



# Patología anorrectal para Medicina de Familia y Cirugía General

Con el aval de:



## **Patología anorrectal para Medicina de Familia y Cirugía General**

© LABORATORIOS SERVIER, S.L.

**ISBN: 978-84-09-53593-4**

**Depósito Legal:** B 33276-2023

**Primera edición:** Septiembre 2023

**Editor científico:** LABORATORIOS SERVIER, S.L.

**Avalado por:** Asociación Española de Coloproctología, Asociación Española de Cirujanos y Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria.

**Autorías:** Cantero Cid, Ramón - Fernández Jorde, Sonia - Flor-Lorente, Blas - Fontanillas Garmilla, Noelia - Frías Vargas, Manuel - Granja Ortega, César - Jiménez Rodríguez, Rosa M<sup>a</sup> - Parajó Calvo, Alberto- Rivera Panizo, Inés.

**Diseñado y revisado por:** GOC Health Consulting (Gestió Organització Comunicació, S.A.)

Reservados todos los derechos. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, [www.cedro.org](http://www.cedro.org)) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

# ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| Prólogo.....  | 4  |
| Autores.....  | 5  |
| 01. Generalidades en Patología anorrectal.....                  | 6  |
| 02. Imágenes para el diagnóstico diferencial en proctología.... | 14 |
| 03. Hemorroides.....  | 24 |
| 04. Fisura anal.....  | 43 |
| 05. Absceso y fístula anal.....                                 | 56 |
| 06. Sinus Pilonidal.....  | 65 |
| 07. Tumores anales.....   | 75 |
| 08. Proctalgiias infrecuentes.....                              | 87 |

01

02

03

04

05

06

07

08

# PRÓLOGO

La edición de una publicación sobre patología proctológica es siempre bienvenida, pero cuando el objetivo es su abordaje integral, poniendo en el centro al paciente y dirigiendo los esfuerzos a la coordinación entre niveles asistenciales, el interés se multiplica.

Los síntomas proctológicos son un motivo muy frecuente de consulta en Atención Primaria, donde es posible abordar el diagnóstico y el tratamiento de la mayoría de los procesos benignos que se tratan en este manual, cuando los profesionales cuentan con la motivación y la formación necesarias.

En muchas ocasiones, desde las diferentes especialidades hospitalarias, al médico de familia se le pide conocer y tratar múltiples patologías al máximo nivel de competencia y frecuentemente las iniciativas docentes han tenido un carácter vertical de transmisión de conocimientos. Pero la realidad es muy diferente y las claves son dar respuesta a las necesidades reales del médico de familia y cómo integrar la atención a los pacientes en primaria y especializada. Este espíritu de compartir las experiencias y ponerlas en común está en el origen de este proyecto, en el que han participado especialistas en medicina familiar y cirujanos coloproctólogos, tratando de satisfacer las necesidades prácticas en este campo.

Lejos de un compendio de conocimientos, este manual pretende ser una herramienta útil en el día a día de la Medicina en Atención Primaria, incluyendo contenido multimedia interactivo y también las últimas evidencias en el tratamiento farmacológico, recomendaciones para la derivación, cuidados postquirúrgicos y una aproximación que ayude a estimar los períodos de baja laboral.

Enhorabuena a los profesionales que han participado en la elaboración de esta obra por su magnífico trabajo y nuestro agradecimiento a Laboratorios Servier por su apoyo para culminar esta iniciativa que va a aportar una nueva herramienta para el día a día y de la que sin duda se beneficiarán nuestros compañeros y nuestros pacientes.

Dr. Alberto Parajó (Presidente de la AECp)

Dra. Noelia Fontanillas (Coordinadora del GT Digestivo SEMERGEN)

Dr. Blas Flor-Lorente (Coordinador de la sección de Coloproctología de la AEC)

01

02

03

04

05

06

07

08

# AUTORES

## **Cantero Cid, Ramón**

Cirujano Colorrectal. Hospital Universitario La Paz. (Madrid)

Profesor Asociado. Universidad Autónoma de Madrid.

PhD, FEBQS-c, FACRSC

## **Fernández Jorde, Sonia**

Médico de familia. CS. Bezana. (Cantabria)

Miembro del GT Digestivo SEMERGEN

## **Flor-Lorente, Blas**

Jefe de Sección de Coloproctología. Hospital Universitario La Fe. (Valencia)

Profesor asociado. Universidad de Valencia

Coordinador Sección Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos (AEC)

## **Fontanillas Garmilla, Noelia**

Médico de familia. CS. Bezana. Santa Cruz de Bezana. (Cantabria)

Coordinadora del GT Digestivo SEMERGEN

## **Frías Vargas, Manuel**

Médico de familia. CS. San Andrés (Madrid)

Coordinador del GT Vasculopatías SEMERGEN

## **Granja Ortega, César**

Médico de familia. CS. Los Castros. (Santander, Cantabria)

Miembro del GT Digestivo SEMERGEN

## **Jiménez Rodríguez, Rosa M<sup>a</sup>**

Cirujana Colorrectal. Hospital Universitario Virgen del Rocío. (Sevilla)

Profesora Asociada. Universidad de Sevilla

Vocal Sección Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos (AEC)

## **Parajó Calvo, Alberto**

Jefe de Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo

Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Profesor Asociado U. Santiago de Compostela (USC)

Presidente de la Asociación Española de Coloproctología (AECp)

## **Rivera Panizo, Inés**

Médico de familia. CS. Añaza. (Santa Cruz de Tenerife)

Miembro del GT Digestivo SEMERGEN

01

02

03

04

05

06

07

08

# 01. GENERALIDADES EN PATOLOGÍA ANORRECTAL

1. Introducción
2. Anamnesis
3. Exploración física
4. Medidas higiénico-dietéticas

## AUTORES

- Inés Rivera Panizo
- Noelia Fontanillas Garmilla
- Alberto Parajó Calvo

01

02

03

04

05

06

07

08

# 1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades anorrectales son una causa muy frecuente de consulta en Atención Primaria, por lo que un adecuado conocimiento por parte de los médicos es imprescindible para su correcto diagnóstico y tratamiento.<sup>1</sup>

En toda patología anorrectal hay una serie de puntos que consideramos fundamentales y comunes a la hora de evaluar un proceso anorrectal: una historia clínica detallada, una exploración física adecuada y la indicación de medidas higiénico-dietéticas de forma correcta son aspectos esenciales y comunes a toda la proctología.

## 2. ANAMNESIS

Inicialmente cabe destacar que se trata de una patología muy infradiagnosticada, en gran medida porque el paciente suele presentar pudor de comentarla y, por ello, es importante **establecer una buena relación médico-paciente**, así como un clima tranquilo y de confianza.<sup>1,2</sup>

Una anamnesis completa es primordial para orientar cada caso, dejando al paciente contar sus síntomas y, posteriormente, profundizar más sobre aspectos que puedan ser importantes como:

1. **Tipo de síntomas:** dolor, prurito, rectorragia, quemazón...
2. **Duración de los síntomas:** agudo, subagudo, crónico.
3. **Localización de los síntomas:** perianal, anal o intraanal. Si es en un punto concreto o difuso.
4. **Tipo de dolor:** pulsátil, constante, escozor, tipo quemazón...
5. **Factores desencadenantes:** estreñimiento, diarrea, alimentos, incontinencia fecal, ejercicio...
6. **Factores que alivian los síntomas:** deposición, baños de asiento...
7. **Situación en la que se presenta:** sedestación, bipedestación, nocturno, diurno...
8. **Frecuencia de los síntomas:** intermitente, constante...
9. **Otros síntomas añadidos:** moco, pus, rectorragia, prurito, dolor, bulto anal, fiebre, prolapso, dolor abdominal, alteraciones en la piel...
10. **Antecedentes familiares:** haciendo hincapié en antecedentes oncológicos (inciendiando en cáncer colorrectal) y enfermedades inflamatorias.
11. **Edad del paciente y antecedentes personales:** patologías previas, tratamientos médicos habituales y antecedentes quirúrgicos, especialmente de cirugía anorrectal previa que pueda condicionar síntomas nuevos o modificar la exploración física. El antecedente de enfermedad inflamatoria intestinal puede hacer sospechar fisuras, úlceras o abscesos/fístulas. En casos de diabetes o inmunosupresión, si hay signos de infección, debe considerarse el riesgo de gangrena de Fournier.
12. **Hábitos dietéticos, farmacológicos y de prácticas sexuales.**

01

02

03

04

05

06

07

08

Además, en toda anamnesis deben reconocerse datos de alarma asociados: rectorragia con cambios en el ritmo deposicional, síntomas y signos con elevado valor diagnóstico de cáncer colorrectal (masa palpable en abdomen, pérdida de peso no intencionada, masa rectal, anemia ferropénica), antecedentes familiares de cáncer colorrectal o enfermedad inflamatoria intestinal.<sup>2,3</sup>

### 3. EXPLORACIÓN FÍSICA

La exploración anorrectal es una técnica sencilla que nos permite valorar los múltiples procesos anorrectales mediante la inspección directa o palpación de las diferentes estructuras presentes (periné, esfínter anal, columnas hemorroidales y ampolla rectal). No obstante, **se realiza con menor frecuencia de lo que se debería, o se practica rápido y sin una sistematización, lo que nos puede llevar a cometer errores**. Para una adecuada exploración sólo se necesitan unos minutos, una camilla, iluminación adecuada, guantes y lubricante.

Es importante la realización de un examen clínico exhaustivo con el objetivo de orientar el diagnóstico y detectar datos de alarma.

Para ello, es imprescindible, como ya hemos señalado, un **clima de confianza entre médico-paciente** y explicarle los pasos que se van a seguir. Esta adecuada información previa facilitará la relajación del paciente y con ello la exploración médica, mejorando su colaboración y permitiéndonos una mejor exploración.<sup>1,3,4</sup>

Se debe hacer de forma sistemática siguiendo una serie de pasos:

- **Posición:**

Es muy importante la colocación adecuada del paciente. Para ello, se han descrito varias posiciones: Posición genupectoral o de litotomía, decúbito supino y decúbito lateral.

En la **posición genupectoral** se le indica al paciente que se coloque de rodillas sobre la camilla, separando las rodillas y apoyando los hombros y la cabeza sobre la misma, intentando conseguir la mayor lordosis lumbar posible. Existe la variante de pie, inclinando el tronco hacia delante y dejando apoyados los antebrazos en el borde de la camilla.

En la **posición decúbito supino (y variante ginecológica)**, el paciente se encuentra tumbado boca arriba sobre la cabeza, torso y nalgas, con las piernas levantadas y apoyadas sobre la camilla. (Figura 1)

Pero la **posición más recomendada** es la **posición en decúbito lateral izquierdo** y por eso es la que pasaremos a desarrollar ampliamente: Indicaremos al paciente que se coloque en la camilla en decúbito lateral izquierdo, con una postura en flexión de las caderas, de modo que el ano sobresalga aproximadamente 10 cm del borde de la camilla y que el tronco forme un ángulo de 45°, mientras que las piernas estarán extendidas unos 120°. <sup>1,2,4</sup> (Figura 2)

01

02

03

04

05

06

07

08

- **Inspección:**

Tras colocar adecuadamente al paciente, realizaremos una exhaustiva inspección de la zona perianal, para ello y contando con una adecuada iluminación, separaremos ambos glúteos de forma cuidadosa, lo cual permite identificar la porción escamosa del canal anal, la región perianal y sacro-coccígea, permitiéndonos valorar la presencia de hemorroides externas trombosadas, secreciones anómalas, fisuras anales, orificios fistulosos, abscesos, alteraciones dermatológicas o un diagnóstico alternativo. Es importante observar el ano pidiendo al paciente un esfuerzo defecatorio progresivo, mientras se separa cuidadosamente la piel del anodermo, porque la relajación refleja del esfínter permite apreciar parte del canal anal y estimar el prolapso hemorroidal.<sup>1,2,4</sup>

- **Palpación perianal y tacto rectal:**

Posteriormente realizaremos una **palpación del periné**, buscando induraciones, masas, posibles trayectos fistulosos o zonas con mayor sensibilidad. A continuación, el **tacto rectal**, que debe realizarse con cuidado, con el dedo índice enguantado y correctamente lubricado. Una vez introducido el dedo, se llega a la altura máxima para, en retirada, realizar un barrido de toda la circunferencia ano-rectal. Así exploraremos la porción distal de la ampolla rectal, valoraremos si existe alguna lesión intraluminal o tumoraciones o masas tanto a nivel interno como en canal anal. Tras su retirada, debemos inspeccionar el guante para verificar la presencia de manchado patológico. Hay que recordar, como veremos en su capítulo correspondiente, que **el tacto rectal no está indicado realizarlo en pacientes con fisura anal, si existe hipertonia y dolor.**<sup>2,4</sup>

Debemos **describir el número de lesiones, la ubicación, el tamaño, el grado y si existe sangrado.** Para indicar la ubicación de las lesiones, se pueden describir siguiendo el sentido de las agujas de un reloj, de tal forma que la parte anterior corresponda a las doce y la parte posterior corresponda a las seis en posición ginecológica, mientras que la parte anterior corresponde a las seis y la posterior a las doce en posición genu-pectoral (la más empleada) (Figura 1). El problema de esta descripción es que no hay una forma de registro universal y debería especificarse entonces cuál es la hora asignada por ejemplo a la línea media anterior.

Por lo que otra forma, más aceptada por algunos autores, es la de describir las lesiones en cuadrantes según su localización anatómica: anterior, posterior, derecho o izquierdo (Figura 1).<sup>2,4</sup>

Con una adecuada anamnesis y exploración física se consigue el diagnóstico en la mayoría de los casos, permitiendo aplicar un tratamiento concreto.

01

02

03

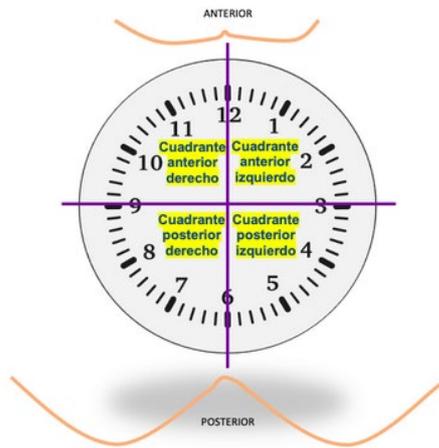
04

05

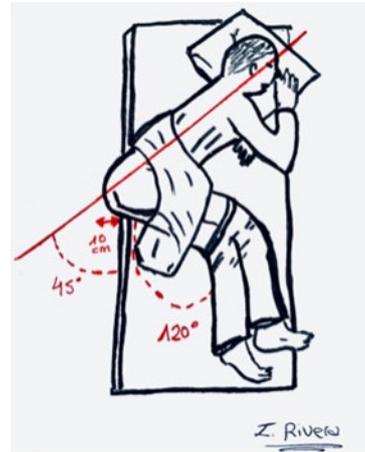
06

07

08



**Figura 1.** Posición ginecológica (decúbito supino) y descripción de lesiones según agujas del reloj y cuadrantes en posición ginecológica. Elaboración propia.



**Figura 2.** Posición en decúbito lateral izquierdo para exploración anorrectal. Elaboración propia.

01

02

03

04

05

06

07

08

## 4. MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS

Las medidas higiénico-dietéticas y cambios en el estilo de vida son **necesarios en el tratamiento de toda patología anorrectal**. Son el primer escalón en el abordaje de la enfermedad hemorroidal y de las fisuras anales, y realizarlas presenta gran importancia tras cirugías anorrectales en la prevención de complicaciones y disminución de las recurrencias. Por todo ello, es fundamental transmitirles a nuestros pacientes una serie de pautas generales (se verá un abordaje más específico en los próximos temas según la patología diagnosticada):

Indicaremos **cambios en la dieta**, recomendando una **ingesta de fibra** de 20 a 30 g diarios e **ingesta de agua** de 1,5-2 litros al día con el fin de aumentar el volumen y ablandar la materia fecal.

La ingesta de fibra tiene un grado de recomendación A, ya que ayuda a disminuir el dolor, el prolapso y el sangrado como es en el caso de la enfermedad hemorroidal, y también ayuda a disminuir el estreñimiento tan habitual en estos pacientes.

La fibra debe ser introducida gradualmente para evitar hinchazón abdominal y aerofagia. Las verduras, frutas, algunos frutos secos y los granos integrales son alimentos ricos en fibra. (Figura 4)

Es mejor realizar el aumento del consumo de fibra con alimentos naturales, pero si es preciso, se pueden añadir laxantes aumentadores del bolo fecal, siendo los más habituales el *Psyllium* o *Plantago ovata* (rico en mucílagos y hemicelulosas solubles), la metilcelulosa y los suplementos orales de fibra soluble e insoluble (salvado de trigo, ispaghula, goma guar, pectina, ciruela). Los pacientes con estreñimiento de tránsito lento pueden tolerar mal el exceso de fibra (molestias y distensión abdominal, flatulencia) y requieren otro tipo de laxantes como los osmóticos (lactulosa, lactitol, macrogol). Los laxantes irritantes deben evitarse.

Todos ellos deben ir asociados a una adecuada ingesta hídrica.

- **Evitar especias, picantes y bebidas alcohólicas:** aunque no se ha demostrado científicamente que pueden irritar el canal anal, por lo que, aunque no generan patología anal, pueden incrementar los síntomas durante las crisis en curso.
- **Bajar de peso:** la obesidad es uno de los factores agravantes de la patología hemorroidal.
- **Ejercicio físico:** la evidencia disponible muestra resultados contradictorios, aunque se podría deducir que el ejercicio puede mejorar el tránsito colónico sin que se evidencie su efectividad en el control de los síntomas.
- **Tomarse el tiempo necesario para evacuar el intestino sin demorarse en exceso tras finalizar:** teniendo en cuenta que la actividad motora colónica es mayor al despertarse y después de las comidas, se ha considerado útil reeducar a los pacientes con estreñimiento para lograr un horario normal de evacuación, durante periodos no superiores a 5 minutos y con una actividad de pujo moderada. Lo ideal es no demorar mucho la evacuación cuando se experimenta la sensación de urgencia defecatoria, siempre que sea posible. Debemos hacer hincapié en **evitar el esfuerzo y el excesivo tiempo dedicado a la misma**, así como en una correcta posición (incluso con un taburete en los pies si fuera necesario para incrementar el ángulo de la defecación), aunque no existen revisiones sistemáticas a este respecto.
- **Evitar la sedestación prolongada.**
- **Baños de asiento con agua templada:** producen una relajación del esfínter anal y con ello un alivio del dolor en el caso de haberlo, además de higienizar la zona. Después, debe secarse sin ser excesivamente enérgico o utilizando un secador.
- **Evitar el uso de toallitas perfumadas:** favorecen la dermatitis y prurito perianal.

Todas estas medidas tienen un grado de recomendación C, es decir, existe poca evidencia científica, sin embargo, son medidas que mejoran la sintomatología actuando directamente sobre los factores de riesgo y causas de diferentes patologías anorrectales. Además, son poco costosas y no agresivas, por lo que deben ser recomendadas a nuestros pacientes, ampliando en cada caso, según el diagnóstico, con un tratamiento más específico.<sup>1,4,5</sup>

01

02

03

04

05

06

07

08

| ALIMENTO                                | GRAMOS DE FIBRA |
|---|-----------------|
| <b>FRUTAS</b>                           |                 |
| 1 manzana mediana (con piel)            | 4,4 g           |
| 1 plátano mediano                       | 3,1 g           |
| 1 naranja                               | 3,1 g           |
| 1 taza de ciruelas pasas                | 12,4 g          |
| <b>ZUMOS</b>                            |                 |
| 1 taza de zumo de manzana sin azúcar    | 0,5 g           |
| 1 taza de zumo de pomelo                | 0,2 g           |
| 1 taza de zumo de uva                   | 0,5 g           |
| 1 taza de zumo de naranja               | 0,7 g           |
| <b>VERDURAS</b>                         |                 |
| 1 taza de judías verdes cocidas         | 4 g             |
| ½ taza de zanahorias en rodajas cocidas | 2,3 g           |
| 1 taza de guisantes cocidos             | 8,8 g           |
| 1 patata mediana al horno con piel      | 3,8 g           |
| 1 pepino con cáscara crudo              | 1,5 g           |
| 1 taza de lechuga picada                | 0,5 g           |
| 1 tomate mediano                        | 1,5 g           |
| 1 taza de espinacas                     | 0,7 g           |
| 1 taza de habas                         | 11,6 g          |
| 1 taza de lentejas                      | 15,6 g          |
| <b>PAN, PASTAS Y HARINAS</b>            |                 |
| 1 panecillo mediano de salvado de trigo | 5,2 g           |
| 1 taza de avena cocida                  | 4 g             |
| 1 rebanada de pan blanco                | 0,6 g           |
| 1 rebanada de pan integral              | 1,9 g           |
| 1 taza de macarrones cocidos            | 2,5 g           |
| 1 taza de arroz integral                | 3,5 g           |
| 1 taza de arroz blanco                  | 0,6 g           |
| 1 taza de espagueti                     | 2,5 g           |
| <b>FRUTOS SECOS</b>                     |                 |
| ½ taza de almendras                     | 8,7 g           |
| ½ taza de cacahuetes                    | 7,9 g           |

**Figura 4.** Cantidad de fibra en diferentes alimentos. Adaptada de: Bleday R. Anal fissure: Medical management. UpToDate, Mayo 2022.<sup>5</sup>

01

02

03

04

05

06

07

08

## IDEAS CLAVE

- **No todo signo o síntoma anal son hemorroides.**
- **Es IMPRESCINDIBLE una adecuada exploración física y un correcto tacto rectal** (excepto en fisura anal, que está contraindicado), creando un clima de confianza médico paciente.
- **La importancia de las medidas higiénico-dietéticas en TODA la patología perianal.**

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fontanillas N, Rivera I, Granja C. Qué hacer ante un paciente con patología anal. FMF 2022; 4:12-22.
2. Van Tol RR, Kleijnen J, Watson AJM, Jongen J, Altomare DF, Qvist N, Higuero T, Muris JWM, Breukink SO. European Society of ColoProctology: guideline for haemorrhoidal disease. Colorectal Dis. 2020;22(6):650-662.
3. Rivera I, Fontanillas N. Hemorroides y fisuras anales. Retos en atención primaria. 2019. EdikaMed S.L.
4. Bradley D, Steven A, Migaly J, Feingold D, Steele S. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids Diseases of the colon & rectum 2018; 61(3):284-292.
5. Bleday R. Anal fissure: Medical management. UpToDate, Mayo 2022.

01

02

03

04

05

06

07

08

## 02. IMÁGENES PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN PROCTOLOGÍA

1. Prurito anal
2. Fisura anal
3. Hemorroides
4. Prolapso rectal
5. Absceso perianal
6. Fístula perianal
7. Sinus pilonidal sacrococcigeo (quiste sacro)
8. Papila anal hipertrófica
9. Condilomas acuminados
10. Neoplasias

### AUTORES

- Alberto Parajó Calvo

01

02

03

04

05

06

07

08

En este capítulo se muestran los hallazgos clónicos de diferentes patologías proctológicas en decúbito lateral izquierdo, excepto cuando se especifica otra posición

## 1. PRURITO ANAL



Prurito anal idiopático, con dermatitis perianal leve.



Prurito anal idiopático, con dermatitis y fisuras atípicas radiales



Prurito anal idiopático, con dermatitis grave con excoriaciones y fisuras atípicas



Dermatitis perianal irritativa con excoriaciones, en un paciente con trastorno defecatorio tras cirugía rectal con anastomosis baja (síndrome de resección anterior baja).

## 2. FISURA ANAL



Fisura anal aguda posterior



Fisura anal crónica anterior. Se pueden ver en el fondo las fibras blanquecinas del esfínter anal interno expuestas



Fisura anal crónica posterior, con pequeña hemorroide centinela. La fisura es visible al separar cuidadosamente la piel perianal mientras el paciente realiza una maniobra defecatoria.

### 3. HEMORROIDES



a) Hemorroides grado 2 (el prolapso de las hemorroides se reduce de forma espontánea después del esfuerzo defecatorio). b) Anuscopia mostrando el pedículo hemorroidal interno congestivo.



Hemorroides grado 3 (el paciente refiere que precisan reducción manual tras el prolapso durante el esfuerzo).



Hemorroides grado 3 con prolapso mucoso-hemorroidal circunferencial. Se pueden apreciar los pliegues radiales conformados por las hemorroides.



Hemorroides grado 4.



Trombo hemorroidal externo.

01

02

03

04

05

06

07

08

## 4. PROLAPSO RECTAL



Prolapso hemorroidal trombosado.



Prolapso hemorroidal trombosado con necrosis.



Prolapso rectal completo o procidencia rectal, los pliegues de la pared rectal son circunferenciales.

## 5. ABSCESO PERIANAL



Absceso perianal posterior derecho



a) Absceso perianal anterior (posición de litotomía). b) Resultado tras drenaje/desbridamiento quirúrgico y colocación de setón laxo en el trayecto fistuloso transesfinteriano.



a) Posición de litotomía. Absceso perianal izquierdo y supuración endoanal (Enfermedad de Crohn perianal). b) Incisión y colocación de drenaje de Pezzer

## 6. FÍSTULA PERIANAL



Posición de litotomía. Fístulas perianales complejas bilaterales y absceso perianal posterior derecho (Enfermedad de Crohn perianal).



Fístula perianal, el orificio fistuloso externo izquierdo apenas visible se pone de manifiesto por la secreción purulenta.



a) Fístula perianal recidivada durante exploración bajo anestesia en posición de litotomía. b) Se observa el orificio fistuloso exteno anterior izquierdo en la cicatriz de la operación previa. c) El trayecto fistuloso transesfinteriano radial y el orificio interno canalizados con el estilete.

## 7. SINUS PILONIDAL SACROCOCCÍGEO (QUISTE SACRO)

01

02

03

04

05

06

07

08

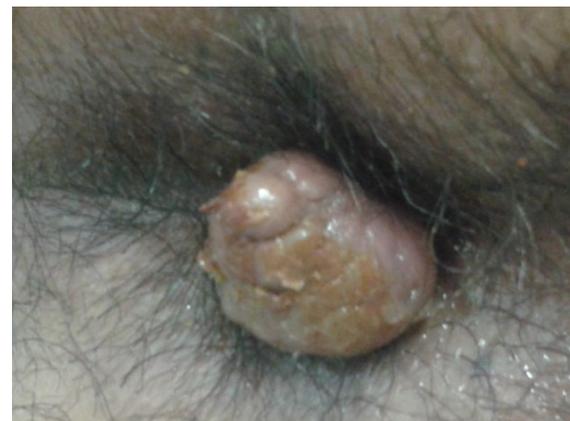
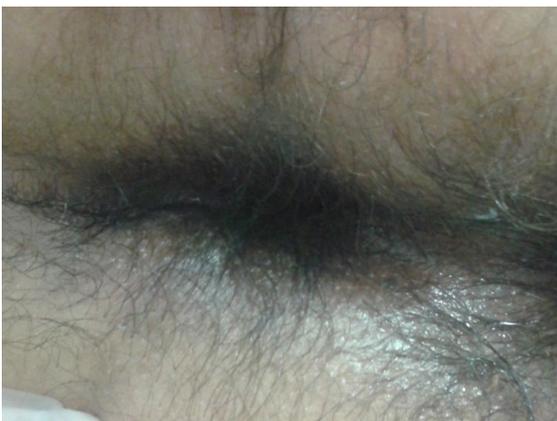


Sinus pilonidal sacrococcygeo con un único orificio y trayecto pequeño.



a) Sinus pilonidal sacrococcygeo con 2 orificios fistulosos que no comunican con el canal anal. b) Remarcada en azul la extensión subcutánea de los trayectos subcutáneos del sinus.

