



GUÍAS

DE ORIENTACIÓN CLÍNICA PARA PACIENTES

2

Patología proctológica

Juan Carlos García Pérez
Julio Acero Sanz
(editores)

Autores

Elena Torres Sanzo (alumna de sexto curso en el Grado de Medicina)

Alejandra Navascués Lucini (alumna de sexto curso en el Grado de Medicina)

Raquel Arranz Jiménez (Especialista en Cirugía General y Aparato digestivo, Fundación Jiménez Díaz, Madrid)

Luz Divina Juez (Especialista en Cirugía General y Aparato digestivo, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid)

María Rosa Cervera Román (Residente de Intensivos en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid)

Ilustraciones

Raquel Arranz Jiménez

Portada

Elena Payno

Editores

Juan Carlos García Pérez MD; PhD. ESBQc

Especialista Adjunto Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Profesor Asociado Universidad Alcalá de Henares (Madrid).

Julio Acero Sanz MD; PhD. FDSRCS

Jefe de Servicio Cirugía Maxilofacial. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Profesor Titular de Cirugía Universidad Alcalá de Henares ((Madrid).

© de los textos: sus autores.

© de esta edición: Editorial Universidad de Alcalá, 2023

Plaza de San Diego, s/n • 28801, Alcalá de Henares (España).

Página web: www.uah.es

Diseño de la colección: Ronda Vázquez Martí

La reproducción total o parcial de este libro (incluido su diseño), su alquiler, su incorporación a un sistema informático, su transmisión o transformación en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin la autorización previa y por escrito de los titulares del copyright, vulnera derechos reservados.

I.S.B.N.: 978-84-19745-65-1

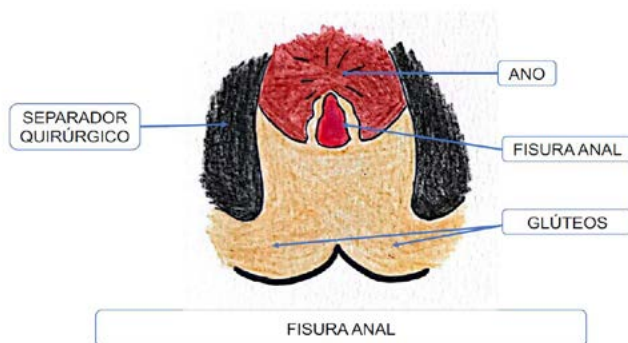
Guía de orientación clínica para pacientes con patología proctológica

Juan Carlos García Pérez
Julio Acero Sanz

FISURA ANAL

¿Qué es una fisura anal?

La *fisura anal* es un desgarro longitudinal o úlcera en el margen del ano.



¿Por qué se produce?

Lo más frecuente es que sea debida a estreñimiento, pero también puede aparecer por diarrea, por traumatismos o enfermedades (tuberculosis, SIDA, enfermedades de transmisión sexual...).

¿Dónde se localiza?

El 90% se localiza en la parte posterior del ano.

¿Qué síntomas clínicos presenta?

Dolor anal intenso al hacer deposición, “como si se desgarrase el ano”, que persiste después de la deposición varios minutos u horas y manchado del papel al limpiarse de sangre roja brillante.

¿Cómo se diagnostica?

Por los síntomas que cuenta el paciente y la exploración médica del ano. No es necesario hacer un tacto rectal.

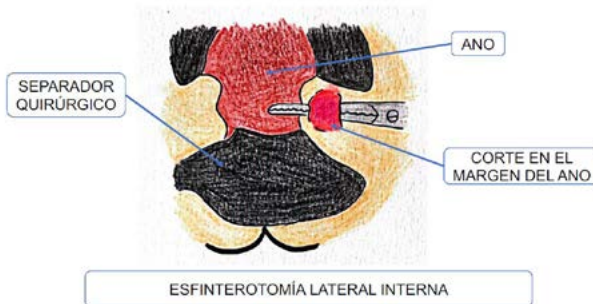
¿Cual es el tratamiento médico?

- Evitar el estreñimiento y la diarrea.
- Baños de asiento después de cada deposición con agua templada.
- No usar papel higiénico para limpiarse.
- Dieta rica en fibra si estreñimiento.
- Abundante ingesta hídrica (2-3 litros/día).
- Enantyum 1 comprimido cada 8h vía oral (7-10 días).
- Rectogesic® 1 aplicación con guante cada 12 h vía rectal (8 semanas). Puede producir dolor o presión en la cabeza.

