

LA PATOLOGÍA ANORECTAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DEL MÉDICO DE FAMILIA-I

José Sanfélix Genovés*; Natalia Uribe Quintana**; Juan Carlos Campos González***;
Begoña Reig Molla***; Eva Bisbal Andrés****; Amparo Vicedo Segura****

*Médico de familia. Centro de Salud de Nazaret. Valencia. **Especialista en Ciguría General. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

Médico de familia. Centro de Salud de Villamarchante. Valencia. *Residentes 3.º año de Medicina de Familia. Centro de Salud de Nazaret. Valencia

Los trastornos anorectales son motivo frecuente de consulta al médico de familia, quien con frecuencia carece de capacitación formal suficiente en este campo, ya sea motivado por el "descuido" de esta patología en los planes de estudios y cursos de actualización, o por la consideración errónea de que se trata de patología banal que en todo caso precisa valoración por parte del cirujano general.

Desafortunadamente, la mayoría de pacientes con síntomas relacionados con el recto y el ano asumen que sus síntomas son debidos a hemorroides y es frecuente tanto la automedicación como el tratamiento por parte del médico de familia sin una valoración clínica adecuada.

El diagnóstico preciso es la clave para el tratamiento eficaz de las diferentes entidades proctológicas y se basa fundamentalmente en una adecuada anamnesis y exploración clínica, que contribuirán de forma significativa al diagnóstico y tratamiento precoz en algunos casos y a la pronta derivación e intervención en otros, con el consiguiente beneficio para nuestros pacientes.

ANATOMÍA DEL ANO Y CANAL ANAL

El canal anal es la porción terminal del tracto digestivo. Es un cilindro de 3-4 cm que se extiende desde el orificio anal hasta la ampolla rectal. Se encuentra rodeado por la musculatura anorrectal formada por dos manguitos concéntricos: el interno constituido por el esfínter anal interno que corresponde a músculo liso e innervado por el sistema autónomo y el manguito externo compuesto por músculo esquelético (esfínter anal externo) e innervado por nervios somáticos (figura 1). La continencia es incompleta sin la integridad de este sistema muscular.

El canal anal está dividido en dos por la línea pectínea o dentada, formada por las glándulas y criptas anales y situada a unos 2 cm. del margen anal. Esta línea supone la separación entre la zona cutánea hacia abajo, con un epitelio escamoso, y la mucosa verdadera del canal anal por encima, con epitelio columnar. Además la línea pectínea

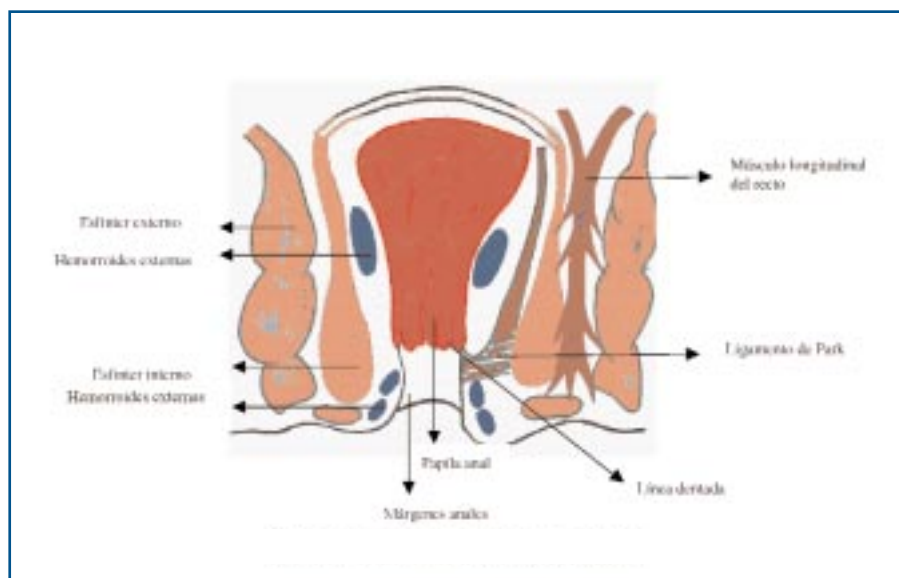


Figura 1: Sección sagital del canal anal.



supone el punto de referencia más importante del canal anal para la percepción del dolor, ya que a partir de 1 cm. por encima de ella no hay sensibilidad, lo que es de gran importancia en el tratamiento instrumental de las hemorroides.

1. ANAMNESIS. MOTIVOS DE CONSULTA¹

1.1. El dolor

El dolor puede ser persistente o continuo y discontinuo lo que nos puede orientar sobre la causa que lo produce.