## 8. PAPILA ANAL HIPERTRÓFICA



Papila anal hipertrófica: lesión benigna recubierta por epidermis, que prolapsa con el esfuerzo, generalmente con dolor que alivia cuando la reduce el paciente.

## 9. CONDILOMAS ACUMINADOS



Condilomas perianales y del margen anal.



Condilomas perianales confluentes formando una masa excrecente.

## 10. NEOPLASIAS



Enfermedad de Paget perianal.

01

02

03

04

05

06

07

08



Carcinoma epidermoide de piel perianal



Carcinoma basaloide perianal.



Carcinoma epidermoide de canal anal y margen anal, con lesión ulcerada lineal, que plantearía el diagnóstico diferencial con fisura anal posterior.



Carcinoma epidermoide de canal anal y margen anal. Lesión ulcerada dolorosa con bordes sobreelevados y consistencia dura.

## 03. HEMORROIDES

1. **Introducción**
2. **Fisiopatología**
3. **Diagnóstico**
  - a. Clínica
  - b. Exploración física
4. **Clasificación**
5. **Complicaciones**
6. **Hemorroides y embarazo**
7. **Tratamiento**
  - a. Medidas higiénico-dietéticas
  - b. Tratamiento farmacológico
  - c. Criterios de derivación a cirugía general
  - d. Tratamiento quirúrgico
8. **Medidas postoperatorias y baja laboral**

### AUTORES

- Inés Rivera Panizo
- Noelia Fontanillas Garmilla
- Manuel Frías Vargas
- Alberto Parajó Calvo
- Ramón Cantero Cid
- Rosa Jiménez Rodríguez
- Blas Flor-Lorente

01

02

03

04

05

06

07

08

# 1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad hemorroidal es una de las patologías anorrectales más frecuentes en la población general. Se estima que hasta un 5 % de la población presenta síntomas relacionados con las hemorroides, aumentando la prevalencia con la edad, y no observándose diferencias entre sexos, salvo un repunte de mayor incidencia en mujeres debido a los embarazos y partos. Además, se calcula que aproximadamente un 50 % de la población occidental presenta sintomatología hemorroidal alguna vez en su vida. Actualmente la prevalencia en España alcanza el 13 %.<sup>1</sup>

Diferentes estudios,<sup>1</sup> realizados en Francia, concluyeron que la mayoría de los pacientes con una afección anal consultaban inicialmente a su médico de atención primaria por otra patología y posponían la patología anal a consultas posteriores, sugiriendo que la enfermedad hemorroidal puede estar infradiagnosticada e infratratada, de ahí la importancia de resaltar la **necesidad de una mejor educación sanitaria a los pacientes** que la sufren para que consulten en fases iniciales, así como una **mayor educación a los médicos de atención primaria**, para realizar una búsqueda activa de los síntomas hemorroidales y un correcto manejo diagnóstico-terapéutico.

## 2. FISIOPATOLOGÍA

El **tejido hemorroidal** o **“hemorroides”** o **“almorranas”** es un componente fisiológico, es decir, normal de la anatomía del ano, consistente en un engrosamiento de la submucosa del canal anal que contiene plexos vasculares arteriovenosos con comunicaciones entre sí, músculo liso, tejido conectivo y elástico, cuya estructura de sostén está formada por tejido conectivo que junto con los repliegues mucosos forman un almohadillado que contribuye a la oclusión del canal anal y a la continencia.<sup>2</sup>

Desde el punto de vista fisiológico se aprecian, habitualmente, tres plexos o almohadillas anales más prominentes, localizadas en las regiones anterior izquierda, anterior y posterior derechas del canal anal con el paciente en decúbito supino, aunque, en ocasiones, pueden encontrarse otras de menor tamaño. Como son estructuras fisiológicas o normales, si no existe clínica o sintomatología, no necesitarán tratamiento médico o quirúrgico.

La **enfermedad hemorroidal** (EH) es el conjunto de síntomas y signos que son atribuibles a la alteración de dicho tejido hemorroidal o de los tejidos de sostén que lo constituyen, principalmente en forma de dilatación o como prolapso de dichas estructuras vasculares que almohadillan el canal anal.<sup>3</sup>

Existen diferentes teorías<sup>2</sup> sobre el origen de la enfermedad hemorroidal, incluyendo **cambios morfológicos en la vascularización**, con una amplia neovascularización; **cambios estructurales en los tejidos de sustentación** del canal anal, así como **cambios inflamatorios en la pared vascular y el tejido conectivo**; e incluso recientemente, se ha estudiado el papel del sistema inmunitario en esta entidad.<sup>3</sup> A pesar de ser un problema muy común, las causas que originan la enfermedad hemorroidal aún no están claras. En general, sabemos que no es secundario a un solo mecanismo causal, sino que

01

02

03

04

05

06

07

08

intervienen diferentes factores como el aumento de presión abdominal, el aumento de flujo sanguíneo en la zona anorrectal, la inflamación del tejido o una lesión mecánica entre otros. Se acepta que ciertos factores como el índice de masa corporal (obesidad), las alteraciones en el hábito defecatorio, la enfermedad hepática, la hipertensión portal, una alimentación rica en grasas, periodos prolongados de sedestación o de pie, el abuso de laxantes, el embarazo o el parto, pueden ser factores de riesgo para patología hemorroidal y por tanto conocerlos y corregirlos puede ayudar a prevenir y tratar esta enfermedad.<sup>2,4</sup>

### 3. DIAGNÓSTICO

Su diagnóstico es fundamentalmente **clínico**, debiendo comenzar por una **anamnesis completa** que recoja los antecedentes familiares y personales, incluyendo antecedentes quirúrgicos, sobre todo perianales, historia de hábito alimenticio y deposicional, así como historia actual detallada, incidiendo en el tiempo de evolución, los síntomas, la búsqueda de factores de riesgo asociados y de signos o síntomas de alarma.<sup>5,6</sup>

#### a. Clínica

La sintomatología más frecuente incluye:<sup>3,7</sup>

- **Rectorragia** tras la deposición: Es el **síntoma más común**. Suele ser indolora, generalmente sangre roja brillante, debido a la comunicación arterio-venosa directa existente en el cojinete anal. La sangre aparece como goteo o como hilillos sanguinolentos en las deposiciones, tanto en el papel higiénico como en el inodoro. Si la sangre está mezclada con las heces sugiere un origen del sangrado en otro lugar del tracto gastrointestinal.
- **Prolapso** (dependiendo del grado de las hemorroides): Segundo síntoma más frecuente. Se trata de la protrusión mucosa en el ano de las estructuras hemorroidales y que aparece durante la defecación.
- **Prurito anal o quemazón**: En ocasiones se puede producir un prolapso mucoso a través del ano, lo cual genera manchado e irritación de la piel de esta región, pudiendo provocar con ello síntomas como el prurito y malestar perianales.
- **Dolor** (en el caso de hemorroides trombosadas o estranguladas): La presencia de dolor intenso requiere que descartemos otras patologías anorrectales como la trombosis hemorroidal, el absceso perianal o la fisura anal.

A continuación, es muy importante una correcta **exploración física** con una adecuada **inspección externa** del ano, incluyendo un **tacto rectal**, y posteriormente valorar si requiere otro tipo de pruebas complementarias.

La mayor parte de los casos sólo requiere una adecuada historia clínica y exploración física exhaustiva. Pero existen algunos casos que requieren ampliar el estudio diagnóstico con otras pruebas complementarias, especialmente la anoscopia o la rectosigmoidoscopia, o incluso con una colonoscopia.

La **anoscopia** es un procedimiento en el que se utiliza un tubo pequeño, llamado anuscopio, para observar el revestimiento del ano y la parte final del recto. **Generalmente**,

01

02

03

04

05

06

07

08

**queda reservada para la toma de decisiones sobre el tratamiento instrumentado en atención especializada.**<sup>5</sup>

En pacientes mayores de 40 años, pacientes con familiares de primer grado que hayan tenido cáncer colorrectal, pacientes con alteración del ritmo deposicional, pacientes que expliquen hematoquecia y/o pérdida de peso deberemos ampliar el estudio con una colonoscopia.<sup>3</sup>

### **b. Exploración física**

Aunque la exploración anorrectal ya ha sido comentada de forma detallada previamente en el Tema 1 (Generalidades en Patología Anorrectal), debemos recordar varias cosas fundamentales.

Es imprescindible crear un clima de confianza entre médico y paciente informándole de los pasos que se van a seguir, así como tener una adecuada iluminación de la zona.

Para una correcta exploración, se puede colocar al paciente en diferentes posiciones, una de las más usadas es la posición en decúbito lateral izquierdo (Figura 1).



**Figura 1.** Posición en decúbito lateral izquierdo para exploración anorrectal. Elaboración propia.

Primero realizaremos una exhaustiva **inspección** de la zona perianal, para ello separaremos ambos glúteos para valorar la presencia de hemorroides externas trombosadas, alteraciones dermatológicas o un diagnóstico alternativo. Es importante observar el ano pidiendo al paciente un esfuerzo defecatorio progresivo, mientras se separa cuidadosamente la piel del anodermo, porque la relajación del esfínter permite apreciar parte del canal anal y estimar el prolapso hemorroidal.

Posteriormente realizaremos una **palpación del periné**, buscando inflamaciones o masas. A continuación, el **tacto rectal**, realizado de forma cuidadosa con el dedo índice, buscando alteraciones anatómicas como masas, pólipos, papilas, así como alteraciones funcionales como hipertonías, hipotonías, etc.

En general, las hemorroides internas no son visibles ni palpables, a no ser que estén trombosadas o sean de gran tamaño. Debemos describir el número de lesiones, la ubicación, el tamaño, el grado y si existe sangrado.<sup>11</sup> Véase Tema 1 (Generalidades en Patología Anorrectal).

01

02

03

04

05

06

07

08

## 4. CLASIFICACIÓN

Clásicamente, según el plexo hemorroidal afecto, se dividen las hemorroides en dos tipos<sup>8</sup>:

- **Hemorroides externas:** Constituyen la congestión del plexo hemorroidal externo, localizado por debajo de la piel circundante perianal. Se observan como varios nódulos recubiertos de piel perianal que pueden ser asintomáticos o causar ligero prurito, y se trata de una zona rica en fibras sensitivas, por lo que pueden producir dolor, sobre todo si se trombosan (Figura 2).



**Figura 2.** Hemorroide externa trombosada (nódulo hemorroidal externo).

- **Hemorroides internas:** Resultan del agrandamiento y descenso del plexo hemorroidal interno, situado por encima de la línea dentada. Están recubiertas de mucosa, con escaso número de fibras nerviosas sensitivas, lo cual justifica que no suelen asociar dolor. Los signos principales son la rectorragia indolora y el prolapso; en ocasiones, se acompañan de prurito y mucosidad debido a la mucosa prolapsada y, en raras ocasiones, se manifiestan como una trombosis.

Las **hemorroides internas se dividen** clásicamente siguiendo la Clasificación de Goligher<sup>9</sup>, según protrusión y prolapso **en cuatro grados y basada en una exhaustiva anamnesis más que en la exploración** (Tabla 1). Los cirujanos seguimos empleándola por su utilidad en distinguir aquellos pacientes candidatos al tratamiento conservador o no quirúrgico (grados I y II habitualmente) (Figuras 3a y 3b) y a aquellos en los que el prolapso ya no es reductible espontáneamente debido a la pérdida de elasticidad de la mucosa (grados III y IV) pudiendo estar en ellos más indicada la cirugía (Figuras 3c y 4).



**Figura 3a.** Hemorroides internos grado I que se identifican sólo con anoscopio.



**Figura 3b.** Hemorroides internas grado II



**Figura 3c.** Hemorroides internas grado III.



**Figura 4.** Hemorroides Grado IV.

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>Grado I</b>   | Protusión en el canal anal <b>sin prolapso</b> exterior. No descienden nunca por debajo de la línea dentada (Figura y <a href="#">video 3a</a> ). |
| <b>Grado II</b>  | Prolapsan con la defecación, pero <b>se reducen</b> de forma <b>espontánea</b> (Figura y <a href="#">video 3b</a> ).                              |
| <b>Grado III</b> | Prolapso durante el esfuerzo o la defecación y sólo se reducen con <b>reducción manual</b> (Figura y <a href="#">video 3c</a> ).                  |
| <b>Grado IV</b>  | <b>Prolapso</b> de forma <b>permanente e irreductibles</b> o se reproducen rápidamente tras la reducción (Figura 4).                              |

**Tabla 1. Clasificación Hemorroides Internas de Goligher.** Modificada de Goligher JC (1980) Haemorrhoids or piles. In Goligher JC (ed) Surgery of the anus, rectum and colon, 4th edn. Baillière Tin-Dall, London, p 96.<sup>9</sup>

No obstante, en los últimos tiempos, algunos autores<sup>10</sup> consideran necesaria una nueva clasificación dadas sus limitaciones, ya que sólo clasifica en grados las hemorroides internas y, además dado el avance científico en los últimos años, en muchas técnicas quirúrgicas actuales, no se tiene en cuenta en la clasificación de Goligher, pero todavía no existe un consenso claro para una clasificación actualizada.

Las hemorroides externas no deben confundirse con los colgajos cutáneos (*skin tags*) (Figura 5), que son crecimientos de piel en la zona anal y perianal que impiden una limpieza exhaustiva de la zona. Dicha diferenciación y diagnóstico es importante, ya que la evolución de ambas entidades es totalmente diferente. Si bien ambos se producen tras embarazos, periodos largos de estreñimiento u otras patologías anales que terminan provocando su crecimiento o prolapsos, la diferencia principal entre ambos es que mientras los nódulos hemorroidales están formados por sacos venosos, los colgajos cutáneos están constituidos fundamentalmente por piel y tejido fibroso, dando lugar a unas formaciones que semejan pólipos pediculados, alargados.



**Figura 5.** Colgajos Cutáneos (*skin tags*).

## 5. COMPLICACIONES

La complicación más frecuente es la **trombosis hemorroidal**. Es un motivo de consulta habitual en Atención Primaria en el que el paciente suele acudir de forma urgente. Es importante que conozcamos cómo diagnosticarlo y su abordaje. Puede ocurrir en hemorroides externas o internas.

El paciente refiere dolor anal intenso y el diagnóstico habitualmente es sencillo. A la inspección observamos tumefacción junto con uno o varios nódulos azulados (trombos) en los márgenes del ano, doloroso a la palpación (Figura 6).



**Figura 6.** Hemorroide interna prolapsada y trombosada.

La evolución natural del trombo sin tratamiento es la reabsorción, fibrosis y finalmente resolución del mismo en semanas, por lo que el tratamiento va a depender de la intensidad del dolor y del tiempo de evolución. En el caso de la **trombosis hemorroidal externa**, si el dolor es muy intenso y la evolución es menor de 72 horas, puede estar indicada la trombectomía, ya que el paciente notará un alivio inmediato del dolor. Si la evolución es mayor de 72 horas, optaremos por un tratamiento conservador, aunque algunos autores optan por realizar tratamiento conservador desde el inicio, el cual se basa en el empleo local de pomadas con antivaricosos tópicos como el pentosano polisulfato sódico (5 mg/gr), la cual mejora el flujo sanguíneo favoreciendo la disolución de los coágulos.<sup>11,12</sup>

En el caso de que fuera un **prolapso hemorroidal trombosado**, la trombectomía no está indicada y si fuera preciso un tratamiento quirúrgico sería la hemorroidectomía. El tratamiento conservador irá encaminado a disminuir la inflamación y el dolor. Insistiremos en las medidas higiénico-dietéticas, con especial hincapié para evitar el estreñimiento y realizar los baños de asiento.

Indicaremos **analgésicos no opioides o AINES** (evitar en caso de rectorragia) vía oral para aliviar el dolor<sup>5</sup>. Como **tratamiento farmacológico tópico** se ha publicado algún estudio —con mejoría frente a otros tratamientos— del **nifedipino** en forma de pomada al 0,3 %<sup>13</sup> o **nitroglicerina** al 0,2 %, <sup>6</sup> ya que reduce el dolor por su efecto antiinflamatorio y por sus propiedades de relajación del músculo liso.

Los **fármacos venoactivos** reducen el dolor y la inflamación<sup>5</sup>. El más utilizado es la fracción flavonoide purificada micronizada (FFPM) a dosis de 2 comprimidos /8 h los primeros cuatro días y 2 comprimidos/12 h los siguientes tres días, ya que en episodios agudos hemorroidales ha demostrado reducción significativa del dolor e inflamación.<sup>14</sup>

La trombosis de las hemorroides internas de grado III y IV puede persistir a pesar del tratamiento conservador y requerir un tratamiento quirúrgico. En el caso de un prolapso hemorroidal trombosado con necrosis habría que derivar de forma urgente para valoración por cirugía.<sup>11</sup>

## 6. HEMORROIDES Y EMBARAZO

Las mujeres gestantes a menudo presentan hemorroides sintomáticas. Deben ser tratadas fundamentalmente con suplementos de fibra, líquidos y ablandadores de heces.

La medicación tópica se puede usar con especial precaución debido a que se carece de pruebas sólidas de su seguridad y eficacia en el embarazo. No está recomendado el uso de cremas con corticoides, sin embargo, existen cremas tópicas sin corticoides (sulfato de zinc y extracto de hierbas caléndula, hamamelis y manzanilla) que pueden utilizarse junto con las medidas higienico-dietéticas (MHD).<sup>11</sup>

La cirugía se reserva para las complicaciones graves, como las hemorroides prolapsadas con estrangulación.<sup>5</sup>

# 7. TRATAMIENTO

## a. Medidas higiénico-dietéticas (MHD)

Las medidas higiénico-dietéticas y cambios en el estilo de vida son necesarios en el tratamiento de toda la patología anal. **Son el primer escalón en el abordaje de la enfermedad hemorroidal, importantes en todos los grados y tras la cirugía en la prevención de complicaciones y disminución de las recurrencias.**<sup>11</sup>

Por todo ello, es fundamental transmitirlo a nuestros pacientes:

1. Indicaremos **cambios en la dieta** recomendando una **ingesta de fibra** de 20 a 30g diarios e **ingesta de agua** con el fin de aumentar el volumen y ablandar la materia fecal. La ingesta de fibra tiene un grado de recomendación A, ya que ayuda a disminuir el dolor, el prolapso y el sangrado en la enfermedad hemorroidal. La fibra debe ser introducida gradualmente para evitar hinchazón abdominal y aerofagia.
2. **Evitar especias, picantes y bebidas alcohólicas durante las crisis hemorroidales** ya que, aunque no se ha demostrado científicamente, pueden irritar la piel perianal.
3. **Bajar de peso:** la obesidad es uno de los factores agravantes de la patología hemorroidal.
4. **Ejercicio físico:** la evidencia disponible muestra resultados contradictorios, aunque se podría deducir que el ejercicio puede mejorar el tránsito cólico sin que se evidencie su efectividad en el control de los síntomas.
5. **Tomarse el tiempo necesario para evacuar el intestino sin demorarse:** teniendo en cuenta que la actividad motora colónica es mayor al despertarse y después de las comidas, se ha considerado útil reeducar a los pacientes con estreñimiento para lograr un horario normal de evacuación, siempre a la misma hora, durante periodos no superiores a 5 minutos y con una actividad de pujo moderada.
6. **Evitar la sedestación prolongada.**
7. **Baños de asiento con agua templada** ya que relajan el esfínter anal.
8. **Evitar el uso de toallitas perfumadas** ya que favorecen la dermatitis y prurito perianal.

Todas estas medidas tienen un grado de recomendación C, (poca evidencia científica), sin embargo, son medidas que mejoran la sintomatología y el sangrado, actuando directamente sobre los factores de riesgo y causas de la enfermedad hemorroidal, son poco costosas y no agresivas, por lo que son recomendadas en todos los grados hemorroidales.<sup>5,6,11,15</sup>

01

02

03

04

05

06

07

08

## b. Tratamiento farmacológico

Las hemorroides asintomáticas, halladas de forma casual en la consulta, no requieren tratamiento farmacológico, pero pueden beneficiarse de las MHD.

En el resto de los casos, junto a las MHD, el tratamiento farmacológico puede ser de gran ayuda en la enfermedad hemorroidal (EH). En la actualidad, los diferentes estudios publicados que analizan el tratamiento farmacológico tienen una gran heterogeneidad (relacionado con su diseño y la población analizada), así como una falta de datos epidemiológicos relacionados con la incidencia real de la EH, lo cual hace difícil obtener conclusiones de peso sobre su utilidad en la EH.

01

02

03

04

05

06

07

08

1. **Agentes formadores de masa fecal** como el salvado, *psyllium*, *plantago ovata*, semillas de lino y metilcelulosa. El problema es que algunos provocan retención de gases, distensión abdominal y plenitud, por lo que **debemos explicárselo a los pacientes** para que no abandonen el tratamiento y busquemos alternativas. Los laxantes osmóticos sólo deben utilizarse si con las anteriores medidas no conseguimos facilitar la deposición.
2. De acuerdo con la evaluación de los diferentes estudios publicados se puede afirmar que, en términos generales, el **metronidazol y los rutósidos** no lograron demostrar una eficacia superior en comparación con el placebo o ningún tratamiento.
3. No todas las acciones de los **fármacos venoactivos** se comprenden por completo, pero parece claro que pueden actuar tanto a nivel de macrocirculación como de la microcirculación, afectando los cambios en la pared venosa y las válvulas venosas que conducen al desarrollo de hipertensión venosa (HV) en los vasos pequeños que conducen a la microangiopatía de la circulación venosa. Tradicionalmente, se pensaba que la HV se debía principalmente a una incompetencia valvular relacionada con una dilatación venosa excesiva debido a la debilidad de la pared de la vena o al tono venoso bajo. En consecuencia, gran parte de la investigación anterior sobre los fármacos venoactivos se centró en sus efectos sobre las venas hacia la acción de los fármacos venoactivos en los procesos inflamatorios crónicos que pueden afectar a los vasos y válvulas venosos grandes y pequeños.<sup>16</sup>

Entre los **fármacos venoactivos**, la Fracción Flavonoica Micronizada y Purificada (FFPM) ha demostrado reducir la inflamación de la vena, aumentando el tono venoso, normalizando la síntesis de prostaglandinas y radicales libres. Además, disminuye la fuga microvascular inducida por bradiquinina debido a la micronización,<sup>17,18</sup> reduciendo de forma significativa los principales síntomas de la EH como sangrado, secreción o prurito de forma aguda y también tras el tratamiento quirúrgico. Con relación al beneficio cuantitativo proporcionó beneficios significativos en el sangrado (OR 0.082; IC del 95 %,  $p < 0.001$ ), secreción (OR 0.12; IC 95 %,  $p < 0.001$ ) y mejoría global según pacientes (OR 5.25; IC 95 % 2.58,  $p < 0.001$ ) e investigadores (OR 5.51; IC 95 %,  $p < 0.001$ ), así como la disminución del dolor (OR 0,11; IC 95 %,  $p = 0,06$ ). Estos resultados sugieren que el tratamiento con FFPM puede mejorar los síntomas más importantes de la EH<sup>19,20</sup>. En cuanto a la **recurrencia de la EH**, un metanálisis sobre la utilidad de la FFPM, diosmina, troxerutina y hidroxietilrutósidos demostró que el riesgo de la recurrencia se redujo de manera

estadísticamente significativa para aquellos tratados con la FFPM en comparación con el placebo o ningún tratamiento, con una reducción del riesgo del 47 % a favor de la FFPM, siendo el único fármaco venoactivo con eficacia comprobada en la reducción de la recurrencia de los síntomas hemorroidales. Este hallazgo fue respaldado aún más por un documento de consenso publicado recientemente que afirma que el uso de FFPM puede ayudar a prevenir la recurrencia de la EH, especialmente en la recurrencia con sangrado.<sup>21,22</sup> Además, analizando los eventos adversos, no encontraron diferencias significativas entre el tratamiento activo y el placebo. En general, el tratamiento con la FFPM fue generalmente bien tolerado sin preocupaciones de seguridad.<sup>21-23</sup> **Tras esta valoración de la evidencia científica de los fármacos venoactivos, la FFPM puede ser utilizada como tratamiento de primera línea en todos los grados de forma conjunta a las MHD para el tratamiento de la EH en fase aguda en adultos, según ficha técnica en España:** 6 comprimidos al día durante los primeros 4 días (tomando 2 comprimidos cada 8 horas), seguidos de 4 comprimidos al día durante 3 días (tomando 2 comprimidos cada 12 horas). La dosis recomendada de mantenimiento es de 2 comprimidos al día, y es importante valorar la situación clínica del paciente para decidir la mejor ruta asistencial en el seguimiento del paciente.<sup>24</sup> Numerosas guías y consensos nacionales e internacionales han incorporado los fármacos venoactivos en el tratamiento de la enfermedad hemorroidal, con un aceptable nivel de evidencia.