¿Qué ocurre si no hay mejoría con el tratamiento médico?

Si fracasa el tratamiento médico la alternativa es la cirugía ambulatoria (se opera y se va a casa en el día), con anestesia general:

- En enfermos jóvenes o con riesgo de incontinencia anal podemos poner Botox.
- En el resto se realiza un pequeño corte en el ano, que se llama esfinterotomía lateral interna (ELI).



¿Qué pruebas se realizarán antes de la intervención?

Se le realizará un estudio preoperatorio que incluirá, entre otras cosas:

- Consulta con el anestesista.
- Electrocardiograma (en función de la edad y de los antecedentes personales).
- Análisis de sangre.
- Radiografía de tórax (en función de la edad y de los antecedentes personales).
- Se firmará el consentimiento informado para la intervención.

¿Qué complicaciones puede tener la cirugía?

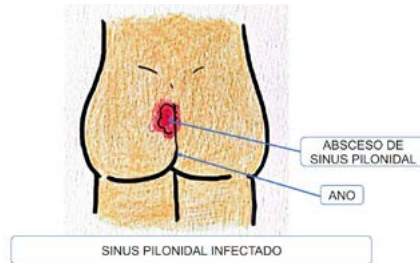
Lo más probable es que no tenga ninguna complicación. Complicaciones poco frecuentes:

- Grado variable de ensuciamiento anal (con el Botox es temporal).
- Supuración a través de la incisión. Sangrado.

SINUS PILONIDAL

¿Qué es un sinus pilonidal?

El *sinus pilonidal* es una infección que aparece entre los dos glúteos, en lo que vulgarmente se llama “*rabadilla*”.



¿Por qué se produce?

Por una obstrucción de un folículo piloso (glándula que contiene pelo) o invaginación de un pelo y su posterior inflamación-infección. También puede aparecer por un aumento de presión y roce en la zona del coxis, al pasar mucho tiempo sentado o al usar ropa ajustada.

¿Qué síntomas clínicos presenta?

No suele producir síntomas si no está infectado, pero si se infecta produce dolor agudo en la zona, hinchazón, enrojecimiento y secreción de pus y sangre. Algunas veces puede llegar a producir fiebre.

¿Cómo se diagnostica?

Por los síntomas que cuenta el paciente y la exploración física del paciente. No suele ser necesario solicitar ninguna prueba complementaria.

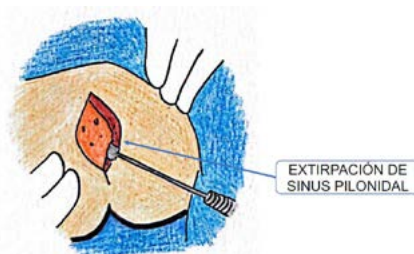
¿Cual es el tratamiento?

Dependiendo si el proceso es agudo o crónico, es decir, si el sinus está infectado (agudo) o no lo está (crónico):

- Si está infectado: tratamiento antibiótico y si no responde, drenaje del absceso para evacuar el pus mediante cirugía.
- Si no está infectado: cirugía programada para extirparlo completamente y que no vuelva a salir. Una vez extirpado el sinus se podrá cerrar el defecto o dejar abierto en función del tamaño del sinus y el riesgo de infección de la herida quirúrgica. Si se deja abierto, el paciente necesitará curas en su ambulatorio de zona durante algunas semanas hasta que cicatrice la herida. Si el defecto de piel es muy grande, para cerrarse puede necesitarse hacer un colgajo de piel o músculo.

Es cirugía ambulatoria, quiere decir que se opera y se va a casa en el día.

La anestesia puede ser local y sedación si es pequeño, y si es grande anestesia general.



EXTIRPACIÓN EN BLOQUE

¿Qué pruebas se realizarán antes de la intervención?

Se le realizará un estudio preoperatorio que incluirá, entre otras cosas:

- Consulta con el anestesista.
- Electrocardiograma (en función de la edad y de los antecedentes personales).
- Análisis de sangre.
- Radiografía de tórax (en función de la edad y de los antecedentes personales).
- Se firmará el consentimiento informado para la intervención.

¿Qué complicaciones puede tener la cirugía?

