

URGENCIAS PROCTOLOGICAS

Dr. Mario G. Castejón

Cirujano del Hospital General, Asilo de Inválidos.
Profesor UNAH - Cátedra de Cirugía

Para la comprensión y un correcto tratamiento de la Patología proctológica, es fundamental el conocimiento de la anatomía de esta región.

Se llega a decir: 1°, que con sólo el dominio anatómico de esta zona es posible comprender más del 80% de esta Patología. Por otra parte, hay afecciones cuyas características dependen exclusivamente de la configuración anatómica de la región. La existencia de planos de cùvaje y cavidades (en los abscesos, fístulas anorrectales) y de las glándulas anales como trayectos para los procesos inflamatorios la configuración de los planos musculares, aponeurosis y esfínteres en el prolapso, la continencia; la distribución de los plexos venosos en la formación de los hemorroides, de los linfáticos en las metástasis del cáncer de recto, ano.

El recto, porción terminal del tubo digestivo, sigue en la pelvis una dirección descendente hacia caudal, ventral, mide entre 12-17 cms. dividiéndose según su relación con el peritoneo en dos regiones, una superior o craneal cubierta por él mismo, otra inferior o caudal sin revestimiento peritoneal. La porción caudal o inferior al atravesar el diafragma pélvico (formado por el músculo elevador del ano) se estrecha, y cambia bruscamente de dirección en un ángulo de 90°, dirigiéndose hacia caudal, dorsal. Esta zona estrechada del recto, rodeada primero por el músculo elevador del ano y luego por el aparato esfinteriano anal, recibe el nombre de conducto anal, que mide 3 a 4 cms. embriológicamente deriva del proctodeo. Al estudiar el lumen del conducto anal llama la atención la existencia de la *línea pectínea*, que es el límite histológico entre mucosa rectal hacia craneal y tegumento anal hacia caudal. La línea pectínea está formada por la sucesión de papilas y criptas, que se disponen alternadamente, formando una línea dentada (1-2-3-4). Las papilas no son más que solevantamientos del tegumento ubicados al fin de las columnas de Morgagni, siendo estas últimas repliegue de la mucosa rectal, producidas por la brusca disminución del lumen al pasar del recto al conducto anal. Las criptas son velos o valvas del tegumento cuya entrada mira hacia craneal formando verdadero fondo de saco ciego.

La capa de fibras circulares del tubo digestivo a nivel del conducto anal adquieren una enorme importancia, pues ellas se engruesan apremiamente hacia caudal, formando lo que se conoce con el nombre de esfínter interno del ano, siendo fibras lisas tiene capacidad para producir contracciones mantenidas y dolorosas.

En forma concéntrica a este esfínter interno de fibras musculares lisas se encuentra otro anillo muscular, pero estriado: el esfínter externo que consta de tres haces de arriba abajo de dentro afuera: haz profundo, haz superficial y haz subcutáneo, es el responsable de más o menos el 66% de la continencia esfinteriacea. El haz superficial por su disposición en raqueta, su inserción en el rafe anocoxígeo forma una depresión que explicaría la patogenia de las fisuras anales, tan frecuentes en esta zona. (Fig. 1 y 2).

