Capítulo 54

Procesos agudos de la región anorrectal

J.M. Gallardo Valverde, M.D. Ayllón Terán, L. Jiménez Murillo, R. Llamas Fuentes, J.M. Calderón de la Barca Gázquez y F.J. Padillo Ruiz

INTRODUCCIÓN

A todos aquellos pacientes que consulten por afección anorrectal se les debe realizar una anamnesis y una exploración proctológica básicas. La *anamnesis* debe orientarse a la identificación de síntomas y signos como proctalgia, sangrado, fiebre, supuración, palpación de tumoración perianal, prurito, ensuciamiento, incontinencia, hábitos intestinales y la relación de ellos con la defecación (presencia o agravamiento). La *exploración anorrectal* se realiza colocando al paciente en posición de Sims (decúbito lateral izquierdo con las caderas y las rodillas flexionadas), genupectoral o en posición de navaja, si se dispone de una mesa de exploración proctológica. El tacto rectal es obligado, ya que puede detectar la presencia de abscesos submucosos, asociados o no a un absceso perianal, abscesos pelvirrectales derivados de una enfermedad intraabdominal (apendicitis, diverticulitis), tumoraciones y pólipos rectales, fecalomas y cuerpos extraños.

Es importante destacar que el dolor presentado por el paciente puede ser tan intenso que, antes de proceder a la exploración, deba realizarse una adecuada analgesia o sedación.

HEMORROIDES

Clasificación

Hemorroides internas

Se localizan en los dos tercios superiores del canal anal, proximales a la línea dentada, y están recubiertas de mucosa. Se trata de varicosidades de los plexos venosos, especialmente los submucosos, en la pared del canal anal y en el segmento inferior del recto. Existen tres hemorroides fisiológicas localizadas a las 11, a las 7 y a las 3 en posición ginecológica.

Según el grado de prolapso y la sintomatología, las hemorroides internas se clasifican en cuatro grados:

- Grado I: no se prolapsan en la luz del canal anal.
- Grado II: se prolapsan con la defecación pero se reducen de forma espontánea.
- Grado III: se prolapsan por el orificio anal con la defecación y requieren reducción manual.
- Grado IV: se prolapsan de forma permanente y son irreducibles.

Las complicaciones de las hemorroides incluyen la trombosis hemorroidal, el absceso y la piemia portal (muy infrecuente).

Hemorroides externas

Se localizan en el tercio inferior del canal anal o en el orificio anal, están cubiertas de piel y pueden ser muy dolorosas.

Etiología

- Por obstrucción del retorno venoso de las venas hemorroidales superiores: cirrosis, trombosis portal, tumores abdominales y, sobre todo, embarazo.
- Idiopáticas: las más frecuentes, tienen múltiples factores condicionantes, entre ellos hereditarios, anatómicos, fisiológicos, dietéticos, estreñimiento, diarreas y relajación o déficit del esfínter.

Clínica y exploración

Los síntomas atribuidos tradicionalmente a las hemorroides son: rectorragia, prolapso, prurito, ensuciamiento o escape mucoso y, en último lugar, dolor. Cuando aparece este último debe sospecharse otra patología asociada o una crisis hemorroidal aguda en forma de prolapso hemorroidal trombosado o trombosis hemorroidal externa.

La exploración de las hemorroides se lleva a cabo mediante inspección, palpación, anuscopia, que es esencial, y colonoscopia, en determinadas ocasiones, para descartar otras lesiones. En la crisis hemorroidal, los pedículos hemorroidales están tumefactos, edematosos y dolorosos.

Tratamiento

Hemorroides asintomáticas

Las hemorroides asintomáticas no precisan tratamiento, independientemente de su grado. Solo se indican medidas higiénico-dietéticas, como:

© 2015. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

- Dieta rica en fibra y abundante en líquidos, para disminuir el esfuerzo de la defecación.
- Baños de asiento con agua templada, durante unos 5 min, tres veces al día.

Crisis hemorroidal

En la consulta de urgencias debe aplicarse, con la zona bien lubricada, azúcar sobre el prolapso hemorroidal, para favorecer la reabsorción del edema y la reducción. El tratamiento domiciliario es el siguiente:

- Alimentación rica en fibra y laxantes, como ispagula (**Plantaben**®, sobres de 3,5 g) en dosis de 1 sobre/12 h; o lactulosa (**Duphalac**®, solución de 200 y 800 ml y sobres de 15 ml, que contienen 10 g/15 ml) por vía oral en dosis de 15 ml/12 h; o lactitol (**Oponaf**®, **Emportal**®, sobres con 10 g) en dosis de 10 g/12 h por la misma vía.
- Baños de asiento durante 5 min con agua templada, dos o tres veces al día y después de defecar. El calor relaja el esfínter anal.
- Venotónicos por vía oral, como diosmina (**Daflon**®, comprimidos de 500 mg), en dosis de 500 mg/8 h; o hidrosmina (**Venosmil**®, cápsulas de 200 mg) en dosis de 400 mg/8 h durante 2 semanas. Reduce el edema y controla la hemorragia.
- Analgésicos, como metamizol magnésico (**Nolotil**®, cápsulas de 575 mg), en dosis de 1 cápsula/8 h por vía oral, junto a antiinflamatorios no esteroideos (AINE), como ibuprofeno (**Neobrufen**®, comprimidos de 400 y 600 mg; **Espidifen**®, sobres de 400 y 600 mg), en dosis de 600 mg/8 h por vía oral.
- Omeprazol (**Losec**®, **Ulceral**®, cápsulas de 20 mg) en dosis de 20 mg/24 h por vía oral mientras el paciente esté en tratamiento con AINE.
- Cremas y pomadas en los casos agudos, ya que su uso prolongado puede producir dermatitis, atrofia cutánea y prurito. Se utilizan combinaciones de anestésicos locales, antisépticos y corticoides, como **Synalar**® (pomada que contiene por cada gramo: 0,0001 g de fluocinolona, 0,0025 g de mentol, 0,05 g de subgalato de bismuto y 0,02 g de clorhidrato de lidocaína), o antihemorroidales y antagonistas colinérgicos muscarínicos, como **Proctolog**® (pomada que contiene por cada gramo: 5 mg de ruscogenina y 58 mg de trimebutina), en dosis de 2-3 aplicaciones/día durante un período inferior a 7 días.

Trombosis hemorroidal

La trombosis hemorroidal externa puede tratarse de forma ambulatoria; se extirpa el paquete externo trombosado después de la infiltración de la zona con un anestésico local. En el prolapso hemorroidal trombosado con necrosis debe procederse a la hemorroidectomía de urgencia. Si no hay necrosis, puede reducirse el prolapso y se prescribe tratamiento médico conservador.

ABSCESOS DE LA REGIÓN ANORRECTAL

Clasificación

Según su localización anatómica, los abscesos de la región perianal pueden clasificarse en:

- Perianales. Son los más frecuentes (60%).
- Isquiorrectales: lateral a los esfínteres y por debajo del músculo elevador del ano.
- Submucosos: por dentro del esfínter interno.
- Interesfinterianos: entre el esfínter interno y el externo.
- Pelvirrectales: por encima del músculo elevador del ano.

Etiología

Pueden tener un origen glandular no específico o ser secundarios a otros procesos, como la enfermedad inflamatoria intestinal, carcinoma, cuerpos extraños, traumatismos, linfogranuloma venéreo, tuberculosis, actinomicosis o secuela postoperatoria o radioterápica.

Clínica y exploración

Cuando se evalúa un absceso de la región anorrectal, debe realizarse una búsqueda sistemática de orificios fistulosos. En la mayoría de los casos es posible palpar el trayecto fistuloso bajo la piel perianal, como un cordón fibroso, radial en el hemiano anterior, y curvilíneo, dirigido hacia la línea media posterior (regla de Goodsall), en el hemiano posterior. Los orificios fistulosos pueden ser abiertos (con o sin supuración) o cerrados, y asociados o no a la presencia de un absceso, en cuyo caso hay que proceder a su drenaje.

Absceso perianal e isquiorrectal

Los síntomas dependen de la localización. El síntoma predominante es el dolor, que se acompaña de una tumoración perianal dolorosa, a menudo fluctuante y con signos de flogosis, y fiebre. El tacto rectal puede ser normal o detectar una masa dolorosa en el canal anal. Cuando el absceso isquiorrectal es bilateral, el dolor se irradia a ambos lados y hacia la cara posterior del canal anal.

Absceso submucoso e interesfinteriano

El dolor rectal es más insidioso; el paciente puede presentarse con drenaje espontáneo de pus a través del ano, aunque puede no presentar signos externos. El tacto rectal suele detectar una tumoración lisa y dolorosa en un plano de la parte superior del canal anal o del recto inferior. La realización de una anuscopia permite objetivar el absceso y su orificio de drenaje en el canal anal.

Absceso pelvirrectal o supraelevador

A diferencia de los anteriores, suele tener un comienzo menos claro, sin manifestaciones locales en la región anorrectal, pero con fiebre y malestar general. Es importante determinar su origen para realizar un drenaje adecuado y no provocar fístulas complejas. El tacto rectal puede revelar una masa dolorosa en la parte alta de la pelvis.