– Dolor continuo:

- *Con inspección patológica*
 - Tumefacción perianal más fluctuación: ABSCESO
 - Nódulos anales: HEMORROIDES (internas o externas)
- *Con inspección normal*
 - Con fiebre: ABSCESO SUBMUCOSO, CRIPTITIS, PROSTATIS AGUDA.
 - Sin fiebre y con alteraciones del ritmo: SOSPECHA DE NEO DE RECTO.
 - Con estreñimiento y en ancianos: VALORAR FECALOMA.

– Dolor discontinuo:

- Con hemorragia postdefecación: FISURA ANAL.

1.2. Hemorragia

- Postdefecación: FISURA O HEMORROIDES (en el 90-95% de los casos).
- Mezclada con heces:DESCARTAR PATOLOGÍA GRAVE (colitis ulcerosa, neoplasias, divertículos, etc.).

1.3. Prolapso

- Circunferencial: PROLAPSO RECTAL.
- Parcial o radial: HEMORROIDES.
- Masa pediculada: PAPILA HIPERTRÓFICA, PÓLIPO.

1.4. Tumor

- Agudo: TROMBOSIS HEMORROIDAL (interna o externa), ABSCESO.
- Crónico: CONDILOMA. CARCINOMA, REPLIEGUES ANALES (skin tags).

1.5. Tenesmo

- Con secreción hemática: NEOPLASIA RECTAL, COLITIS ULCEROSA, RECTITIS.
- Con secreción mucosa: ADENOMA VELLOSO.
- Con secreción serosa: FECALOMA, CUERPO EXTRAÑO.

1.6. Secreción

- Acuosa o mucoide: HEMORROIDES, PROLAPSO RECTAL, ADENOMA VELLOSO.
- Purulenta: ABSCESO, FISTULA, ETC.
- Fecal: INCONTINENCIA, FALTA DE HIGIENE.

2. EXPLORACIÓN^{1,2-4}

El examen proctológico es bien tolerado por los pacientes si se realiza con suavidad y se explica de antemano. El equipo necesario es muy sencillo y económico, útil para cualquier médico bien formado, aunque no sea especialista en proctología.

La exploración del paciente se puede hacer en posición genupectoral o codos-rodillas y en decúbito lateral izquierdo o de Sims (figura 2)

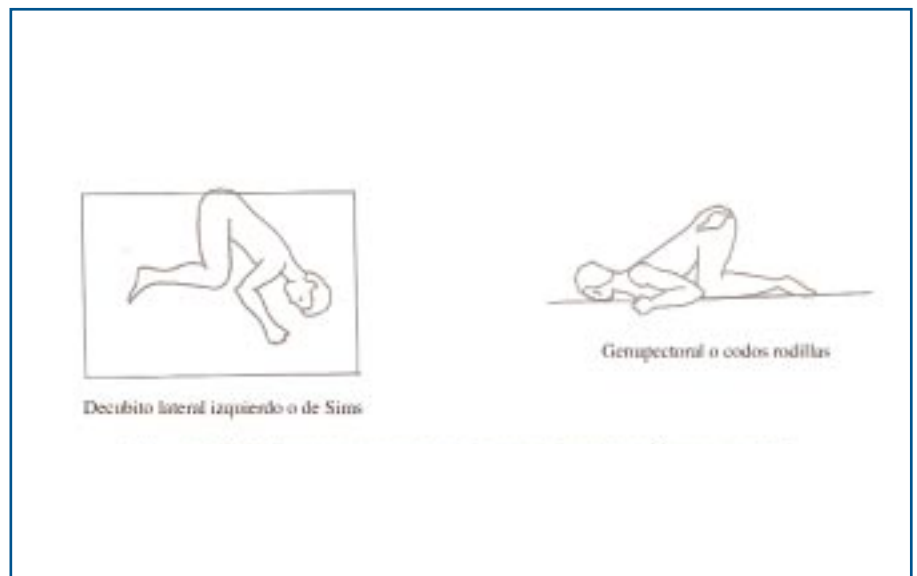


Figura 2: Posiciones recomendadas para la explotación ano-rectal.

2.1. Inspección y palpación perianal.

Frecuentemente se obvia para acortar la exploración pero muchas veces es suficiente para el diagnóstico.

Valorar:

- Tumores: abscesos, hemorroides, prolapsos
- Orificios fistulosos
- Márgenes anales: Fisuras
- Estado del tono esfinteriano
- Secreciones

2.2. Tacto rectal:

Introducción del dedo índice lubricado para la valoración del canal anal y la ampolla rectal.