01

02

03

04

05

06

07

08

|   |   |   |  |  |  |
|---|---|---|--|--|--|
|  <p>French Society of Colo-Proctology</p> <p><b>2016</b></p> <p>Venoactivo (MPFF): para síntomas agudos de HD (sangrado y dolor) (nivel 1) (grado A)</p> |  <p>The Association of Colon &amp; Rectal Surgeons of India</p> <p><b>2017</b></p> <p>MPFF: recomendado como tratamiento de primera línea en HD grado I-II y HD/grado III menor/seleccionado; también como un adyuvante eficaz para la cirugía y otros procedimientos.</p> |  <p>American Society of Colon and Rectal Surgeons</p> <p><b>2019</b></p> <p>Venoactivos/flavonoides: recomendados como tratamiento de primera línea para el grado I-III hemorroides (grado 2B) Se observó que los flavonoides tienen un efecto beneficioso sobre el sangrado, el prurito y la recurrencia. Los tópicos pueden causar reacciones alérgicas o sensibilización, y no hay evidencia científica sólida con respecto a su uso a largo plazo.</p> |  <p>Russian Association of Coloproctology</p> <p><b>2019</b></p> <p>MPFF: recomendado para el tratamiento de la HD (grado B- nivel de evidencia 1a) y para las hemorroides trombosadas.</p> |  <p>European Society of Colo-Proctology</p> <p><b>2020</b></p> <p>Los Venoactivos/flavonoides se recomiendan en todos los grados de HD en el 1er paso para el alivio sintomático como parte del tratamiento básico, y también se consideran en pacientes con hemorroides trombosadas.</p> |  <p>Belgian Consensus Guideline</p> <p><b>2021</b> </p> <p>Los fármacos venoactivos pueden tener un efecto sobre el sangrado en EH sintomática (Grado A). MPFF es el flavonoide más popular e investigado en la práctica clínica. El uso de venotrópicos se puede recomendar en la EH sintomática para tratamientos a corto plazo. El tratamiento tópico no tiene ningún efecto comprobado en el tratamiento de la enfermedad hemorroidal.</p> |
|---|---|---|--|--|--|

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| <p><b>SEMFYC</b></p> <p><b>2007</b></p> <p>Entre los principales flebotónicos, los flavonoides. En nuestro entorno, el flavonoide más utilizado y conocido es la diosmina. Existen múltiples preparaciones tópicas para el tratamiento sintomático de las hemorroides</p> | <p><b>AEC</b></p> <p><b>2014</b></p> <p>VENOACTIVOS: han demostrado su utilidad en el tratamiento, especialmente en las fases iniciales o en crisis agudas, especialmente cuando el sangrado es la manifestación. Las cremas y ungüentos reducen el edema y la inflamación 7-10 días Sin embargo, las cremas sin cortisona se pueden usar de manera segura</p> | <p><b>AECP</b></p> <p><b>2018</b></p> <p>VENOACTIVOS (MPFF) 500mg para síntomas agudos de HD (sangrado y dolor 500mg (comp) 1.5-3gr/día Tratamiento tópico, duración recomendada del tratamiento: 5-7 días</p> | <p><b>SEMERGEN</b></p> <p><b>2019</b></p> <p>Hay poca evidencia científica del beneficio clínico del uso de fármacos llamados flebotónicos, como la diosmina. Hay muchas tópicos antihemorroidales para la nos. 6-7 días</p> | <p><b>GUÍAS DE CONSENSO DE BÉLGICA</b></p> <p><b>2021</b></p> <p>Los fármacos venoactivos pueden tener un efecto sobre el sangrado en EH sintomática (Grado A). MPFF es el flebotónico más popular e investigado en la práctica clínica. El uso de fármacos venoactivos se pueden recomendar en la EH sintomática para tratamientos a corto plazo. El tratamiento tópico no tiene ningún efecto comprobado en el tratamiento de la enfermedad hemorroidal.</p> |
|---|--|--|--|--|

4. En cuanto a **tratamientos tópicos** existen en forma de cremas, ungüentos y supositorios, utilizados ampliamente en la práctica clínica habitual en el abordaje de la EH tanto en atención primaria como hospitalaria, representando un elevado coste para los sistemas de salud. Las presentaciones suelen contener dosis variables de lubricantes, mucoprotectores, anestésicos locales (lidocaína, cincocaína), agentes esclerosantes (polidocanol) y/o corticosteroides (triamcinolona, prednisolona). Intuitivamente, pueden tener un papel en el tratamiento de las manifestaciones agudas de la enfermedad hemorroidal externa con inflamación activa, dolor y congestión, aunque la evidencia existente se basa en la opinión de expertos. Los preparados más usados en la práctica clínica habitual son:

- a. Lidocaína.
- b. Flucinolona acetónido.
- c. Hidrocortisona.
- d. Trimebutina + ruscogenina.
- e. Benzocaína y efedrina.
- f. Hidrocortisona + cincocaína hidrocloreto.
- g. Prednisolona + cincocaína hidrocloreto.
- h. Prednisolona + lidocaína.
- i. Flucinolona acetónido + lidocaína.

Los preparados que contengan corticoides sólo deben utilizarse en ciclos de tratamiento breves (máximo 14 días) para evitar la evolución a atrofia cutánea, sensibilización y reacciones alérgicas.<sup>25,26</sup> Recientemente ha sido publicado EMO CARE, encuesta prospectiva multicéntrica realizada en farmacias comunitarias en Italia. De los 290 (edad media 53,1 años; 58,3 % mujeres) 287 asistieron a la visita de seguimiento. Después de una duración media de 13 días, la pomada de sucralfato y extractos naturales mejoró significativamente las puntuaciones HEMO-FISS-QoL totales (cambio medio desde el inicio: -10,41; IC del 95 %: -11,95, -8,86;  $p < 0,001$ ) y puntuaciones medias para todos los dominios del Escala HEMO-FISS-QoL (-11,13 [IC 95 % -12,95, -9,30] para trastornos físicos, -6,14 [IC 95 % -7,42, -4,85] para psicología, -18,79 [IC 95 % -21,67, -15,90] para defecación y -6,46 [IC 95 % -8,40, -4,51] para sexualidad; todos  $p < 0,001$  frente al valor inicial). Al final del tratamiento el 39,4 % de los participantes informaron que ya no tenían síntomas hemorroidales y que la frecuencia de todos los síntomas evaluados se redujo significativamente desde el inicio (todos  $p < 0,05$ ). Después de una media de 13 días de tratamiento, la pomada de sucralfato con extractos de hierbas mejoró las puntuaciones HEMO-FISS-QoL y redujo los síntomas en personas con enfermedad hemorroidal.<sup>26</sup>

Las diversas guías/consensos nacionales o internacionales de manejo de la EH muestran el tratamiento farmacológico con evidencia científica variada y diversa (Tablas 2 y 3).

Esta asociación de **medidas higiénico-dietéticas, medicación venotónica y tratamientos tópicos antiinflamatorios proporciona mejoría sintomática en el 80-90 % de los pacientes con hemorroides internas sintomáticas**. En aquellos casos que no respondan a tratamiento farmacológico y medidas higiénico-dietéticas, deberemos remitir al paciente con enfermedad hemorroidal a cirugía para valorar tratamiento instrumental y/o quirúrgico si fuera necesario.

### c. Criterios de derivación a cirugía general

El diagnóstico y tratamiento inicial suele ser realizado en Atención Primaria. Derivaremos aquellos casos en que:<sup>3,5,6</sup>

- Hemorroides grado I-III en que el paciente tiene sintomatología y sangrado que no cede con las medidas higiénico-dietéticas (MHD) y tratamiento farmacológico.
- Hemorroides internas grado IV.
- Hemorroides externas que no ceden con las medidas higiénico-dietéticas (MHD) y tratamiento farmacológico.
- Rectorragia en que haya que descartar patología tumoral: pacientes mayores de 50 años, historia personal o familiar de cáncer colorectal, síntomas de alarma como astenia, pérdida de peso, rectorragia severa o anemia ferropénica persistente, estaría indicado realizar colonoscopia que, si fuera factible, la solicitaremos desde Atención Primaria.

### d. Tratamiento quirúrgico:

Los tratamientos instrumentales que pueden aplicarse en el tratamiento de las hemorroides grado I-III, según las recomendaciones del segundo manual de coloproctología publicado por la Asociación Española de Cirugía (AEC)<sup>27</sup>son:

- **Esclerosis:** se puede utilizar fenol al 5 % en aceite de almendras, quinina-urea o etoxiesclerol. La inyección se efectúa vía anoscopio en la submucosa, mediante una jeringa por encima de la hemorroide interna, inyectando unos pocos mililitros en cada paquete hemorroidal. Las molestias son escasas ya que no hay terminales sensitivos en la zona. Puede repetirse a las pocas semanas, pero no se recomienda el uso muy repetido.
- **Ligadura con banda elástica:** es el tratamiento más extendido por su coste/beneficio. En este caso la fijación de la mucosa (objetivo general de todas las técnicas) se produce por ulceración y no por reacción inflamatoria. Existen diversos instrumentos para efectuar la ligadura hemorroidal. El número ideal de ligaduras por sesión parece ser de dos y la curación se consigue en 1-3 sesiones. Ideal para hemorroides grado I sangrantes. En el resto de los grados, este tratamiento suele ser insuficiente pero puede mantener al paciente asintomático durante meses o años y con muy poca agresividad y complicaciones.
- **Fotocoagulación con infrarrojos:** Está producida por una lámpara de tungsteno-halógeno. Produce cauterización y subsiguiente cicatrización de la zona afecta. Se aplica la punta del instrumento a la base de la hemorroide durante 1,5 segundos. Ello produce un área de coagulación de 3-4 mm empleándose 2-3 coagulaciones por cada paquete hemorroidal y tratando 1-2 pedículos por sesión. Las complicaciones son infrecuentes y no suele haber molestias importantes.

01

02

03

04

05

06

07

08

- **Desarterialización con Láser diodo (hemorroidoplastia).** Consiste en la desarterialización y posterior fibrosis submucosa de los plexos hemorroidales introduciendo una fibra desde la piel perianal hasta alcanzar el origen del plexo hemorroidal. Una vez introducida, se va retirando poco a poco la fibra cada 5mm y se emiten pulsos entre 150J y 360J para conseguir la destrucción de los vasos y fibrosis de la submucosa. El efecto suele ser completo a las 6 semanas. Se realiza en régimen ambulatorio, con poco dolor postoperatorio y complicaciones y con una recuperación e incorporación laboral precoz.

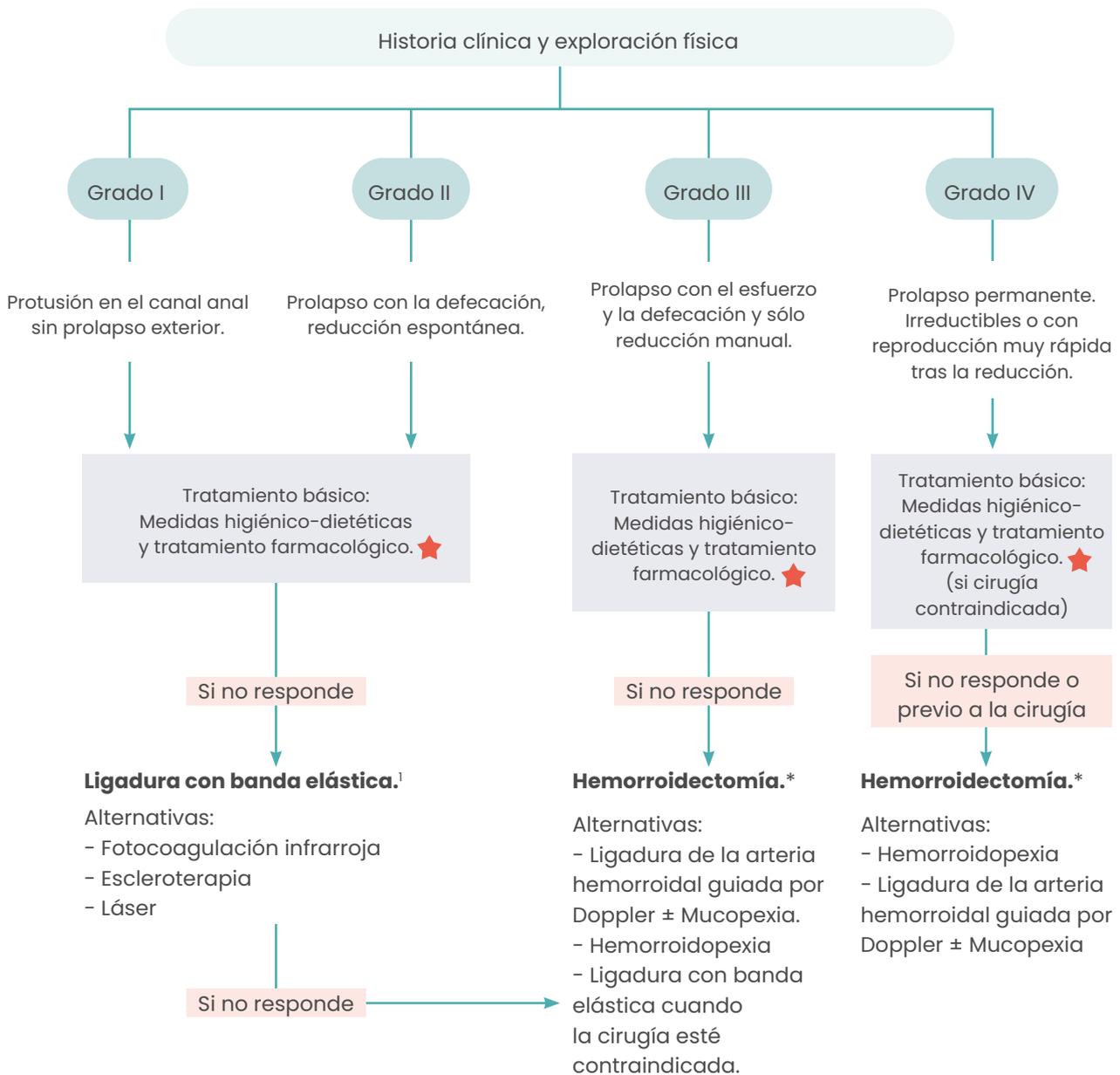
Los tratamientos que **NO se recomiendan** actualmente son la electrocoagulación mediante diatermia bipolar o la corriente directa, ya que tienen baja relación coste/beneficio o la criocirugía, basada en que el frío causa analgesia y destrucción tisular, pero no debe emplearse debido a las molestias dolorosas y descarga mucosa que origina, con un tiempo prolongado de cicatrización de las heridas.

**Tratamiento quirúrgico:** Realizado por un especialista de Cirugía General y Aparato Digestivo en el quirófano. Son las técnicas más eficaces, pero también con mayores complicaciones postoperatorias y secuelas. Todas ellas se caracterizan en que extirpan o plican el tejido muco-submucoso recto-anal dejando cicatrices que serán las responsables del dolor postoperatorio.

- Hemorroidectomía abierta (técnica Milligan Morgan).
- Hemorroidectomía cerrada (técnica de Ferguson).
- Hemmorroidopexia grapada (PPH o técnica de Longo).
- Ligadura hemorroidal transanal guiada por doppler (THD/HAL-RAR). (Figura 7)



**Figura 7.** Hemorroides grado IV (pre y post THD más extirpación de hemorroide accesoria).



**Figura: Algoritmo diagnóstico-terapéutico de Hemorroides según grados.** Elaboración propia: Inés Rivera Panizo. Adaptado de: Van Tol RR et al. European Society of ColoProctology: guideline for haemorrhoidal disease. Colorectal Dis. 2020;22(6):650-662.

\*Decisión conjunta, teniendo en cuenta preferencias del paciente, disponibilidad de procedimientos e idoneidad para procedimientos posteriores.

\*En grados III y IV existe la posibilidad de realizar Ligadura con banda cuando la cirugía esté contraindicada.



**Tratamiento farmacológico:**

- Fármacos venoactivos: Como la FFPM\* se puede usar como **tratamiento de primera línea en todos los grados de enfermedad hemorroidal**, disminuyen de forma significativa los síntomas como sangrado, secreción o prurito.
- Agentes formadores de masa fecal.
- Analgésicos no opioides/AINEs si dolor.
- Nifedipino pomada al 0,3 % o nitroglicerina al 0,2 % reduce el dolor.
- Tratamientos tópicos: Presentaciones con lubricantes, anestésicos locales (lidocaína, cincocaína), sucralfato, agentes esclerosantes (polidocanol) y/o corticosteroides (triamcinolona, prednisolona). Los preparados con corticoides sólo en ciclos cortos (máximo 14 días) y mejor evitarlos.

\*FFPM: Fracción flavonoide micronizada purificada. En referencia a Consenso: Godeberge P, Sheikh P, Lohsiriwat V, Jalife A, Shelygin Y. Micronized purified flavonoid fraction in the treatment of hemorrhoidal disease. J Comp EffRes. 2021;10(10):801-13.<sup>22</sup>

- 01
- 02
- 03
- 04
- 05
- 06
- 07
- 08

## Posología según ficha técnica

Adultos: 6 comprimidos al día durante los primeros 4 días (tomando 2 comprimidos cada 8 horas), seguidos de 4 comprimidos al día durante 3 días (tomando 2 comprimidos cada 12 horas). La dosis recomendada de mantenimiento es de 2 comprimidos al día. Si el paciente no mejora después de la primera semana, debe evaluar la situación clínica.

## 8. MEDIDAS POSTOPERATORIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA Y BAJA LABORAL

### Recomendaciones generales habituales en postoperatorio:

- Prohibición de ejercicios violentos o cargar pesos las primeras 2 semanas.
- Realizar baños de asiento con agua templada después de la deposición evitando uso de papel higiénico. Suelen recomendarse baños de asiento 3 veces al día añadiendo clorhexidina acuosa los primeros 10 días.
- Laxantes para realizar una deposición diaria -laxantes formadores de bolo, osmóticos o emolientes- (individualizado al paciente).
- Medicación individualizada y según criterio del equipo quirúrgico:
  - Analgésicos y antiinflamatorios orales.
  - Fármacos venoactivos, como FFPM durante la crisis, 2 comprimidos/8h los cuatro primeros días, 2 comprimidos/12h los tres días siguientes, y dos comprimidos/24h como mantenimiento hasta remisión de la sintomatología, el cual ha demostrado disminuir el dolor postoperatorio y las rectorragias<sup>28</sup>.
  - Preparados tópicos con lidocaína, sustancias antiinflamatorias, ...

### Posibles complicaciones postoperatorias a vigilar:

- Dolor postoperatorio.
- Sangrado temprano (horas después de intervención) o tardío (días después). En ambos casos puede ser de gravedad y precisará actuación urgente hospitalaria.
- Retención urinaria (1-50 %). Precisaré sondaje vesical.
- Impactación fecal. Debe evitarse facilitando la deposición en los primeros días.
- Infección local.
- Edema mucoso tras hemorroidectomía.
- Retardo o mala cicatrización.
- Estenosis anal tras hemorroidectomía sin respetar puentes mucocutáneos (mala técnica). Complicación tardía y poco frecuente.
- Incontinencia anal.

01

02

03

04

05

06

07

08

## Seguimiento en Atención primaria:

- Durante el postoperatorio suele haber secreción serohemática. Si existe supuración franca, valorar sobreinfección y necesidad de remitir a Cirugía, sobre todo si hay aumento del dolor asociado.
- El dolor más intenso suele ocurrir los primeros 8-10 días. Lo habitual es que la intensidad y la duración del dolor desencadenado por la deposición vayan disminuyendo, a medida que cicatrizan las heridas.
- Una persistencia del dolor en ausencia de infección podría estar relacionada con fisura posthemorroidectomía o impactación fecal.
- Debemos controlar-vigilar a los pacientes a la semana, 2 y 4 semanas aproximadamente, estableciendo una buena relación médico-paciente, explicándole la pesadez del postoperatorio y recetándole la medicación más apropiada a sus síntomas. Una revisión sistemática y un metanálisis<sup>29</sup> (22 ECA de FFPM versus placebo, ungüento o vitamina C, publicados entre 1995 y 2021 y que incluyeron un total de 2.235 pacientes) concluyó que después de la hemorroidectomía, el FFPM mejoró la eficacia clínica y redujo la tasa de hemorragia, la puntuación del dolor y del edema, sin problemas de seguridad aparentes. Las limitaciones fueron la ausencia de ocultación de la asignación en todos los estudios, mientras que algunos carecían de información sobre la asignación y el cegamiento.<sup>29</sup>

## Baja laboral

Los procedimientos con hemorroidectomía implican una herida en el canal y margen anal, y suelen asociarse a un mayor dolor postoperatorio que otras técnicas en las que las hemorroides no se extirpan, como son las técnicas instrumentales, la hemorroidopexia desarterializante (guiada o no por Doppler) y la hemorroidopexia grapada (técnica de Longo). En el primer caso podría estimarse un tiempo medio de baja en torno a un mes, y en el segundo grupo de técnicas 2 semanas. Todo ello puede ser modificado dependiendo de si hay complicaciones asociadas (infección, sangrado, dolor persistente con la deposición, ...)

01

02

03

04

05

06

07

08

## IDEAS CLAVE

- Las hemorroides son una de las causas de consulta más frecuentes por patología anorrectal en la consulta de atención primaria.
- Una historia clínica completa y un examen físico adecuado deben preceder a cualquier otra intervención.
- La mayoría de la enfermedad hemorroidal se resuelve mediante el tratamiento conservador, asociando medidas higiénico-dietéticas y tratamiento farmacológico.
- La fracción flavonoica micronizada purificada (FFPM) disminuyó de forma significativa los principales síntomas de la enfermedad hemorroidal, pudiendo ser usada como tratamiento de primera línea en fase aguda en adultos en todos los grados de forma conjunta a las medidas higiénico-dietéticas.

01

02

03

04

05

06

07

08

# BIBLIOGRAFÍA

1. Parvez S, et al. The prevalence, characteristics and treatment of hemorrhoidal disease: results of an international web-based survey, *J. Comp. Eff. Res* 2020; 9(17):1219–1232.
2. Cirocco W. Reprint of: Why are hemorrhoids symptomatic? the pathophysiology and etiology of hemorrhoids. *Seminars in Colon and Rectal Surgery*, Elsevier 2018;29:160–166.
3. Rivera I, Fontanillas N. Hemorroides y fisuras anales. Retos en atención primaria. 2019. EdikaMed S.L.
4. Lohsiriwat V. Hemorrhoids: From basic pathophysiology to clinical management. *World J Gastroenterol* 2012;18(17):2009–2017.
5. Van Tol RR, Kleijnen J, Watson AJM, Jongen J, Altomare DF, Qvist N, Higuero T, Muris JWM, Breukink SO. European Society of ColoProctology: guideline for haemorrhoidal disease. *Colorectal Dis.* 2020;22(6):650–662.
6. Bradley D, Steven A, Migaly J, Feingold D, Steele S. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids Diseases of the colon & rectum 2018; 61(3):284–292.
7. Fontanillas N, Rivera I, Granja C. Qué hacer ante un paciente con patología anal. *FMF* 2022; 4:12–22.
8. Rubbini M, Ascanelli S. Classification and guidelines of hemorrhoidal disease: Present and future *World J Gastrointest Surg* 2019;11(3):117–121.
9. Goligher JC (1980) Haemorrhoids or piles. In: Goligher JC (ed) *Surgery of the anus, rectum and colon*, 4th edn. Baillière Tindall, London. p 96.
10. Sobrado CW, Obregon CA, et al. A New Classification for Hemorrhoidal Disease: The Creation of the “BPRST” Staging and Its Application in Clinical Practice. *Ann Coloproctol* 2020;36(4):249–255.
11. Lohsiriwat V. Treatment of hemorrhoids: A coloproctologist’s view. *World J Gastroenterol* 2015;21(31):9245–52.
12. Greenspon J, Williams SB, Young HA, Orkin BA. Thrombosed external hemorrhoids: outcome after conservative or surgical management. *DisColon Rectum* 2004;47(9):1493–8.
13. Perrotti P., Antropoli C., Molino D., et. al.: Conservative treatment of acute thrombosed external hemorrhoids with topical nifedipine. *Dis Colon Rectum* 2001;44:405–409.
14. Jiang ZM, Cao JD. The impact of micronized purified flavonoid fraction on the treatment of acute haemorrhoidal episodes. *Curr Med Res Opin.* 2006;22(6):1141–7.
15. Alonso-Coello P, Marzo-Castillejo M, Mascort JJ, Hervás AJ, Viña LM, Ferrús JA, Ferrándiz J, López-Rivas L, Rigau D, Solà I, Bonfill X, Piqué JM. Guía de práctica clínica sobre el manejo de las hemorroides y la fisura anal. *Gastroenterol Hepatol* 2008;31(10):668–81.
16. *International Angiology*. Vol. 37. Nº 3
17. Katsenis K, *Curr Vasc.Pharmacol* f2005;3 (1):1–9
18. Lysand-Willianson KA, Perry CM. *Drugs.* 2003;63(1):71–100
19. Jiang ZM, Cao JD. The impact of micronized purified flavonoid fraction on the treatment of acute haemorrhoidal episodes. *Curr Med Res Opin.* 2006;22(6):1141–7.
20. Lohsiriwat V. Hemorrhoids: From basic pathophysiology to clinical management. *World J Gastroenterol* 2012;18(17):2009–2017.
21. Sheikh P, Lohsiriwat V, Shelygin Y. Micronized purified flavonoid fraction in hemorrhoid disease: a systematic review and meta-analysis. *Adv Ther.* 2020;37(6):2792–812.
22. Godeberge P, Sheikh P, Lohsiriwat V, Jalife A, Shelygin Y. Micronized purified flavonoid fraction in the treatment of hemorrhoidal disease. *J Comp EffRes.* 2021;10(10):801–13
23. Cosman b. C. Piles of Money : “Hemorrhoids” Are a Billion-Dollar Industry. *Am. J. Gastroenterol.*, 2019, 114(5) : 716–717.
24. Ficha técnica de Daflón. Revisado el 1 de abril de 2023. [https://cima.aemps.es/cima/dohtml/ft/59080/FT\\_59080.html](https://cima.aemps.es/cima/dohtml/ft/59080/FT_59080.html)
25. Linares-gil m. j., Valls j., Hereu-boher p., Nebot f. j., Deramon b., Diaz-munio e. et al. Topical Analgesia with Lidocaine Plus Diclofenac Decreases Pain in Benign Anorectal Surgery : Randomized, Double-blind, and Controlled Clinical Trial. *Clin. Transl. Gastroenterol.*, 2018, 9(11) : 210.
26. Giua C, Minerba L, Piras A, Floris N, Romano F, SIFAC G. The effect of sucralfate-containing ointment on quality of life in people with symptoms associated with haemorrhoidal disease and its complications: the results of the EMO CARE survey. *Acta Biomed*, 2021;92(1):e2021029.
27. Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Ed. Grupo Arán. 2012.
28. Haiqi Fua, Wenfang Guoc, Baochang Zhoua, Yibo Liua, Yuan Gaoa,b,\* , Minhui Li. Efficacy and safety of micronized purified flavonoid fractions for the treatment of postoperative hemorrhoid complications: A systematic review and meta-analysis. *Phytomedicine.* 2022 Sep;104:154–244. doi: 10.1016/j.phymed.2022.154244. Epub 2022 Jun 17. PMID: 35752073.
29. Fu H et al. Efficacy and safety of micronized purified flavonoid fractions for the treatment of postoperative haemorrhoid complications. *Adv Ther online* Nov. 4, 2022

01

02

03

04

05

06

07

08

## 04. FISURA ANAL

1. Introducción
2. Epidemiología
3. Fisiopatología
4. Diagnóstico
  - a. Clínica
  - b. Exploración física
5. Tratamiento
  - a. Criterios de derivación
  - b. Medidas higiénico-dietéticas
  - c. Tratamiento farmacológico
  - d. Tratamiento quirúrgico
6. Medidas postoperatorias y baja laboral

### AUTORES

- Noelia Fontanillas Garmilla
- Inés Rivera Panizo
- Blas Flor-Lorente

01

02

03

04

05

06

07

08

# 1. INTRODUCCIÓN

La fisura anal es la segunda enfermedad ano-rectal más prevalente en la población general y su tratamiento es fundamentalmente médico. Su correcta distinción de la patología hemorroidal es crucial ya que su tratamiento es completamente diferente. Sólo tendrán indicación quirúrgica un pequeño porcentaje de pacientes en los que haya fracasado el tratamiento anterior. Por tanto, es fundamental que el médico de familia conozca esta patología y su abordaje, y que podamos realizar un manejo correcto y conjunto entre los médicos de Médicos de Familia y los Cirujanos Generales.

