

---

# Patología anorrectal en la práctica clínica de atención primaria

*María Fabiola Cárdenas-Quirós\**

---

---

## **Resumen:**

Se exponen las principales novedades médico-científicas en el diagnóstico y manejo de las enfermedades anorrectales en una consulta de primer nivel, con el fin de familiarizar al personal de medicina general, así como a estudiantes de pregrado en medicina en cerca del 20% de su consulta general.

**Palabras Clave:** FISTULA ANAL - ATENCIÓN PRIMARIA - HEMORROIDES - ABSCESOS

---

\* Médico Cirujano General, Licenciatura en Medicina y Cirugía, Universidad Autónoma de Centro América (UACA). Atención Primaria y del Servicio de Emergencias en Emergencias Médicas Monteverde, Puntarenas, Costa Rica. Tel. 7114 3196.E-mail: dramfcq@gmail.com

**Abstract:**

This review addresses the main medical-scientific novelties in the diagnosis and management of anorectal diseases in a first level consultation, in order to familiarize general medical personnel as well as medical medicine students of 20% of them general medical consultation.

**Keywords:** PRIMARY CARE - ANAL FISTULA - HEMORRHOIDS - ABSCESS.

Recibido: 6 marzo 2018

Aceptado: 18 de abril del 2018

**Antecedentes Históricos**

A través del tiempo, muchas civilizaciones se encargaron de estudio de las patologías anorrectales, aportando las bases científicas para el manejo médico y quirúrgico del presente. En el antiguo Egipto, por ejemplo, se describió el tratamiento de las hemorroides utilizando manteca de cerdo con hojas de acacia contra el dolor hemorroidal.

Por otro lado, en la medicina antigua de la India se describió el tratamiento de las fístulas anales por medio de la cauterización con hierro caliente, mientras que en la práctica de la medicina Romana comenzaron a utilizar la ligadura hemorroidal como tratamiento, y la incisión y ligadura como tratamiento de las fístulas anales.

También otras dos civilizaciones aportaron en la búsqueda de la cura para la fistulización anal, entre ellas, los médicos de Grecia, quienes utilizaron hilo de nilo a través de la fístula para tallar gradualmente el defecto, y los médicos árabes con el uso de hilo de seda para realizar la ligadura de las fístulas perianales.

### **Anatomía Anorrectal**

El recto es una porción del intestino grueso de aproximadamente 15 cm de longitud, el cual comprende desde el promontorio sacral al nivel del músculo elevador del ano; además, cuenta con dos o tres curvaturas que forman pliegues submucosos en el lumen conocidos como válvulas de Houston.

El canal anal es la porción terminal del tracto digestivo; se extiende desde el recto, atraviesa el músculo elevador del ano, cruza el borde anal y se extiende hasta la piel del ano; tiene forma cilíndrica y mide de 3 a 4 cm de longitud. Se encuentra envuelto por la musculatura anorrectal que forma el esfínter anal interno compuesto de músculo liso e inervado por el sistema autónomo e inferiormente por músculo esquelético que forma el esfínter anal externo inervado por nervios somáticos.

La división del anal en dos partes se da gracias a la línea pectínea o dentada, formada por glándulas y criptas anales, situada a 2 cm del margen anal.

Esta línea marca la separación entre la zona cutánea formada de epitelio de tipo escamoso caudalmente y la mucosa verdadera del canal anal con epitelio columnar cranealmente. Además, funciona como punto de referencia para la percepción del dolor, ya que a partir de 1 cm por encima de ella no hay sensibilidad, siendo de suma importancia en lo que respecta al tratamiento de las hemorroides.

El drenaje venoso por encima de la unión anorrectal se realiza a través del sistema porta, mientras que el canal anal inferior drena al sistema de la vena cava.

El recto y el ano reciben abundante irrigación por parte de las arterias rectal superior, media e inferior. La arteria rectal (hemorroidal) superior es continuación de la arteria mesentérica inferior; la arteria rectal media se origina de las arterias ilíacas internas y la arteria hemorroidal inferior se origina de la arteria pudenda interna.