Lo más probable es que no tenga ninguna complicación.

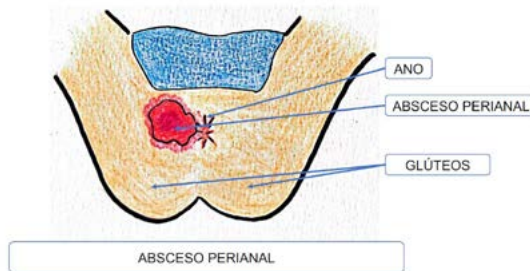
Complicaciones poco frecuentes y nada graves:

- Supuración a través de la incisión si se cierra.
- Sangrado.
- Que vuelva a salir de nuevo el sinus (recidiva).

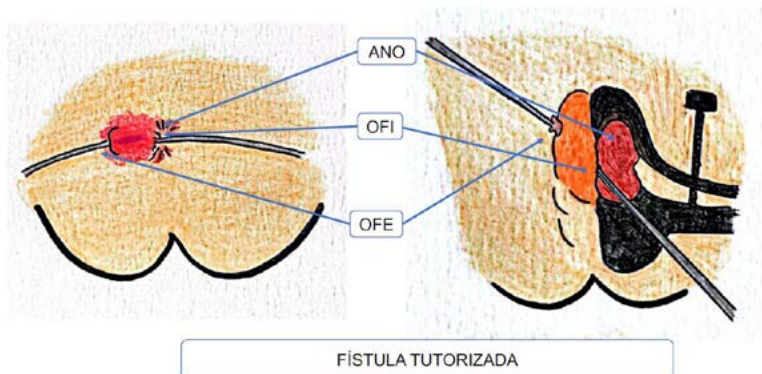
ABSCESOS Y FÍSTULAS PERIANALES

¿Qué son los abscesos y las fístulas?

El *absceso perianal* consiste en la acumulación de material purulento en la zona perianal.



La *fístula perianal* consiste en una conexión entre el canal anal y la piel perianal mediante un trayecto. Sería como un tunel que conecta el interior del canal anal, donde hay un orificio fistuloso interno (OFI) de entrada y la piel perianal, donde hay un orificio fistuloso externo (OFE) de salida.



En general los abscesos representan la manifestación aguda del problema; y las fístulas, la crónica.

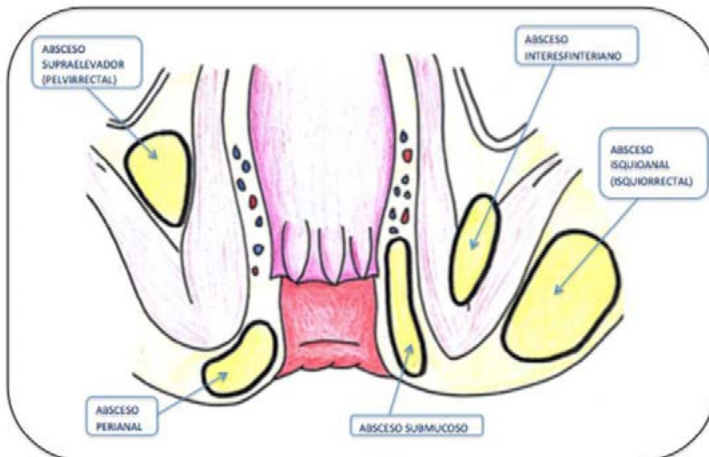
¿Por qué se producen?

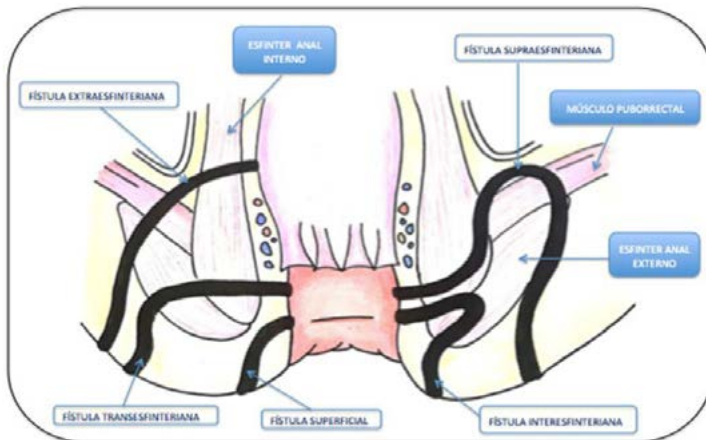
Los *abscesos* aparecen como resultado de la obstrucción del conducto de salida de las glándulas que hay en el canal anal. Al obstruirse este conducto, las glándulas no pueden verter su contenido (fundamentalmente moco), y este contenido acaba por infectarse e inflamar la glándula, haciendo un absceso.