Tratamiento

El tratamiento de los abscesos de la región anorrectal depende de la fase en la que se encuentre la lesión y su etiología.

Fase celulítica

El tratamiento consiste en la administración de:

- Antibióticos por vía oral, como amoxicilina-ácido clavulánico (**Augmentine®**, comprimidos y sobres de 875 + 125 mg; **Augmentine Plus®**, comprimidos de 1.000 + 62,5 mg) en dosis de 875 + 125 mg/8 h o 2 comprimidos de 1.000 + 62,5 mg/12 h; o cefuroxima (**Zinnat®**, comprimidos y sobres de 250 y 500 mg) en dosis de 500 mg/12 h. Como alternativa se puede administrar, también por vía oral, la asociación de ciprofloxacino (**Baycip®**, comprimidos de 250, 500 y 750 mg), en dosis de 500 mg/12 h y metronidazol (**Metronidazol Normon®**, comprimidos de 250 mg) en dosis de 500 mg/8 h.
- AINE, como ibuprofeno (**Espidifen®**, sobres de 400 y 600 mg), en dosis de 600 mg/8 h por vía oral.

Fase de absceso

El tratamiento se basa en el desbridamiento y el drenaje quirúrgicos para evitar su progresión hacia una sepsis generalizada (*gangrena de Fournier*). La fistulotomía primaria, además del desbridamiento, está muy controvertida, ya que hasta un 50% de los pacientes con abscesos anales no desarrollarán una fístula. Si hay una causa específica (enfermedad de Crohn, tuberculosis, etc.), se añade el tratamiento correspondiente.

FÍSTULAS DE ANO

Clasificación

La clasificación más aceptada es la de Parks, basada en la relación del trayecto fistuloso con la musculatura del canal anal. Se dividen en:

- Interesfinterianas: el trayecto atraviesa el esfínter interno y llega al margen anal a través del espacio interesfinteriano.
- Transesfinterianas: atraviesan ambos esfínteres. Se dividen a su vez en bajas, medias y altas.
- Supraesfinterianas: atraviesan el esfínter interno y se extienden por el espacio interesfinteriano hasta el espacio entre el fascículo profundo del esfínter externo y el puborrectal.
- Extraesfinterianas: atraviesan la musculatura pélvica sin relación con el canal anal.
- Superficiales: no afectan a la musculatura. Se extienden por los espacios submucoso y subcutáneo.

Etiología

Las fístulas suelen ser secundarias a un absceso de la región anorrectal y, al igual que este, pueden estar asociadas a otras enfermedades mencionadas con anterioridad.

Clínica y exploración

En general, el absceso de la región anorrectal determina la clínica. Aunque ya haya sido intervenido, se reproduce y da lugar a supuraciones esporádicas acompañadas de prurito en la región. Al igual que en los abscesos de origen secundario, se acompaña de los síntomas del proceso causal. La inspección suele poner de manifiesto los orificios que drenan pus, mientras que la palpación de la zona, a veces permite percibir los trayectos fistulosos con su induración característica. La localización exacta y la apreciación de todos los trayectos solo es posible mediante anuscopia y sigmoidoscopia.

Tratamiento

El tratamiento de elección es la cirugía. Existen varias opciones terapéuticas, dependiendo de la localización de la fístula y del origen de la misma, como son la fistulotomía, la colocación de sedales laxos, colgajos de avance anales e incluso terapias biológicas introducidas en el trayecto fistuloso.

FISURA ANAL

Es una ulceración lineal muy dolorosa que se extiende desde justo debajo de la línea dentada hasta el margen del ano.

Etiología

La fisura anal idiopática aparece como una solución de continuidad en el anodermo, a nivel de la línea media posterior, en la mayoría de los casos. En su fondo pueden visualizarse las fibras denudadas del esfínter anal interno. Una localización de la fisura diferente de la mencionada debe hacer sospechar otras etiologías, como enfermedad inflamatoria intestinal, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), leucemia, sífilis, etc.

Clínica y exploración

El síntoma guía de este proceso es la aparición de dolor intenso durante y después de la defecación, que puede acompañarse de una pequeña hemorragia. En la exploración se aprecia una ulceración triangular de base inferior, y es frecuente encontrar una hemorroide centinela.