El drenaje linfático del recto superior y medio drena a ganglios mesentéricos; el recto inferior drena a los ganglios mesentéricos inferiores y a los ganglios ilíacos internos, mientras que el drenaje linfático de la piel perianal es completamente hacia los ganglios linfáticos inguinales.

### **Historia Clínica y Examen Clínico**

La entrevista médico-paciente debe realizarse en un ambiente tranquilo, preservando la intimidad necesaria para que el mismo pueda exponer todas sus inquietudes y superar la incomodidad que puede generar expresarse acerca de estos temas.

La información mínima relevante para un adecuado abordaje de la patología anorrectal comprende desde antecedentes familiares como presencia de cáncer colorrectal o enfermedades polipósicas en familiares de segundo y primer grado; antecedentes personales de patologías anorrectales previas o enfermedades que pudiesen influir en el proceso anorrectal actual; antecedentes quirúrgicos del área perianal o colorrectal que puedan condicionar el desarrollo de anormalidades de origen proctológico; así como las prácticas sexuales de riesgo para la formación de lesiones cutáneas perianales o en el canal anal.

La exploración anorrectal permite la valoración de múltiples procesos anorrectales mediante la visualización directa o la palpación de diversas estructuras presentes (periné, esfínter anal, columnas hemorroidales, ampolla rectal y próstata en los varones). Previamente se recomienda entablar una conversación con el paciente en la que se le expliquen las precauciones para evitar molestias innecesarias, recabando el consentimiento y la colaboración para el éxito del procedimiento.

## **Tipos de exploración proctológica**

Inspección anal: Primeramente se realiza una inspección sin movilizar ninguna estructura, ya que muchas veces las lesiones se encuentran a simple vista; posteriormente se realiza una separación de las nalgas, la cual permite observar la presencia de hemorroides externas, foliculitis, secreciones anales, plicas anales, fisuras, fístulas, prolapsos, condilomatosis o incluso tumoraciones anales.

Tacto rectal: para realizar este procedimiento se debe enguantar la mano exploradora, lubricar el dedo índice, pedirle al paciente relajar su esfínter anal y presionar el orificio anal antes de introducirlo para vencer la presión de reposo. Una vez introducido el dedo se llega a la altura máxima para, en retirada, ir palpando toda la circunferencia identificando puntos dolorosos, masas, abscesos, tono esfinteriano y la próstata en la cara anterior.

Anoscopia: en nuestro medio es de difícil acceso; únicamente se encuentra en los consultorios especializados a pesar de ser un procedimiento sencillo y de gran utilidad diagnóstica. Se realiza con la introducción de un anoscopio tubular de aproximadamente 7 cm de longitud previamente lubricado, explorando la mucosa del recto distal, el plexo hemorroidal interno, línea pectínea y anodermo en busca de lesiones anorrectales.

## **Patologías Anorrectales más frecuentes en Atención Primaria**

### **Enfermedad Hemorroidal**

El tejido hemorroidal es un componente normal de la anatomía humana, consistente en un engrosamiento de la submucosa del canal anal que contiene vénulas, arteriolas, comunicaciones arterio-venosas, músculo liso y tejido conjuntivo. Fisiológicamente, su función es actuar como una almohadilla que contribuye a la continencia fecal.

La enfermedad hemorroidal es el resultado del agrandamiento, congestión y desplazamiento en sentido distal de este revestimiento del canal anal, como consecuencia de la laxitud y desintegración del ligamento suspensorio hasta que protruyen en el canal anal y provocan la sintomatología hemorroidal.

Se han mencionado muchos factores como causa de la génesis de la enfermedad hemorroidal, pero deben considerarse como predisponentes, más que etiológicos; entre ellos destacan: la herencia, posición erecta, embarazos, hipertensión portal, constipación crónica y la ocupación laboral. Su incidencia aumenta con la edad, con una prevalencia de los síntomas en el 50% de los mayores de 50 años y en el sexo masculino.

