

Diagnóstico y manejo de enfermedad anorrectal benigna aguda

Dra. Isabel Almeida (coordinadora)

Dres. Marcelo Viola Malet, Eduardo Olivera, Jorge Curi, Ana Saya, Gonzalo Estapé(h), Sandra Genta, Laura Borgno, Anahí Soler
Coordinador docente: Prof. Adj. Dr. Aníbal Vázquez (expositores)

Palabras clave: Enfermedades del ano
Enfermedades del recto

Introducción

Se trata de un tema que resulta de gran interés para la mayoría de los cirujanos, en especial para aquellos en formación.

Las enfermedades que abarcan este tema tienen variadas presentaciones clínicas, lo que dificulta su diagnóstico; debido a que no hay uniformidad de criterios en el tratamiento, realizaremos esta presentación para comprender la enfermedad y pautar las conductas diagnósticas y terapéuticas.

El número de afecciones que comprende este tema es muy amplio, por lo que nos vemos obligados a su limitación profundizando en los siguientes temas:

- enfermedad aguda hemorroidaria;
- fisura anal;
- abscesos perianales.

El enfoque terapéutico actual de estas afecciones exige un completo conocimiento de la anatomía quirúrgica de la región anorrectal.

Debemos erradicar el falso concepto de considerarla una cirugía menor o de escasa entidad. Esta categorización errónea es la que ha llevado

a numerosos fracasos terapéuticos y secuelas en esta cirugía, por lo que creemos que se debe colocar en un plano de real jerarquía.

Anatomía quirúrgica del conducto anal y la región perianal

El conocimiento de la anatomía del conducto anal y de la región perianal adquiere suma relevancia en este tema, fundamentalmente en la clasificación de abscesos y fístulas perianales y su eventual propagación regional, así como para el correcto abordaje de los mismos con conocimiento del aparato esfinteriano, disminuyendo así los riesgos de lesión iatrogénica del mismo, con las penosas consecuencias que esto implica (1,2)

Jerarquizaremos en esta breve reseña:

- 1) Constitución del canal anal.
 - a) Configuración interna.
 - b) Aparato esfinteriano.
- 2) Espacios celulosos perianales.
- 3) Distribución de plexos venosos del conducto anal.

Constitución del canal anal

El canal anal es la porción terminal del recto. Mide entre 2 a 5 cm de longitud, y con una dirección de arriba-abajo y de adelante-atrás (1,3-5).

Se extiende desde el anillo anorrectal(arriba) hasta la línea mucocutánea (abajo).

Hospital Pasteur. Clínica Quirúrgica "1". Servicio de Postgraduados.

Presentado como Mesa Redonda en el 49 Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, 29 de noviembre de 1998

Correspondencia: Dra. Isabel Almeida. Euskal Erria CH70 Block 8 (702). E-mail: isalmeida@usa.net

Configuración interna

La estructura más destacable es la línea pectínea o criptopapilar, que se sitúa a 1-2 cm de la margen anal. Está constituida por la unión de las válvulas anales, puentes epiteliales extendidos entre los límites distales de las columnas de Morgagni; éstas son pliegues de mucosa intestinal que protruyen en la luz rectal, dejando entre ellas surcos denominados criptas.

Las criptas, en número de 8 a 10, están más desarrolladas en el hemiano posterior y presentan en su vértice la desembocadura de las glándulas anales, de gran jerarquía en la génesis de los abscesos y fístulas perianales.

Las glándulas se clasifican en: submucosas, con escasa jerarquía patológica, e intramusculares, con gran variabilidad en su número y ramificaciones, desembocando preferentemente en las criptas posteriores.

La mucosa de la zona suprapectínea es de color rojizo, de tipo intestinal, con escasa inervación sensitivo somática.

Por debajo de la línea pectínea, se encuentra el denominado pecten, con mucosa pálida, lisa, de tipo escamoso, con rica sensibilidad somática dada por el nervio pudendo, y firmemente adherido al esfínter interno del ano.

b) Aparato esfinteriano

Dentro de la compleja estructura de éste destacamos tres sectores:

i) Esfínter interno: es el espesamiento de la capa muscular circular de la pared rectal, mide 3 cm de largo por 5 mm de espesor aproximadamente, algo más corto en el sexo femenino.

Su mitad o tercio inferior se topografía por debajo de la línea pectínea. Su borde inferior se palpa como un reborde en el pecten, marcando el surco interesfinteriano, vía por donde se aborda el espacio interesfinteriano.

Este esfínter, de músculo liso, es el responsable del tono involuntario del ano, y está inervado por el sistema autónomo.

ii) Esfínter externo: es un verdadero cono de fibras estriadas que rodean el esfínter liso, mide 4 cm de longitud y está dividido en tres fascículos.

Es responsable del control voluntario de la continencia y evacuación rectal. Recibe su inervación del nervio pudendo y del nervio anal.

El fascículo interno o profundo está ampliamente vinculado al haz puborrectal del elevador del ano, formando la porción posterolateral alta del esfínter, este haz determina el anillo anorrectal, palpable clínicamente.

El fascículo superficial se encuentra por debajo del profundo, rodeando completamente el conducto anal.

El fascículo subcutáneo, de escaso valor funcional, sobrepasa hacia abajo y afuera el esfínter liso, del cual está separado por el surco interesfinteriano.

iii) Músculo longitudinal conjunto: se origina de fibras longitudinales externas del recto y de expansiones musculares del elevador del ano. Tiene un trayecto vertical entre el esfínter liso y el estriado, en el espacio denominado interesfinteriano.