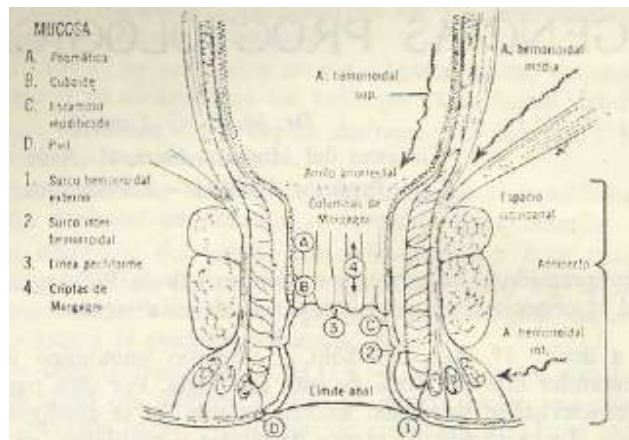


Fig. 1

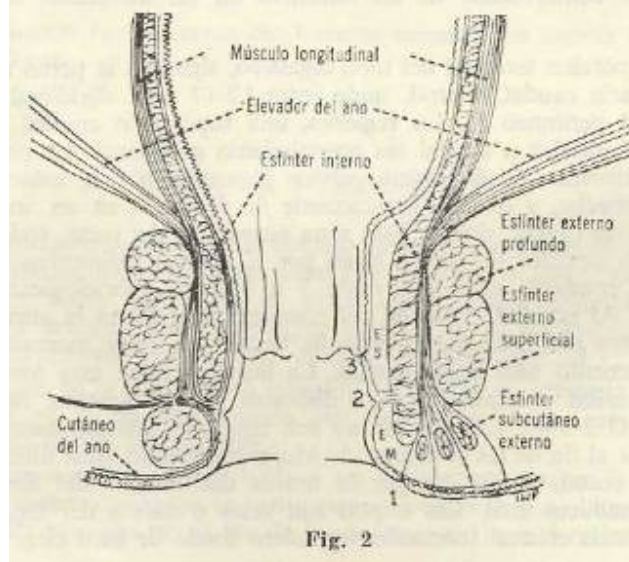


Fig. 2

La irrigación arterial de todo este complejo aparato está dado por tres arterias: hemorroidal superior-rama de la mesentérica inferior que irriga la ampolla rectal; la hemorroidal media, rama de la iliaca interna o hipogástrica que irriga el conducto anal y la hemorroidal inferior, rama de la pudenda interna que irriga el ano. La circulación venosa se resume en las llamadas venas hemorroidales superior, media e inferiores. Las superiores van al sistema porta vía mesentérica inferior, en cambio las medias e inferiores van a la circulación general (cava inferior) vía hipogástrica y pudenda interna. En el conducto anal forman plexos hemorroidarios que se dividen por la línea inter-hemorroidaria en hemorroides internas, externas, ambas situadas entre la túnica muscular del conducto anal, ambos se comunican entre sí. El plexo interno forma tres paquetes primarios:

uno ventral derecho y dos dorsales laterales que drenan en la vena hemorroidal superior que tienen también los plexos externos-

El drenaje linfático se distribuye siguiendo el sistema de los vasos hemorroidarios- El sistema linfático superior sigue a la arteria hemorroidal superior, tiene tres clases de vasos: cortos, medianos y largos. Cada uno de ellos ganglios linfáticos que hacen de estación hasta alcanzar la raíz de la hemorroidal superior, mesentérica inferior. El sistema linfático medio junto con el inferior drena el conducto anorrectal, se distribuye ampliamente por el aparato esfinteriano y se reúne con un sistema que sigue a la hemorroidal media, sus estaciones ganglionares más importantes se encuentran en el nacimiento de la hipogástrica.

Finalmente el territorio linfático inferior sigue a la hemorroidal inferior, la pudenda, la femoral, llegando hasta los ganglios inguinales superficiales y profundos.

Dadas estas consideraciones anatómicas, entraré a las urgencias proctológicas que es el tema a tratar; a menudo se presentan enfermos portadores de afecciones anorrectales, que en algún momento de su evolución adquieren el carácter de agudos, patología que debe ser solucionada rápidamente, en forma adecuada. Expondré los cuadros patológicos más importantes y su tratamiento:

1°—*Flucción hemorroidal*: Hemorroides mixta inflamadas que puede ocurrir después de un período de diarrea o de estreñimiento. Su sintomatología se manifiesta por intenso dolor de aparición brusca y al examen llama la atención un rodete perianal, debido a la congestión y edema. El tratamiento es deflucionante y consiste en:

- a) Reposo en cama.
- b) Calor local, húmedo, antiséptico en forma de baños de asiento utilizando: ácido bórico o permanganato de potasio al 1 /4000 con una duración de 10-15 minutos repetido en número de 4 a 6 al día.
- c) Lubricantes de la defecación, se recomienda el aceite mineral 1 cucharada 2 veces al día hasta obtener una deposición blanda, de fácil evacuación.
- d) Antibióticos de amplio espectro, por el componente infeccioso que juega un papel importante en su etiología.
- e) Antiinflamatorios.
- f) Analgésicos, en realidad será el calor local el que producirá la mayor analgesia, puede agregarse los del tipo antiespasmódicos.

2°—*Trombosis hemorroidaria*: Este estado compromete los hemorroides externos, se manifiesta como un nódulo duro, doloroso y cianótico, que se acompaña de flucción.