## 2. EPIDEMIOLOGÍA

Las fisuras anales afectan fundamentalmente a adultos jóvenes y de mediana edad de ambos sexos, aunque también a menudo afecta a mujeres en el tercer trimestre de embarazo y puerperio y a niños.<sup>1</sup>

Su **prevalencia e incidencia es difícil de calcular**, ya que muchas veces los síntomas que produce la fisura se atribuyen erróneamente a hemorroides o los pacientes no consultan a su médico. Existen escasos estudios al respecto.<sup>2</sup>

Un estudio retrospectivo determinó el riesgo promedio de desarrollar una fisura anal del 7,8 %, aunque la incidencia varió entre grupos de edad, fue mayor en mujeres de 12 a 24 años y en hombres de 55 a 65 años.<sup>3</sup>

## 3. FISIOPATOLOGÍA

La fisura anal suele comenzar con un **desgarro del anodermo** en la mitad distal del canal anal, desde línea pectínea hasta el margen del ano. Ese desgarro desencadenará dolor y sangrado anal.

Aunque es controvertida, probablemente la etiología sea multifactorial con diferentes causas que contribuyen a ello:<sup>4,5</sup>

- **Hipertonía del esfínter anal interno:** es un hallazgo presente en pacientes con fisura anal crónica que produce una disminución de la vascularización arterial produciendo isquemia local e impide la correcta cicatrización de la región. La línea media posterior anal está menos vascularizada y esto hace que sea la localización más frecuente.
- **Traumatismos:** parece ser el factor desencadenante de la mayoría, debido sobre todo a estreñimiento, diarreas prolongadas, un gran esfuerzo en la defecación o relaciones sexuales vía anal.
- **Cirugía anal previa:** esta puede provocar estenosis y cicatrices que sean susceptibles al desgarro posterior de la zona.

01

02

03

04

05

06

07

08

## Según su etiopatogenia las fisuras anales pueden clasificarse en:

- **Primarias:** son las que aparecen en pacientes sanos y no se asocian a patología digestiva o infecciosa. Suele existir el antecedente de un esfuerzo con la defecación o estreñimiento que altera la continuidad de la mucosa.
- **Secundarias:** son las que aparecen en relación a otras patologías adyuvantes como enfermedad inflamatoria intestinal, tumores anales, sífilis, tuberculosis anal, VIH, clamidia o la secundaria a postoperatorios de cirugía anal.

## Según su tiempo de evolución las fisuras anales pueden clasificarse en (Figura 1):<sup>6</sup>

- **Agudas:** tiempo de evolución desde el inicio de los síntomas hasta la valoración de la fisura menor de 6-8 semanas.
- **Crónicas:** evolución de la fisura a partir de 6-8 semanas o recurrentes.

[Video](#) fisura anal aguda



### FISURA AGUDA

- Lecho rojizo, sangrante
- NO bordes sobreelevados
- NO hemorroide centinela
- NO pólipo anal

[Video](#) fisura anal crónica



### FISURA CRÓNICA

- Lecho nacarado
- Bordes sobreelevados
- Hemorroide centinela
- Pólipo anal

**Figura 1.** Principales diferencias entre fisura anal aguda y crónica

## 4. DIAGNÓSTICO

### a. Clínica

El principal síntoma que nos van a referir los pacientes con fisura anal es un **dolor intenso** al realizar la deposición que puede permanecer horas después. Suelen describirlo como un dolor punzante, “como clavarse cristales, agujas”. El dolor es tan intenso que los pacientes evitan realizar la deposición, por lo que aumentaría el estreñimiento y el trauma al realizar la siguiente deposición.

Otro de los síntomas habituales es el **sangrado**, generalmente escaso, rojo vivo, que deja un rastro en el papel al limpiarse o goteo en el váter durante y tras la deposición.

El paciente puede referir **prurito, escozor o quemazón** secundario a la exudación que ocasiona humedad en la piel con la consiguiente maceración e irritación.<sup>1</sup>

### b. Exploración física

El diagnóstico de una fisura anal se realiza fundamentalmente con la **clínica y exploración física**, por lo que es muy importante una exhaustiva anamnesis, detallar el tiempo de evolución y buscar posibles factores desencadenantes como estreñimiento o traumatismos, así como descartar una patología de base.

Ante la sospecha de una fisura anal debe procederse a una exploración física cuidadosa. Colocaremos al paciente decúbito lateral izquierdo o genupectoral (Véase capítulo I: Generalidades en patología anorrectal), separaremos las nalgas cuidadosamente ya que el paciente va a estar con intenso dolor, buscando en primer lugar cambios de coloración en la piel o signos de inflamación (Figura 2).



Figura 2. Exploración fisura anal

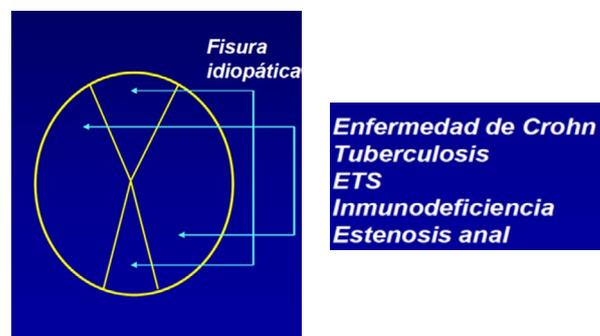
Le pediremos al paciente que simule la maniobra defecatoria, de esta forma se visualiza mejor el anodermo y por tanto la fisura anal, veremos una úlcera-herida lineal que se puede extender desde la línea pectínea hasta el margen anal y, generalmente tienen **localización en línea media posterior**.

**Si la fisura es aguda** suele presentar bordes nítidos no engrosados, sangra fácilmente al roce y se puede acompañar de un espasmo intenso del esfínter anal interno. Si es una **fisura crónica** el aspecto de la úlcera es más profunda, con bordes indurados o engrosados y se puede acompañar de una **hemorroide centinela o una papila hipertrófica**.<sup>1,5</sup>

**El tacto rectal no está indicado (y mucho menos la anoscopia) ante la sospecha de una fisura anal** por el intenso dolor y contracción del esfínter.

Únicamente se valorará la realización de pruebas complementarias en caso de sintomatología o exploración atípica, para descartar otras patologías que dependiendo de la sospecha, estará indicada una prueba u otra y será un motivo de derivación.

**La localización de la fisura** nos va a orientar a si es una fisura primaria o por el contrario secundaria a otra patología y precise pruebas complementarias. La **localización es posterior** en un 90 % de las ocasiones, y anterior en un 5-9 % (Figura 3). La presencia de lesiones en otros cuadrantes nos hará sospechar que pueda ser secundaria, así como la ausencia de dolor en una fisura aguda, la presencia de fisuras múltiples, localización atípica y manchado de pus o moco debe hacernos sospechar la existencia de otras enfermedades como Crohn, colitis ulcerosa, tuberculosis, sífilis, HIV, cáncer o leucemia y obligarnos a la realización de pruebas complementarias.



**Figura 3.** Localización de las fisuras

El **diagnóstico diferencial** lo realizaremos con aquellas patologías que cursen con proctalgia aguda como la trombosis hemorroidal externa, absceso ano-rectal o úlceras anales secundarias a enfermedades de transmisión sexual.<sup>2</sup>

## 5. TRATAMIENTO

### a. Criterios de derivación

Derivaremos aquellos pacientes con:

1. Sospecha de fisura anal secundaria.
2. Fisura que no mejora con tratamiento farmacológico y tenemos que pasar al siguiente escalón, toxina botulínica o cirugía.
3. Paciente con fisuras recurrentes.

01

02

03

04

05

06

07

08

## b. Medidas higiénico-dietéticas (MHD)

Existen diferentes escalones terapéuticos en el tratamiento de la fisura anal.

El primer escalón terapéutico de la fisura anal tanto en su fase aguda como crónica es el tratamiento higiénico-dietético, empleándose el tratamiento quirúrgico únicamente en los casos más resistentes.<sup>5</sup>

Las guías de práctica clínica para el manejo de las fisuras anales no varían a nivel mundial e indican el tratamiento conservador como primer escalón.<sup>7</sup>

Es un escalón básico, seguro, con escasos efectos secundarios, y debería ser el tratamiento de primera línea<sup>6</sup>. (**Grado de recomendación fuerte, Nivel de evidencia 1B**).<sup>8</sup>

### Recomendaciones básicas:<sup>5,6</sup>

- Es fundamental recomendar la **ingesta de fibra (20-35g diarios)** para evitar el estreñimiento, con el fin de relajar el esfínter interno evitando así la evacuación traumática de las heces y aliviando el dolor.

Recomendaremos alimentos fácilmente fermentables con capacidad para retener agua como son los polisacáridos de soja, la inulina, las pectinas y los oligosacáridos presentes en legumbres, frutas, hortalizas, cebada y avena. Véase capítulo 1 (Generalidades en patología anorrectal).

Explicaremos al paciente que cuando la fisura se haya curado deberá continuar con la ingesta de fibra para prevenir recurrencias.

- **Ingesta hídrica abundante** (1,5-2 litros al día).
- **Ablandadores del bolo fecal:** compuestos dietéticos como el plantago ovata o el salvado de trigo que hacen que las deposiciones sean más blandas y de mayor volumen.
- **Baños de asiento:** indicado realizarlos con agua templada (36-40 °C) durante 10 minutos, 2 veces al día y tras cada deposición. El objetivo es disminuir el tono del esfínter anal reduciendo con ello la sintomatología de dolor. Presenta evidencia leve, pero está indicado en todos los documentos de consenso puesto que no conlleva grandes efectos secundarios y alivia la sintomatología.
- **Evitar el uso de toallitas perfumadas y papel higiénico:** cada vez es más frecuente su uso en los pacientes con fisura, debemos explicarles que el roce y las sustancias irritantes disminuyen la cicatrización y favorecen el prurito y la dermatitis perianal. Del váter a la ducha o al bidé, salvo que no pueda realizarlo por no disponer de ello.
- **Existen preparados tópicos** con sustancias calmantes, anestésicas y antiinflamatorias que pueden usarse los primeros días con el fin de aliviar los síntomas de la fisura anal.

01

02

03

04

05

06

07

08

Algunos ejemplos:

- Sucralfato y extracto de hierbas caléndula, hamamelis y manzanilla.
- Ozono, ácido hialurónico y arginina.
- Ácido hialurónico y oil.
- Carragaen+lidocaína+dióxido de titanio.

Con estas medidas existe una curación entre 80-90 % en el caso de fisuras anales agudas y del 20 %-50 % en el caso de las crónicas.<sup>1</sup>

### c. Tratamiento farmacológico

#### Tópico (esfinterotomía química reversible)<sup>6,8,9</sup>

Su objetivo será disminuir la hipertonia esfinteriana asociada a la persistencia de la fisura y evitar las complicaciones anales que pueden asociarse a la cirugía.

Como norma general, debe explicarse al paciente que el tratamiento tópico debe aplicarse alrededor de la fisura y no en el centro, en una pequeña cantidad ("del tamaño de un grano de arroz") a nivel de la mucosa anal. La pomada se absorbe y pasa al torrente sanguíneo y de ahí llega al esfínter anal interno, al igual que a otras partes del cuerpo. No tiene efecto directo sobre la fisura, por lo que NO debemos aplicarla sobre ella, ni es necesario introducirla en el canal anal.

Los fármacos más utilizados son: nitratos orgánicos, bloqueadores de los canales del calcio y la toxina botulínica.<sup>1</sup>

- Algunos **fármacos anestésicos tópicos** pueden aliviar los síntomas el dolor o escozor de la fisura anal como la **lidocaína 2 %** en fórmula magistral que se indica en pacientes con mucho dolor, sobre todo cuando intentan realizar deposición.<sup>9</sup>
- Los **corticoides deben evitarse** por los efectos secundarios y falta de nivel de evidencia, en caso de tener que utilizarlos sería la hidrocortisona 1-3 % y no más de una semana.
- **Nitratos:**

#### **(Grado de recomendación fuerte basada en evidencia de calidad moderada, 1B)<sup>8</sup>**

La aplicación de nitroglicerina tópica provoca un descenso significativo de la presión de reposo anal y un incremento del flujo sanguíneo a nivel del anodermo con una tasa de curación del 60-90 % y de mejoría de los síntomas del 75 %.<sup>10</sup>

Existe un preparado comercializado de nitroglicerina al 0.4 %; la posología es de 1 aplicación/12h durante 6-8 semanas. También se puede indicar como fórmula magistral al 0,2 %.

Tiene el inconveniente de los efectos secundarios, ya que puede producir hipotensión y cefaleas. La cefalea, aunque suele disminuir con la continuidad del tratamiento, obliga en muchas ocasiones a la suspensión.<sup>6,8</sup>

01

02

03

04

05

06

07

08

En un reciente metanálisis, a pesar de sus efectos secundarios frecuentes, se concluye que debe ser considerado de primera elección, ya que ha demostrado la mayor eficacia en la curación de la fisura anal en comparación con placebo.<sup>11</sup>

- **Bloqueantes de los canales de calcio:**

**(Grado de recomendación fuerte basada en evidencia de calidad moderada, 1B)<sup>8</sup>**

Actúan bloqueando los canales lentos del calcio provocando dilatación del músculo liso y arteriolas, relajación del esfínter anal interno e incremento de la vascularización.<sup>1</sup>

Se prefiere la administración tópica a la oral, dada la menor incidencia de efectos sistémicos y parece tener mayor eficacia.<sup>8</sup>

En comparación con la nitroglicerina tienen mejor perfil de seguridad en cuanto a efectos secundarios y similar eficacia (con una tasa de curación del del 60-90% y de mejoría de los síntomas del 75 %<sup>10</sup> por lo que pueden usarse como primera línea de tratamiento<sup>8</sup>, si bien, recientes metanálisis han puesto en tela de juicio la efectividad de los bloqueantes de los canales del calcio en el tratamiento de la fisura anal.<sup>11</sup>

Actualmente se recomiendan dos fármacos en los que existe evidencia y se han comparado con la nitroglicerina:

- **Nifedipino:** no está comercializado, es una preparación en fórmula magistral al 0,2-0,3 % con posología 1 aplicación/8-12h durante 8 semanas.<sup>6,9</sup>
- **Diltiazem:** no está comercializado, es una preparación en fórmula magistral al 2 % con posología 1 aplicación/8-12h durante 8 semanas.<sup>1,8</sup>

Recientes RCT han demostrado mejores resultados al combinar la aplicación tópica de diltiazem y metronidazol, reduciendo el dolor, el tiempo de curación e incrementando las tasas de cicatrización.<sup>12</sup>

#### **d. Tratamiento quirúrgico**

- **Toxina botulínica (esfinterotomía química reversible):**

**(Grado de recomendación fuerte basada en evidencia de calidad moderada, 1B)<sup>8</sup>**

Provoca una parálisis del esfínter anal interno (EAI) a las 1-3 semanas de la inyección por bloqueo de la placa motriz del músculo mediante la inhibición en la liberación de acetilcolina. Tiene resultados similares en comparación con las terapias tópicas como terapia de primera línea para las fisuras anales crónicas y una mejora modesta en las tasas de curación como terapia de segunda línea después del fracaso del tratamiento con terapias tópicas.<sup>8</sup>

Es una alternativa en el tratamiento de la fisura anal crónica no complicada y con hipertensión. Se recomienda como segunda línea de terapia médica, a aquellos pacientes que rechazan la cirugía tras tratamientos con nitroglicerina o bloqueantes del calcio, o en aquellos que tengan factores de riesgo de incontinencia (cirugía anal previa, diabetes, múltiples partos vaginales).<sup>1</sup>

01

02

03

04

05

06

07

08

No existe un protocolo de consenso para la dosificación de la toxina botulínica o la técnica de inyección, existiendo heterogeneidad entre los estudios con respecto a la dosis inyectada, el sitio o sitios de inyección y el número de inyecciones.<sup>8</sup> Los mejores resultados, con tasas de curación del 60-80 %, se han obtenido con la inyección intraesfinteriana (EAI) de 25-30UI.

## • Cirugía

El objetivo es reducir la presión anal en reposo para mejorar el riego sanguíneo del anodermo y conseguir, con ello, la cicatrización de la fisura.

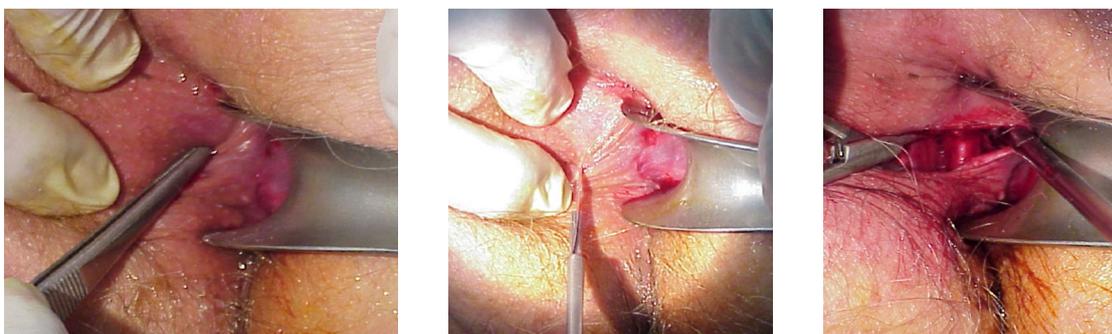
### 1. Esfinterotomía lateral interna abierta o cerrada.

Es el tratamiento quirúrgico de elección.

Se realiza bajo anestesia local y sedación, en régimen ambulatorio.

La sección del esfínter anal (EAI) se puede realizar bajo visión directa (abierta) o a la palpación (cerrada).

Tasa de curación superior al 90 %, con un riesgo de incontinencia a gases alrededor del 17 %.



### 2. Colgajo de avance anal.

Colgajo V-Y o rotacional de piel perianal para fisuras anales sin hipertoniá o con riesgo elevado de incontinencia.

### 3. Fisurotomía / fisurectomía.

Es el “destechamiento” o la “excisión” de la fisura respectivamente. No disponemos estudios recientes ni a largo plazo que corroboren su práctica habitual. Asociada a la toxina botulínica ha demostrado tasas de curación superiores al 90% con cifras de incontinencia menores al 5 %.

### 4. Dilatación anal controlada

Dilatación controlada, intermitente y progresiva del canal anal, bajo sedación, en régimen ambulatorio. No existen estudios suficientes para recomendar su práctica clínica habitual.

## 5. MEDIDAS POSTOPERATORIAS Y BAJA LABORAL

### a. Medidas higiénico-dietéticas

Las mismas recomendaciones incluidas en el tratamiento médico deben continuarse después de la cirugía, aunque no exista evidencia de su utilidad:

- **Continuar con una ingesta abundante de fibra (20–35 g diarios)** para evitar el estreñimiento, con el fin de relajar el esfínter interno evitando así la evacuación traumática de las heces y aliviando el dolor. Además de prevenir las recurrencias. Recomendaremos alimentos fácilmente fermentables con capacidad para retener agua como son los polisacáridos de soja, la inulina, las pectinas y los oligosacáridos presentes en legumbres, frutas, hortalizas, cebada y avena.
- **Ingesta hídrica abundante** (1,5–2 litros al día).
- **Ablandadores del bolo fecal:** compuestos dietéticos como el plantago ovata o el salvado de trigo que hacen que las deposiciones sean más blandas y de mayor volumen.
- **Baños de asiento:** indicado realizarlos con agua templada (36–40 °C) durante 10 minutos, 2 veces al día y tras cada deposición. El objetivo es disminuir el tono del esfínter anal reduciendo con ello la sintomatología de dolor. Presenta evidencia leve, pero está indicado en todos los documentos de consenso puesto que no conlleva grandes efectos secundarios y alivia la sintomatología, tanto antes como después de la cirugía.
- **Evitar el uso de toallitas perfumadas** y papel higiénico, ya que el roce y las sustancias irritantes disminuyen la cicatrización y favorecen el prurito y la dermatitis perianal. Del váter a la ducha o al bidé, salvo que no pueda realizarlo por no disponer de ello.
- **Existen preparados tópicos** con sustancias calmantes, anestésicas y antiinflamatorias que pueden usarse los primeros días con el fin de aliviar los síntomas de la fisura anal y de la propia cirugía (Sucralfato y extracto de hierbas caléndula, hamamelis y manzanilla, ácido hialurónico y arginina, Carragaen+lidocaína+díóxido de titanio).
- **Analgésicos y antiinflamatorios** por vía oral pueden emplearse según la necesidad del paciente. No existe indicación de dar antibióticos orales postoperatoriamente, ni tan siquiera metronidazol.<sup>13</sup>

### b. Baja laboral o Incapacidad Temporal (IT)

La evidencia existente es muy escasa y basada, la mayoría, en estudios retrospectivos.

El tiempo estándar de IT es el tiempo necesario para la resolución de un proceso clínico que ha originado una incapacidad para el trabajo habitual, por tanto, debe ser el tiempo de recuperación funcional suficiente para el desempeño de los requerimientos o tareas profesionales del trabajador. Pueden existir factores dependientes del propio paciente o del tipo de actividad laboral realizada, que condicionen que el tiempo de recuperación funcional sea inferior al tiempo estándar definido.

01

02

03

04

05

06

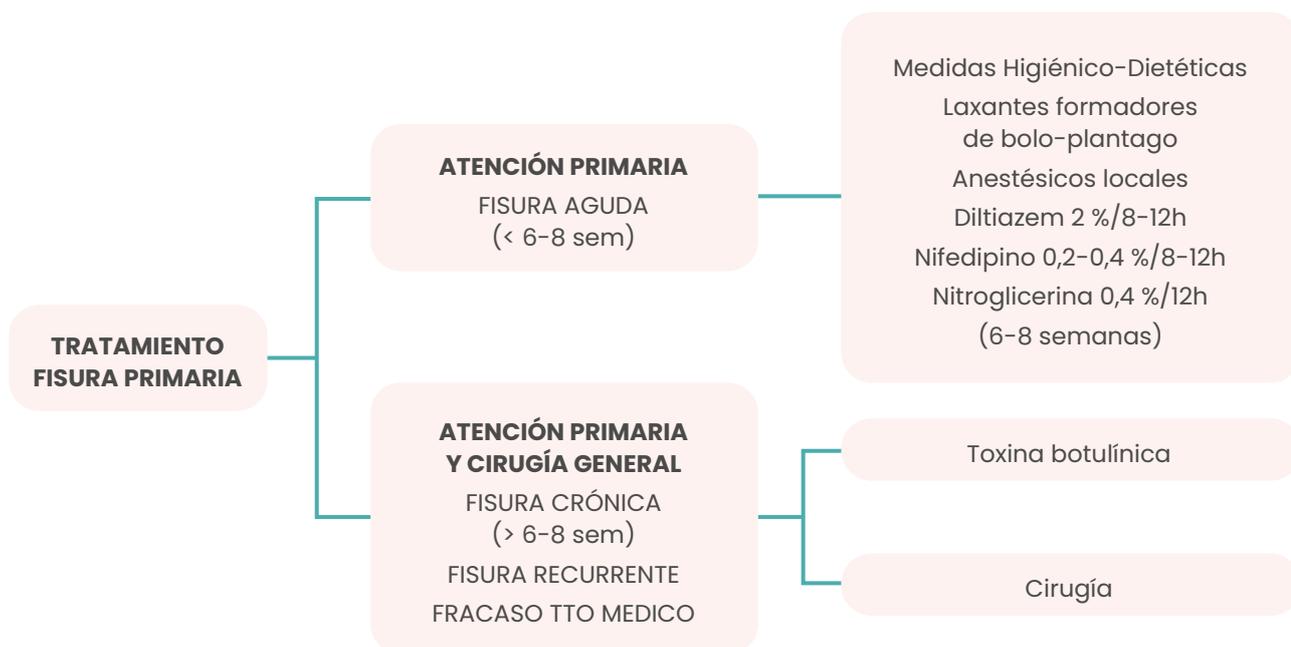
07

08

En España, la decisión de dar la baja laboral así como la decisión del momento de reincorporación por enfermedad común recae en el médico de atención primaria o el médico responsable de su proceso asistencial. No existen criterios definidos para determinar la duración de la IT. El médico debe decidir en función de su experiencia profesional, influenciada por diversos factores como su situación laboral, su antigüedad en el puesto, la especialidad que tenga o los informes de especialistas.<sup>14,15</sup>

Según una investigación subvencionada por el Gobierno de España (premios FIPROS) en su publicación del 2009, estableció una mediana de baja laboral real (establecida por el médico de atención primaria) en pacientes con fisura anal de 39 a 42 días, muy por encima del estándar de duración marcado por el INSS (Instituto Nacional de la Seguridad Social) de 14 días. En estudios previos, la IT tras cirugía anorrectal se estimaba en 4-19 días.

Para minimizar el tiempo de IT es de vital importancia informar de ello correctamente al paciente antes de la cirugía, tanto de la baja laboral como de las posibles complicaciones. De este modo, el paciente va a la cirugía con unas expectativas reales de su reincorporación laboral. Por tanto, los pacientes deben ser informados que la vuelta a la actividad física normal y su baja laboral será, al menos, de 10 a 15 días.<sup>14</sup>



Tratamiento Fisura anal aguda<sup>6,8,9</sup>. Elaboración Propia.

## IDEAS CLAVE

- La fisura anal también es uno de los motivos de consulta más frecuente en proctología.
- El diagnóstico de la fisura anal se realiza fundamentalmente con la clínica y exploración física. El tacto rectal no está indicado por el intenso dolor y contracción del esfínter.
- El primer escalón terapéutico de la fisura anal tanto en su fase aguda como crónica es el tratamiento higiénico-dietético, seguido por el tratamiento farmacológico con nitratos y antagonistas del calcio, empleándose el tratamiento quirúrgico únicamente en los casos refractarios.
- Los corticoides deben evitarse por los efectos secundarios y falta de nivel de evidencia.
- La toxina botulínica, a pesar de no tener clara evidencia de su utilidad, puede ser una alternativa válida si hay riesgo de incontinencia o está contraindicada la cirugía.
- En caso de múltiples fisuras, dolorosas, y en varias localizaciones, sobre todo laterales, debemos descartar otras patologías como enfermedad inflamatoria intestinal, tuberculosis, sífilis o VIH.