En el sector más bajo del mismo (zona central), situado entre el esfínter liso (por dentro) y la unión de los fascículos superficial y subcutáneo del esfínter estriado (por fuera), se encuentra el llamado tendón central, de tejido conjuntivo fibroso, luego del cual el músculo termina como expansión en abanico fibroso. Hacia abajo atraviesan el fascículo subcutáneo del esfínter estriado y llegan a la piel de la margen anal; hacia adentro atraviesan el esfínter liso llegando a la mucosa del pecten. El ramillete más importante de fibras que terminan a ese nivel se denomina ligamento de Parks. Finalmente hacia afuera se dirigen hacia la piel perianal, tabicando la grasa de la fosa isquiorrectal.

Espacios celulosos perianales

Tienen gran importancia por ser el sitio de origen y vías de diseminación de patologías supuradas perianales⁽³⁻⁶⁾.

a) *Submucoso:* por encima del ligamento de Parks.

b) *Subcutáneo:* por debajo del ligamento de Parks.

c) *Interesfinteriano:* es el espacio más importante en la génesis, difusión y tratamiento de las enfermedades infecciosas perianales. Siguiendo las prolongaciones del músculo longitudinal conjunto, se comunica con el resto de los espacios celulosos perianales.

d) *Supraelevador.*

e) *Isquiorrectal*: su importancia radica en su extensión y en su frecuente participación en las supuraciones perianales. Está limitado afuera por el obturador interno, adentro por el esfínter estriado, arriba por el elevador del ano, y abajo por la piel. Su contenido es puramente tejido céluloadiposo. En un desdoblamiento de la aponeurosis del obturador interno (conducto de Alcock) transcurre el pedículo pudiendo interno con dirección al periné anterior junto al nervio anal.

Ambas fosas isquiorrectales se comunican por delante del canal anal por el espacio preesfinteriano, de escaso valor patológico, y por detrás por el espacio retroesfinteriano, tabicado por la inserción coxígea del esfínter estriado del ano en un espacio superficial y otro profundo, siendo este último el de mayor jerarquía en la difusión de las supuraciones, dando lugar a los abscesos en herradura.

Plexos venosos del conducto anal

Están situados en la submucosa del canal anal, y se dividen en:

a) *Plexo hemorroidario interno*: está situado en el espacio celuloso submucoso, predominando a las horas 3, 8 y 11, lugar de terminación de las ramas de la arteria hemorroidal superior. El drenaje venoso de esta terminación va hacia el territorio de la mesentérica inferior, por lo que pertenece al sistema porta.

Si bien se sitúan por encima del ligamento de Parks a nivel de la línea pectínea, el desarrollo de los paquetes la desplaza permitiendo el prolapso hemorroidario.

b) *Plexo hemorroidario externo*: situado en el espacio celuloso subcutáneo, predomina a las horas 3 y 9; son tributarias de la vena hipogástrica por lo que pertenecen al sistema cava inferior.

Ambos plexos hemorroidarios presentan anastomosis longitudinales entre sí, por lo que en la mucosa del conducto anal se desarrolla una red anastomótica porto-cava.

La estructura de los plexos son redes venosas (tejido tipo cavernoso) que reciben arteriolas, desarrollándose fistulas arteriovenosas en pleno canal anal.

Estos plexos están rodeados por una rica red nerviosa y muscular, lo que asegura la regula-

ción vasomotriz de los mismos. Los plexos se encuentran en celdas de tejido conjuntivo elástico que se distorsionan por múltiples causas, lo que permite el desarrollo patológico de éstos y su prolapso.

Patología hemorroidaria aguda

Definición y concepto

Las hemorroides o almorranas, afección casi exclusiva de la especie humana, son las dilataciones de una o más venas de los plexos hemorroidarios. Es una de las enfermedades anales que más frecuentemente requieren consultas en los centros asistenciales, tanto en las policlínicas como en los servicios de emergencia, aunque es casi imposible poder dar una idea exacta de su prevalencia, aunque es francamente mayor en la población occidental. Se calcula que aproximadamente 50% de los adultos mayores de 50 años presentan hemorroides ⁽⁷⁻⁹⁾.

Aunque muchos pacientes presentan su enfermedad asintomática, otros en cambio poseen desde síntomas mínimos a importantes complicaciones.

Anatomía y fisiopatología

El epitelio del canal anal es rico en plexos vasculares ^(1,3,10). Los vasos están normalmente interpuestos y soportados por las fibras musculares de la submucosa.

Comúnmente se dividen las hemorroides en internas y externas.

- *Externas*: son aquellas que provienen del plexo hemorroidal inferior, tributarias de las venas pudendas. Están cubiertas por piel. Se encuentran por debajo de la línea criptopapilar y habitualmente se trombosan y ulceran.
- *Internas*: provenientes del plexo hemorroidal superior, tributarias de la vena porta. Pueden prolapsarse, reducirse o ser irreductibles, están cubiertas por mucosa.

Hay tres pedículos principales provenientes de la vena hemorroidal superior y que hacia ella drenan, que se ubican dos sobre la derecha a las horas 7 y 11 y uno sobre la izquierda a la hora 3. No obstante, también existen pedículos vasculares secundarios intercalados entre éstos, a las horas 1, 5-6 y 9.

Los paquetes hemorroidarios ocupan generalmente uno o más pedículos principales, pero en los casos de evolución prolongada forman una verdadera "corona" en toda la circunferencia anal.

Las hemorroides provenientes del pedículo hemorroidal inferior se topografían preferentemente en los sectores correspondientes a las horas 2-5 y 8, y si progresan pueden adoptar topografía semicircular o aún circular total.