Material necesario:

- Guantes estériles
- Iluminación adecuada
- Lubricante urológico

Valorar:

- Canal anal.
 - Tono esfinteriano en reposo y en contracción
 - Abombamientos (abscesos), estenosis, trayectos fistulosos
- Ampolla rectal:
 - Lisura de la mucosa de la pared rectal mediante tacto circunferencial
 - Contenido. Cuerpos extraños, fecalomas
- Estructuras perirectales:
 - Anteriores: próstata, cuello uterino y fondo de saco recto-vaginal o rectovesical
 - Posteriores: sacro y coxis

El tacto no permite establecer el diagnóstico de las hemorroides, ya que estas estructuras se aplanan al tacto y no suelen ser palpables.

2.3. Anuscopia

La anuscopia es un procedimiento diagnóstico útil para la evaluación de los síntomas atribuibles a patología anal o rectal y que, por su sencillez y utilidad diagnóstica, debería incorporarse a la práctica clínica del médico de familia.

Instrumental:

- Camilla de exploración
- Fuente de iluminación (no necesaria si la tiene el anuscopio)
- Lubricante urológico
- Guantes desechables
- Anuscopio: Esterilizables (con fuente de iluminación propia) y desechables. Es muy importante que el anuscopio tenga un diámetro suficiente que permita visualizar con claridad el campo visual y terminación en pico de flauta, para una correcta valoración del canal anal. .

Técnica:

- Posición genupectoral y si no es posible la de Sims (figura 2).
- Colocarse los guantes.
- Realizar siempre una inspección perianal y un tacto rectal previo.
- Introducción lenta y progresiva del anuscopio, previamente lubricado, sujetando firmemente el obturador con el dedo pulgar y siguiendo la inclinación del canal anal, hacia el ombligo (oblicuamente hacia adelante y hacia abajo).
- Retirar el obturador y con un movimiento pequeño de retirada y bajo buena iluminación observar del canal anal:
 - La unión anorectal

- La mucosa en la porción superior que tapiza el plexo hemorroidal
- Las papilas anales
- La mucosa bajo la línea dentada que da paso a la piel
- Introducir de nuevo el obturador (si se trata de extremo biseado), rotar el anuscopio para visualizar otro segmento del canal anal y proceder como en el apartado anterior.
- Repetir la maniobra anterior (al menos otra vez) para completar la visualización de toda la circunferencia del canal anal.
- Retirar el anuscopio. El paciente puede reanudar su actividad normal

PATOLOGÍA ANORECTAL MÁS FRECUENTE EN AP^{1,5-11}

1. HEMORROIDES

1.1. Definición

Se considera actualmente que 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 conectivo (ligamento suspensorio de Parks). Fisiológicamente constituyen un "almohadillado" que contribuye a la oclusión del canal anal y a la continencia.

Las hemorroides patológicas son el resultado del agrandamiento, congestión y desplazamiento hacia abajo de este revestimiento del canal anal, consecuencia de la laxitud y desinte-



gración de sus tejidos de anclaje (ligamento suspensorio) hasta que de forma patológica protuyen en el canal anal y provocan síntomas.

Es difícil señalar factores etiológicos específicos para el desarrollo de las hemorroides aunque se han implicado numerosos factores desencadenantes de los síntomas, en relación con el estreñimiento y el esfuerzo defecatorio así como herencia, dieta, embarazo..., casi todos ellos relacionados con los aumentos de presión intraabdominal. Su incidencia aumenta con la edad (prevalencia de los síntomas en el 50% de los mayores de 50 años) y con el sexo masculino.

1.2. Clasificación. Clínica y diagnóstico

Es importante la diferenciación entre las hemorroides externas y las internas.

Hemorroides externas

Representan la congestión del plexo hemorroidal inferior, localizado por debajo de la línea pectínea y recubierto por epitelio escamoso. En otras ocasiones son simples tumefacciones o repliegues de la piel del borde anal, consecuencia de trombosis hemorroidal externa previa o acompañantes a una fisura anal.

Las hemorroides externas producen dolor cuando se trombosan, constituyendo un proceso muy frecuente que motiva una consulta urgente. El diagnóstico es muy sencillo a la inspección observando una tumefacción subcutánea azulada (trombo) en los márgenes del ano, dolorosa a la presión.