01

02

03

04

05

06

07

08

# BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez M. Fisura anal. Manual GGCP de proctología para atención primaria. Casal E, Parajó A, eds. Ed Campus na Nube 2019: 33-42.
2. Steward D. Fisura anal: Manifestaciones clínicas, diagnóstico y prevención. UpToDate, Junio 2021.
3. Mapel DW, Schum M, Von Worley A. The epidemiology and treatment of anal fissures in a population-based cohort. *BMC Gastroenterol* 2014;14:129.
4. Melton-Meaux G B, Kwaan M R. Hemorrhoids, Anal Fissure, and Anorectal Abscess and Fistula. En: Rick D. Kellerman, Edward T. Bope. *Conn's Current Therapy*. 1.ª edición. Elsevier; 2019. p. 211-214.
5. Rivera I, Fontanillas N. Hemorroides y fisuras anales. Retos en atención primaria. 2019. EdikaMed S.L.
6. Arroyo A, Montes E, Calderón T, et al. Tratamiento de la fisura anal: algoritmo de actuación. Documento de consenso de la Asociación Española de Coloproctología y la Sección de Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos. *Cirugía Española*. 2018;96(5):260-267
7. Hwang SH. Trends in Treatment for Hemorrhoids, Fistula, and Anal Fissure: Go Along the Current Trends. *J Anus Rectum Colon*. 2022 Jul 28;6(3):150-158.
8. Davids JS, Hawkins AT, Bhamra AR, Feinberg AE, Grieco MJ, Lightner AL, Feingold DL, Paquette IM; Clinical Practice Guidelines Committee of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Anal Fissures. *Dis Colon Rectum*. 2023;66(2):190-199.
9. Bleday R. Fisura anal: Manejo médico. UpToDate, Mayo 2022.
10. Practicum en Coloproctología de la AECOP. Estrategias y técnicas para la práctica diaria. Sección 2: enfermedades anorrectales. 2.2 Fisura anal. Cara a cara lo médico frente a lo quirúrgico. ¿Cómo elegir sin equivocarse? M Pascual Damieta, C Placer Galan y E Flores Rodriguez. 2022. (ISBN 978-84-18576-48-5). Depósito Legal: M-26487-2021.
11. Jin J, Hardy M, Unsasa H, Mauiliu M, Connolly A, Singh P, Hill A. A systematic review and meta-analysis of the efficacy of topical sphincterotomy treatments for anal fissure. *Int J Colorectal Dis*. 2022;37(1):1-15.
12. The importance of topical metronidazole in the treatment of acute anal fissure: a double-blind study controlled for prospective randomization. *Ann Coloproctol*. 2022;18
13. Hosseini S, Sabet B, Amirkolaei M, Bolandparvaz S. A randomized clinical trial on the effect of oral metronidazole on wound healing and pain after anal sphincterotomy and fissurectomy. *Arch Iran Med*. 2008;11(5):550-2.
14. Djafarrián R, Hubner M, Vuagniaux A, Duvoisin C, Martin D, Demartines N, Hahnloser D. Recovery to usual activity after outpatient anorectal surgery. *World J Surg* 2020;44(6):1985-1993.
15. Hermoso J, Durán E, Sánchez-Pradell C. Return to work after general surgery: a comparative study. *Revista de Calidad Asistencial* 2015;30:251-255.

01

02

03

04

05

06

07

08

# 05. ABSCESO Y FÍSTULA ANAL

01

## ABSCESSO ANORRECTAL

1. Epidemiología
2. Fisiopatología
3. Clínica y diagnóstico
4. Derivación y Tratamiento
5. Complicaciones
6. Cuidados postoperatorios, seguimiento y baja laboral

02

03

04

## FÍSTULA ANAL

1. Epidemiología
2. Fisiopatología
3. Clínica y diagnóstico
4. Derivación y Tratamiento
5. Complicaciones
6. Cuidados postoperatorios, seguimiento y baja laboral

05

06

07

08

## AUTORES

- Noelia Fontanillas Garmilla
- Sonia Fernández Jorde
- Alberto Parajó Calvo

El **absceso anal** representa una infección de los tejidos blandos adyacentes al canal anal, con la formación de una cavidad y colección de pus. La fístula anal es la conexión crónica entre el orificio interno, localizado en el ano o recto, y el orificio externo localizado en la piel perianal. De tal forma que el absceso es la manifestación aguda y la fístula es la crónica del mismo proceso ano-rectal<sup>1</sup>.

## ABSCESO ANO-RECTAL

### 1. EPIDEMIOLOGÍA

El absceso anal es una patología común, alrededor del 2 % de la población presentará un absceso anal o fístula a lo largo de su vida. Un estudio de cohorte sueco estimó la incidencia en 16,1 por 100.000 aunque la verdadera incidencia puede ser mayor, ya que muchos pacientes son tratados erróneamente con antibióticos y algunos abscesos retroceden espontáneamente<sup>2</sup>. Tienen una tasa de recurrencia alta. Son más frecuentes en hombres que mujeres (3:1) y aunque pueden aparecer a cualquier edad, se estima el pico de incidencia entre los 20 y 40 años<sup>3</sup>.

### 2. FISIOPATOLOGÍA

Según la teoría criptoglandular de Parks<sup>4</sup>, los abscesos se originan por obstrucción y sobreinfección de las glándulas anales. Suele haber 6 glándulas alrededor del canal anal, aunque su cifra varía entre 3 y 10 y tienen una abertura directa en el seno de las criptas anales, en la línea pectínea. Aproximadamente un 10 % de los abscesos no tienen origen en una infección criptoglandular, sino que son secundarios a otros procesos como enfermedad de Crohn, enfermedades granulomatosas, enfermedades de transmisión sexual, tumores, trauma o cuerpos extraños<sup>3</sup>.

Son factores de riesgo la diabetes, el tabaco, alcoholismo y obesidad<sup>3</sup>.

Cuando esta infección da origen a un absceso, este se extiende a través de los distintos planos anatómicos virtuales de la región anal. El absceso de inicio se localiza en el espacio interesfinteriano pudiendo quedar contenido dentro de este espacio anatómico (**absceso interesfinteriano**), aunque es más frecuente que se extienda hacia el exterior al anodermo (**absceso perianal**) y, si la extensión es a través del esfínter externo hacia la fosa isquiorrectal, se denomina **absceso isquiorrectal**. Menos frecuente es la extensión hacia arriba por el surco interesfinteriano hacia el espacio supraelevador (**absceso supraelevador**) o al plano submucoso (**absceso submucoso**)<sup>1</sup> (Figura 1).

01

02

03

04

05

06

07

08

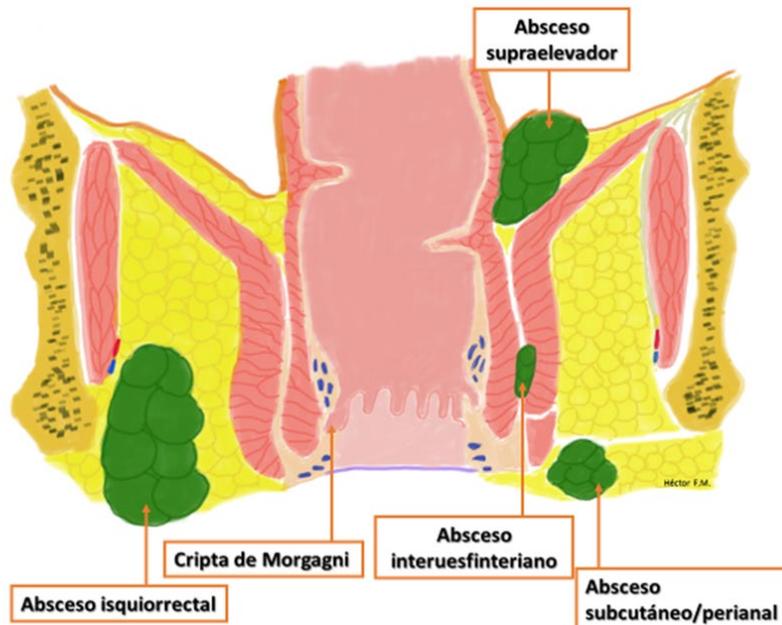


Figura 1. Diferentes tipos de abscesos y localización

### 3. CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

La clínica y exploración del paciente se puede relacionar con la localización del absceso.

El absceso más frecuente es el **perianal (60 %)**, seguido del isquiorrectal (20 %), interesfinteriano (5 %), supraelevador (4 %) y submucoso (1 %).<sup>1</sup>

De forma general, el paciente se quejará de proctalgia aguda intensa que empeora con la defecación, al sentarse o al realizar esfuerzo; puede ser nocturna. Se puede acompañar de febrícula o fiebre y malestar general.

En la exploración podemos observar en el caso del **absceso perianal** una masa fluctuante y dolorosa junto con eritema (Figura 2). En el **absceso isquiorrectal** se puede visualizar una zona más difusa y dolorosa al tacto en el glúteo. En el **absceso interesfinteriano** no observamos cambios en la piel sino que podemos notar al realizar el tacto una masa fluctuante en el canal anal. En el **absceso submucoso** no se visualizan cambios en la piel aunque se puede palpar zona fluctuante con mayor dolor al realizar el tacto rectal. Los pacientes con un **absceso supraelevador** pueden referir disuria y dificultad en la micción junto con dolor pélvico.

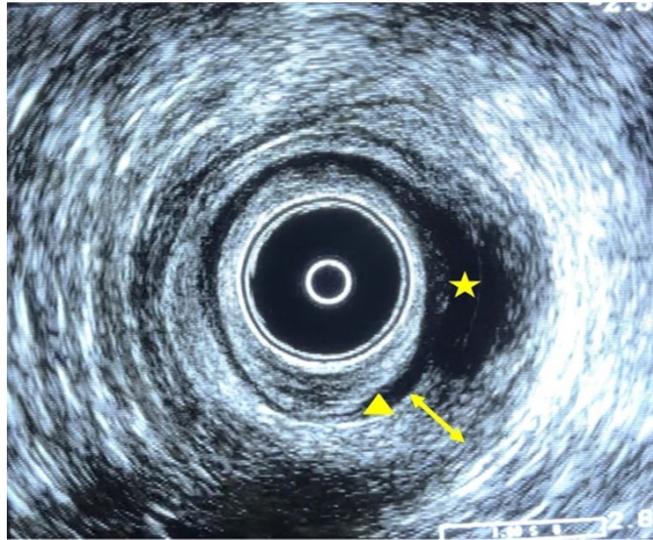
Ocasionalmente no puede realizarse el tacto rectal debido al intenso dolor. Si hay dudas sobre el diagnóstico y sobre todo en presencia de signos generales de infección, se debe considerar la realización de una exploración bajo anestesia o una prueba complementaria de imagen como TAC, RM o ecografía endoanal<sup>1</sup> (Figura 3).

El **diagnóstico diferencial** debe hacerse con otras causas de proctalgia aguda como la trombosis hemorroidal o la fisura anal, que es fácil con una buena anamnesis y exploración física.

Es importante también no confundir el absceso perianal con otros abscesos subcutáneos secundarios a sinus pilonidal, quistes o lipomas, en que el drenaje se puede realizar en el centro de Atención Primaria.



**Figura 2.** Absceso perianal izquierdo próximo al margen anal (eritema e induración con dolor).



**Figura 3.** Ecografía endoanal mostrando la localización interesfintérica del absceso interesfintérico izquierdo (asterisco), entre esfínter interno (triángulo) y esfínter externo (flecha).

## 4. DERIVACIÓN Y TRATAMIENTO

El tratamiento de los abscesos anales, aunque no exista fluctuación, es el drenaje quirúrgico (**recomendación fuerte basada en evidencia de baja calidad, 1C**).<sup>8</sup>

La utilización de antibióticos nunca debe sustituir al drenaje, por lo que estos pacientes **deben derivarse a urgencias hospitalarias** para valoración por Cirugía.<sup>5,8</sup>

Los pacientes inmunodeprimidos o diabéticos se consideran pacientes de riesgo de complicaciones graves, como la fascitis necrotizante o Gangrena de Fournier, por lo que no debe retrasarse la derivación precoz y el desbridamiento.<sup>2</sup>

## 5. COMPLICACIONES

La complicación más frecuente del absceso es la **fístula**. Alrededor del 50 % de los pacientes tratados únicamente con incisión y drenaje tendrán una buena evolución y no presentarán recidiva ni fístula posterior, pero la otra mitad desarrollarán una fístula crónica desde la glándula anal inflamada hacia la piel en el lugar de drenaje.

La complicación más grave es la **Gangrena de Fournier**, puede aparecer con el manejo ineficaz del absceso perianal que permite la propagación de la infección desde el perineo hasta los tejidos blandos con el posterior desarrollo de fascitis necrotizante que puede conducir a la sepsis y muerte.<sup>6</sup>

## 6. CUIDADOS POSTOPERATORIOS, SEGUIMIENTO Y BAJA LABORAL

Después del drenaje, el dolor anal suele ceder rápidamente. Se recomiendan los baños de asiento con agua templada, laxantes formadores de bolo y analgésicos. Habitualmente se habrán empleado **antibióticos** que cubren gérmenes gramnegativos y anaerobios, como la amoxicilina-clavulánico o quinolona + metronidazol. Se recomienda antibioterapia postoperatoria en pacientes con celulitis extensa, sepsis o pacientes con valvulopatía cardíaca o inmunosupresión (diabetes, tratamiento con corticoides, ...). En los últimos años se recomienda antibioterapia 5-10 días tras el drenaje quirúrgico porque algunos estudios han mostrado una reducción de incidencia de fístula perianal con posterioridad (**recomendación débil basada en evidencia de calidad moderada, 2B**).<sup>7,8</sup>

Las **curas de enfermería en Atención Primaria** varían según el tipo de drenaje. Si se ha dejado drenaje tipo Pezzer se recomienda la irrigación del mismo con pequeñas cantidades de suero fisiológico para mantener su permeabilidad. Las curas con mecha de gasa embebida en pomada antiséptica no suelen ser necesarias, aunque puede ser recomendable en las primeras 24 horas para prevenir el sangrado postoperatorio. Posteriormente no se ha demostrado que tengan ninguna ventaja y conllevan mayor incomodidad para el paciente. Se recomienda el cambio frecuente de compresas absorbentes para mantener la piel seca y limpia y el control por enfermería.

El seguimiento puede ser realizado en Atención Primaria y en consultas de Cirugía. El sangrado y la supuración suelen remitir en pocos días y las heridas deben cicatrizar en pocas semanas. Si persiste o se reproduce el dolor, supuración o empastamiento, puede deberse a que se hayan pasado por alto cavidades abscesuales no drenadas, se haya producido un cierre cutáneo prematuro o exista una fístula subyacente, y el paciente ha de ser reevaluado por Cirugía.

## FÍSTULA PERIANAL

Una fístula perianal se define por la existencia de un orificio fistuloso interno en el canal anal o recto (origen de la fístula), un trayecto fistuloso (uno o varios) y el orificio fistuloso externo situado en algún punto de la piel perianal (uno o varios).<sup>1</sup>

### 1. EPIDEMIOLOGÍA

Las fístulas perianales se desarrollan aproximadamente en el 50% de los pacientes que son sometidos a la incisión y drenaje de un absceso anal.

Más frecuente en hombres que en mujeres (2:1) con un pico de incidencia entre los 30 y 50 años.<sup>1,9</sup>

01

02

03

04

05

06

07

08

## 2. FISIOPATOLOGÍA

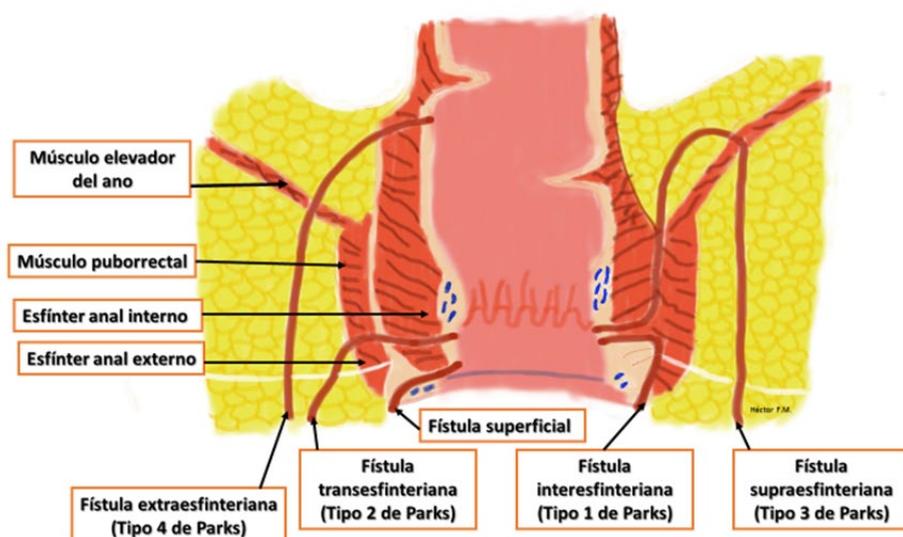
No existe una evidencia clara sobre la etiopatogenia de la enfermedad. Se acepta la teoría criptoglandular de Parks, según la cual las fístulas anales se originan como una complicación de un absceso perianal que se origina a partir de la obstrucción y sobreinfección de las glándulas anales que existen en la línea pectínea.<sup>1,5</sup>

Otras causas que pueden originar fístulas anales son: la enfermedad de Crohn (la fístula anal puede ser su primera manifestación), lesión obstétrica, proctitis por radiación, cuerpos extraños rectales, enfermedades infecciosas (linfogranuloma venéreo, tuberculosis, SIDA, actinomicosis anal).<sup>10</sup>

Las fístulas anales clásicamente se clasifican según su relación con los esfínteres en: submucosa, interesfinteriana, transesfinteriana, supraesfinteriana, extraesfinteriana (Tabla 1, Figura 4).

**Tabla 1. Clasificación fístulas anorrectales.**<sup>5</sup>

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>SUBMUCOSA</b>         | Discurre desde el orificio interno hasta el margen anal por la submucosa sin atravesar esfínteres. No se incluyó en la clasificación original de Parks.           |
| <b>INTERESFINTERIANA</b> | Atraviesa el esfínter interno y se dirige por el espacio interesfinteriano hasta el margen anal. Es la más frecuente.   |
| <b>TRANSESFINTERIANA</b> | Atravies ambos esfínteres hasta llegar a la piel.   |
| <b>SUPRAESFINTERIANA</b> | Asciende por el espacio interesfinteriano y atraviesa el músculo elevador del ano hasta alcanzar la piel.   |
| <b>EXTRAESFINTERIANA</b> | Atraviesa la musculatura del suelo pélvico ascendiendo y desembocando posteriormente en piel, en un punto alejado del ano. No guarda relación con los esfínteres. |



**Figura 4.** Clasificación fístulas anorrectales según localización.

01

02

03

04

05

06

07

08

En función de su complejidad, también pueden clasificarse como fístulas simples (la afectación de los esfínteres es mínima) y fístulas complejas (se afecta más de un tercio del esfínter, todas las recidivadas y secundarias a enfermedad de Crohn; se incluyen también las fístulas cuyo tratamiento se asocia a un mayor riesgo de recidiva y de incontinencia anal).<sup>1</sup>

### 3. CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

Los pacientes suelen tener antecedente de un drenaje de absceso previo perianal. Refieren supuración perineal de pus, sangre, moco o incluso materia fecal. No suele haber dolor salvo que el trayecto fistuloso se obstruya.

Es importante registrar los **antecedentes personales** del paciente: cirugías previas, ginecológicos-obstétricos, urológicos, continencia, radioterapia previa, antecedente personal o familiar de enfermedad inflamatoria intestinal o neoplasias.

En la **exploración** debemos realizar una inspección anal para localizar el orificio fistuloso externo, en el caso de las fístulas interesfintéricas estará próximo al ano (Figura 5). En la palpación podemos notar un trayecto fistuloso duro y superficial que nos puede orientar a la localización. El tacto rectal nos puede dar información sobre la presencia de abscesos y ocasionalmente la localización del orificio fistuloso interno además de información acerca del tono de los esfínteres<sup>1,8</sup>.

Para completar el diagnóstico puede ser preciso solicitar alguna prueba de imagen (ecografía endorrectal, resonancia magnética de pelvis, tomografía computarizada de pelvis, fistulografía o rectosigmoidoscopia), sobre todo en el manejo de fístulas complejas o fístulas recurrentes, que sería solicitado en un segundo nivel por parte de cirugía.



**Figura 5.** Fístula perianal posterior izquierda (posición de litotomía, en decúbito supino). Granuloma correspondiente al orificio fistuloso externo, y su exploración en quirófano con instilación de H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> mostrando el orificio fistuloso interno (fístula transesfinteriana baja con trayecto radial).

## 4. DERIVACIÓN Y TRATAMIENTO

La cirugía es el tratamiento de elección, por lo que a un paciente con fístula anal lo tenemos que derivar al servicio de Cirugía.

El objetivo de la cirugía es curar la fístula, preservar la función del esfínter anal y no causar más lesión que la ya existente. No hay un procedimiento ideal para todos los pacientes.

Los principios generales son: identificar el trayecto fistuloso principal, el orificio interno y los trayectos secundarios si los hubiera. Además, en fístulas complejas con múltiples trayectos y cavidades abscesuales accesorias, se planifica una estrategia quirúrgica por etapas. En la primera intervención se tratan estos trayectos y cavidades mediante una combinación de drenajes y apertura y legrado de las mismas, canalizando el trayecto fistuloso principal con setón laxo (véase más abajo), para favorecer la cicatrización parcial de forma progresiva.

### Técnicas más empleadas son:

- **Fistulotomía:** Se trata de localizar los dos orificios de la fístula, canalizar la fístula con un estilete y poner a plano este trayecto y legrado su fondo. Queda una herida abierta radial desde la piel perianal hasta el canal anal donde se situaba el orificio fistuloso interno que ha de cicatrizar por segunda intención.
- **Sedal o Setón:** Consiste en un hilo de seda u otro material que se anuda para tutorizar la fístula pasando por los orificios fistulosos y el trayecto. El objetivo del sedal laxo es facilitar el drenaje del trayecto fistuloso para prevenir la formación de absceso sin intención curativa. Están indicados en pacientes con fístulas complejas y/o recidivadas con incontinencia o riesgo de la misma. Se pueden usar como fase preliminar para drenar trayectos fistulosos complejos y controlar el proceso supurativo antes de realizar otros procedimientos. Cuando existe una enfermedad de Crohn con afectación perianal, el setón laxo se mantiene durante períodos largos o de forma indefinida.

El sedal de corte o setón cortante pretende realizar una fistulotomía progresiva en un período de tiempo al ir apretando a intervalos regulares el material elástico o de sutura que tutoriza la fístula. Sin embargo estas maniobras tienen alto riesgo de incontinencia y no suelen emplearse.

- **Colgajos de avance:** Se emplean en fístulas transesfinterianas medias y altas y supraesfinterianas. Para su realización es necesario extirpar el trayecto fistuloso hasta el orificio interno (fistulectomía), suturar el orificio interno y descender un colgajo de pared rectal que cubre el orificio interno cerrado.
- **LIFT (ligadura del trayecto en el espacio interesfinteriano):** Este procedimiento conserva el esfínter anal. Requiere la localización del trayecto en el espacio interesfinteriano, y la ligadura y sección del mismo.
- **Biomateriales y terapias biológicas:** Son procedimientos mínimamente invasivos que emplean materiales biológicos para intentar sellar el trayecto de la fístula tras el legrado del mismo o estimular la cicatrización (células madre, factores

01

02

03

04

05

06

07

08

de crecimiento), simplificando el tratamiento y minimizando el riesgo de incontinencia anal. Sin embargo, es necesaria nueva evidencia científica para conocer el papel real de estos productos en el tratamiento de la fístula anal.

Con estas técnicas, el orificio externo suele dejarse abierto para prevenir la abscesificación y se considera normal la secreción serosa o seropurulenta durante 1-2 meses.

## 6. CUIDADOS POSTOPERATORIOS, SEGUIMIENTO Y BAJA LABORAL

Los cuidados postoperatorios son similares a los recomendados para los abscesos perianales.

Las recidivas o persistencias de las fístulas anales suelen ocurrir durante el primer año. Consisten en la persistencia de la supuración purulenta a través de la herida, la apertura de un nuevo orificio fistuloso externo o la aparición de un nuevo absceso que requiera cirugía.

La baja laboral es muy variable dependiendo del tipo de absceso/fístula y del tipo de paciente y no puede establecerse un período fijo.

### IDEAS CLAVE

- El absceso anal representa una infección de los tejidos blandos adyacentes al canal anal, con la formación de una cavidad y colección de pus. La fístula anal es la conexión crónica entre el orificio interno, localizado en el ano o recto, y el orificio externo localizado en la piel perianal. De tal forma que el absceso es la manifestación aguda y la fístula es la crónica del mismo proceso anorrectal.
- El diagnóstico diferencial del absceso debe hacerse con otras causas de proctalgia aguda, como la trombosis hemorroidal o la fisura anal, que es fácil con una buena anamnesis y exploración física.
- El tratamiento de los abscesos anales, aunque no exista fluctuación, es el drenaje quirúrgico. La utilización de antibióticos nunca debe sustituir al drenaje, por lo que estos pacientes deben derivarse a urgencias hospitalarias para valoración por Cirugía.
- La complicación más frecuente del absceso es la fístula y la complicación más grave es la Gangrena de Fournier.
- La cirugía es el tratamiento de elección en un paciente con fístula anal por lo que tendremos que derivar al servicio de Cirugía.

01

02

03

04

05

06

07

08

# BIBLIOGRAFÍA

1. Parajó A. Absceso y fístula anal. Manual GGCP de proctología para atención primaria. Casal E, Parajó A, eds. Ed Campus na Nube 2019: 33-42. ISBN 978-84-09-12526-5. <https://sociga.net/wp-content/uploads/2019/01/MANUAL-DEL-GGCP-DE-PROCTOLOGÍA-PARA-ATENCIÓN-PRIMARIA-copia.pdf>
2. Adamo K, Sandblom G, Brännström F, Strigård K. Prevalence and recurrence rate of perianal abscess--a population-based study, Sweden 1997-2009. *Int J Colorectal Dis.* 2016;31(3):669-73.
3. Sahnán K, Adegbola SO, Tozer PJ, Wafah J, Phillips RK. Perianal abscess. *BMJ* 2017;356:j475.
4. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula-in-ano. *Br J Surg* 1976;356:1-12.
5. Arroyo-Martínez Q, González-de Pedro C, Pozo EP, Martínez-Núñez S, Padillo-Ruiz FJ, De la Portilla-de Juan F. Urgent care practice in anorectal abscess. Still a pending task. *Cir Cir.* 2020;88(6):690-697
6. Santos N, Dos Santos D, Pereira A, Campelo F. Fournier's gangrene by perianal abscess. *J Coloproctol* 2020;40(4):334-338.
7. Mocanu V, Dang JT, Ladak F, et al. Antibiotic use in prevention of anal fistulas following incision and drainage of anorectal abscesses. A systematic review and meta-analysis. *Am J Surg* 2019; 217: 910-7.
8. Gaertner W, Burgess P, Davids J, Lightner A, Shogan B ; Sun M, Steele, S, Paquette I, Feingold D. Pautas de práctica clínica de la Sociedad Estadounidense de Cirujanos de Colon y Recto para el manejo del absceso anorrectal, la fístula en el ano y la fístula rectovaginal. *Dis Colon Rectum* 2022; 65: 964-985.
9. Sahnán K, Askari A, Adegbola SO, et al. Fístula persistente tras drenaje de absceso anorrectal: experiencia local de 11 años. *Dis Colon Recto* 2019; 62:327.
10. Vogel J. Fístula Anorrectal: Manifestaciones clínicas, diagnóstico y principios de manejo. UpToDate, Octubre 2021.