La principal causa de enfermedad hemorroidaria parece ser la congestión e hipertrofia de los paquetes anales internos.

La congestión se debe a la falla en el vaciado rápido durante la defecación, a la anormal movilidad de las mismas y a que pueden quedar atrapadas en un esfínter hipertónico.

Es frecuente que por esta causa se produzca edema y sangrado, lo que produce inflamación y por último hipertrofia.

Otro de los factores predisponentes es la hipertensión intraabdominal, ya sea debida al embarazo, la presencia de hipertensión portal y ascitis, cirrosis o tumores pelvianos.

Dentro de las otras causas predisponentes se encuentran los factores hereditarios, dietéticos y geográficos, así como el tono del esfínter anal y los hábitos defecatorios.

Las hemorroides pueden categorizarse en cuatro grados:

- 1) Primer grado: son aquellas que no descienden de la línea criptopapilar y habitualmente no presentan síntomas, aunque de tenerlos, el más frecuente es el sangrado.
- 2) Segundo grado: protruyen por debajo de la línea y pueden ser vistas desde el exterior. Desaparecen inmediatamente luego del cese del esfuerzo defecatorio o de la maniobra de Valsalva.
- 3) Tercer grado: descienden al exterior con la defecación y permanecen afuera, excepto que se las reduzca digitalmente.
- 4) Cuarto grado: se utiliza para describir la mucosa que recubre los paquetes y que se encuentran permanentemente fuera del ano. Son irreductibles.

Esta clasificación no sólo califica las hemorroides, si no que ayuda en la elección del tratamiento más adecuado.

Complicaciones

La patología hemorroidaria evoluciona por empujes, vinculados a los numerosos hechos o circunstancias que actúan etiopatogénicamente.

Las complicaciones hemorroidales agudas abarcan un amplio espectro de situaciones clínicas, que van desde una simple complicación trombótica (hematoma perianal) hasta fluxión hemorroidaria prolapsante aguda, pasando entre ellas diferentes estados patológicos con mayor o menor grado de edema y trombosis ⁽⁷⁻¹⁰⁾.

1) Trombosis e infección de los paquetes vasculares internos

Es la complicación más dramática y dolorosa de las hemorroides internas. Ocurre en paquetes que habitualmente han tenido prolapso hemorroidal, aunque se pueden presentar como el primer episodio sintomático del mismo.

La trombosis sólo ocurre cuando el paquete está prolapsado y congestionado a causa del esfínter anal.

El gran edema presente en la región perianal (margen cutáneo) hace falsamente suponer que el paquete se ha reducido y que el mismo ha retornado al canal anal, a pesar de que el paciente continúa con intenso dolor local.

La trombosis ocurre en uno o más de los paquetes principales. El dolor es invalidante, no permitiendo incluso adoptar diferentes posturas tales como el decúbito dorsal, el estar sentado y mucho menos la defecación.

El trombo puede ser visto y palpado. Está recubierto de mucosa y tiene coloración azul oscuro con tensión del epitelio suprayacente lo que facilita el diagnóstico.

De no realizarse tratamiento quirúrgico, el mismo se resuelve espontáneamente, pero su resolución clínica parcial es evidente aproximadamente a los 10 días y su resolución completa en 4 a 6 semanas. No obstante sectores cutáneos perianales permanecen como signos de este evento (son los plicomas anales o pólipos centinela).

Si la necrosis de la mucosa sobreviene por encima del trombo, el coágulo se evacúa y el dolor cesa, cosa poco frecuente de observar ya que el paciente consulta relativamente temprano a causa del dolor y a que de producirse la evacuación del coágulo, a veces la misma no es completa

dado que una vena posee varios coágulos y no existe comunicación entre ellos.

Otras veces, el esfacelo mucoso predispone a la infección bacteriana, incluso se han reportado algunos casos de gangrena debido a dicha situación.

2) Trombosis de los paquetes vasculares externos

También denominado erróneamente hematoma perianal, debido a que esta entidad patológica, a diferencia de cualquier hematoma, no se extiende por los tejidos subyacentes.

La trombosis es exclusivamente intravascular. Es doloroso y el coágulo habitualmente visible, ya que es superficial.

Naturalmente evolucionan a su resolución en 5 a 7 días, pero el disconforme mayor se produce entre los 2 y 4 días, lo que lleva al paciente a consultar.

Los diagnósticos diferenciales a plantear en estos casos, son entre otros:

- Los pólipos adenomatosos sésiles.
- La papila anal hipertrófica.
- El prolapso mucoso rectal, entidad que debe tenerse siempre en cuenta para su valoración, cuya principal característica es que presenta pliegues radiados concéntricos.

Manejo del prolapso hemorroidario trombosado

Paquetes internos

El tratamiento consta de una instancia higiénico dietética y luego de una médico-quirúrgica.

En primer lugar, en condiciones de extremo dolor, debe realizarse una adecuada analgesia y sedación del paciente.

De optarse por un tratamiento quirúrgico, debe realizarse con anestesia local, caudal y general, con el paciente en posición de litotomía o en decúbito ventral. El tratamiento consiste en la dilatación anal o en la hemorroidectomía de urgencia.

a) *Dilatación anal*: ocupa un lugar definitivo en el manejo de esta enfermedad. De la bibliografía consultada, se desprende que es un procedimiento de fácil realización, con pocos inconvenientes para el paciente, y los síntomas desaparecen en aproximadamente 24 horas ^(3,7,9,11).

Las desventajas de este método son que no es del todo efectivo (en por lo menos 45% de los

pacientes), que los paquetes nuevamente pueden volver a prolapsarse o peor aún que una dilatación inadecuada o desmedida puede conducir a la incontinencia anal (llegando hasta 10% de los casos).