Hemorroides internas

Son las verdaderas hemorroides. Resultan del agrandamiento y descenso del tejido hemorroidal situado encima de la línea pectínea y cubierto por epitelio columnar. En su desarrollo, la mucosa del recto inferior penetra en el canal anal hasta prolapsar al exterior. La mayoría de pacientes tienen tres paquetes hemorroidales que se distinguen con facilidad y que se localizan en las regiones anterior-derecha, posterior-derecha y lateral izquierda de la región perianal. Desde el punto de vista sintomático se clasifican en:

- Grado I: Protuyen en el canal anal con el esfuerzo defecatorio, pero no se observa prolapso externo.
- Grado II: prolapso visible con el esfuerzo defecatorio con reducción espontánea.
- Grado III: el prolapso requiere reducción manual.
- Grado IV: prolapso irreductible.

Los síntomas cardinales de las hemorroides son HEMORRAGIA Y PROLAPSO. La hemorragia es típicamente de sangre roja, en relación con la defecación (a menudo tras la expulsión de las heces) y habitualmente no es grave. En cualquier caso, es fundamental descartar cualquier otra causa de sangrado antes de atribuir el episodio a las hemorroides. La aparición de DOLOR no es típico de las hemorroides no complicadas e indica trombosis u otra patología acompañante (lo más frecuente fisura anal).

1.3. Tratamiento

H. Externas

No se tratan a menos que produzcan prurito o dificulten la higiene. El *tratamiento conservador* consiste en baños de asiento y combatir el estreñimiento.

En las primeras 48 horas el *tratamiento es quirúrgico*, sencillo y susceptible de ser realizado por el médico de familia entrenado. Se realiza una exéresis elíptica (en forma de ojal) eliminando la piel supralesional y el coágulo, tras infiltración de anestésico local (lidocaína al 1-2%). Es útil añadir al anestésico local una o dos ampollas de hialuronidasa que reduce el edema instantáneamente. Si la trombosis lleva más de 72 horas o cuando el paciente está en fase de remisión lo aconsejable es el tratamiento conservador mediante analgesia, laxantes y aconsejar dieta rica en residuos.

Son criterios de derivación al cirujano, la trombosis hemorroidal externa aguda en las primeras 72 horas (si no se asume por el médico de familia) y los episodios recidivantes.

H. Internas

La presencia de hemorroides por sí misma no constituye una indicación para el tratamiento, ya que sólo se tratan las hemorroides sintomáticas.

El *tratamiento conservador* mediante medidas higiénico-dietéticas debe ofrecerse a todos los pacientes y consiste fundamentalmente en la regulación del hábito intestinal mediante aportación de fibra en la dieta o con fármacos formadores de



masa fecal (plantago ovata).

La utilización de flebotónicos (fracción flavonoide micronizada con 90% de diosmina y 10% de hesperidina) parece que se ha mostrado eficaz a dosis elevadas ante las hemorragias hemorroidales e ineficaz en los procesos inflamatorios¹², no obstante, no existe evidencia científica consistente. Por otra parte, es muy dudosa su acción a dosis de mantenimiento. Tampoco existe evidencia sobre la eficacia de preparados tópicos, ampliamente utilizados en la enfermedad hemorroidal. Ante la persistencia de síntomas debe recomendarse el tratamiento instrumental o quirúrgico.

El *tratamiento instrumental ambulatorio* son técnicas que se realizan sin anestesia y de forma ambulatoria y por tanto indicadas en hemorroides internas situadas por encima de la línea pectínea (no dolor). El objetivo de todas ellas no es el de eliminar la hemorroide, sino reducirla dentro del canal anal y fijarla a la capa muscular subyacente mediante diferentes técnicas:

- **Ligadura elástica con banda de goma:** es un método mixto de extirpación-fijación que consiste en estrangular la hemorroide con un anillo de goma. Es un método rápido, eficaz y simple para el tratamiento de las hemorroides internas no complicadas que ha ganado gran popularidad.
- **Escleroterapia:** consiste en la inyección de una solución escler-

rosante en la submucosa, útil para las hemorroides grado I.

• **Fotocoagulación**

El *tratamiento quirúrgico* mediante hemorroidectomía debe indicarse cuando fracasan los métodos anteriormente descritos, así como en hemorroides grado IV o hemorroides externas que precisan ser anestesiadas para su tratamiento. En casos especiales como pacientes anticoagulados o inmunodeprimidos también es aconsejable el tratamiento quirúrgico de entrada.

Las tendencias actuales en el tratamiento de las hemorroides consisten en la aplicación de técnicas instrumentales que controlan entre el 80-85% de los pacientes. Cerca de un 15% de todas las hemorroides requieren finalmente la extirpación quirúrgica que se practica hoy día en las Unidades de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) con anestesia local y sedación y muy buenos resultados.