#### A. Hemorroides Internas

Cubiertas por mucosa rectal y mucosa de transición, se sitúan proximal a la línea dentada y se subclasifican en cuatro grados dependiendo de la extensión del prolapso:

- Grado I: Las hemorroides pueden sangrar, pero no se prolapsan.
- Grado II: Las hemorroides se prolapsan con la defecación, pero se reducen espontáneamente.
- Grado III: Las hemorroides se prolapsan y requieren reducción manual.
- Grado IV: Hemorroides prolapsadas que no pueden ser reducidas manualmente.

La rectorragia rutilante y el prolapso hemorroidal que puede asociar malestar perianal, prurito anal y manchado mucoso, son las principales manifestaciones clínicas de la enfermedad hemorroidal interna.

El tratamiento médico incluye medidas higiénico-dietéticas: ingesta abundante de agua, dieta rica en fibra, evitar el exceso de bebidas alcohólicas, baños de asiento con agua templada por no más de 10 minutos; cremas y pomadas con corticosteroides, anestésicos y antisépticos no deben utilizarse por más de 7-10 días; medicamentos orales formadores de masa fecal tipo metilcelulosa, psyllium, plantago ovata, semillas de lino.

El tratamiento mínimamente invasivo ante el fracaso del tratamiento médico comprende varios procedimientos ambulatorios: la ligadura con banda elástica con éxito en un 70-80% y más eficaz que la escleroterapia, el láser o coagulación bipolar cuya eficacia es similar a la escleroterapia e inferior a la ligadura.

El tratamiento quirúrgico es la hemorroidectomía “abierta” de elección en las hemorroides grado IV, y en caso de asociarse a un prolapso importante se opta por una hemorroidectomía circular también llamada “cerrada”.

#### B. Hemorroides Externas

Cubiertas por anodermo y piel perianal, ubicadas distalmente a la línea pectínea, se caracterizan por la aparición de dolor anal continuo súbito de una semana de duración si se trombosa el plexo hemorroidal, pueden asociar prurito anal posterior a la defecación de leve a moderada intensidad.

El tratamiento médico, al igual que para las hemorroides internas, incluye medidas higiénico-dietéticas: ingesta abundante de agua, dieta rica en fibra, evitar el exceso de bebidas alcohólicas, baños de asiento; cremas y pomadas; medicamentos orales formadores de masa fecal.

En el caso de una hemorroide externa trombosada, al tratamiento anterior se le debe agregar el uso de antiinflamatorios no esteroideos orales y, entre las primeras 24 y 72 horas, se recomienda realizar una extirpación de la hemorroide trombosada con anestesia local, cuando una trombosis sobrepasa las 72 horas o, cuando el paciente está en fase de remisión, se recomienda el tratamiento conservador.

### **Absceso Anorrectal**

Los abscesos anorrectales son producto de la infección de las glándulas que desembocan en las criptas anales dentro del canal anal, a nivel de la línea dentada. En menor frecuencia son causadas

por una enfermedad inflamatoria intestinal concomitante, trauma ginecológico o quirúrgico, infecciones como tuberculosis o actinomicosis y por malignidad. Es más común en el área perianal, seguido en frecuencia por el área isquioanal, interesfintérico y supraelevador.

Se manifiesta con dolor acompañado de eritema e inflamación; algunas veces pueden asociar dolor rectal con retención urinaria y, en el caso del absceso supraelevador, puede presentarse sin edematización, pero si con cuadro febril asociado.

El tratamiento de los abscesos anorrectales requiere de incisión y drenaje de forma ambulatoria con anestesia local y terapia antibiótica para los pacientes con celulitis concomitante e inmuno comprometidos. Sin embargo, los abscesos más profundos o más complejos requieren de un examen bajo anestesia con drenaje en sala de operaciones.

Un absceso anorrectal puede complicarse y provocar defectos fistulosos, pero más rara aun es la posibilidad de sufrir una Gangrena de Fournier, por un retraso en el diagnóstico y tratamiento, lo que lleva a infección del perineo, con necrosis de la piel, músculo y fascia subyacente.