En algunas series se reporta que el seguimiento de aquellos pacientes en que la dilatación mejoró la sintomatología, evidenció que a los tres meses el canal anal era normal o casi normal.

Las recidivas del prolapso hemorroidario, una vez pasado el período agudo, pueden ser pasibles de otro tipo de terapéutica, quirúrgica o *banding*, de forma tal de dar solución definitiva a la enfermedad.

b) *Hemorroidectomía de urgencia*: consiste en la resección del o de los paquetes hemorroidales implicados en el proceso. Las principales objeciones que se realizan al procedimiento consisten en que:

- Produce un lecho cruento que lo hace susceptible a la infección.
- Debido al gran edema, se reseca más cantidad de tejidos (sobre todo mucosa) de la realmente necesaria, lo que resulta en estenosis.
- De reseca menos mucosa de la necesaria, se corre el riesgo de dejar paquetes residuales o predisponer su recurrencia.
- Para muchos cirujanos no es necesario realizar una cirugía excisional de urgencia, siendo suficiente la simple dilatación. Esto último es válido fundamentalmente para aquellos pacientes que nunca han sufrido prolapso anteriormente.

Los tres primeros puntos no son del todo válidos si se toman las precauciones suficientes y si el operador posee la necesaria experiencia para realizarla.

Keighley afirma que la hemorroidectomía de urgencia por trombosis brinda al paciente las mejores oportunidades de alivio del dolor y de disminución del disconfort durante el postoperatorio ⁽⁸⁾.

Independiente de la anestesia que se realice, está admitido infiltrar la región perianal y submucosa con anestésicos locales de acción duradera con adrenalina.

En pacientes jóvenes con esfínter anal normotónico o incluso hipertónico, es ideal realizar una suave y lenta dilatación con cuatro dedos, de ma-

nera de reducir los paquetes al canal anal y así dispersar el edema circundante.

No es necesario sacrificar más que un mínimo sector de anodermo, pero la excisión cutánea debe ser generosa, particularmente en grandes pedículos (incisión en raqueta). La técnica es similar a la utilizada durante la hemorroidectomía de coordinación.

Según algunos autores, se producen aproximadamente 8% de estenosis anales luego de reseca demasiado anodermo⁽⁸⁻¹⁰⁾. Por ello, si el cirujano actuante considera que deberá reseca demasiada mucosa para la hemorroidectomía, es preferible que opte por reseca sólo el paquete más voluminoso.

En definitiva, la hemorroidectomía de urgencia para la trombosis interna es sencilla, tiene baja morbilidad, y es un tratamiento definitivo de la enfermedad.

Paquetes externos

Nuevamente la analgesia y el reposo son fundamentales para su manejo, debiendo prescribirse también laxantes suaves y una dieta rica en fibras.

Cuando el disconfort continúa y el paciente consulta, el tratamiento quirúrgico está indicado.

La operación consiste en la evacuación del coágulo mediante una incisión radiada. Cuando la piel que la rodea se encuentra esfacelada, la misma se incluye en la incisión realizándose entonces una en gajo de naranja. La herida se deja abierta y el paciente debe realizarse durante los primeros días baños de asiento.

Si bien hemos expuesto los lineamientos terapéuticos generales, debemos nuevamente destacar que la enfermedad hemorroidaria aguda comprende una variada gama de procesos anatomopatológicos, que pueden corresponder únicamente a trombosis o llegar incluso a un gran proceso inflamatorio y edematoso donde es casi imposible poder reconocer los paquetes hemorroidales (fluxión hemorroidaria prolapsante aguda).

Es por ello entonces que el tratamiento deberá adecuarse a cada situación clínica.

Factores que inciden en la realización de la hemorroidectomía de urgencia

- Antecedentes de la enfermedad:

- crónica, con varios episodios agudos de sufrimiento: pasibles de tratamiento quirúrgico.
- aguda, sin episodios previos: es preferible el tratamiento conservador.
- Si a la inspección anal existe definición de paquetes hemorroidales: hemorroidectomía.
- Frente a la presencia de edema importante: tratamiento conservador.

En la fluxión hemorroidaria prolapsante aguda no debe realizarse nunca drenaje, porque puede evolucionar a la infección.

Los autores clásicos sugieren que la misma disminuye en 72 horas, por lo que se inclinan a indicar el tratamiento médico, que consiste en:

- Baños de asiento tibio (malva).
- Corticoides locales.
- Sedación.
- Antiinflamatorios.
- Nunca indicar hielo local.

De estar frente a una fluxión hemorroidaria y tener dudas acerca del tratamiento a seguir, es siempre preferible la abstención quirúrgica.

En el caso en que se decida realizar la cirugía, recordar:

- Tener máxima precaución en ahorrar mucosa, ya que de las complicaciones se destacan:
 - A corto plazo: el sangrado, que incluso puede llegar a ser anemizante.
 - A largo plazo: la estenosis anal.
- El dolor postoperatorio puede llegar a ser similar al de la enfermedad.
- Evitar realizar el procedimiento en la puerta de emergencia, ya que no permite una correcta exploración del canal anal y lleva en un número frecuente de casos a la recurrencia de la enfermedad.
- En un paciente con dolor anal intenso y cualquier enfermedad hemorroidaria prolapsante o similar, que 24 a 48 horas después del tratamiento no experimenta mejoría, es obligatorio el examen bajo anestesia general para despistar un absceso interesfinteriano alto u otra enfermedad.

Indicaciones quirúrgicas menos discutidas

- Esfacelo de paquetes.
- Paquete fluxivo doloroso (cuidando conservar la mucosa y el esfínter interno del ano).