El tratamiento es la Trombectomía: se efectúa anestesia local con Novocaína al 1% y Dimecaína al 1.5% infiltrando al subdermis de la piel que cubre el trombo. La simple incisión, expulsión del trombo con hemostasia de algún vaso sangrante; posteriormente baños de asiento.

3°—*Fisura anal*: Debe hacerse el diagnóstico entre fisura anal aguda, y crónica ya que el tratamiento será distinto. La fisura anal aguda se localiza por lo general en la línea media posterior y se presenta como una pequeña erosión o úlcera superficial longitudinal, que llega hacia afuera hasta la línea ano cutánea. Es un cuadro fundamentalmente doloroso, en relación con la defecación. En su

etiopatogenia analizaremos tres factores relevantes: la infección, el estreñimiento o constipación y la disposición en Y del esfínter externo (factor anatómico).

La primera, es decir la inflamación de la cripta o criptitis daría origen a una infección subtegumentaria, que provoca espasmo del esfínter interno; esta hipertonia esfinteriana actuando contra el bolo fecal produciría la lesión inicial de la mucosa que se transforma en fisura.

El diagnóstico diferencial debe plantearse ante cualquier proceso ulcerativo del conducto anal de evolución crónica: citaré la patología más frecuente sin entrar en su detalle:

- a) La úlcera tuberculosa
- b) La criptitis ulcerada
- c) La ulceración luética
- d) El carcinoma anal epidermoide.

TRATAMIENTO:

A. Médico;

- a) Reposo.
- b) Régimen: Debe proibirse todo alimento que deje residuo grueso, así mismo los condimentos y el alcohol.
- c) Lubricación de la defecación, con aceite mineral o laxantes suaves, para vencer el estreñimiento reflejo,
- d) Calor local, en forma de baño de asiento que al disminuir el espasmo disminuye el dolor.
- e) No dar opiáceos ya que aumentan e) espasmo esfinteriano.
- f) Corticoides, especialmente indicados en las fisuras agudas. Debe descartarse la coexistencia de un foco infeccioso local como criptitis o una fistula. Se usa prednisona o hidrocortisona local. Lo importante es recordar que esta aplicación se hace digitalmente que no deben emplearse cánulas, pues el medicamento que va por encima del esfínter (que está espasmódico) sube directamente al recto, lo mismo sucede con los supositorios y estas además producen dolor en su introducción-

B. Quirúrgico:

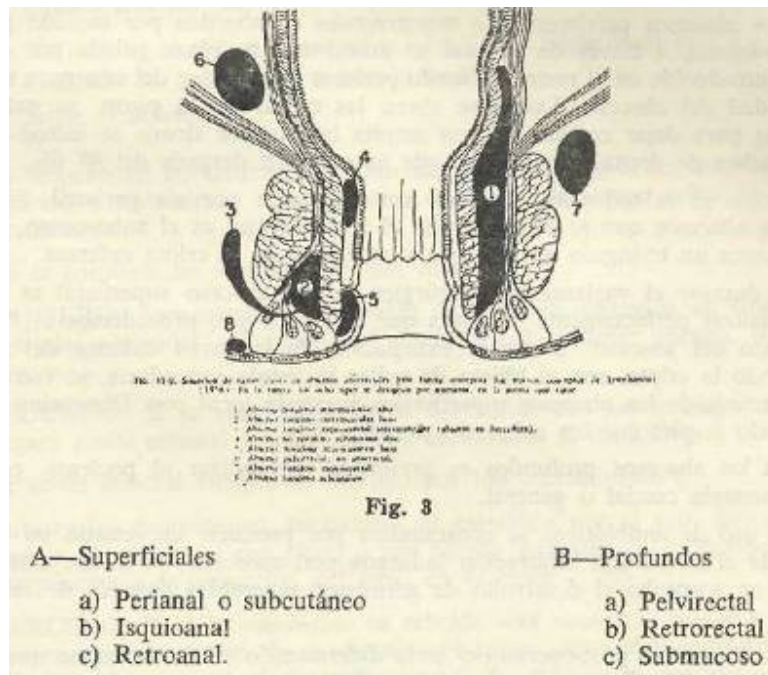
Está indicada en aquellos casos en que hay poca o ninguna regresión del cuadro con el tratamiento médico y comprende la resección de la fisura incluyendo el plicoma, la papila hipertrófica, se completa la operación con esfinterotomía lateral, de las fibras superficiales del esfínter interno.