### **Fístula Anal**

Se define como una comunicación anormal entre dos superficies epitelizadas; representa la comunicación entre el canal anal y la piel perianal, resultado de un drenaje espontaneo o quirúrgico de un absceso anorrectal previo.

El porcentaje de que ocurra una fístula posterior al drenaje de un absceso oscila entre 83% en la literatura médica y, en los pacientes que presentan Enfermedad de Crohn de base, puede ocurrir en hasta 30%.

Las fístulas se clasifican por su relación con el complejo del esfínter anal y el tratamiento dependerá de esta localización.

- Fístula Interesfinteriana: es la más común; el tracto se entra dentro del espacio entre esfínteres y la abertura externa cerca del borde anal.
- Fístula Tran esfinteriana: el tracto se inicia en el espacio interesfinteriano y luego atraviesa el musculo del esfínter anal externo; la abertura usualmente se localiza en la fosa isquioanal.
- Fístula Supraesfinteriana: el tracto comienza en el espacio interesfinteriano; luego pasa por encima del esfínter anal externo, y perfora los músculos elevadores del ano para drenar a través de la fosa isquioanal.
- Fístula Extraesfinteriana: el tracto comienza en el recto distal y perfora los músculos elevadores del ano para drenar a través de la fosa isquioanal; son de rara aparición y surgen en la Enfermedad de Chron y del trauma rectal.

Los pacientes acuden a la consulta aquejando drenaje, hinchazón, dolor con la defecación y sangrado ocasional; se puede observar drenaje fecal, purulento o serosanguinolento al realizar el examen rectal digital o la compresión del tracto fistular.

Se recomienda el examen bajo anestesia, ya que permite drenar abscesos no drenados y hallar la abertura interna, así como la realización de una sigmoidoscopia flexible para evaluar la posibilidad de una enfermedad inflamatoria intestinal concomitante o de malignidad. Para las fistulas más pequeñas se recomienda la inyección de la abertura externa con peróxido de hidrógeno con o sin el uso del ultrasonido endoanal y, en el caso de las fistulas más complejas o múltiples, se ha descrito la fistulografía con contraste hidrosoluble y fluoroscopia, aunque el uso de la resonancia magnética está desplazando esta técnica.

El tratamiento específico es dictado por la ruta de la fístula anal y la cantidad de esfínter involucrado en el tracto; cualquier división del músculo del esfínter durante el tratamiento conlleva un riesgo de alteración de la continencia. Las opciones de tratamiento quirúrgico de la fístula anal incluyen fistulotomía, corte de sedal, pegamento de fibrina, tapón de colágeno, ligadura del tracto de la fístula interesfintérica y colgajos de avance.

Ya que el manejo de las fístulas anales requiere un mayor nivel de complejidad, es de suma importancia para el paciente que el médico de primer nivel logre identificar estas lesiones para que sean derivadas a un nivel superior oportunamente.

### **Fisura Anal**

Se trata de una solución de continuidad de la piel en el epitelio escamoso del canal anal, ubicado distal a la línea dentada, frecuentemente en la línea media posterior, y en menor proporción en la línea media anterior. Es la causa más frecuente de sangrado defecatorio en los niños y es la patología anorrectal que conlleva a más motivos de consulta en atención primaria. Etiológicamente se ha relacionado con el paso de heces sólidas y de gran volumen; además, estudios clínicos han confirmado la presencia de un aumento en la presión del esfínter anal interno en reposo y una menor perfusión sanguínea en estos pacientes a nivel del anodermo. Esta condición se caracteriza por el intenso dolor que aparece al terminar la deposición y que puede tener horas de duración; sin embargo, no son los únicos síntomas observados en el paciente con una fisura anal, ya que también pueden presentar hematoquecia y temor al acto defecatorio.