- Sufrimiento prolongado (cronicidad).
El tratamiento médico es la opción frente a:
- La fluxión hemorroidaria aguda sin definición de paquetes o en aquella que se presenta luego de diarreas o constipación (frecuentes de observar en las enfermedades inflamatorias del intestino).
- Cirujano con poca experiencia.

Complicaciones frecuentes del tratamiento quirúrgico

- A corto plazo:
 - La más frecuente es el dolor postoperatorio y postdefecatorio, lo que lleva a la constipación en el postoperatorio inmediato.
 - Sección accidental desmedida del esfínter interno que lleva a la incontinencia (una de las complicaciones más temidas).
 - Sangrado, que puede llegar a requerir transfusiones.
 - Infección perianal.
 - Retención e infección urinaria.
- Alejadas:
 - Estenosis anal.
 - Incontinencia anal.
 - Ectropion.
 - Prolapso mucoso.

Fisura anal

Definición e incidencia

La fisura anal se define como una dehiscencia mucosa por debajo de la línea pectínea; su incidencia no se conoce exactamente, pero es más frecuente en el sexo femenino (60-70%), y la edad media de aparición 40 años⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Clasificación

Las fisuras anales se pueden clasificar en primarias y secundarias; siendo las primeras idiopáticas, vinculadas a múltiples factores patogénicos como veremos más adelante. Las secundarias son manifestaciones anales de diversas enfermedades, como la enfermedad de Crohn, colitis específicas, fisura sifilítica⁽¹²⁻¹⁵⁾. Por otra parte, las fisuras anales se dividen en agudas y crónicas, lo que tiene implicancias terapéuticas: la fisura aguda es una laceración mucosa, de corta

evolución (generalmente pocos días), y que retrocede habitualmente con tratamiento médico; las fisuras crónicas son verdaderas úlceras de la mucosa anal, de bordes indurados, sobreelevados, con exposición del esfínter anal interno en el fondo, acompañadas a veces de una hemorroide centinela o una papila hipertrófica o ambas.

Etiopatogenia

La etiopatogenia depende si se trata de una fisura primaria o secundaria, nos referiremos únicamente a las primeras. Se vinculan a éstas múltiples factores en su génesis, como los traumatismos sucesivos, ya sea por heces duras o por múltiples deposiciones líquidas; la hipertonia esfinteriana, vinculada a la cual surgen las siguientes preguntas: ¿se debe al aumento del tono de reposo del esfínter liso, o a una disminución en el número de relajaciones del mismo?; se plantea la existencia de un círculo vicioso dolor-hipertonia-estreñimiento-dolor, como perpetuador de los síntomas; a su vez otros autores proponen la hipótesis de que la fisura sea una úlcera isquémica, como resultado de la combinación de altas presiones y bajos niveles de perfusión a nivel del esfínter interno^(7,12-14).

Anatomía patológica

80% de las fisuras anales se presentan en la línea media posterior, llegando a 95% en los hombres; y en la línea media anterior hasta 20%, siendo esta más frecuente en la mujer; de presentarse en otra topografía o ser múltiples, orientan a su origen secundario^(7,12-14).

Diagnóstico

El diagnóstico es clínico, siendo la sintomatología y presentación durante el examen físico características; dolor casi invalidante, con acmé durante la defecación persistiendo luego durante largo rato, rectorragia, prurito, pérdidas insensibles de materias, tumefacción, ano puntiforme. Es de destacar la importancia de la exploración proctológica bajo anestesia general, para lograr una completa valoración que permite ver la fisura en un alto porcentaje de los casos⁽¹⁵⁾.

Tratamiento

Al referirnos al tratamiento de la fisura anal, debemos distinguir entre el de la fase aguda y la crónica ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Fisura aguda

Comenzando con las opciones terapéuticas para la fisura aguda, contamos con tratamientos no quirúrgicos, conservadores, que tienen por objetivo la disminución del tono de reposo del esfínter interno.

El tratamiento inicial de esta afección consiste en medidas higiénico-dietético-medicamentosas, utilizando baños de asiento con agua caliente 2 a 4 veces por día. Las medidas dietéticas consisten en un régimen rico en fibras, incluso agregando laxantes de volumen o vaselina líquida 4-8 cucharadas diarias, con lo que se logra disminuir la consistencia de las heces y así atenuar los efectos traumáticos de éstas, sobre la fisura y el aparato esfinteriano.

El tratamiento farmacológico consiste en la prescripción de descongestivos pelvianos, ansiolíticos (diazepam 5-10 mg, bromazepam 3-6 mg), analgésicos antiinflamatorios (ketoprofeno 200 mg, ketorolac 10-20 mg), pomadas tópicas con corticoides y anestésicos ^(12,13,15,16).

Como alternativa a este tratamiento encontramos la dilatación anal con 4-6 dedos, que lleva a la disminución de la presión de reposo del esfínter interno, con el consiguiente alivio de los síntomas y cicatrización de la fisura.

Fisura crónica

Para el tratamiento de la fisura anal crónica existen distintas variantes: contamos con la esfinterotomía lateral interna (ELI), la dilatación anal, la fisurectomía, y ésta asociada a la esfinterotomía posterior.

Con respecto a la ELI, revisamos distintos trabajos nacionales e internacionales, en los que ~~s~~ destaca un índice de cicatrización mayor de 90%, niveles de recidiva muy bajos, una tasa de complicaciones aceptable para esta técnica (8-12%), una internación menor a los cuatro días, y un tiempo de reinserción laboral que osciló en los cuatro días.