Absceso ano rectal:

Se trata de procesos supurativos, que comprometen rápidamente el estado general del paciente. Se manifiesta como un aumento de volumen, en la región perianal, rojo, doloroso y caliente. En ocasiones, solo se manifiesta como una infiltración dolorosa, tiene su punto de partida en una cripta de Morgagni enferma, de ella busca su salida al exterior, hacia el espacio subcutáneo perianal, espacio isquio-anal, pelvi-rectal o bien submucoso.

En casos excepcionales los abscesos de esta región no tienen origen críptico, pudiendo ser provocados por lesiones ulcerativas del recto (colitis ulcerosa, cáncer ulcerado, etc.) o por cuerpos extraños enclavados en la pared rectal.

Los abscesos ano-rectales se dividen en dos grupos según su localización anatómica en relación al músculo elevador del ano (Fig. 3).



Los abscesos perianales se ubican en las proximidades del ano, entre la fascia superficial del periné y la piel. Los abscesos isquioanales o isquiorectales ocupan el espacio o fosa del mismo nombre, limitada por arriba por el elevador del ano, y por dentro por el esfínter anal.

Los abscesos retroanales ocupan un espacio virtual triangular muy pequeño ubicado por la pared posterior del ano entre el esfínter externo y las fibras que desde él se dirigen hacia atrás para constituir el rafe anocoxígeo.

Los abscesos submucosos ocupan la submucosa de la parte más baja del recto, especialmente en la región posterior-

TRATAMIENTO:

Dos principios deben tenerse presentes frente a los abscesos anorectales:

1.—Vaciamiento precoz, tan pronto se hace el diagnóstico, aunque no se compruebe fluctuación.

Los abscesos pelvirectales se sitúan en el espacio del mismo nombre limitado por arriba por el peritoneo parietal, por abajo por el elevador del ano y por dentro por la pared rectal. El espacio retrorectal está ubicado entre la pared posterior del recto y la concavidad sacra-

- 2.—Incisiones amplias en Cruz, con resección de piel, para permitir un buen drenaje, el desprendimiento digital de la cavidad del absceso, dejando un tubo semi-rígido o un Penrose de drenaje que se retirará al tiempo que deje de drenar.

Es aconsejable en los abscesos superficiales practicar la incisión de drenaje lo más próxima al ano con el objeto de que el trayecto fistuloso sea más corto.

Los abscesos pelvirectales o retrorrectales se abordan por incisión perianal pósterio-lateral, a través de la cual se introduce una pinza guiada por el dedo índice introducido en el recto, debiendo perforar el elevador del ano para alcanzar la cavidad del absceso. Luego se abren las ramas de la pinza, se extrae sin cerrarlas para dejar constituida una amplia brecha por donde se introduce uno o dos tubos de drenaje semirígido, que se retirarán después del 4^o día.

Como se ve todos los abscesos son abordados por vía perianal. El único de estos abscesos que se drenan hacia el lumen rectal es el submucoso, al cual se le reseca un triángulo de su techo y resección de la cripta enferma.

Si durante el vaciamiento quirúrgico de un absceso superficial es posible individualizar perfectamente la cripta que le dio origen, procedemos al "Destrechamiento del absceso" o' sea la extirpación de la pared cutánea del absceso incluyendo la cripta, con el objeto de evitar la fístula secundaria, se recomienda en el drenaje de los abscesos superficiales anestesia local con Dimeacina al 2% infiltrando la piel que los cubre o xylocaína.

En los abscesos profundos es preferible hospitalizar al paciente, proceder bajo anestesia caudal o general.

El uso de antibióticos se contraíndica por producir un retardo en la evolución de abscesos con infiltración indurada peri-anorectal, se indica antibióticos cuando se sospecha el desarrollo de gérmenes anaerobios después de su vaciamiento.

En el control post-operatorio sería determinado el momento en que se ha constituido la fístula ano rectal y la oportunidad de su tratamiento quirúrgico. No siempre queda el trayecto fistuloso aparente, porque se produce la cicatrización total, y en estos casos sólo cabe advertir al paciente de la posibilidad de que el absceso se repita.