01

02

03

04

05

06

07

08

## 06. SINUS PILONIDAL

1. Epidemiología
2. Fisiopatología
3. Clínica
  - a. Sinus Pilonidal Agudo
  - b. Sinus Pilonidal Crónico
  - c. Enfermedad Pilonidal Recidivante
4. Diagnóstico
  - a. Diagnóstico diferencial
5. Manejo y tratamiento
6. Cuidados postquirúrgicos y baja laboral

### AUTORES

- Sonia Fernández Jorde
- Noelia Fontanillas Garmilla
- Ramón Cantero Cid

01

02

03

04

05

06

07

08

El sinus pilonidal es un proceso supurativo subcutáneo localizado en la región sacro-coccígea formado por inclusiones epidérmicas en la dermis. Se trata de un proceso adquirido con presentación clínica variable aguda o crónica, cursando con síntomas leves y autolimitados hasta graves, produciendo infecciones complicadas en los tejidos de la zona sacro-coccígea.<sup>1,2</sup>

## 1. EPIDEMIOLOGÍA

El sinus pilonidal se observa principalmente en **varones jóvenes** con una incidencia del 0,7 %, siendo su desarrollo por encima de los 45 años excepcional.

Los hombres son los más afectados respecto a las mujeres, con una relación 3:1 o 4:1.<sup>1</sup>

### FACTORES DE RIESGO

- Obesidad
- Pliegue interglúteo profundo
- Alta densidad de vello en zona interglútea
- Sedentarismo y sedestación prolongada
- Trauma y/o irritación local
- Historia familiar

## 2. FISIOPATOLOGÍA

Inicialmente se creía que su origen era embriológico. Actualmente la mayoría de las publicaciones apuntan hacia un origen adquirido debido a la objetivación de células epidérmicas y tejido de granulación en el material analizado tras la exéresis, así como que la enfermedad apenas se manifiesta en recién nacidos. Es más frecuente en varones con elevada densidad de vello y con ciertos trabajos que predisponen a la enfermedad por la sedestación prolongada de más de 6 horas al día e irritación sobre la zona.<sup>3</sup>

El mecanismo específico de producción se desconoce, pero la presencia de pelo e inflamación en el pliegue son factores que contribuyen. Cada vez que una persona se sienta y levanta, el pliegue interglúteo se estira, dañando y rompiendo folículos pilosos, creando poros que recogen los desechos y creando así un ambiente favorable para que los pelos que se desprenden se alojen e incrusten. A medida que la piel continúa con esta dinámica sobre el pliegue se va produciendo más acúmulo e inflamación y da lugar a la formación del sinus.

Las cavidades pilonidales no son quistes verdaderos y carecen de un revestimiento completamente epitelizado.

01

02

03

04

05

06

07

08

Una vez el sinus se infecta, de forma secundaria se desarrolla un absceso subcutáneo agudo que puede romperse espontáneamente o requerir de drenaje quirúrgico. También se puede desarrollar una infección recurrente o crónica en esta área afecta debido a los restos retenidos.

### 3. CLÍNICA

Se manifiesta como una depresión cutánea en el pliegue interglúteo, se trataría del orificio primario que se extiende mediante un tracto fibroso subcutáneo hasta uno o más orificios secundarios, localizados habitualmente fuera de la línea media interglútea. A través de dichos orificios puede drenar contenido sero-hemático, sero-purulento y en ocasiones se puede objetivar la salida de pelo.

El trayecto fistuloso suele seguir un trayecto craneal generalmente, esto probablemente esté relacionado con las fuerzas mecánicas involucradas, ya que la dirección del folículo determina la dirección del trayecto del sinus, sin embargo, también puede extenderse lateral o caudalmente pudiendo parecerse a una fístula perianal (Figura 1).

Los síntomas principales que refieren los pacientes son **dolor y supuración intermitente en la zona de pliegue interglúteo**.<sup>4</sup>

#### a. Sinus pilonidal agudo

Los síntomas de una exacerbación aguda suelen ser la aparición repentina de dolor (de variable intensidad) en la región interglútea al sentarse o realizar actividades que generen tensión en la piel de la zona (agacharse, sentarse). También suelen referir inflamación localizada y en ocasiones fluctuante (Figura 1), así como drenaje de contenido purulento y/o sanguinolento.



**Figura 1.** Forma aguda del sinus pilonidal

## b. Sinus pilonidal crónico

Es la presentación más habitual. Los pacientes experimentan recurrencia o drenaje persistente y dolor. Suelen presentar varias áreas de drenaje (Figura 2), una principal en el área media y un orificio secundario a unos 3-4cm cranealmente.



**Figura 2.** Forma crónica del sinus pilonidal

## c. Enfermedad pilonidal recidivante

Producida habitualmente hasta en el 15 % de los pacientes intervenidos previamente de un sinus pilonidal, presentan cicatrices y fibrosis previas, por lo que el orificio primario puede ser menos visible.<sup>3</sup>

Se debe realizar biopsia en todos aquellos pacientes con sinus pilonidal que presenten apariencia inusual, agresiva o sinus de larga evolución y descuidado, por la posible degeneración neoplásica a carcinoma epidermoide (Figura 3).



**Figura 3.** Sinus pilonidal recidivante

## 4. DIAGNÓSTICO

El sinus pilonidal en fase asintomática se puede diagnosticar clínicamente al objetivar el orificio primario en la línea media interglútea.

El sinus agudo y crónico se puede diagnosticar por los hallazgos adicionales de una masa dolorosa y uno o más orificios fistulosos que drenan contenido.<sup>5</sup>

El diagnóstico es clínico, no siendo necesarias pruebas de imagen o laboratorio.

### a. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial debe hacerse con:

- **Absceso perianal:** Generalmente presentado con dolor severo en la zona anal o perianal y síntomas constitucionales como fiebre. La localización de este es más frecuente en la zona cercana al ano, mientras que el sinus está localizado generalmente en el pliegue interglúteo más cefálicamente.
- **Fistula anal:** La principal diferencia con los sinus es la dirección del trayecto. Mientras que las fístulas de ano se dirigen hacia el ano, objetivándose un orificio fistuloso interno, los sinus lo hacen hacia la línea media interglútea o lateral.
- **Hidradenitis supurativa:** Si bien es cierto que tiene características en común (tractos sinusales, orificios de salida), la hidradenitis supurativa tiene su localización típica en la zona inguinal y perineal más que en la zona del pliegue interglúteo como el sinus.
- **Manifestaciones extraintestinales de enfermedades inflamatorias** (enfermedad de Crohn principalmente): No debemos olvidar que las complicaciones perianales incluyen fisuras, fístulas y abscesos. El área involucrada suele ser más la zona perianal en lugar de la zona del pliegue interglúteo.

## 5. MANEJO Y TRATAMIENTO

El sinus pilonidal debe ser tratado cuando es sintomático y se puede presentar como enfermedad aguda o crónica.<sup>6</sup>

### 1. Enfermedad aguda:

- Celulitis sin absceso: Antibióticos
- Celulitis con absceso: Drenaje +/- antibiótico según las características del paciente. La incisión debe hacerse sobre la zona fluctuante y, en la medida que sea posible, debe desbridarse la zona inflamatoria.

Se recomienda la depilación después de un primer absceso.

### 2. Enfermedad crónica: Entre un 10 – 55 % de los pacientes con sinus pilonidal presentan crisis recurrentes, donde se evidenciará aparición de trayectos fistulosos y supuración crónica.

01

02

03

04

05

06

07

08

## Tratamiento quirúrgico:

Se debe conservar el máximo tejido normal posible, evitando, si se produce, el cierre en línea media. La cirugía puede ir desde procedimientos mínimamente invasivos hasta la exéresis con escisión selectiva o llegando hasta la fascia sacrococcígea.

- Técnicas mínimamente invasivas:
  - EPSiT (*endoscopic pilonidal sinus treatment*)<sup>7</sup>: Se introduce un fistuloscopio a través de un orificio fistuloso para visualizar los trayectos fistulosos y sinus, procediendo al desbridamiento y posterior ablación de los mismos con electrocauterio.
  - Laser (SiLaC)<sup>8</sup>(Figura 4): Destruye, a través de la energía que se consigue en el extremo de la sonda que se introduce por orificio fistuloso, el epitelio escamoso de los sinus y trayectos fistulosos.



**Figura 4.** Tratamiento laser de sinus pilonidal

- Ablación por radiofrecuencia<sup>9</sup>: Inserción de un electrodo de radiofrecuencia en los trayectos y sinus fistulosos que realiza una cauterización de estos.

- Resección selectiva (Figura 5) o completa (Figura 6): Podremos optar por cierre por primera intención o diferido.



**Figura 5.** Resección limitada



**Figura 6.** Resección completa

- Cierre por primera intención: Se puede realizar en línea media (Figura 7) o lateral (Figura 8)



**Figura 7.** Cierre primario en línea media



**Figura 8.** Cierre lateral

El cierre lateral permite cubrir defectos mayores y tiene una menor tensión, objetivándose unos claros beneficios<sup>10</sup>:

- Menor tiempo de curación en suturadas en lateral.
- Mayor riesgo de infección en línea media.
- Menor índice de recurrencia en sutura lateral.
- Menor tasa de complicación en sutura lateral.

- 01
- 02
- 03
- 04
- 05
- 06
- 07
- 08

No hay consenso para recomendar uno u otro tipo de colgajo, siendo los más utilizados el de Karydakis modificado<sup>11</sup> y el de Limberg modificado.<sup>12</sup> El primero de ellos se asocia a una menor tasa de dehiscencia, un menor tiempo operatorio y una mayor satisfacción del paciente.<sup>11</sup>

- Cierre diferido (Figura 9): También denominado cierre por segunda intención o cuando se marsupializa a la fascia sacrococcígea.
- Esta técnica también puede usar la terapia de presión negativa para el cierre de la herida, existiendo un cierre más rápido al principio, pero no disminuye el tiempo total de la cicatrización ni el de la reincorporación a la vida cotidiana.<sup>13</sup>



**Figura 9.** Cierre secundario

Existe una revisión de la Cochrane<sup>10</sup> comparando el cierre por primera y segunda intención donde se concluía:

- Cicatrización más rápida con cierre primario.
- Retorno más rápido a la actividad diaria de los pacientes con cierre primario.
- Cierre primario con mayor tasa de recurrencia.
- No hay diferencias en cuanto al riesgo de infección del sitio quirúrgico con ambos procedimientos.

## 6. CUIDADOS POST QUIRÚRGICOS Y BAJA LABORAL

El drenaje quirúrgico del absceso puede no ser el tratamiento definitivo de la enfermedad pilonidal. Con la incisión y drenaje de un primer episodio de sinus se consigue en aproximadamente un 60 % de pacientes una curación exitosa.<sup>8</sup>

Las **tasas de recurrencia** varían mucho entre un 10 y un 55 % dependiendo principalmente de la existencia de múltiples poros y de tractos laterales.<sup>9</sup>

Los **cuidados** tras un sinus pilonidal drenado son fundamentales, higiene perineal y control del vello, la depilación de la zona interglútea es recomendable, siendo métodos como la cera o el láser más adecuados que la rasuración por aumentar el riesgo de recurrencia.<sup>10</sup>

El uso de antibióticos en el postoperatorio como cefalosporinas de tercera generación se recomienda en pacientes con celulitis extensa, sepsis o pacientes con recambio valvular cardíaco o inmunosupresión subyacente.

Las curas tras el drenaje se realizan por parte del equipo de enfermería de Atención Primaria, y dependen del abordaje y del tipo de cierre (primario o secundario) que se haya llevado a cabo.

El **tiempo de incapacidad** temporal es muy variable y va a depender sobre todo de si el cierre tras el drenaje es primario o secundario, no pudiendo establecerse un periodo que se pueda generalizar, por lo que se deberá individualizar según cada paciente.

01

02

03

04

05

06

07

08

# IDEAS CLAVE

- **El sinus pilonidal es un absceso crónico subcutáneo localizado en el pliegue interglúteo que puede cursar de forma aguda, crónica o recidivante.**
- **Los síntomas principales son dolor y supuración intermitente en la zona de pliegue interglúteo.**
- **El tratamiento de la forma aguda es drenaje y desbridamiento urgente tras lo cual deben ser valorados en consultas de Cirugía de cara a decidir tratamiento definitivo.**
- **El paciente asintomático, no precisa tratamiento quirúrgico.**
- **Debemos preservar siempre la mayor cantidad de tejido posible.**

## BIBLIOGRAFÍA

1. Taboada TC. Enfermedad Pilonidal. In: Manual de GGPC de proctología para atención primaria. Asociación española de cirujanos; 2019. p. 49–54.
2. Luedi MM, Schober P, Stauffer VK, Diekmann M, Anderegg L, Doll D. Gender-specific prevalence of pilonidal sinus disease over time: A systematic review and meta-analysis. ANZ J Surg 1;91(7–8):1582–7.
3. Parajó A. Absceso y fístula anal. Manual GGCP de proctología para atención primaria. Casal E, Parajó A, eds. Ed Campus na Nube 2019: 49–54. ISBN 978-84-09-12526-5
4. Herold A, Lehur PA, Matzel KE, O'Connell PR. Coloproctology: European Manual of Medicine (2nd edition, 2017) ESCP
5. Johnson EK, Vogel JD, Cowan ML, Feingold DL, Steele SR. The American Society of Colon and Rectal Surgeons' Clinical Practice Guidelines for the Management of Pilonidal Disease. Dis Colon Rectum. 2019;62(2):146–57.
6. Practicum de Coloproctología de la AACP (2022) ERGON. Editores: F. de la Portilla, J. Garcia Armengol, E. Espin, J.E. Casal. ISBN 978-84-18576-48-5.
7. Meinero P et al. Endoscopic pilonidal sinus treatment (EPSiT). Tech Coloproct. 2014; 18: 389–92
8. Grabowski J et al. The management of pilonidal disease: A systematic review. J Pediatr Surg 2019; 54: 2210–21.
9. Gupta PJ. Comparative study between radiofrequency sinus excision and open excision in sacro-coccygeal pilonidal sinus disease. Dig Surg 2005; 22: 459–63
10. Al-Khamis A. et al. Healing by primary versus secondary intention after surgical treatment for pilonidal sinus. Cochrane Database Syst Rev 2010; 2010: CD006213.
11. Arslan K et al. Which flap method should be preferred for the treatment of pilonidal sinus?. A prospective randomized study. Tech Coloproctol 2014; 18: 29–37.
12. Hull TL et al. Pilonidal disease. Surg Clin North Am 2002; 82: 1169–85.
13. Biter LU et al. The use of negative pressure wound therapy in pilonidal sinus disease: a randomized controlled trial comparing negative-pressure wound therapy versus standard open wound care after surgical excision. Dis Colon Rectum 2014; 57: 1406–11

01

02

03

04

05

06

07

08

# 07. TUMORES ANALES

1. Introducción
2. Etiología
3. Diagnóstico
  - a. Valoración inicial
  - b. Clasificación
  - c. Recomendaciones ESMO
4. Manejo en atención primaria
  - a. Derivación
  - b. Cribado y prevención
  - c. Casos especiales
5. Tratamiento quirúrgico
6. Cuidados post quirúrgicos

## AUTORES

- César Granja Ortega
- Inés Rivera Panizo
- Rosa M Jiménez Rodríguez

01

02

03

04

05

06

07

08

# 1. INTRODUCCIÓN

El carcinoma anal (CA) es una neoplasia rara que representa menos del 1 % de todos los nuevos diagnósticos de cáncer y menos del 3 % de los tumores gastrointestinales.

El subtipo histológico más común es el carcinoma de células escamosas del ano con una incidencia anual de 0.5–2.0 en 100.000 habitantes. Sin embargo, la incidencia de cáncer anal en Europa está aumentando, registrándose 40.000 nuevos casos de cáncer anal en 2012.

La supervivencia a 5 años ha mejorado desde un 64 % en 1980 hasta un 75 % en 2010.<sup>1</sup>

## 2. ETIOLOGÍA

Como ya se ha comentado anteriormente, el **carcinoma escamoso** es el subtipo histológico más frecuente. En el 80–85 % de los casos se encuentra asociado al virus del papiloma humano (VPH), cuya infección produce un estado proinflamatorio que favorece el desarrollo de una lesión o neoplasia intraepitelial escamosa (NIA), que se considera la lesión precursora del carcinoma escamoso (de manera análoga a lo que ocurre en el cérvix uterino). Los subtipos 16 y 18 son los más fuertemente asociados a esta patología.<sup>1,2</sup>

Por tanto, los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer anal son similares a los de la infección por VPH: las relaciones sexuales anales y un alto número de parejas sexuales a lo largo de la vida aumentan el riesgo de infección persistente, tanto en hombres como mujeres, lo que eventualmente conduce a la progresión hacia la malignidad. Otros factores de riesgo son el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), las verrugas genitales, la inmunosupresión, enfermedades autoinmunes, antecedentes de otras neoplasias relacionadas con el VPH y el tabaquismo.

Cabe destacar que, en ciertas poblaciones, como los hombres que tienen sexo con hombres<sup>3</sup> (HSH) y los pacientes VIH positivos, la incidencia de cáncer anal es mayor, habiéndose estimado que la incidencia de cáncer anal entre los HSH VIH positivos es aproximadamente el doble que en los HSH VIH negativos.<sup>1</sup>

Desde un punto de vista etiológico, el cáncer anal es más similar a las neoplasias malignas genitales que a las del tubo digestivo.<sup>4</sup>

Por otro lado, los adenocarcinomas derivados de los elementos glandulares dentro del canal anal son raros, pero parecen compartir una historia natural similar a la de los adenocarcinomas rectales.<sup>4</sup>

La siguiente tabla (Tabla 1) recoge los factores que aumentan el riesgo de infección por VPH y/o la modulación de una respuesta del huésped y la persistencia de esta infección que parecen afectar la epidemiología de este tumor.

01

02

03

04

05

06

07

08

**Tabla 1.** Factores de riesgo para el cáncer anal.  
(Elaboración propia)

- Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.
- Antecedentes de verrugas anogenitales.
- Neoplasias malignas de tracto genital inferior.
- Inmunosupresión en los receptores de trasplantes.
- Antecedentes de otros cánceres relacionados con el VPH.
- Trastornos autoinmunitarios.
- Tabaquismo.

### 3. DIAGNÓSTICO

El cáncer anal con frecuencia se presenta en forma de sangrado, pero el diagnóstico puede llegar a retrasarse varios meses porque en muchas ocasiones se atribuye el sangrado a hemorroides u otras patologías benignas. Otros síntomas posibles son la aparición de una masa, úlcera que no cicatriza, incontinencia fecal, fístula, dolor, etc. La inspección anal y el tacto rectal son, por tanto, herramientas imprescindibles a la hora de detectar lesiones en la región anal y establecer la sospecha diagnóstica inicial.<sup>1</sup>

La siguiente tabla (Tabla 2) recoge los diagnósticos diferenciales más habituales.<sup>5</sup>

**Tabla 2.** Principales diagnósticos diferenciales<sup>5</sup>

- Hemorroides
- Chancro sifilítico
- Fisura anal
- Fístula
- Condilomas acuminados
- Psoriasis

El diagnóstico final de certeza es necesariamente histológico, por lo que en todos los casos debe realizarse una biopsia. Esto permitirá diferenciar el carcinoma escamoso de otras posibles lesiones como son el adenocarcinoma, melanoma, GIST, tumores neuroendocrinos poco diferenciados o linfomas.<sup>6</sup>

Otra lesión que destacar, por ser la lesión precursora del cáncer anal, es la neoplasia escamosa intraepitelial (NIA). Estas lesiones se clasifican en bajo riesgo y alto riesgo. La prevalencia de las NIA en la población es baja, pero los comportamientos sexuales de riesgo se asocian con tasas elevadas.

01

02

03

04

05

06

07

08

## a. Valoración inicial

Para comenzar el abordaje de estos pacientes es necesaria una historia clínica completa dirigida a la documentación de síntomas, antecedentes médicos y medicación relevantes:

- Historia de infección clínica por el virus del papiloma humano (VPH) y otras infecciones de transmisión sexual.
- Historia sexual, incluida la investigación específica sobre las relaciones sexuales anales receptivas.
- Seroestado del VIH y marcadores de infección (recuento de linfocitos T CD4 y carga viral).
- Condiciones anales/gastrointestinales previas.
- Síntomas locales (dolor, picazón, sangrado, secreción, irritación, tenesmo).
- Historia del consumo de drogas recreativas.
- Revisión de medicamentos, con especial atención a los medicamentos asociados con la inmunosupresión.<sup>7</sup>

La exploración física debe incluir la inspección visual de la zona perianal, el tacto rectal, la búsqueda de adenopatías palpables, y en el caso de las mujeres una exploración ginecológica.

La realización de una anoscopia o una rectoscopia permite valorar de manera directa el esfínter y el canal anal, y facilita en algunos casos la toma de biopsias. La colonoscopia completa no es necesaria ni en el estadiaje ni en el seguimiento, puesto que no se ha relacionado el cáncer anal con el aumento del riesgo de cáncer colorrectal.<sup>1,2</sup>

Una vez establecido el diagnóstico, se procederá a investigar el estadiaje del tumor de acuerdo a la clasificación TNM. El estadiaje locorregional se valora mediante resonancia magnética pélvica y la extensión a distancia mediante TAC toraco-abdomino-pélvico. La realización de un PET-TAC es recomendable, aunque no obligatoria, y puede ayudar a confirmar lesiones con características sospechosas vistas en las otras pruebas de imagen.

Se recomienda también determinar la expresión de p16, un marcador subrogado de la presencia de VPH, y que se asocia a una mejor respuesta al tratamiento con quimiorradioterapia.

01

02

03

04

05

06

07

08

## b. Clasificación

La siguiente tabla (Tabla 3) recoge la clasificación TNM específica del cáncer anal.

**Tabla 3.** Clasificación TNM cáncer anal.<sup>8</sup>

### Tumor primario (T)

- Tis** Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (neoplasia anal intraepitelial II-III).
- T1** Tumor  $\leq$  2 cm.
- T2** Tumor  $>$  2 cm, pero  $\leq$  5 cm.
- T3** Tumor  $>$  5 cm.
- T4** Tumor de cualquier tamaño que invade órganos adyacentes.

### Ganglios linfáticos regionales (N)

- N0** Sin metástasis a distancia.
- N1** Metástasis en ganglio inguinales, mesorrectales, ilíaca interna o externa.
  - N1a** Metástasis en ganglio inguinales, mesorrectales, ilíaca interna.
  - N1b** Metástasis en ganglio ilíaca externa.
  - N1c** Metástasis en ilíaca externa con cualquier ganglio N1a.

### Metástasis a distancia (M)

- M0** Sin metástasis a distancia.
- M1** Metástasis a distancia.

01

02

03

04

05

06

07

08

### c. Recomendaciones ESMO

La European Society for Medical Oncology (ESMO) en su última Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer anal de 2021 propone las siguientes recomendaciones recogidas en la siguiente tabla (Tabla 4):

**Tabla 4.** Recomendaciones ESMO 2021.<sup>1</sup>

| RECOMENDACIÓN   | NIVEL DE EVIDENCIA | GRADO DE RECOMENDACIÓN |
|---|--------------------|------------------------|
| El examen anorrectal digital es una herramienta clínica esencial para la detección de lesiones en el área anal.   | I                  | A                      |
| La biopsia es obligatoria para confirmar SCCA.  | I                  | A                      |
| Todas las lesiones anales sospechosas deben ser extirpadas o biopsiadas. La biopsia dirigida de lesiones anales sospechosas de NIA es obligatoria en grupos de alto riesgo para excluir lesiones invasivas. | I                  | B                      |
| Las pacientes femeninas con NIA deben ser examinadas para neoplasia intraepitelial cervical sincrónica, neoplasia intraepitelial vulvar y neoplasia intraepitelial vaginal.                                 | I                  | A                      |
| Considerar la prueba del VIH en pacientes con NIA recurrente o multifocal.  | V                  | A                      |

01

02

03

04

05

06

07

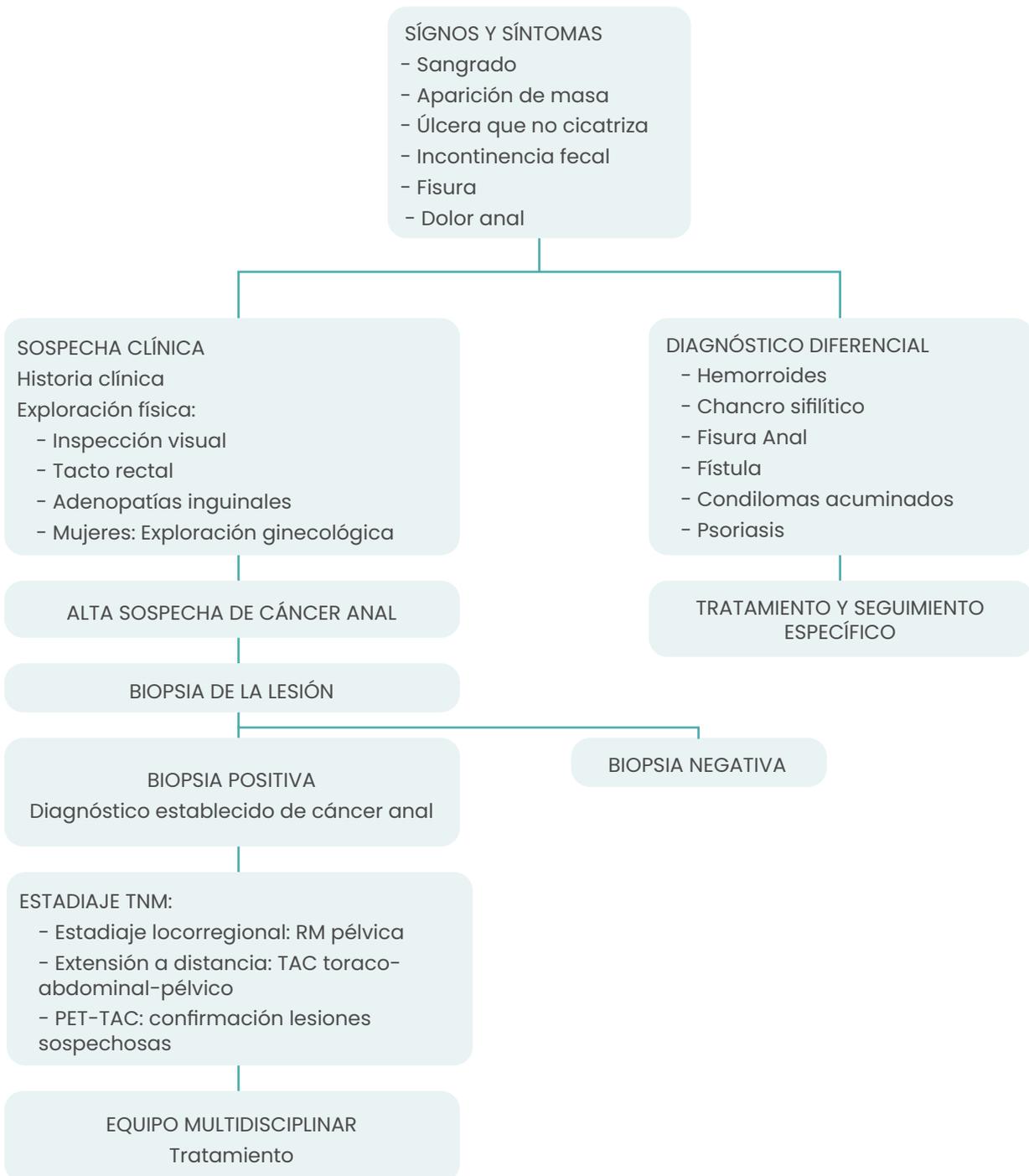
08

# 4. MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

El principal papel del médico de Atención Primaria consiste en reconocer los síntomas y signos de alarma y realizar la exploración anal oportuna, con el fin de identificar precozmente lesiones sospechosas y derivar a estos pacientes para valoración por Cirugía General.