Concluyen los distintos autores que la ELI sería la técnica de elección para el tratamiento de la fisura anal crónica ⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Por otra parte, la dilatación anal es uno de los procedimientos más utilizados para tratar esta enfermedad; de la cual se conocen citas desde 1829 propuestas por Recamier, hasta la descrita por Lord con ocho dedos. En nuestra experiencia se realizó bajo anestesia general, con el paciente en posición ginecológica, y solamente cuatro o seis dedos; valorando la edad del paciente, el estado previo de la continencia, y la posibilidad de traumatismos perineales previos (obstétricos, por ejemplo) ^(13,15,20).

Otros procedimientos, como la fisurectomía con plastia anal, propuesta por Gabriel en 1948, consiste en la resección de los bordes fibrosos de la fisura, de la papila hipertrófica y del paquete hemorroidario centinela, avivando el fondo del lecho fisurario. Esta técnica se basa en el problema de la cicatrización, logrando un buen porcentaje de mejoras, pero con un postoperatorio doloroso y prolongado.

La fisurectomía sumada a la esfinterotomía posterior, descrita por Miles y luego seguida por Eisenhamer, agrega a la fisurectomía la sección del esfínter interno en la línea media posterior, implica un postoperatorio prolongado y muy doloroso, y un índice de incontinencia muy importante ^(21,22).

Otras alternativas terapéuticas no quirúrgicas son el uso de pomada tópica a base de trinitrato de glicerol, o la inyección de toxina botulínica a nivel del esfínter interno (aún en estudio) ^(23,24).

Esta última técnica consiste en la inyección de 2,5 a 5 UI de toxina botulínica a ambos lados de la fisura, logrando una parálisis tetánica del esfínter liso por 3-6 meses, lo que permitiría la cicatrización de la misma en alrededor de 80% de los pacientes, según algunos autores.

Por otro lado el uso de trinitrato de glicerol tópico, precursor del óxido nítrico, que actúa en la relajación del músculo liso, ha logrado con éxito la desaparición de los síntomas en 80% de los casos, según publican Lund y Scholfield de la universidad de Nottingham ⁽²⁵⁾. Ambos procedimientos alternativos tienen un muy bajo índice de complicaciones, con éxitos terapéuticos aceptables, pero necesitan un tiempo prolongado de

tratamiento (3-6 meses), para lograr el control de los síntomas y la cicatrización de la fisura.

Nosotros proponemos para la etapa aguda de la fisura el tratamiento higiénico-dietético-medicamentoso como ya fue descrito, por 2-3 semanas, con estricto seguimiento en la policlínica. Frente a la persistencia de los síntomas o la no cicatrización de la fisura, el tratamiento de elección es la ELI según técnica abierta, que permite un mejor control de la extensión de la sección del esfínter, con excelentes resultados en el alivio sintomático y confort de los pacientes y cicatrización de la fisura, con un muy bajo índice de complicaciones, rápido reintegro laboral, y bajo costo asistencial.

Abscesos anorrectales

Definición

Los abscesos anorrectales se definen como colecciones purulentas en el área anorrectal.

Etiopatogenia

Existen numerosas condiciones que pueden desempeñar un rol etiológico en la formación de un absceso; se pueden clasificar en no específicas y específicas ^(6,7,14,26).

Dentro de las no específicas(80%), en las que no hay lesiones preexistentes evidentes, la causa más común probablemente sea la infección de las glándulas anales (teoría del origen criptopapilar).

Las condiciones específicas (20%), en las que la puerta de entrada es evidente, incluyen: complicaciones posthemorroidectomía, fisuras, hematomas, traumáticas, carcinoma, foco primario abdominal (apendicitis, diverticulitis, salpingitis), enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa crónica, tuberculosis.

La infección se desarrolla en el espacio interesfinteriano, ubicado entre el esfínter externo y el elevador del ano por fuera, las fibras longitudinales y el esfínter interno por dentro, llamada por Parks "infección interesfinteriana primaria" ^(5,26).

Dicha infección utiliza las vías de difusión que le ofrecen los distintos planos celulósicos, lo que explica los múltiples trayectos posibles.

El recorrido de los abscesos puede ser en sentido vertical, horizontal, o circular.

En sentido vertical la prolongación más frecuente es la descendente, hacia el espacio de la margen anal.

La infección puede superar la barrera del esfínter externo, penetrando en la fosa isquioanal, o bien puede extenderse hacia arriba por el plano interesfinteriano, ya sea para permanecer en la pared o para extenderse fuera del recto.

Además del recorrido hacia arriba o hacia abajo, el pus puede rodear circunferencialmente al ano, constituyendo abscesos en herradura, que comunica por detrás el espacio de Courtney ^(1,4).

Quedan así determinados según el lugar de origen: absceso perianal, isquioanal, interesfinteriano, supraelevador (pelvirrectal superior); siendo los perianales los más frecuentes.

El supraelevador es el menos frecuente, y el de más difícil diagnóstico.

En cuanto a la microbiología, muchos cirujanos consideran que la identificación de gérmenes es perder el tiempo, ya que siempre se trata de flora polimicrobiana procedente de la piel y del intestino.

Clínica

Clínicamente se presentan con síntomas y signos locales, como dolor pulsátil, tumefacción, fluctuación, rectorragia, crepitación, supuración espontánea, piel púrpura necrótica. El examen proctológico puede ser muy doloroso, detectándose una induración o una tumefacción sumamente dolorosas.

Dependiendo de la localización, algunos tienen un comienzo insidioso, sin signos locales.

A nivel regional puede comprometer periné, muslos, región inguinal, pared abdominal. Los ganglios linfáticos pueden estar aumentados de tamaño y dolorosos.