PROCTITIS:

Se define como tal todos los cuadros inflamatorios de asiento en el canal anal, como ser, papilitis, criptitis. Dan como sintomatología: dolor intenso, punzante, acompañado de pujo y tenesmo-

La criptitis es la inflamación de la cripta de Morgagni que como se dijo anteriormente es el punto de partida de las afecciones del ano-recto, se explica por su disposición anatómica que permite la entrada fácil de deposiciones, cuerpos extraños por la boca de la cripta que está dirigida hacia arriba; y por el traumatismo persistente ocasionado por el paso de las deposiciones, también contribuyen a mantener la inflamación la presencia de túbulos glandulares crípticos.

La papilitis es la inflamación de la papila anal producida por la propagación secundaria de cualquier proceso inflamatorio ano-rectal, especialmente de la criptitis y fisura anal. La papila se edematiza en su primera etapa y luego el edema se organiza provocando la hipertrofia papilar que puede alcanzar gran tamaño, llegando en una etapa avanzada a la procedencia.

Al examen se comprueba un esfínter espástico, conducto anal sensible en su parte alta, enrojecimiento, edema alrededor de la cripta afectada, las papilas adyacentes se aprecian edematosas y turgentes.

TRATAMIENTO:

El médico está dirigido a:

- 1) Normalizar el hábito intestinal y lubricar las heces fecales.
- 2) Combatir la irritación e infección local.
- 3) Sedar el dolor.

El empeño en normalizar el hábito intestinal debe ponerse tanto sobre la investigación y tratamiento etiopatogénico de la diarrea como sobre el manejo del estreñimiento.

En la constipación se procederá por etapas:

PRIMERO: Aumentando la ingestión de celulosa contenida en **frutas**, verduras, crudas o cocidas, eliminando la manzana por contener pectina, las frutas astringentes.

SEGUNDO: Si la evacuación no se normaliza con las medidas dietéticas se agregará aceite mineral a razón de 1-4 cucharadas al día (80 gr.)

El aceite mineral cumple su objetivo por tres mecanismos:

Lubrica las deposiciones, facilitando su expulsión por el ano; disminuye su consistencia al mezclarse con ellas, y por último aumenta su contenido acuoso por interponerse a la absorción del agua en el colon.

TERCERO: Si el estreñimiento es rebelde será necesario sumar a **las** medidas anteriores, el empleo de medicamentos estimulantes del peristaltismo intestinal, eligiendo con este objeto cualquiera de las sustancias que absorbiéndose en el intestino delgado actúan por vía hemática sobre los plexos mioentéricos. Los medicamentos de uso local empleados en el tratamiento de la criptitis y otros procesos infecciosos e inflamatorios ano-rectales son:

Antisépticos, antibióticos, sulfas, anti-inflamatorios, a los que se agregan veno constrictores y anestésicos; estas sustancias son administradas en forma de pomadas y supositorios.

La sedación del dolor se obtiene mediante el empleo de analgésicos de acción general, anestésicos de uso local (Dimecaína-Xilocaína), contenidos en supositorios y fundamentalmente con el calor húmedo local en forma de compresas o baños de asientos calientes, que producen sensación de alivio y bienestar al relajar el esfínter contracturado. Los baños de asiento, con agua pura o con permanganato de potasio o con ácido bórico se indican 3 o más veces al día con una duración de 5 minutos. Las compresas pueden indicarse o permanecer manteniendo el calor con una bolsa de agua caliente que se reemplaza periódicamente.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

CRIPTECTOMIA: Se practican dos incisiones una a cada lado de la cripta que ha sido traccionada con un gancho para ponerla en evidencia, y se **prolonga**

hasta 2 cms. por fuera del margen anal así tallando este colgajo cutáneo se procede a disecarlo del plano muscular esfícteriano hasta sobrepasar la cripta en 2 o 3 cms. en este punto se coloca una ligadura transfixiante de catgut crómico 0.0., luego se reseca el colgajo dejando un muñón de 0,5 cm. Esta resección se repetirá según el número de criptas afectadas, teniendo presente que en resecciones múltiples debe conservarse entre cada zona reseçada un puente cutáneo viable. La suma de estos puentes en ningún caso debe ser inferior a la mitad del perímetro de la piel que cubre el conducto anal. Estos puentes cutáneos son el punto de partida para la epitelización de las zonas cruentas; si estos puentes son muy reducidos sobrevendrá la formación de cicatriz fibrosa retráctil y estenosis anal. Con el objeto de evitar el dolor post-operatorio ocasionado por el espasmo del esfínter interno es conveniente practicar la esfínterotomía interna parcial, seccionando perpendicularmente sus fibras superficiales en la comisura posterior.