## a. Derivación

El siguiente algoritmo (Algoritmo 1. Elaboración propia del autor) refleja los pasos a seguir ante un paciente con sospecha de CA (carcinoma anal).



01

02

03

04

05

06

07

08

## b. Cribado y prevención

Actualmente no existe ninguna recomendación formal establecida sobre el cribado en la población general. Sin embargo, existen varias circunstancias que pueden permitir el desarrollo de programas de cribado como son: la existencia de un agente viral identificado relacionado con el proceso —el virus del papiloma humano— que a su vez está íntimamente relacionado con el cáncer de cérvix para el que sí disponemos de un programa de cribado establecido; las similitudes biológicas entre el cáncer de cérvix y el anal; y la capacidad de detectar lesiones preneoplásicas.<sup>9</sup>

Basándose en los resultados observados en el screening de cáncer de cérvix mediante citología, se ha propuesto la realización de citología anal y anoscopia de alta resolución para el cribado del carcinoma anal en individuos de alto riesgo entre lo que se incluyen:<sup>10</sup>

- Hombres VIH positivos que tienen sexo con hombres.
- Pacientes con historia de lesiones anales.
- Mujeres con antecedente de displasia cervical o vulvar.

Sin embargo, no hay estudios randomizados que hayan demostrado un efecto preventivo del cribado en estas poblaciones por lo que actualmente no se puede recomendar su realización de manera rutinaria.

Con respecto a la vacunación frente al VPH, se espera que esta disminuya la incidencia del cáncer anal de igual manera que lo ha hecho con el cáncer de cérvix. Al igual que en el cuello uterino, la infección previa por VPH parece disminuir la eficacia de la vacuna frente a la infección y desarrollo de CA (carcinoma anal).

Actualmente en España disponemos de tres vacunas contra el VPH:

- La vacuna cuadrivalente contra el VPH, Gardasil (Merck & Co., Kenilworth, NJ, EE. UU.).
- La vacuna bivalente, Cervarix (GSK, Brentford, Reino Unido).
- La vacuna nonavalente, Gardasil 9 (Merck & Co., Kenilworth, NJ, EE. UU.)

Cervarix protege contra los genotipos oncogénicos más comunes del VPH (tipos 16 y 18), que causan alrededor del 70 % de los cánceres de cuello uterino. Gardasil, además se dirige al VPH 6 y 11, que causan alrededor del 90 % de las verrugas genitales. Y Gardasil 9 ofrece protección contra el VPH 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 53 y 58.

Los tipos de VPH más comunes que se encuentran en el carcinoma anal son el VPH 16, 18, 31, 33 y 45, y están cubiertos por la vacuna actual de Gardasil 9.

Se necesitan más ensayos clínicos para investigar el efecto de los programas de vacunación en la disminución de las enfermedades orales, del pene, anales y vulvares asociadas al VPH. Las vacunas actuales contra el virus son vacunas profilácticas que no tratan las infecciones preexistentes ni las lesiones establecidas. Hasta la fecha, ninguna vacuna puede proporcionar una regresión irreversible de los cánceres asociados al VPH.<sup>10</sup> Actualmente se están desarrollando trabajos de investigación sobre vacunas que desencadenen una respuesta inmune celular como tratamiento para infecciones y neoplasias malignas ya establecidas.<sup>11</sup>

01

02

03

04

05

06

07

08

### c. Casos especiales

#### INMUNODEPRIMIDOS:

Los pacientes con inmunosupresión crónica, como aquellos con trasplante de órgano sólido, pueden tener un mayor riesgo de desarrollar CA (Carcinoma anal). Las enfermedades autoinmunes también son un factor de riesgo de CA, en parte a causa del tratamiento crónico con glucocorticoides y otros fármacos inmunosupresores.

#### TABAQUISMO:

El tabaquismo y la infección por VIH también pueden ser importantes en la modulación/persistencia de la infección por VPH y, por lo tanto, en los resultados del tratamiento.<sup>12,13</sup>

## 5. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Habitualmente el cáncer de ano puede ser tratado de forma exitosa con quimioterapia en combinación con radioterapia. No obstante, existen otras opciones, como la cirugía o incluso la administración de nuevos fármacos en el contexto de ensayos clínicos.

La elección de uno u otro tratamiento dependerá de diversos factores:

- El estadio del cáncer de ano.
- La localización del tumor en el ano.
- Si el paciente tiene algún tipo de inmunodeficiencia como el virus del VIH.
- Si el cáncer se acaba de diagnosticar o si es una recidiva que ha ocurrido después de ser tratado.
- La edad del paciente.
- El estado general de salud del paciente.

#### Cirugía en el cáncer de ano

Si la cirugía es el tratamiento indicado, las opciones pueden ser:

- Resección local: cuando se extirpa el tumor junto con el tejido que le rodea.
- Amputación abdominoperineal: Se extirpa el ano, el recto y parte del colon a través de una incisión en el abdomen (abordaje abierto o laparotómico) o bien a través de pequeñas incisiones (abordaje laparoscópico o robótico) y una incisión perianal en el periné. El cierre del periné puede realizarse de forma directa o con colgajos (Figura 1). La parte proximal del colon que se secciona se abre hacia la pared abdominal, constituyendo un estoma (colostomía).



**Figura 1.** Colgajo en V-Y para cierre de herida perineal tras amputación abdominoperineal.

## 6. CUIDADOS POSTQUIRÚRGICOS

De manera general, el paciente debe mantener las heridas limpias y secas, retirar los puntos en unos 10 días desde la cirugía, salvo otra indicación concreta, e intentar evitar sentarse sobre las heridas del periné durante las primeras semanas.

En el caso concreto de haber sufrido una amputación abdominoperineal, deberá tener en cuenta que es posible que la herida sangre en los primeros días o se infecte. En este caso el paciente debe solicitar cita para valoración por el cirujano.

Son especialmente importantes los cuidados específicos de la colostomía, en el caso en el que el paciente haya precisado su confección. Una dieta correcta, la adecuada protección de la piel, el uso de la bolsa específica para el estoma (una sola pieza o dos, cóncava o convexa, con o sin cinturón, ...) y la detección precoz de posibles complicaciones (retracción de la colostomía, esfacelos, estenosis, necrosis, prolapso, necrosis, etc.) (Figura 2) mejorará la calidad de vida del paciente.

Otras posibles consultas derivadas de la intervención quirúrgica por cáncer de ano, especialmente si el paciente ha sido sometido a una cirugía radical como una amputación abdominoperineal, pueden ser los trastornos urinarios o sexuales. En estos casos es recomendable, si la sintomatología persiste después de los primeros meses, que el paciente consulte con el especialista.



**Figura 2.** Necrosis de colostomía.

## IDEAS CLAVE

- El carcinoma anal (CA) es una neoplasia rara que representa menos del 1 % de todos los nuevos diagnósticos de cáncer y menos del 3 % de los tumores gastrointestinales.
- El carcinoma escamoso es el subtipo histológico más frecuente. En el 80–85 % de los casos se encuentra asociado al virus del papiloma humano (VPH). Los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer anal son similares a los de la infección por VPH.
- El cáncer anal con frecuencia se presenta en forma de sangrado, el diagnóstico puede retrasarse porque en ocasiones se atribuye el sangrado a hemorroides u otras patologías benignas.
- El diagnóstico final de certeza es necesariamente histológico, por lo que en todos los casos debe realizarse una biopsia.
- El principal papel del médico de Atención Primaria consiste en reconocer los síntomas de alarma y realizar la exploración anal oportuna. Es fundamental realizar tacto rectal.
- Actualmente no existe ninguna recomendación formal establecida sobre el cribado en la población general.

01

02

03

04

05

06

07

08

# BIBLIOGRAFÍA

1. Rao S, Guren MG, Khan K, Brown G, Renehan AG, Steigen SE, et al. Anal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*. 2021 June; 32(9): p. 1087-1100.
2. Borrego Arnau J, Blanco Vidal C, Justel Perez JP. *Fisterra*. [Online]; 2022. Available from: [https://www-fisterra-com.scsalud.a17.csinet.es/guias-clinicas/cancer-anal/](https://www.fisterra-com.scsalud.a17.csinet.es/guias-clinicas/cancer-anal/).
3. Cvejic E, Poynten IM, et al. Psychological and utility-based quality of life impact of screening test results for anal precancerous lesions in gay and bisexual men: baseline findings from the Study of Prevention of Anal Cancer. *Sex Transm Infect*. 2020; 96(3): p. 177-183. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430685/>
4. Ryan DP, Willet CG. UpToDate. [Online]; 2023. Available from: [https://www-uptodate-com.scsalud.a17.csinet.es/contents/classification-and-epidemiology-of-anal-cancer?search=cancer%20anal&source=search\\_result&selectedTitle=3-130&usage\\_type=default&display\\_rank=3](https://www-uptodate-com.scsalud.a17.csinet.es/contents/classification-and-epidemiology-of-anal-cancer?search=cancer%20anal&source=search_result&selectedTitle=3-130&usage_type=default&display_rank=3).
5. Babiker HM, Kashyap S, Mehta SR, Lekkala MR, Cagir B. StatPearls. [Online]; 2022. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430685/>.
6. Kin C. So Now My Patient Has Squamous Cell Cancer: Diagnosis, Staging, and Treatment os Squamous Cell Carcinoma of the Anal Canal and Margin. *Clin Colon Rectal Surg*. 2018; 31(6): p. 353-360.
7. Palefsky JM, Brickman C. UpToDate. [Online]; 2023. Available from: [https://www-uptodate-com.scsalud.a17.csinet.es/contents/anal-squamous-intraepithelial-lesions-epidemiology-clinical-presentation-diagnosis-screening-prevention-and-treatment?search=cancer%20anal&source=search\\_result&selectedTitle=5-130&usage\\_type=default&](https://www-uptodate-com.scsalud.a17.csinet.es/contents/anal-squamous-intraepithelial-lesions-epidemiology-clinical-presentation-diagnosis-screening-prevention-and-treatment?search=cancer%20anal&source=search_result&selectedTitle=5-130&usage_type=default&).
8. Asociación Española de Gastroenterología. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. Gomollón F, editor. Springer Healthcare Ibérica S.L.; 2020.
9. Symer MM, Yeo HL. Recent advances in themanagement of anal cancer. *F1000Research*. 2018; 7(F1000 Faculty Rev): p. 1572.
10. Ehrenpreis ED, Smith DG. patients with newly diagnosed cervical cancer should be screened for anal human papilloma virus and anal dysplasia: Results of a pilot study using STELLA computer simulation and economic model. *Papiloma Res*. 2018; 5: p. 38-45.
11. Cheng L, Wang Y, Du J. Human Papilomavirus Vaccines: An Update Review. *Vaccines (Basel)*. 2020; 8(3): p. 391.
12. Damgacioglu H, Lin YY, Ortiz AP, et al.. State Variation in Squamous Cell Carcinoma of the Anus Incidence and Mortality, and Association With HIV/AIDS and Smoking in the United States. *J Clin Oncol*. 2023; 41: p. 1228.
13. Colon-Lopez V, Shiels MS, Machin M, et al. Anal Cancer Risk Among People With HIV Infection in the United States. *J Clin Oncol*. 2018; 36: p. 68.

01

02

03

04

05

06

07

08

## 08. PROCTALGIAS INFRECIENTES

01

### INTRODUCCIÓN

### PRURITO ANAL IDIOPÁTICO

1. Diagnóstico
2. Clasificación
3. Tratamiento
4. Criterios de derivación
5. Algoritmo diagnóstico-terapéutico

02

03

04

### NEURALGIA PUDENDA

1. Diagnóstico
2. Tratamiento
3. Criterios de derivación

05

06

### PROCTALGIA FUGAX

1. Diagnóstico
2. Tratamiento
3. Criterios de derivación

07

### SÍNDROME ELEVADOR DEL ANO

1. Diagnóstico
2. Tratamiento
3. Criterios de derivación

08

### ALGORITMO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO DE DOLOR ANAL CRÓNICO O RECURRENTE

### AUTORES

- Inés Rivera Panizo
- César Granja Ortega
- Blas Flor Lorente

# INTRODUCCIÓN

El dolor anal o “proctalgia” es una de las causas más frecuentes en la consulta de coloproctología pero también en las consultas de Atención Primaria, bien como síntoma acompañante (secundario a algo) o como motivo único sin que el paciente haya objetivado ninguna otra anomalía.<sup>1</sup>

Las causas más frecuentes de dolor anal **agudo** son la fisura anal, las complicaciones de las hemorroides (trombosis hemorroidal externa y prolapso hemorroidal interno trombosado) y los abscesos perianales. Y es por ello por lo que los pacientes con dolor anal suelen atribuirlo a hemorroides o fisura anal y, a menudo, acuden con la preocupación por el diagnóstico de cáncer, pero existen patologías causantes menos frecuentes que deben ser conocidas para un adecuado diagnóstico diferencial.<sup>2</sup> Será por tanto necesario realizar el diagnóstico de la causa de ese dolor, partiendo de la base de que **no todo dolor anal son hemorroides o fisuras**.

Es preciso, por tanto, contemplar el dolor **como “síntoma”**, consecuencia de cualquiera de los múltiples procesos que se desarrollan en esta área, y el dolor **como “enfermedad”**, conocido como **proctalgia esencial o algias anorrectales** —que comentaremos a lo largo de este tema—, en el que abordaremos varias proctalgias infrecuentes, pero que deben conocerse para un adecuado diagnóstico diferencial:

1. Prurito anal idiopático.
2. Neuralgia pudenda.
3. Proctalgia fugax.
4. Síndrome elevador del ano.

## PRURITO ANAL IDIOPÁTICO

El **prurito anal** se define como una condición caracterizada por **picor alrededor de la región perianal**. Es un problema que causa un deterioro de la calidad de vida a largo plazo. La mayoría de las veces es un síntoma de difícil diagnóstico.

Es un **motivo de consulta frecuente** que generalmente surge de condiciones benignas, y que en ausencia de otras lesiones —“prurito anal secundario” (hay que descartar un origen secundario a fisuras, hemorroides, infección por hongos, por oxiuros, dermatitis irritativas, líquen, tumoral...)— suele estar provocado por irritación local sin una causa clara “prurito anal idiopático”.<sup>3</sup> Este último probablemente se deba a la contaminación fecal perianal y al traumatismo resultante de limpiarse.

Se estima que el prurito anal afecta del 1-5 % de la población general. Sin embargo, la mayoría de estos pacientes no suelen solicitar atención médica. Es más frecuente entre los 40-60 años de edad y tiene una mayor prevalencia en el sexo masculino. Puede ser transitorio o crónico y difícil de tratar.<sup>4</sup>

01

02

03

04

05

06

07

08

# 1. DIAGNÓSTICO

Los pacientes con prurito anal aparecen en nuestra consulta refiriendo **picor, ardor** y en ocasiones **dolor** en la región perianal, lo que lleva a rascado de la región. Puede ser difícil establecer la causa principal, ya que el prurito a menudo es secundario a una afección subyacente, por ello, una **anamnesis completa y una exploración física exhaustiva son de gran importancia**. Uno de los objetivos diagnósticos cruciales es diferenciar entre prurito primario y secundario.<sup>5</sup>

Es necesario indagar si el paciente notó algún factor desencadenante o que agrave o alivie sus síntomas, por ejemplo, la ropa ajustada puede empeorar el prurito al promover la sudoración. También se ha visto que el consumo de tabaco, alcohol y varios productos alimenticios (como la leche, el chocolate o cítricos y tomates), se han relacionado con el prurito anal idiopático. Además, es importante detallar las prácticas higiénicas de los pacientes, ya que, en ocasiones, el prurito anal idiopático es consecuencia de una mala higiene o higiene excesiva, jabones, obesidad, ropa ajustada o toallitas perfumadas. Además, debemos preguntar por ambiente epidémico familiar (para descartar enfermedad infecciosa asociada), duración del prurito anal y presencia de prurito generalizado. En la anamnesis dirigida debemos tomar atención a otros factores como la asociación de prurito con deposiciones, diarrea, estreñimiento o un cambio en el ritmo intestinal, síntomas sistémicos como fiebre, cambios en el apetito o el peso y el uso de medicamentos entre otras.<sup>5</sup>

En el prurito anal idiopático no suele haber dolor, sin embargo, algunos pacientes pueden tener dificultad en diferenciar entre prurito, quemazón y dolor, dado que la respuesta sensorial del anodermo y la piel perianal es variable.<sup>4,5</sup>

## a. Exploración física

En cuanto a la exploración física, la mayor parte del enfoque durante el examen se centra en la región perianal, pero un examen físico general completo puede exponer otras localizaciones de afecciones dermatológicas, alergias e infecciones. Además, no debemos olvidar inspeccionar las regiones perineal y genital, ya que su inspección puede indicar otras patologías asociadas con el prurito.<sup>3,4</sup>

En la inspección, generalmente se presenta como erosiones y enrojecimiento en la fase aguda, y piel engrosada, con escoriaciones y signos de rascado en cuadros crónicos.



Imágenes cedidas por los autores

01

02

03

04

05

06

07

08

Después de una **inspección visual** debe seguir un adecuado **tacto rectal**, con lo que debemos descartar enfermedades proctológicas comúnmente asociadas, como hemorroides, fístula anal o fisuras, ya que esto cambiaría el enfoque terapéutico.

### b. Pruebas complementarias

Otras pruebas que complementan la exploración son la **anuscopia** para evaluar el canal anal y el recto distal, y **pruebas de laboratorio** en pacientes con síntomas sistémicos para descartar enfermedades sistémicas asociadas a prurito anal.<sup>3,4</sup> Hallazgos inusuales durante la exploración física, la presencia de signos de alarma —como cambios repentinos en el ritmo intestinal o la pérdida de peso y antecedentes familiares de adenomas o cáncer colorrectal— hacen que sea necesaria la realización de una colonoscopia.<sup>3</sup>

## 2. CLASIFICACIÓN

Puede ser **agudo** (duración < 6 semanas) o **crónico** (duración > 6 semanas)

No hay una clasificación estandarizada, pero según el estado de la piel perianal, algunos autores<sup>6</sup> han propuesto una clasificación en 4 etapas:

- **Etapa 1 (leve):** no se observa ninguna lesión en la inspección, pero el paciente encuentra dolorosa la palpación. Se han excluido otras lesiones anales.
- **Etapa 2 (moderada):** a la inspección se objetiva piel seca roja, a veces piel supurante con hendiduras superficiales redondas y fisuras superficiales longitudinales.
- **Etapa 3 (grave):** piel supurante enrojecida, con úlceras superficiales y excoriaciones interrumpidas por zonas pálidas, blanquecinas y sin pelos.
- **Etapa 4 (crónica):** piel pálida, blanqueada, engrosada, seca, escamosa, sin pelos y sin úlceras o excoriaciones superficiales (condición crónica).

## 3. TRATAMIENTO

Se debe insistir en las **medidas higiénico-dietéticas** (Véase capítulo 1. Generalidades en patología anorrectal), ya que, en ocasiones, es consecuencia de una mala higiene o higiene excesiva, jabones, obesidad, ropa ajustada o toallitas perfumadas.<sup>4</sup>

En este caso es fundamental insistir en evitar limpiar y restregar excesivamente el área perianal, especialmente con jabones, ya que causa más daño mecánico e irritación. Es necesario evitar la humedad en esa región. Se puede usar polvo de almidón de maíz o talco para absorber el exceso de humedad. Se debe aconsejar al paciente que elimine los detergentes para ropa y los perfumes posiblemente irritantes. El paciente debe evitar el café, la coca cola, los cítricos, el chocolate, el alcohol, los productos lácteos, los tomates y los alimentos picantes. Se recomienda agregar una dieta alta en fibra para absorber el exceso de humedad de las heces.<sup>4,6</sup>

El tratamiento consistirá en retirar la causa desencadenante si existiera, junto con la aplicación de **cremas emolientes de barrera e hidratantes, incluso cremas de aloe vera**, claves en el tratamiento del prurito anal y que deben usarse después de la limpieza.<sup>4,6</sup>

01

02

03

04

05

06

07

08

En casos más graves o si no responde a lo anterior, se puede utilizar un ungüento esteroide suave, como la **hidrocortisona al 1 %** en pautas cortas de una o dos semanas para evitar los efectos secundarios, ya que pautas largas pueden conducir a la atrofia dérmica o a sobreinfección fúngica y empeorar la condición.<sup>4,7</sup> Un ensayo<sup>8</sup> cruzado controlado aleatorizado demostró su eficacia, ya que después de 2 semanas de tratamiento el 68 % y el 75 % de los pacientes experimentaron una reducción del picor y una mejora de la calidad de vida, respectivamente.

También han demostrado efectividad los **tratamientos tópicos con capsaicina 0,006 %** que proporciona desensibilización y alivio de los síntomas, ya que se cree que la capsaicina tópica reduce la sustancia P, (neurotransmisor involucrado en la sensibilización al dolor), y la **pomada tacrolimus al 0,1 %** que en ensayos logra disminuir significativamente la intensidad y la frecuencia del picor.<sup>9,10</sup>

Si el prurito es severo, asociamos tratamientos sistémicos como los **antihistamínicos orales** (primera generación) que, a pesar de que su efecto inhibitor es insignificante, actúan principalmente sedando al paciente y pueden ser beneficiosos para aquellos que sufren de rascado nocturno.<sup>9</sup>

## 4. CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Como norma general, podemos establecer que se debe derivar al paciente en los casos en que:

- No seamos capaces de llegar a un diagnóstico desde atención primaria.
- Presencia de síntomas y/o signos de alarma, donde se debe realizar colonoscopia y/o otras pruebas complementarias.
- Antecedentes de cáncer colorrectal que hagan necesaria la realización de una colonoscopia.
- Casos refractarios al tratamiento pautado.

01

02

03

04

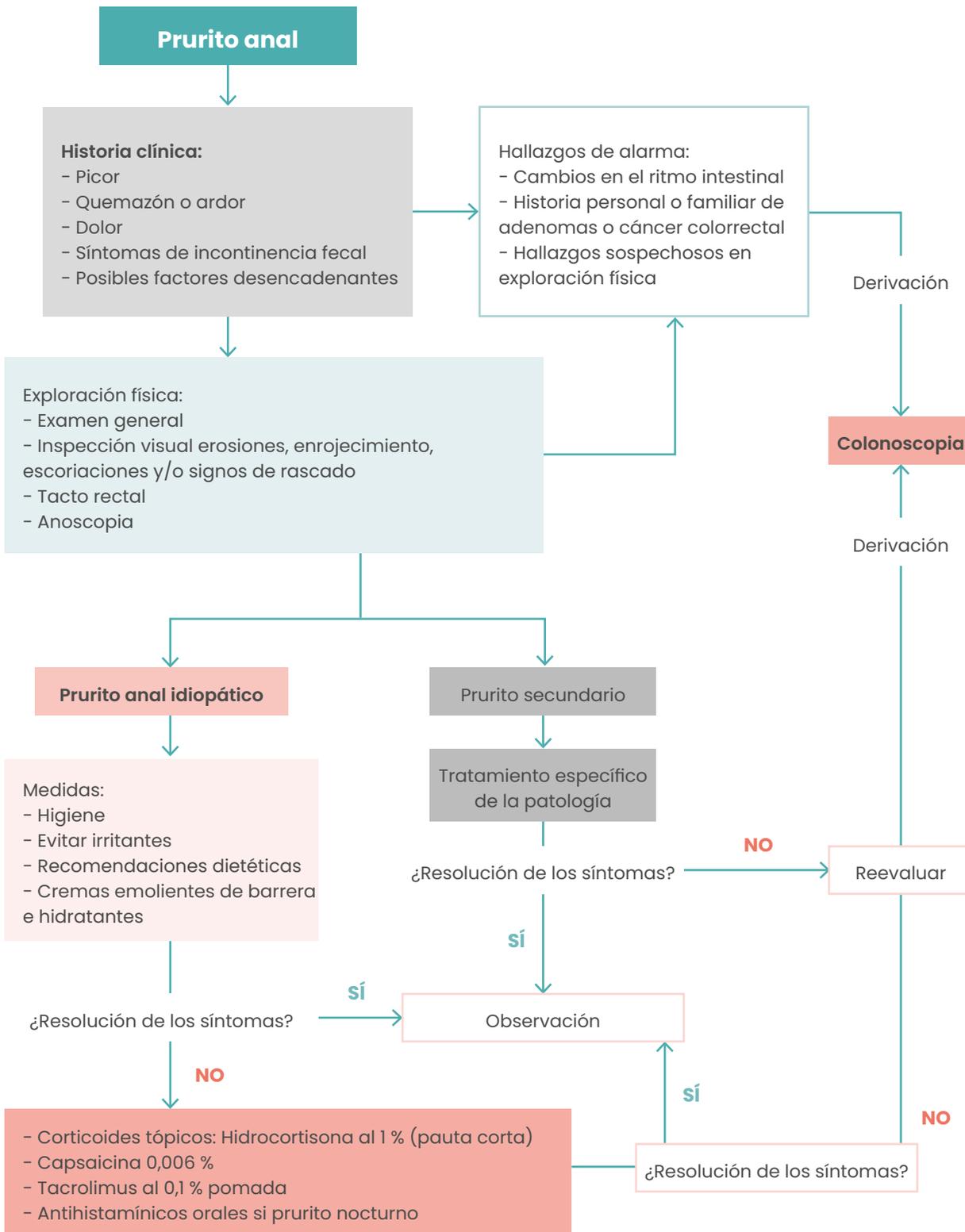
05

06

07

08

# 5. ALGORITMO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO



**Figura 1.** Algoritmo diagnóstico-terapéutico del Prurito Anal. Elaboración propia Dra. Rivera. Adaptado de: Jakubauskas M, Dulskas A. Evaluation, management and future perspectives of anal pruritus: a narrative review. European Journal of Medical Research. February 2023.Vol 28. Art. 57.<sup>7</sup>

- 01
- 02
- 03
- 04
- 05
- 06
- 07
- 08

# NEURALGIA PUDENDA

Es un síndrome de dolor pélvico y perineal crónico que se origina por **daño, lesión, inflamación o irritación del nervio pudendo**.<sup>11</sup>

El nervio pudendo es un nervio mixto que tiene funciones sensoriales, motoras y autonómicas. Como resultado, la inflamación o lesión del nervio puede causar disfunciones de la vejiga, del intestino, sexuales y autonómicas, y dolor perineal.

