durante horas después del movimiento intestinal

Fisura Aguda

Desgarro superficial del anodermo. Casi siempre cura con tratamiento médico conservador.

1

2

3

Fisura Lateral

Ubicación atípica sugiere enfermedad subyacente: Crohn, VIH, sífilis, tuberculosis o leucemia.

Fisura Crónica

Desarrolla ulceración, bordes apilados, fibras del esfínter visibles. Apéndice cutáneo externo y/o papilla anal hipertrofiada.

Infeción Anorrectal y Anatomía de Abscesos

La mayoría de las enfermedades supurativas anorrectales se deben a infecciones de las glándulas anales (infección criptoglandular) ubicadas en el plano interesfintérico. Sus conductos atraviesan el esfínter interno y se vacían en las criptas anales al nivel de la línea dentada. La infección de una glándula anal resulta en formación de absceso que se agranda y extiende a lo largo de varios planos en los espacios perianal y perirectal.

Espacio Perianal

Rodea el ano y lateralmente se vuelve continuo con la grasa de las nalgas. Sitio más frecuente de abscesos anorrectales.

Espacio Interesfintérico

Separa los esfínteres anales internos y externos. Continuo con el espacio perianal distal y se extiende cefálicamente hacia la pared rectal.

Espacio Isquierorrectal

Ubicado lateralmente al ano, limitado medialmente por el esfínter externo, lateralmente por el isquio, superior por el elevador del ano. Contiene vasos rectales inferiores y linfáticos.

Espacio Posanal Profundo

Los dos espacios isquierorrectales se conectan posteriormente por encima del ligamento anococcígeo, pero por debajo del músculo elevador del ano.

Espacios Supraelevadores

Se encuentran sobre el elevador del ano a ambos lados del recto y se comunican posteriormente. Abscesos poco frecuentes pero complejos.

Presentación Clínica

El dolor anal intenso es la dolencia más constante. Frecuentemente se detecta masa palpable mediante inspección del área perianal o examen rectal digital. Ocasionalmente, los pacientes presentan fiebre, retención urinaria o sepsis potencialmente mortal.

Diagnóstico

El diagnóstico de absceso perianal o isquierorrectal generalmente se hace con examen físico solo. Cuadros complejos o atípicos pueden requerir CT o MRI para delinear completamente la anatomía del absceso.

Fístula Anal: Clasificación y Tratamiento

El drenaje de un absceso anorrectal resulta en curación de aproximadamente 50% de los pacientes. El restante 50% desarrolla una fistula persistente en el ano. La fistula generalmente se origina en la cripta infectada (abertura interna) y se dirige hacia la abertura externa, usualmente el sitio de drenaje previo. Aunque la mayoría son de origen criptoglandular, el traumatismo, enfermedad de Crohn, malignidad, radiación o infecciones inusuales también pueden producir fistulas.

1 Fistula Interesfintérica

Recorre el esfínter interno distal y el espacio interesfintérico hasta una abertura externa cerca del borde anal. Tratamiento: fistulotomía (apertura del tracto), legrado y cicatrización por intención secundaria.

2 Fistula Transefintérica

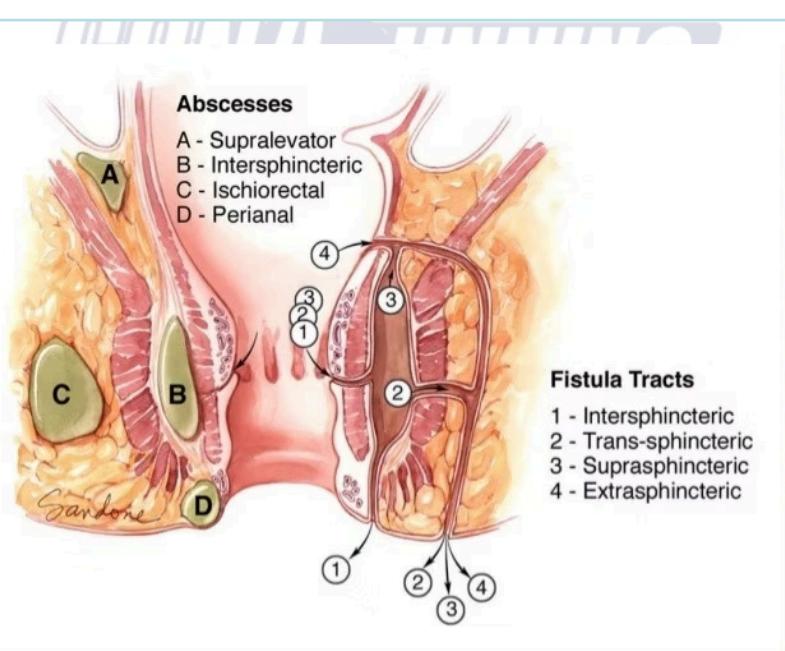
Frecuentemente resulta de absceso isquierrectal, se extiende a través de los esfínteres internos y externos. Si incluye menos de 30% del músculo del esfínter, puede tratarse con esfinterotomía. Fístulas altas requieren colocación de seton.