Los síntomas generales incluyen: fiebre, astenia, toxemia, y sepsis.

En su evolución espontánea, los abscesos pueden abrirse hacia planos superficiales (piel, canal anal o recto), o pueden difundirse dando extensos y graves procesos supurados, pudiendo incluso determinar sepsis y la muerte del paciente. Esto depende de la topografía, gérmenes involucrados e inmunidad del individuo, así como la demora en el diagnóstico y tratamiento; siendo un ejemplo la gangrena de Fournier, que es una

fascitis necrosante sinergista de las regiones perineal, perirrectal y genital.

Es probable que la causa de este tipo de gangrena sean los abscesos isquiorrectales e interesfinterianos, en especial cuando se diagnostican y tratan inadecuadamente.

Las fístulas constituyen la etapa crónica de un absceso drenado espontánea o quirúrgicamente. No todos los abscesos evolucionan a fístulas, ya que 30% curan luego del drenaje ⁽²⁷⁻²⁹⁾.

El diagnóstico de absceso es clínico; pero en algunas topografías es necesario realizar estudios paraclínicos para su diagnóstico; como la ecografía endoanal y la tomografía axial computarizada, necesarias fundamentalmente para valorar los abscesos supraelevadores y en herradura, también para aquellos que han recidivados, que son los que plantean problemas diagnósticos y terapéuticos.

La ecografía endoanal define bien la topografía de las colecciones, pudiéndose realizarse el drenaje de las mismas guiados por este método ^(30,31)

Por su parte, la tomografía axial computarizada sirve también para topografiar los abscesos y evaluar la difusión hacia pelvis y abdomen; permite también guiar la punción para el drenaje.

El tratamiento de los abscesos es quirúrgico. Debe ser precoz y correcto, sus modalidades son el simple drenaje o el tratamiento radical, destechando el tracto que lo comunica con la cripta de origen; necesitando eventualmente la utilización del setón cuando se encuentra involucrado el esfínter externo.

Se requiere anestesia general o regional, para lograr una correcta exploración proctológica.

El drenaje debe ser amplio, con incisiones que sigan la circunferencia del ano (circunferencial), sobre la zona más cercana y de máxima fluctuación.

Los bordes de la piel deben researse para facilitar la cicatrización del fondo a la superficie.

No se deben usar mechados del absceso, pues lo único que harían es impedir el drenaje del pus.

En los abscesos interesfinterianos y en los perianales, el tratamiento consiste en la sección de piel y mucosa hasta la cripta causante, incluyendo el tercio distal del esfínter liso, y a menudo el haz subcutáneo del estriado.

El simple drenaje no es el tratamiento correcto, dado que se ha visto que la mayoría evoluciona a la fístula; es de vital importancia dejar en claro que frente a la duda o inexperiencia, se debe realizar sólo el drenaje, y no intentar el tratamiento definitivo con una sección incorrecta del esfínter, que determinaría una incontinencia.

En los abscesos isquioanales se realiza puesta a plano del mismo, actuando de igual forma que para los perianales.

Los abscesos supraelevadores requieren tratamientos distintos según el origen de los mismos: si es secundario a una extensión superior de un interesfinteriano, se debe drenar hacia el recto por división del esfínter interno. No debe drenarse a través de la fosa isquioanal, porque resultaría una fístula supraesfinteriana.

Si es secundario a la extensión superior de un absceso isquioanal, se debe drenar a través de la fosa isquioanal. Nunca debe drenarse hacia el recto, ya que da por resultado una fístula extraesfinteriana.

En los abscesos de origen pélvico debe considerarse para el tratamiento la enfermedad de origen; pueden drenarse por tres vías: a la luz rectal, por la fosa isquioanal, o por vía transperitoneal.

La extensión en herradura de los abscesos ocurre en el plano interesfinteriano, en la fosa isquioanal o en el plano supraelevador. Los primeros se drenan dividiendo el esfínter interno a través de la luz rectal hasta la cavidad del absceso; para los que se extienden en la fosa isquioanal el tratamiento ideal es el drenaje posterior y contraincisiones en ambas fosas isquioanales.

El papel de los antibióticos es escaso o nulo en el manejo primario de la supuración, pueden estar indicados en circunstancias especiales: inmunodeprimidos, infecciones de partes blandas ^(29,31,32)

Conclusiones

No vamos a repetir las conclusiones terapéuticas de cada patología; resaltaremos algunos aspectos que nos parecen importantes:

- Se trata de una enfermedad de muy frecuente consulta en la emergencia y muy comunmente tratada por residentes.

- Preconizamos el tratamiento definitivo en forma ambulatoria como cirugía del día, lo que disminuye los costos generales.
- El diagnóstico y el tratamiento deben ser precoces, debiendo realizarse de ser posible en block quirúrgico, bajo anestesia general para lograr una correcta exploración de la zona.
- No se deben utilizar mechados luego del tratamiento quirúrgico de ninguna de estas enfermedades.
- De persistir el dolor por más de 24-48 horas, debemos realizar la reexploración bajo anestesia general.

El objetivo estará logrado si luego de esta presentación se han unificado criterios diagnósticos y terapéuticos.