Luego, este absceso intenta buscar una salida (un trayecto) hacia la piel perianal para drenarse espontáneamente, y esto causa la *fístula* perianal.

¿Qué tipos de abscesos y fístulas hay?

Los *abscesos* se clasifican por su localización anatómica. Para clasificar las *fístulas* solemos usar la clasificación de Parks.





¿Qué síntomas clínicos presentan?

Los *abscesos* suelen debutar con dolor perianal espontáneo y al defecar, enrojecimiento de la zona y en ocasiones pueden supurar material purulento si se abren espontáneamente al exterior. También pueden producir fiebre y malestar general.

Las *fístulas* producen molestias perianales de intensidad variable y secreción por el orificio externo de un líquido sanguinolento (como “agua de lavar carne”).

¿Cómo se diagnostican?

Se diagnostican por los síntomas que cuenta el paciente y la exploración perianal. En algunos casos, es necesario la utilización de pruebas complementarias como la ecografía endonal, un scanner (TAC) ó resonancia nuclear magnética (RMN) para una correcta clasificación y diagnóstico.

¿Qué pruebas se realizarán antes de la intervención?

Se le realizará un estudio preoperatorio que incluirá, entre otras cosas:

- Consulta con el anestesista.
- Electrocardiograma (en función de la edad y de los antecedentes personales).
- Análisis de sangre.
- Radiografía de tórax (en función de la edad y de los antecedentes personales).
- Se firmará el consentimiento informado para la intervención.

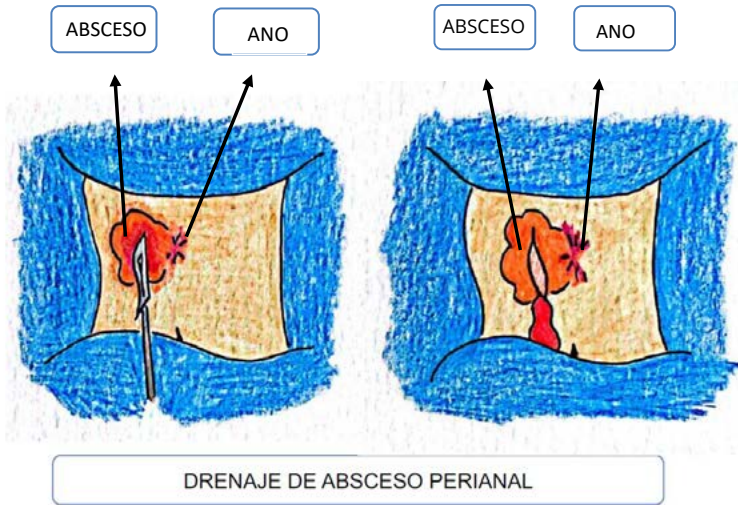
¿Cuál es el tratamiento?

Los *abscesos* se deben tratar siempre como una urgencia e iniciar el tratamiento lo antes posible. El tratamiento se basa en el drenaje quirúrgico más antibióticos. Se drenan bajo anestesia general. El número de días de ingreso hospitalario dependerá del tamaño del absceso, necesidad de curas por parte de enfermería y si es preciso que los antibióticos sean administrados por vía intravenosa por tener mucha infección.