Las hemorroides grado I y II pueden ser tratadas inicialmente en la consulta del médico de familia con tratamiento médico. Se derivarán al cirujano ante el fracaso de este tratamiento, así como las hemorroides de grado III o IV.

IDEAS CLAVE

- La anoscopia debería incorporarse a la práctica clínica del médico de familia.
- Se debe realizar una inspección perianal y un tacto rectal previo a la anoscopia.

- El anoscopio se debe introducir lentamente para comodidad del paciente y para evitar un síncope vasovagal.
- El tacto rectal no sirve para diagnosticar las hemorroides internas.
- Las hemorroides son estructuras anatómicas normales.
- La presencia de hemorroides no descarta la existencia de otras causas de sangrado, sobre todo en mayores de 40 años.
- La rectosigmoidoscopia, la colonoscopia y en menor grado el enema opaco son técnicas auxiliares útiles ante la sospecha de neoplasia o enfermedad inflamatoria.
- El médico de familia debería evitar el uso continuado de pomadas corticoideas en el tratamiento de las hemorroides para evitar atrofia cutánea, sobreinfecciones micóticas y prurito anal crónico.
- El uso continuado de pomadas anestésicas puede dar lugar a reacciones alérgicas de la piel perianal.
- El tratamiento de las hemorroides es esencialmente quirúrgico.
- La trombectomía hemorroidal externa es una técnica asequible al médico de familia.



BIBLIOGRAFÍA

1. **Godeberge, P.:** Atlas de Hemorroides. *Laboratorios Servier; 1997.*
2. **Campos, J.C.:** Tacto rectal. En: semFYC, editores. *Guía de Actuación en Atención Primaria. Barcelona: EdiDe; 1998. p. 896-897.*
3. **Artuñedo, P.; Morell, M.E.:** Procedimiento en anoscopia. En: Arribas, J.M.; Rodríguez Pata, N., Santoja Medina, F.; Castelló Fortet, J.R., Herrero Vanrell, P.; Sánchez Olaso, A., et al., editores. *Cirugía Menor y Procedimientos en Medicina de Familia. Madrid: Jarpyo editores, S.A.; 1999. p. 995-997.*
4. **Campos, J.C.:** Anuscopia. En: Bernabé Aparisi, H.; Bonet Plá, A.; Brotons Muntó, F.; Camposa González, J.C.; Guerola Tadeo, J.; López Martínez, A., et al., editores. Biblioteca Básica DuPont Pharma para el médico de Atención Primaria: Técnicas exploratorias en Atención Primaria. *Madrid: Dupont Pharma; 1999. p. 9-12.*
5. **Zuber, T.J.:** Enfermedades del recto y del ano. En: Taylor, R.B., editores. *Medicina de Familia. Principios y práctica. 5ª ed. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1999. p. 818-824.*
6. **Romero, J.E.:** Hemorroides, fístulas y dolor anal. En: semFYC, editores. *Guía de Actuación en Atención Primaria. Barcelona: EdiDe; 1998. p. 589-594.*
7. **Canales, J.:** Trombectomía hemorroidal externa. En: semFYC, editores. *Guía de Actuación en Atención Primaria. Barcelona: EdiDe; 1998. p. 900-901.*
8. **Minguez Pérez, M.; Benages Martínez, A.:** Enfermedades rectoanales benignas. En: Rodés Teixidor, J.; Guardia Massó, J., editores. *Medicina Interna. Barcelona: Masson, S.A.; 1997. p. 1413-1421.*
9. **Pujol Farriols, R.; Vilar Puig, L.:** Patología digestiva. En: Martín Zurro, A.; Cano Pérez, J.F., editores. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica [Libro en CD-ROM]. 3d2 media, productores. Madrid: Harcourt Brace de España, S.A.; 1999.*
10. **Alvarez García, A.; Castaño Carou, A.; Bacariza Cortiñas, M.:** Tratamiento de la patología anorrectal. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria; 5(4):268-275.*
11. **Sánchez Movilla, A.; Colás Vicente, A.; Sanromán Romanillos, R.; Pardo de Lama, M.M.; Inchausti Teja, J.L.** Protocolo de patología anal. *Medicine 1996; 7(5):225-229.*
12. **Ho YH, Tan M, Seow-Choen F.** Micronized purified flavonoidic fraction compared favourably with rubber band ligation and fiber alone in the management of bleeding hemorrhoids. *Dis Colon Rectum 2000; 43: 66-69.*

LECTURAS RECOMENDADAS:

Martí-Ragué J, Lledó S, Ortiz H. Actualización en patología anorrectal. *J.R. Prous Eds. 1992.*

Lledó S. Cirugía Colorrectal. *Arán Ed. 2000.*