A menudo no se reconoce esta patología, por lo que se desconoce su verdadera incidencia. Algunos autores<sup>12</sup> han reportado su incidencia en el 1 % de la población general, afectando más a las mujeres que a los hombres, pero se encuentra en ambos sexos.

La neuralgia del pudendo es generalmente un síndrome de "atrapamiento", típicamente como resultado de microtraumatismos repetitivos en dicho nervio. Pero también puede ser causada por un traumatismo indirecto, infecciones virales (como el VIH y el herpes zoster), esclerosis múltiple y diabetes.<sup>11</sup>

La compresión congénita del nervio se observa con frecuencia cuando existen fascias aberrantes y el nervio va a través del ligamento sacrotuberoso. Las compresiones adquiridas incluyen cicatrices después de cirugías pélvicas y sospecha de hematomas después de caídas graves repetitivas, como en esquiadores, patinadores, practicantes de snowboard y otros atletas, siendo particularmente común en ciclistas.<sup>10,11</sup>

Con frecuencia su diagnóstico, y consecuentemente su tratamiento, es tardío, ya que es habitual que ante esta clínica el médico se enfoque en causas morfológicas o infecciosas comunes sospechosas. Esto conlleva un control inadecuado del dolor, con la subsiguiente frustración del paciente, depresión y pérdida en la calidad de vida (incluyendo la esfera emocional y sexual), por lo que es fundamental su conocimiento por parte de los médicos de atención primaria para incluirlo en nuestro abanico de opciones cuando vayamos a realizar un diagnóstico diferencial.<sup>11</sup>

## 1. DIAGNÓSTICO

Debemos sospechar esta patología en todos los pacientes con antecedentes de dolor pélvico (especialmente perineal y genital) con o sin síntomas sexuales, vesicales o intestinales asociados.<sup>13,14</sup>

En este caso, en la anamnesis dirigida debemos hacer hincapié en preguntar a los pacientes acerca de actividades que involucren flexión repetitiva de la cadera, estar sentado durante mucho tiempo, caídas y factores que alivian o agravan la clínica, que pueden sugerir el diagnóstico de neuralgia del pudendo.

La clínica fundamental del síndrome de atrapamiento del nervio pudendo es el **dolor en el recto, periné, uretra y/o órganos genitales externos**, zonas inervadas por dicho nervio o alguna de sus ramas. Los pacientes suelen referir quemazón, disminución o aumento de la sensibilidad, sensación de cuerpo extraño, descargas eléctricas, molestias relacionadas con la defecación, disuria, coito doloroso y/o en ocasiones disfunción

01

02

03

04

05

06

07

08

sexual. El inicio del dolor suele ser sutil y progresivo, excepto cuando es causado por un traumatismo agudo. El dolor generalmente es menor por la mañana y empeora a lo largo del día y a la sedestación.<sup>14</sup>

Para su diagnóstico habitualmente se siguen los **criterios de Nantes**:<sup>13</sup>

1. Dolor en el territorio anatómico del nervio pudiendo.
2. Empeora al sentarse.
3. No le despierta por la noche.
4. No hay pérdida objetiva de la sensibilidad.
5. Respuesta positiva al bloqueo del nervio pudiendo.

El dolor exclusivamente coccígeo, glúteo, púbico o hipogástrico, así como el dolor sólo paroxístico o el prurito, se consideran criterios de exclusión.

Las neuropatías por atrapamiento pueden causar déficits neurológicos focales, dolor local e irradiado y parestesias, (que pueden presentarse o no), ocasionando una falta de correlación entre los hallazgos clínicos y electrofisiológicos.<sup>14</sup>

### a. Exploración física

Como en toda patología anorrectal, además de una adecuada **anamnesis**, es fundamental una **exploración física exhaustiva para, fundamentalmente, descartar un origen secundario del dolor** (Véase capítulo 1. Generalidades en patología anorrectal).

Una **inspección visual** adecuada descartará lesiones en el área de la vulva, el perineo, los genitales masculinos o el recto. Se debe evaluar el esfínter rectal y se debe inspeccionar cualquier región sensible del canal anal.

Posteriormente debemos **palpar la zona inervada por dicho nervio**, es fundamental en ambos sexos examinar cada rama del nervio pudiendo para detectar la sensación de pinchazo, incluido el glande/clítoris, el escroto posterior/labios) y la piel anal posterior bilateralmente.

Con el paciente en posición de litotomía, posición ginecológica o posición supina (paciente tumbado en decúbito supino en una postura horizontal con piernas semiflexionadas en ambos extremos de la camilla) se busca el **signo de Tinel**, que es la reproducción del dolor al palpar la espina isquiática, ya sea vía vaginal o rectal.<sup>13</sup>

También es útil el **test de la pinza rodada** (*rolling test*), que consiste en pinzar con los dedos la piel y el tejido celular subcutáneo, desplazándolo desde el ano hacia el pubis sobre el trayecto de las ramas del nervio pudiendo, reproduciendo los síntomas dolorosos.<sup>13</sup>

Se han encontrado cambios en la piel como consecuencia del compromiso de las fibras autonómicas, incluyendo: piel de naranja, lúvedo reticularis, piel anserina y eritema en labios.<sup>13</sup>

01

02

03

04

05

06

07

08

## b. Pruebas complementarias

Entre las pruebas de mayor utilidad se encuentran la **electromiografía con aguja** y los **estudios de conducción nerviosa**. Recientemente, se ha descrito el uso del doppler color de la arteria pudenda, mostrando resultados prometedores. En los pacientes que asocian disfunción miccional y síntomas urinarios irritativos es recomendable realizar un estudio urodinámico para descartar otras enfermedades. La radiografía, la resonancia magnética de pelvis y la gammagrafía ósea son útiles para descartar otras enfermedades, como entidades neurológicas o neoplásicas entre otras.<sup>13,14</sup>

La utilidad de la electrofisiología en esta patología es limitada, con baja sensibilidad y especificidad.

## 2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El abordaje terapéutico debe asumirse de manera precoz, aunque secuencial, de acuerdo a la causa, comenzando siempre por un manejo conservador. Se recomiendan **medidas básicas** para disminuir los síntomas como: suspender las actividades que desencadenan dolor, evitar periodos prolongados en sedestación o el uso de plataformas perineales para apoyar el peso corporal sobre las tuberosidades isquiáticas, dejando el periné libre de presión.<sup>14,15</sup>

La **fisioterapia** es, para muchos autores, la primera línea de tratamiento.<sup>14</sup> Existen múltiples técnicas de educación postural y ejercicios de estiramientos, así como la liberación de espasmos. También son útiles la estimulación eléctrica y el biofeedback.

Dentro del tratamiento farmacológico se encuentran los **relajantes musculares** y los **neuromoduladores** (como gabapentina, pregabalina, ciclobenzaprina), analgésicos **antiinflamatorios, antidepresivos tricíclicos, lidocaína** en gel o en parches y **opioides**.<sup>15</sup>

Algunos ensayos clínicos determinaron que casi la mitad de los pacientes con neuralgia del pudendo respondieron al tratamiento de primera línea con **lidocaína tópica al 5 % combinada con amitriptilina 10 mg vía oral cada 12 h** durante 6–8 semanas y que, de los pacientes que no respondieron, un porcentaje significativo mejoró sus síntomas cuando se adicionó tramadol al tratamiento inicial. También ha reportado utilidad la **toxina botulínica** por reducir la contracción del músculo obturador.<sup>14</sup>

Recientemente se ha descrito mejoría sintomática con el uso de **capsaicina en parches** dérmicos —ya que actúa sobre receptores nociceptivos modulando el movimiento iónico a través de la membrana—; como alternativa terapéutica con resultados moderados y que deben seguir siendo estudiados.<sup>16</sup>

01

02

03

04

05

06

07

08

### 3. CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- Aquellos pacientes que no responden al manejo conservador deben ser derivados a cirugía para valorar otras opciones diagnóstico-terapéuticas, como bloqueo del nervio pudendo o descompresión quirúrgica del mismo.
- Presencia de signos y/o síntomas de alarma.
- Presencia de exploración física sospechosa de malignidad.
- Dudas diagnósticas.

## PROCTALGIA FUGAX

Se trata de un trastorno anorrectal funcional caracterizado por **episodios recurrentes de dolor anorrectal** muy intenso, continuo y penetrante, que se inicia de manera **brusca**, generalmente **nocturna**, de **segundos a minutos** de duración y con **periodos intercríticos asintomáticos**. Se presenta de forma episódica, pudiendo ocurrir desde una vez al año hasta varias veces por semana. De media se suelen presentar 5-6 episodios/año.<sup>11,17</sup>

Su prevalencia es de entre un 4-18 % en adultos aparentemente sanos, aunque dada la corta duración del dolor, se estima que sólo un escaso porcentaje de los que la padecen lo consultan. Suele aparecer en torno a los 30-60 años de edad, con discreto predominio en mujeres.

Su etiopatogenia es desconocida, aunque se ha atribuido a varias posibles causas: a un espasmo de los músculos de los esfínteres anales y la hipertrofia del esfínter anal interno, a la compresión del nervio pudendo y también, en algunos casos, con trastornos psicológicos, aunque no se ha demostrado si son causa o consecuencia.<sup>17</sup>

## 1. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es clínico y, de acuerdo con los **criterios de Roma IV**<sup>18</sup>, requiere que se cumplan todos los siguientes criterios durante los últimos 3 meses, con el inicio de los síntomas al menos 6 meses antes del diagnóstico:

- **Episodios recurrentes de dolor** localizado en el **ano** o en recto inferior y no relacionado con la defecación.
- Duración de los episodios de **segundos a minutos**, con una duración máxima de 30 minutos.
- **Ausencia de dolor** anorrectal **entre episodios**.

Además, para su diagnóstico requiere de la exclusión de otras causas de dolor anorrectal y pélvico, con la ausencia de cualquier anomalía en la exploración física en los exámenes endoscópicos o radiológicos.<sup>17,18</sup>

01

02

03

04

05

06

07

08

### a. Exploración física: (Véase capítulo 1. Generalidades en patología anorrectal)

Por tanto, tras una adecuada **anamnesis inicial**, es imprescindible una **inspección visual** adecuada de la zona perianal seguido de un **tacto rectal**, donde debemos palpar el tono de los esfínteres, la próstata y el cóccix, para descartar coccigodinis, fisuras anales, hemorroides, patología prostática...así como realizar un examen pélvico en mujeres.

### b. Pruebas complementarias:

Cuando existe una clínica sugestiva de proctalgia fugaz y se descartan otras causas de dolor, se puede prescindir de exploraciones complementarias. En cambio, ante episodios recurrentes o signos de alarma, para realizar el diagnóstico de exclusión y confirmar el diagnóstico de proctalgia fugaz, debe ampliarse el estudio planteándose realizar:

- Analítica de sangre con hemograma básico y bioquímica con marcadores inflamatorios.
- Colonoscopia para descartar enfermedad inflamatoria intestinal, colitis isquémica o cáncer rectal.
- Manometría anorrectal en pacientes con estreñimiento crónico.
- Resonancia magnética abdominopélvica.
- Ecografía endoanal en pacientes con leucocitosis, fiebre y episodios muy recurrentes o que no responden al tratamiento tópico.<sup>1</sup>

## 2. TRATAMIENTO

En la mayoría de los casos, y dada la corta duración de los episodios, no suele requerir tratamiento específico, por lo que debemos explicar la patología de forma adecuada y tranquilizar al paciente.

Los casos en los que la sintomatología es más frecuente pueden requerir tratamiento farmacológico.

Inicialmente se indicarán medidas higiénico-dietéticas (Véase capítulo 1. Generalidades en patología anorrectal) haciendo hincapié en los baños de asiento con agua tibia, evitar la sedestación prolongada...

En cuanto al tratamiento farmacológico en los casos sintomáticos o muy recurrentes, se han propuesto los antiespasmódicos tópicos, como la **nitroglicerina tópica al 0,3 %** o **diltiazem al 2 % tópico**, ya que reducen la presión del esfínter anal interno.<sup>1,18</sup>

Los **antagonistas del canal de calcio** (diltiazem 80 mg/ día) y los **agonistas de receptores de imidazolidina** (clonidina 150 mg/día) pueden disminuir la intensidad y la frecuencia de las crisis de dolor.<sup>1,18</sup>

Así mismo, han demostrado utilidad, en algunos casos, el **salbutamol inhalado** —ya que puede reducir la duración e intensidad de las crisis— y la inyección de **toxina botulínica** en la masa puborrectal —alternativa terapéutica porque reduce la presión basal anal—. <sup>1,18</sup> (Figura 2)

01

02

03

04

05

06

07

08

### 3. CRITERIOS DE DERIVACIÓN:

Ante una proctalgia fugax ya diagnosticada, —con frecuencia en la aparición de sus episodios y/o resistente a tratamiento tópico e incluso sin ningún tipo de respuesta a tratamiento sistémico—, se debe derivar al paciente al servicio de cirugía para valorar si se podría beneficiar de algún tipo de tratamiento quirúrgico como la esfinterotomía lateral interna.

## SÍNDROME ELEVADOR DEL ANO

Los Criterios de Roma IV<sup>18</sup> distinguen 3 tipos de dolor anal funcional: la proctalgia fugax (previamente comentada), el síndrome del elevador del ano y el dolor anorrectal inespecífico (cuando no se cumplen los criterios diagnósticos de los anteriores).

El síndrome elevador del ano, —también llamado dolor miofascial/espasmo muscular del suelo pélvico o mialgia pélvica—, se trata de un **dolor crónico rectal y/o pélvico** debido a la **contracción crónica de los músculos pélvicos**, generalmente referido como un **dolor sordo** o una presión alta en el **recto**, que suele empeorar al sentarse.<sup>1</sup>

Su etiopatogenia es desconocida, pero probablemente resulta de la tensión o los espasmos en los músculos elevadores que conducen a la compresión de las terminaciones nerviosas y al dolor a través de la sensibilización periférica, y se ha visto posiblemente asociado a factores de riesgo como traumatismo pélvico o instrumentación/cirugía y el parto.<sup>1,17</sup>

Algunos ensayos describen una prevalencia del 6'6 % en la población general, con predominio en mujeres de edad media (30-60 años).<sup>17</sup>

## 1. DIAGNÓSTICO

A menudo se puede diagnosticar solo con la historia clínica y el examen físico, aunque debemos considerar pruebas complementarias para excluir un diagnóstico alternativo.

Para su diagnóstico, siguiendo los Criterios de Roma IV<sup>18</sup>, debe cumplir todos los siguientes criterios:

- Dolor anorrectal crónico o recurrente.
- Duración mayor de 30 minutos.
- Tacto rectal: dolor con la tracción posterior del músculo puborrectal.
- Exclusión de otras causas de dolor anal (como enfermedad inflamatoria intestinal, isquemia intestinal, absceso intramuscular, fisura anal, hemorroides, prostatitis, coccigodinia).

Estos criterios deben estar presentes durante los últimos 3 meses con inicio de síntomas al menos 6 meses antes del diagnóstico.

01

02

03

04

05

06

07

08

### a. Exploración física: (Véase capítulo 1. Generalidades en patología anorrectal)

Además de una adecuada anamnesis, es fundamental una exhaustiva exploración física, dado que su diagnóstico es de exclusión y se deben descartar otras causas de dolor anal. Un adecuado **tacto rectal**, destacando que la **sensibilidad** (dolor que se reproduce) a la **palpación del músculo elevador** (generalmente el lado izquierdo) es diagnóstica.

De hecho, uno de los criterios que hace diferenciar el síndrome del elevador del ano con respecto a otra de las patologías de dolor anal funcional descritas dentro de los Criterios de Roma IV con la que comparte características, (el dolor anorrectal inespecífico), es precisamente en la existencia de dolor durante la tracción del músculo puborrectal en este síndrome, encontrándose ausente en el dolor anal funcional inespecífico.

### b. Pruebas complementarias:

En los casos en los que no respondan al tratamiento convencional y/o casos en los que no podamos llegar a excluir otras causas anorrectales, se puede completar su estudio con una analítica sanguínea, incluyendo en este caso un análisis de heces, con una colonoscopia y en algunos casos sigmoidoscopia e incluso con una ecografía.

## 2. TRATAMIENTO

Respecto al tratamiento, la literatura es escasa y controvertida. Se pueden utilizar **baños de asiento**, fármacos **relajantes musculares** y **entrenamiento conductual con biorretroalimentación (biofeedback)**, habiéndose demostrado en algunos ensayos ser superior a la electroestimulación nerviosa con corriente galvánica y al masaje digital. Sin embargo, esta no está disponible universalmente, y la mayoría de los pacientes pueden llevar a cabo un programa especial de fisioterapia del suelo pélvico centrado en el manejo del dolor.

Los relajantes musculares, como metocarbamol, diazepam, ciclobenzaprina o tizanidina, pueden usarse en combinación con terapia no farmacológica. (Figura 2)

## 3. CRITERIOS DE DERIVACIÓN

En vías generales podemos establecer que se debe derivar al paciente a Consultas de Cirugía en los casos en que:

- No seamos capaces de llegar a un diagnóstico desde atención primaria.
- Presencia de síntomas y/o signos de alarma.
- Antecedentes de cáncer colorrectal que hagan necesaria la realización de una colonoscopia.
- Casos refractarios al tratamiento pautado.

01

02

03

04

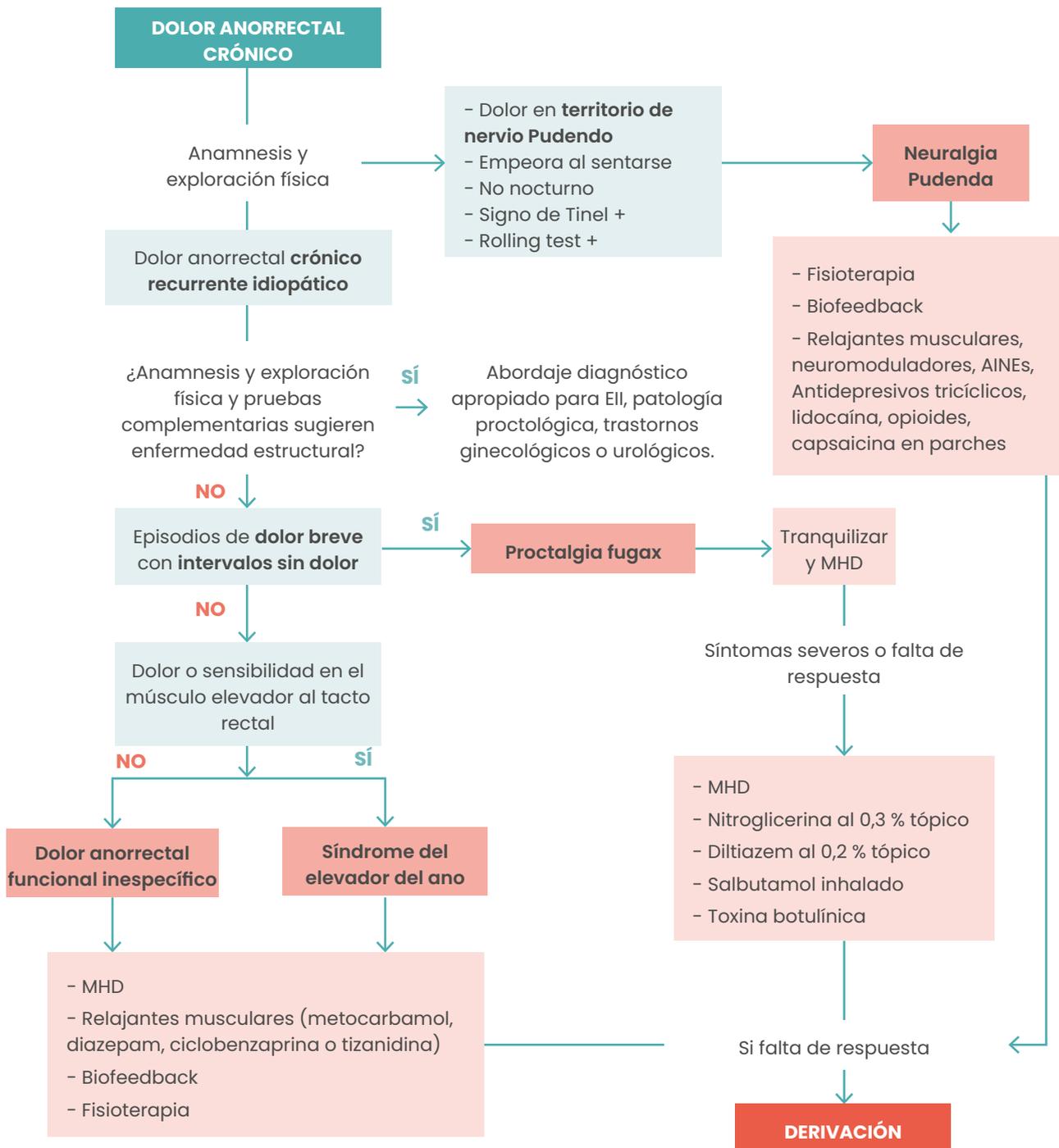
05

06

07

08

# ALGORITMO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO DE DOLOR ANAL CRÓNICO O RECURRENTE



**Figura 2.** Algoritmo diagnóstico-terapéutico dolor anal crónico o recurrente. Elaboración propia Dra. Rivera. Adaptado de: Mata FJ, Viejo A, Ramos-Clemente MT, Corroero FJ. Protocolo diagnóstico y tratamiento del dolor rectal. *Medicine*. 2020; 13(8):461-4. 1

- 01
- 02
- 03
- 04
- 05
- 06
- 07
- 08

## IDEAS CLAVE

- El dolor anal es una de las causas más frecuente en la consulta de coloproctología y en las consultas de atención primaria.
- No todo dolor anal son hemorroides o fisuras.
- Para un correcto manejo diagnóstico-terapéutico es fundamental una adecuada anamnesis y exploración física.
- Es preciso diferenciar el dolor como “síntoma”, consecuencia de cualquiera de los múltiples procesos que se desarrollan en esta área, y el dolor como “enfermedad”, conocido como proctalgia esencial o algias anorrectales para un adecuado diagnóstico diferencial, destacando: Prurito anal idiopático, Neuralgia pudenda, Proctalgia fugax y Síndrome elevador del ano.
- Ante una proctalgia esencial que no responde en 2-3 meses, remitir al Coloproctólogo.

01

02

03

04

05

06

07

08

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Mata FJ, Viejo A, Ramos-Clemente MT, Corroero FJ. Protocolo diagnóstico y tratamiento del dolor rectal. *Medicine*. 2020; 13(8):461-4.
2. Bharucha A, Lee TH. Anorectal and Pelvic Pain. *Mayo Clin Proc* 2016; 91(10): 1471-86.
3. Breen E, Bleday, R. Approach to the Patient with Anal Pruritus. *UpToDate*. 31 Oct 2022. (Accessed March 2023).
4. Mark W, Cohee MD, Ashlee MD, John D, Gaze-wood MD. Benign Anorectal Conditions: Evaluation and Management. *American Family Physician*, 2020; 101, (1):24-33.
5. Ortega AE, Delgadillo X. Prurito idiopático y dermatitis perianal aguda. *Cirugía Rectal Clin Colon. Rev.* 2019; 32:327-3
6. Kuehn HG, Gebbensleben O, Hilger Y, Rohde H. Relación entre síntomas anales y hallazgos anales. *Int J Med Sci*. 2009.
7. Jakubauskas M, Dulskas A. Evaluation, management and future perspectives of anal pruritus: a narrative review. *European Journal of Medical Research*. 2 February 2023. Vol 28. Article number 57.
8. Al-Ghnam R, Short K, Pullen A, et al. La pomada de hidrocortisona al 1% es un tratamiento eficaz para el prurito anal: un ensayo piloto cruzado controlado aleatorio. *Int J enfermedad colorrectal*. 2007; 22:1463.
9. Misery L, Brenaut E, Pierre O, et al. Prurito crónico: tratamientos emergentes siguiendo nuevos conceptos de investigación. *Br J Pharmacol*. 2021; 178:4775-91.
10. ISuys E. Randomized study of topical tacrolimus ointment as possible treatment for resistant idiopathic pruritus ani. *J Am Acad Dermatol*. 2012;66(2): 327-328.
11. Knowles C, Cohen R. Chronic anal pain: A review of causes, diagnosis, and treatment. *Cleve Clin J Med*. 2022; 89(6): 336-343.
12. Spinosa JP, de Bisschop E, Laurençon J, et al. Reflejos sacros escalonados para localizar la compresión pudenda: una validación anatómica del concepto. *Rev Med Suiza*. 2006; 2 (84):2416-8, 2420-1.
13. Tobar V, Rojas MF, Gomez AM, et al. Pudendal neuropathy as a cause of pelvic pain. *Colombian Urology Journal*. 2018; 27:25-34.
14. Levesque A, Bautrant E, Quistrebert V, et al. Recommendations on the management of pudendal nerve entrapment syndrome: A formalised expert consensus. *Eur J Pain*. 2022; 26(1):7-17.
15. Moisset X, Bouhassira D, Avez Couturier J, et al. Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations. *Rev Neurol (Paris)*. 2020;176(5):325-352
16. Levesque A, Riant T, Labat J-J, Ploteau S. Use of high-concentration capsaicin patch for the treatment of pelvic pain: Observational study of 60 inpatients. *Pain Physician* 2017;20:161-168
17. Mark W, Cohee MD, Ashlee MD, et al. Benign Anorectal Conditions: Evaluation and Management. *American Family Physician*, 2020; 101, (1):24-33.
18. Simren M, Palsson OS, Whitehead WE. Update on Rome IV Criteria for colorectal disorders: implications for clinical practice. *Curr Gastroenterol Rep*. 2017;19(4):15.

01

02

03

04

05

06

07

08



**SERVIER**   
*moved by you*