Tratamiento

El tratamiento de la fisura aguda tiene una duración de 4 a 6 semanas. Si no se consigue la curación, se deriva el paciente al cirujano general para aplicar otras modalidades terapéuticas. Se basa en:

- Dieta rica en fibra y abundante en líquidos. En casos de estreñimiento se administran laxantes, como ispagula (**Plantaben®**, sobres de 3,5 g), en dosis inicial de 1 sobre/24 h, en ayunas, que puede incrementarse hasta 1 sobre/8 h si es necesario.
- Pomadas y cremas, como **Synalar® Proctolog®**, en dosis de 2-3 aplicaciones/día, durante no más de 7 días.
- Baños de asiento durante 5 min con agua templada, dos o tres veces al día y después de cada defecación, y povidona yodada o jabón dermatológico.
- Analgésicos, como metamizol magnésico (**Nolotil®**, cápsulas de 575 mg), en dosis de 1 cápsula/8 h por vía oral.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

El tratamiento quirúrgico (esfinterotomía lateral interna) se reserva para las fisuras crónicas o para las recientes en las que no sea efectivo el tratamiento anterior.
Existen *tratamientos alternativos,* no disponibles en todos los países y algunos de ellos solo disponibles en fórmula magistral. Entre ellos, se exponen los siguientes:

- Nitroglicerina rectal (**Rectogesic**®, pomada rectal con 4 mg/g) en dosis de 1 aplicación/12 h. Debe tenerse precaución con los efectos secundarios; el más frecuente es la cefalea, que aparece a los 10-15 min de su administración.
- Diltiazem tópico al 0,2% (fórmula magistral) en dosis de 1 aplicación/12 h durante 4 semanas.
- Nifedipino gel al 0,2% (no comercializado en España) en dosis de 1 aplicación/12 h durante 3 semanas.

SINUS PILONIDAL

Concepto

Es un seno en la región sacrococcígea que generalmente se encuentra ocupado por pelo. La evolución más frecuente es la abscesificación; aparece una lesión tumescente y dolorosa situada en la línea media sobre el sacro y el cóccix.

Etiología

Suele ser idiopático, si bien en ocasiones pueden favorecerlo traumatismos locales de repetición o deformaciones congénitas.

Clínica y exploración

Los pacientes refieren malestar en la región sacrococcígea, y es frecuente la emisión de una secreción que mancha su ropa. En la fase aguda, cuando coexiste infección, los pacientes pueden referir dolor, quemazón en la zona y fiebre. En la exploración se aprecia una zona indurada, en la que puede haber uno o varios orificios fistulosos por los que puede aparecer pelo.

Tratamiento

En la fase aguda, el tratamiento se basa en la abertura y el drenaje del contenido infectado, y en la administración de antibióticos de amplio espectro, por vía oral, como amoxicilina-ácido clavulánico (**Augmentine**®, comprimidos y sobres de 875 + 125 mg; **Augmentine Plus**®, comprimidos de 1.000 + 62,5 mg) en dosis de 875 + 125 mg/8 h o 2 comprimidos de 1.000 + 62,5 mg/12 h; o cefuroxima (**Zinnat**®, comprimidos y sobres de 250 y 500 mg) en dosis de 500 mg/12 h. Como alternativa se puede administrar, también por vía oral, la asociación de ciprofloxacino (**Baycip**®, comprimidos de 250, 500 y 750 mg) en dosis de 500 mg/12 h y metronidazol (**Metronidazol Normon**®, comprimidos de 250 mg) en dosis de 500 mg/8 h. En un segundo tiempo se realiza la extirpación completa del seno.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Alonso-Coello P, Guyatt GH, Heels-Ansdell D, Johanson JF, López-Yarto M, Mills E, et al. Laxatives for the treatment of hemorrhoids. Cochrane Database Syst Rev. 2005;CD004649.
Breen E, Bleday R. Anal Fissures [Internet] [actualizado en octubre de 2008]. Disponible en: www.uptodate.com.
Breen E, Bleday R. Anal Abscesses and fistulas and Treatment of hemorrhoids [Internet] [actualizado en octubre de 2008]. Disponible en: www.uptodate.com.
Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Cirugía Colorrectal. 2ª ed. Madrid: Arán; 2012.
Kopljar M, Balduzzi S, Patrlj L, Mihanovic J, Markulin H, Bakota B, Zhang JSF, Sobar M, Sambunjak D. Topical treatment for hemorrhoids. Cochrane Database Syst Rev. 2011; 11: CD009443. DOI: 10.1002/14651858.CD009443.
Nelson RL, Thomas K, Morgan J, Jones A. Non surgical therapy for anal fissure. Cochrane Database Syst Rev. 2012;2:CD003431. DOI: 10.1002/14651858.CD003431.pub3.
Parrilla-Paricio P, Landa-García JI, editors. Cirugía AEC: Manual de cirugía de la Asociación Española de Cirujanos. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.