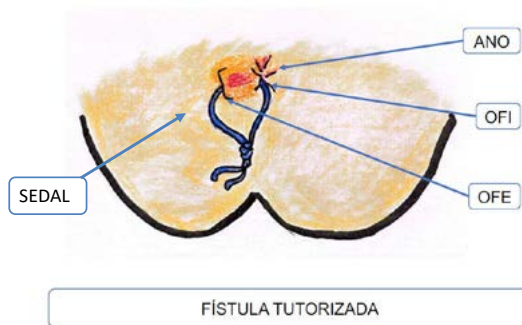
Las *fístulas* son más complejas de tratar ya que pueden tener uno o varios trayectos. El tratamiento siempre será con cirugía. No suele ser necesario operar de urgencias al no ser que haya un absceso asociado. El tratamiento dependerá de si la fístula es simple o compleja (lo sabremos por la exploración anal y por las pruebas complementarias solicitadas previamente):

- Fístulas simples (que no afectan mucho los esfínteres anales): se tratan mediante fistulotomía (que sería como quitar el techo del trayecto).
- Fístulas complejas:
 - a) Intervenciones mínimamente invasivas para tratar el trayecto: sedal (seton), pegamentos biológicos, tapones, células madre o láser (Filac).

b) Intervenciones invasivas para tratar el orificio interno o el trayecto: flap de avance mucoso/cutáneo o ligadura y sección del trayecto (LIFT).



En el tratamiento siempre hay que tener en cuenta el equilibrio entre curación de la fístula y la incontinencia que puede crear dicho tratamiento.



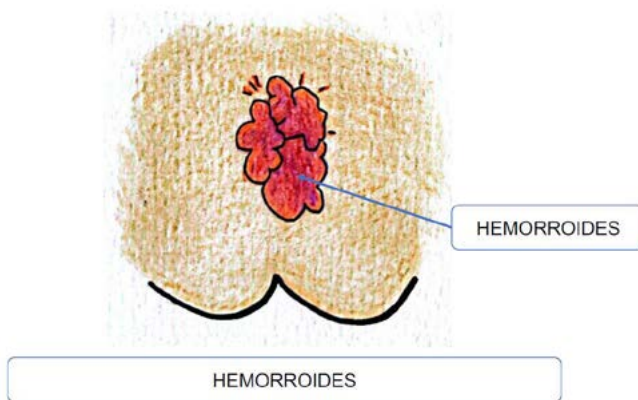
¿Qué complicaciones puede tener la cirugía?

Lo más probable es que no tenga ninguna complicación, pero la que más preocupa al paciente y al cirujano es la incontinencia anal, por daño de los esfínteres anales al drenar el absceso o tratar las fístulas perianales.

PATOLOGÍA HEMORROIDAL

¿Qué son las hemorroides?

Las *hemorroides* son unas estructuras anatómicas (arteriolas, vénulas, mucosa, submucosa, músculo liso y tejido conectivo) del canal anal que contribuyen al cierre hermético de este.



¿Qué es la patología Hemorroidal?

La patología hemorroidal consiste en la salida de estas estructuras anatómicas a través del canal anal. Todos tenemos hemorroides, pero no todo el mundo tiene patología hemorroidal.

¿Por qué se producen?

Hay multitud de causas como:

- Estreñimiento.
- Diarrea.
- Algunos alimentos como el café, alcohol o picantes.

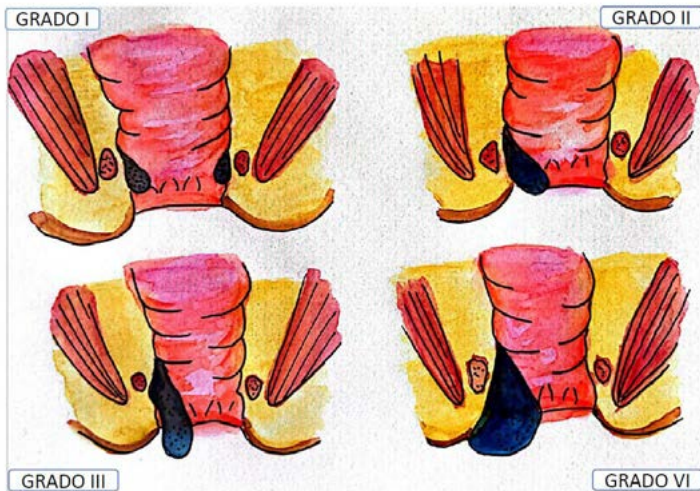
- Embarazo.
- Envejecimiento.
- Pasar mucho tiempo de pie.
- Tumores.

¿Cómo se clasifican las hemorroides?

Las hemorroides se clasifican en externas, internas y mixtas.