Bibliografía

- 1) **Estapé G, Quagliotti J.** Anatomía del recto. Montevideo: De La Plaza, 1986.
- 2) **Ruiz Liard C, Regules E, Rodríguez C.** Diafragma pelvipereineal. Estudio crítico. Premio Asociación Panamericana de Anatomía. Congreso Asociación Panamericana de Anatomía, 6°. Buenos Aires, 1981.
- 3) **Lombard-Platet R, Barth X, Chabaud B.** Anatomie Chirurgicale de l'anus. Encycl. Med. Chir. (Paris-France) Techniques chirurgicales 40-680, 1993, 10 p.
- 4) **Milligan E, Morgan C.** Surgical anatomy of the anal canal with special reference to anorectal fistulae. Lancet 1934; 2: 1150-213.
- 5) **Rompani O, Bermúdez J, Veirano G.** El espacio interesfinteriano como vía de abordaje. Congreso Latinoamericano de Proctología, 8°. Montevideo, 1981.
- 6) **Canessa C.** Fístula anal. Monografía de asistentado. Facultad de Medicina. Montevideo, 1997.
- 7) **Goligher J.** Hemorroides o almorranas. Fisura anal. Abscesos anorrectales. Cirugía del ano, recto, y colon. 2ª ed. Barcelona: Salvat, 1987: 92-209.
- 8) **Keighley M, Williams N.** Hemorrhoids in surgery of the anus, rectum, and colon. Philadelphia: WB Saunders, 1993: 295-361.
- 9) **Servetti E, Del Campo A.** Hemorroides. In: Patología quirúrgica. Montevideo: Librería Médica, 1988: 289-96 (vol. 4).
- 10) **Mazier P.** Hemorroides. Clín Quir Norte Am 1994; 6: 1339-52.
- 11) **Bermúdez J, Kamaid E.** Tratamiento de la fluxión hemorroidaria aguda mediante dilatación anal máxima. Cir Uruguay 1980; 50(2): 130-5.
- 12) **Aguiar A (coordinador).** Procesos benignos anorrectales. Mesa redonda Congreso Uruguayo de Cirugía, 23. 1972. Cir Uruguay 1973; 43(1):2-5.
- 13) **Vaccaro CA.** Fisura anal. Curso Internacional de Cirugía Colorrectoanal, 7. Buenos Aires, 1998.
- 14) **Sabiston Text Book of Surgery.** 15º Ed. Disorders of the canal anal/Common anal disorders. Fissure in Ano. Hemorrhoids. Anorectal suppuration. 1998; 32/X.
- 15) **Bermúdez J, Kamaid E.** Fisura anal. Consideraciones diagnósticas y terapéuticas con especial referencia a la esfinterotomía lateral interna. Cir Uruguay 1982; 52(1): 19-23.
- 16) **Oh Ch, Divino C, Steinhagen RM.** Anal fissure, 20º years experience. Colon Rectum 1995; 38: 378-82.
- 17) **Hananel N, Gordon PH.** Lateral internal sphincterotomy for fissure in ano. Revisited. Dis Colon Rectum 1997; 40: 597-602.
- 18) **Sultan AH, Kamm MA, Nichols RJ, Bartram CI.** Prospective study of the extent of internal anal sphincter division during lateral sphincterotomy. Dis Colon Rectum 1994; 37: 1031-3.
- 19) **García-Aguilar J, Belmonte C, Wong WD, Madoff RD.** Open vs Closed sphincterotomy for chronic anal fissure: long-term results. Dis Colon Rectum 1996; 39: 440-3.
- 20) **Nielsen MB, Rasmussen O, Pedersen JF, Christiansen J.** Risk of sphincter damage and anal incontinence after anal dilatation for fissure in ano: an endosonographic study. Dis Colon Rectum 1993; 36: 677-80.
- 21) **Leong A, Husain MJ, Seow-Choen F, Goh HS.** Performing internal sphincterotomy with other anorectal procedures. Dis Colon Rectum 1994; 37: 1130-2.
- 22) **Leong A, Seow-Cohen F.** Lateral sphincterotomy compared with anal advancement flap for chronic anal fissure. Dis Colon Rectum 1995; 38: 69-71.
- 23) **Oettlè GJ.** Glyceral trinitrate vs. Sphinterectomy for treatment of chronic fissure in ano: a randomized, controlled trial. Dis Colon Rectum 1997; 40: 1318-20.
- 24) **Bacher H, Mischinger HJ, Werkgartner G, Cerwenka H et al.** Local nitroglycerin for treatment of anal fissures: an alternative to lateral sphincterotomy?. Dis Colon Rectum 1997; 40: 840-5.
- 25) **Lund JN, Scholfield JH.** A randomised, double-blind, placebo-controlled trial of glyceryl trinitrate ointment in treatment of anal fissure. Lancet 1997; 349: 11-4.
- 26) **Lombard-Platet R, Bleongarth X, Chabaud B.** Suppurations de la region anale. Encycl. Med. Chir. (Paris-France). Techniques Chirurgicales. 40-690, 1993, 8p.
- 27) **Veirano G, Bermúdez J, Rompani O.** El absceso interesfinteriano como causa de dolor anal crónico. Cir Uruguay 1985; 55(1): 28-31.
- 28) **Bermúdez J, Veirano G, Rompani O.** Absceso y fístula originados o diseminados por encima de los elevadores. Cir Uruguay 1988; 58(1): 28-30.
- 29) **Bermúdez J, Rompani O, Veirano G, Gutierrez F.** Abscesos y fístulas perianales: Cir Uruguay 1983; 53(5): 370-4.
- 30) **Gordon H, Zuidema.** Abscesos anorrectales y Fístulas anales. IV. Buenos Aires: Médica, 1992.
- 31) **Rosen L.** Absceso fistuloso anorrectal. Clín Quir Norte Am 1994; 6: 1353-67.
- 32) **Bonadeo F, Iribarren C.** Abscesos perianales. Curso Internacional de Cirugía Colorectoanal, 7. Buenos Aires, 1998.