Muchos de los pacientes con fisura anal presentarán reversión espontánea, con cicatrización en aproximadamente 4 a 6 semanas; sin embargo, otros pueden presentar recurrencia e incluso presentar características de cronicación, por lo que las medidas conservadoras son recomendables para acelerar el proceso de curación. Se habla de baños de asiento, uso de agentes formadores de masa fecal (psyllium), uso de cremas antiinflamatorias y, en caso de cronicidad, se debe agregar al tratamiento con la utilización de nitratos tópicos como el unguento de nitroglicerina al 0.2% por 6-8 semanas o el uso de nitroglicerina tópico. Otro agente involucrado en el tratamiento de las fisuras crónicas es el bloqueador de los canales de calcio de uso tópico, como el diltiazem por 6-8 semanas.

Cuando estos tratamientos de soporte fallan, surgen otras posibilidades de tipo invasivo; entre ellas, la aplicación de toxina botulínica con el fin de promover el cierre del defecto y, si este no

obtiene buenos resultados, la recomendación es la esfinterectomía lateral del esfínter anal interno con tasas de éxito mayores al 90%, siempre como último recurso.

## Conclusión

La atención de primer nivel corresponde al primer contacto entre médico-paciente; en la mayoría de las ocasiones esta consulta es la pieza fundamental en la resolución del problema subyacente, ya que debe ser el lugar y momento que propicie la apertura del paciente manifestando su cuadro clínico, a pesar de lo engorroso que le puede hacer sentir expresarse acerca de estos padecimientos.

La patología anorrectal es de suma frecuencia por lo que el médico de atención primaria debe mantenerse en constante actualización ante la posible consulta por alguna de estas enfermedades, ya que en su mayoría el tratamiento médico conservador de soporte es el primer abordaje clínico recomendado para estos pacientes. Es el profesional de primer nivel quien se encargará de brindarle el más adecuado apoyo y el encargado de reconocer el momento en que una de estas situaciones clínicas requiere manejo por parte de un médico especialista.

## Bibliografía

- Biblioteca Básica DuPont Pharma para el médico de Atención Primaria. (1999). *Anuscopio: Técnicas exploratorias en Atención Primaria*, Campos, J. (Ed.) 9-12.
- Campos, J. C. (1998). *Tacto rectal: guía de actuación en atención primaria*. Barcelona: EdiDe.
- Charúa, G. L, et al. (2005). Manejo alternativo no quirúrgico de la enfermedad hemorroidaria. *Revista Gastroenterológica México*, 70, 284-290.

- Charúa, G. L. (2007). Enfermedad Hemorroidal. *Revista Medicina Interna México*, 23, 302-309.
- Charúa, G. L. (2011). Patología proctológica más frecuente. *Revista Médica Hospital General México*, 74, 234-241.
- Greenfield, L. & Mulholland, M. (2006). *Greenfield's surgery*. (6a ed.). Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.
- Maksimovic, J. & Maksimovic, M. (2013). From history of proctology. *Arch Oncol*, 21, 28-33.
- Ommer, A. et al. (2012). German S3 guideline: anal abscess. *Int J Colorectal Dis*, 27, 831-837.
- Ponce, J. et al. (2011). *Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas*. (3ª ed.). Asociación Española de Gastroenterología.
- Rodríguez de Alba, M.; Rodríguez, L. & Panadero, F. J. (2007). *Patología Anorrectal en Atención Primaria*. Recuperado el día 20 de febrero del 2018, de <https://botplusweb.portalfarma.com/Documentos/2007/5/18/29785.pdf>.
- Ramos, J. & Ciga, M. (2014) *Manual AEC de proctología para la atención primaria*. Asociación Española de Cirujanos. Madrid, España: Bate Scientia Salus.
- Sanfélix, J. et al. (2001). La patología anorrectal en la práctica clínica del médico de familia. *Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria*, 05, 42-47. Recuperado de, <http://www.revistafml.es/upload/ficheros/noticias/201104/09anorrectal.pdf>
- Wainstein, C. & Zárata, A. (2011). Urgencias proctológicas. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22, 677-684.