Se secciona el músculo desde la línea pectínea hacia abajo en una profundidad de 3 a 4 cms.

Toda herida del canal anal debe ser prolongada hasta 2 cms. por fuera del margen como mínimo. Esta prolongación al exterior de la zona cruenta permite el fácil drenaje de las secreciones que de otra manera se acumularían en la depresión de la herida del conducto por constituir cavidad cerrada durante el período de reposo del esfínter.

Si no se favorece el drenaje, la herida no cicatriza y tiende a transformarse en una úlcera con los caracteres de la fisura del ano.

Las heridas del canal anal, por este motivo, deben cicatrizar de dentro a fuera.

En la gran mayoría de los pacientes proctológicos que son sometidos a intervención quirúrgica, se encuentra patología asociada (criptopapilitis y hemorroides, hemorroides y fisura o fístula, etc.)

Esta situación plantea el problema de que por una parte deben tratarse todas las afecciones asociadas en un solo acto quirúrgico o por otra que las resecciones excesivas conducen a la estenosis.

La respuesta a este problema se puede resumir así:

Frente a patología anorectal múltiple debe intentarse su corrección en un solo acto quirúrgico aplicando su ingenio el cirujano para economizar piel suficiente para evitar la estenosis- Si no es posible una solución satisfactoria se corregirán los defectos más importantes en un primer tiempo operatorio.

Recordemos que "más vale mejorar un ano en dos tiempos que empeorarlo en uno".

FECALOMA: Se presenta en enfermos de edad, crónicos o con déficit mental y como complicación del megacolon. Se caracterizan estos enfermos por presentar períodos de estreñimiento hasta de meses. Suelen manifestarse por dolor abdominal más o menos agudo, de tipo cólico acompañado de pujo y tenesmo. Es bien tolerado hasta que no se enclava en la pelvis o se manifiesta por torción o por su tamaño.

TRATAMIENTO:

- a) Lavados intestinales pequeños, destinados a limpiar el contenido fecaloideo libres en la ampolla, no se recomienda los lavados grandes osifonajes.
- b) Proctoclistis: se realiza agregando a un litro de agua una cucharada de bicarbonato de sodio más una cucharada de agua oxigenada, más una cucharada de sulfato de magnesio al 30%, en gota a gota por sonda rectal.
- c) Uso de lubricantes intestinales: aceite mineral a tomar, pueden darse hasta 500 cc. durante el día, fraccionados.
- d) El vaciamiento manual del fecaloma debe realizarse bajo anestesia raquídea o caudal, lo que da un relajamiento de esfínter, como para disgregarlo digitalmente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—JARPA, S.; SALAZAR, H.: Anatomía del colon, recto y ano- Boletín del Hospital San Juan de Dios. Vol. 17, N° 5, Pág. 306, 1970.
- 2.—ROSALES, W.; JARPA, S.: Fisura anal. Boletín del Hospital San Juan de Dios. Vol. 17, N° 6, Pág 369, 1970.
- 3.—MARÍN - MOLINA: Curso de Coloproctología. Departamento de Cirugía. Hospital JJ Aguire, 1970.
- 4.—SOROLLA, G. B.: Urgencias proctológicas. Revista Oficial de la Asistencia Pública. Año II, Ni» 7, Pág. 20, 1971-
- 5.—NESSELROD, P.: Proctología clínica. Cap. I, 1965.
- 6.—GOLICHER, J- C: Clínica Quirúrgica Norteamericana, octubre 1965, P. 1299-1305-1317.
- 7.—POLLARES, M. V., M.D.: Clinical concept of the anal duct. American Journal of Proctology. Abril 1970. Vol. 21, N° 2, Pág. 113.
- g. GALLOGHER, E.; ZIGLER M., M.D.: Rectal carcinoma in patients in the second and third decades of life. The Am. Journal of Surgery, N: 1972, Vol. 124, N° 5, Pág. 655-
- 9.—TANK EDWARD, CALVIN, B. E.: Urinary tract complications of anorectal surgery. The American Journal of Surgery. January 1972. Vol. 123, N° 1, Pág. 118.