A su vez las hemorroides internas se clasifican en cuatro grados:

- *Grado I*: no sobresalen nunca a través del ano con el esfuerzo.
- *Grado II*: salen a través del ano con la defecación, pero se introducen solas dentro del ano.
- *Grado III*: salen a través del ano con la defecación, pero el paciente tiene que volver a introducirse las manualmente dentro del ano.
- *Grado IV*: están siempre fuera y no se pueden introducir dentro del ano.



¿Qué síntomas clínicos presentan?

Los síntomas van en función del grado hemorroidal.

Los pacientes pueden manifestar:

- Dolor.
- Picor.
- Salida de sangre roja y fresca con la deposición o al limpiarse con el papel.
- Secreción mucosa.
- Sensación de evacuación incompleta.
- Las hemorroides externas se suelen trombosar.

¿Cómo se diagnostican?

Por los síntomas clínicos y la exploración anal. Es necesario hacer una anoscopia para poder precisar el grado hemorroidal. No se necesitan más pruebas complementarias para el diagnóstico, pero en todo paciente con salida de sangre por el ano con la deposición y más de 45 años es conveniente realizar una colonoscopia para descartar que un cáncer sea la causa.

¿Cuál es el tratamiento médico?

Toda la patología hemorroidal, independientemente del grado necesita *medidas higiénico-dietéticas* y consisten en:

- Aumento de ingesta de agua con el fin de disminuir la consistencia de las heces y el esfuerzo necesario para defecar.
- Realización de baños de asiento con agua templada 2-3 veces al día y después de cada deposición.
- Evitar ciertas sustancias como el picante, el alcohol o la cafeína.
- Ingesta de 2-2,5 litros de agua al día, dieta rica en fibra y parafina líquida 15 ml cada 12-24h por vía oral.
- Ejercicio físico regularmente.

Si no hay mejoría sintomática se pueden asociar fármacos:

- **Aterina**® 30 mg cada 12h durante 8 semanas vía oral
- **Daflón**® 2 comp cada 8 h vía oral durante 4 días y luego 1 comp cada 8 h durante 2-3 semanas.
- **Venoruton**® 1000mg cada 24h durante 8 semanas vía oral.

Estos fármacos van a favorecer la circulación venosa mejorando la patología hemorroidal. Cuando fracasa el tratamiento conservador (medidas higiénico-dietéticas más fármacos) durante 6 meses, es necesario la cirugía. La cirugía generalmente se realiza bajo anestesia general y el paciente se irá a casa en el día si no hay ninguna complicación, en función de la cirugía realizada (si se extirpa más de un paquete hemorroidal se suele quedar ingresado 1 día).

Si el paciente tiene una *hemorroide externa trombosada*, se aplicará **Thrombocid Forte**® **pomada** de 5 mg, 4-5 veces al día y si no hay mejoría se operará para quitar dicha hemorroide.

En una *crisis hemorroidal* (suele ocurrir en las hemorroides internas porque se hinchan mucho) además de las medidas higiénico-dietéticas y algún fármaco como el Daflón o el Venorutón se deberá asociar al tratamiento:

- Anti-inflamatorios, como Ibuprofeno 650 mg, 1 comprimido cada 12h vía oral durante 5-7 días.
- Analgésicos, como Paracetamol 1gr, 1 comprimido vía oral cada 8h durante 7-10 días.
- Un sobre de azúcar sobre las hemorroides 3 veces al día, para reducir la hinchazón.

¿Qué pruebas se realizarán antes de la intervención?

Se le realizará un estudio preoperatorio que incluirá, entre otras cosas:

- Consulta con el anestesista.
- Electrocardiograma (en función de la edad y de los antecedentes personales).

- Análisis de sangre.
- Radiografía de tórax (en función de la edad y de los antecedentes personales).
- Se firmará el consentimiento informado para la intervención.

¿Qué tipos de cirugía existen?

Para las hemorroides grados II-III que no responden al tratamiento médico durante 6 meses, se suelen emplear *técnicas instrumentales mínimamente invasivas* como son:

- Colocación de unas gomas elásticas por encima de la hemorroide. Se hace en consulta y no necesita anestesia. Es la más utilizada en la actualidad.
- Esclerosis, inyectando una sustancia en la hemorroide que hace que se fibrose. Se hace en la consulta y no necesita anestesia.
- Fotocoagulación con infrarojos, que produce también fibrosis. Se hace en quirófano con sedación profunda.