3 Fistula Supraesfintérica

Se origina en el plano interesfintérico y sigue hacia arriba y alrededor de todo el esfínter externo. Generalmente se tratan con colocación de seton para mantener drenaje y prevenir incontinencia.

4 Fistula Extraesfintérica

Se origina en la pared rectal y sigue alrededor de ambos esfínteres para salir lateralmente, usualmente en la fosa isquierrectal. Raras, el tratamiento depende de la anatomía y etiología.



Técnicas Quirúrgicas Avanzadas

El **seton** es un drenaje colocado a través de una fistula para mantener el drenaje y/o inducir fibrosis. Los setones de corte se aprietan intermitentemente produciendo fibrosis y división gradual del esfínter. Los setones no cortantes mantienen drenaje permitiendo posterior apertura del tracto con menos riesgo de incontinencia.

Opciones Modernas

El **colgajo de avance endorrectal** se usa para fistulas superiores. También se emplean pegamento de fibrina y tapones a base de colágeno con resultados variables. La **ligadura del tracto de la fistula interesfintérica (LIFT)** es una técnica reciente promisoria donde la fistula se identifica, divide y liga en el plano interesfintérico.

Fístula Rectovaginal y Consideraciones Especiales

La fístula rectovaginal es una conexión entre la vagina y el recto o canal anal proximal a la línea dentada. Se clasifican como bajas (abertura rectal cerca de la línea dentada y abertura vaginal en la horquilla), medias (abertura vaginal entre la horquilla y el cuello uterino) o altas (abertura vaginal cerca del cuello uterino). Las causas incluyen lesiones obstétricas, traumatismo, resección quirúrgica de neoplasias, lesión por radiación, extensión de abscesos sin drenar, y enfermedad de Crohn.

Diagnóstico

Los pacientes describen síntomas desde pase de flatos vaginales hasta paso de heces sólidas. La mayoría experimenta algún grado de incontinencia fecal y vaginitis por contaminación.

Localización

Las fístulas grandes son obvias en examen anoscópico y/o vaginal con espéculo. Las pequeñas pueden requerir enema de bario, vaginograma o ecografía endorrectal. La instilación de azul de metileno en el recto con tampón vaginal puede confirmar fístulas pequeñas.

Tratamiento

Depende del tamaño, ubicación, etiología y estado de tejidos circundantes. Hasta 50% de fístulas por lesiones obstétricas curan espontáneamente, por lo que es prudente esperar 3-6 meses antes de reparación quirúrgica.

Técnicas Quirúrgicas

Fístulas bajas y medias se tratan con colgajo de avance endorrectal, avanzando mucosa sana, submucosa y músculo circular sobre la abertura rectal. Fístulas altas, colovaginales y enterovaginales requieren abordaje transabdominal con resección del tejido enfermo e interposición de tejido sano.

Infección Necrosante de Tejidos Blandos del Perineo

Enfermedad rara pero letal, generalmente polimicrobiana y sinérgica. La fuente común es un absceso criptoglandular no drenado o infección urogenital. Pacientes inmunocomprometidos y diabéticos tienen mayor riesgo. El examen físico puede revelar piel necrótica, ampollas o crepitaciones con signos de toxicidad sistémica.

El desbridamiento quirúrgico de todo el tejido no viable es necesario y puede salvar la vida. Pueden requerirse múltiples operaciones. Los antibióticos de amplio espectro son complementarios, pero el desbridamiento quirúrgico adecuado sigue siendo el pilar de la terapia. La colostomía puede ser necesaria si se requiere resección extensa del esfínter. A pesar del reconocimiento precoz y tratamiento adecuado, la mortalidad permanece aproximadamente en 50%.