Si estas técnicas fracasan se utilizan *técnicas instrumentales más invasivas*:

- Desarterialización arterial hemorroidal guiada por doppler (THD). Con esta técnica no se quitan las hemorroides, se sutura la arteria que las nutre para que se deshinchén.
- Extirpación de la hemorroide (Milligan-Morgan). Es la más usada y con la técnica que menos vuelven a salir. Puede producir dolor postoperatorio en grado variable.
- Extirpación de las hemorroides con máquina que corta y grapa el tejido hemorroidal (Hemorroidopexia tipo Longo).



¿Qué complicaciones puede tener la cirugía?

Lo más probable es que no tenga ninguna complicación, pero puede aparecer en muy pocos casos:

- Sangrado.
- Dolor anal.
- Infección de la herida quirúrgica.
- Ensuciamiento anal de la ropa interior.
- Estenosis anal.
- Que vuelva a salir la hemorroide (recidiva).

Bibliografía

- 1) Beaty JS, Shashidharan M. Anal fissure. *Clin Colon Rectal Surg* 2016;29:30-7. DOI: 10.1055/s-0035-1570390.
- 2) Lock MR, Thomsom JPS. Fissure-in ano: The initial treatment and prognosis. *Br J Surg* 1997;65:355-358. DOI: 10.1002/bjs.1800640516.
- 3) Collazo E, Cerdán J. Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. 2ª Ed *Cirugía Colorrectal*; 2012:78-81. ISBN 2ª edición: 978-84-92977-34-5.
- 4) Hap W. Pilonidal sinus: finding the righttrack for treatment. *Pol Przegl Chir.* 2017;89(1):68-75. DOI: 10.5604/01.3001.0009.6009.
- 5) Isik A. Novel Approaches in Pilonidal Sinus Treatment. *Prague Med Rep.* 2016; 117(4):145-152. DOI: 10.14712/23362936.2016.15.
- 6) Vogel, J., Johnson, E., Morris, A., Paquette, I., Saclarides, T., Feingold, D. And Steele, S. Clinical Practice Guideline for the Management of Anorectal Abscess, Fistula-in-Ano, and Rectovaginal Fistula. *Diseases of the Colon & Rectum* 2019;59:1117-1133. DOI: 10.1097/DCR.0000000000000733.
- 7) Townsend, C., Beauchamp, R., Evers, B. and Mattox, K. Sabiston. *Tratado de Cirugía más ExpertConsult*. 20th ed. Philadelphia: Elsevier 2017;52.
- 8) Parks AG. Pathogenesis and treatment of fistuila-in-ano. *Br Med J* 1961;1:463. DOI: 10.1136/bmj.1.5224.463.
- 9) Nelson RL, Abcarian H, Davis FG, Persky V. Prevalence of benign anorectal disease in a randomly selected population. *Dis Colon Rectum* 1995;38:341. DOI: 10.1007/BF02054218.
- 10) Siddiqui MR, Ashrafian H, Tozer P, et al. A diagnostic accuracy meta-analysis of endoanal ultrasound and MRI for

perianal fistula assessment. *Dis Colon Rectum* 2012;55:576. DOI: 10.1097/DCR.0b013e318249d26c.

- 11) M. de Miguel Velasco, F Oteiza Martínez. “Hemorroides”, en *Cirugía AEC, Manual de la Asociación Española de Cirujanos*, 2ª Edición. Editorial Médica Panamericana, Madrid. 2010, cap. 54, pp 559-565.
- 12) Arnold Wald, Adil E Bharucha, Bard C Cosman and William E Whitehead, ACG Clinical Guideline: Management of Benign Anorectal Disorders. *The American Journal of Gastroenterology* 2014;109(8); 1141-1157. DOI: 10.1038/ajg.2014.190. Epub 2014 Jul 15.
- 13) Danny Jacobs. Hemorrhoids, *N Engl J Med* 2014; 371:944-951. DOI: 10.1056/NEJMcp1204188.
- 14) García Pérez JC (Ed.). 2019. *Coloproctología para estudiantes de grado y postgrado en medicina*. Editorial de la Universidad de Alcalá. ISBN: 978-84-17729-49-3. 2019:341-385.



ASOCIACION DE AMIGOS
DE LA
UNIVERSIDAD DE ALCALA



Universidad
de Alcalá

EDITORIAL
UNIVERSIDAD DE ALCALÁ