

Capítulo 8

Urgencias ano-rectales

Nicolás Rosales Parra

Residente de Cirugía General, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia

Daniela Valdés Giraldo

Residente de Cirugía General, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia

Andrés Felipe Cárdenas Velásquez

Cirujano General Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, cirujano general IPS Universitaria, Clínica León XIII, docente de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Actualización en CIRUGÍA GENERAL



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

Introducción

La patología ano-rectal se presenta de forma frecuente y tiene síntomas que pueden ser comunes entre diferentes enfermedades; los más frecuentes serán el dolor agudo y el sangrado, aunque no se limita solo a estos. Muchas de estas enfermedades dependen exclusivamente de la configuración anatómica de la región (planos de clivaje, cavidades, glándulas anales, plexos venosos y drenaje linfático, entre otros). Por lo que se requiere un adecuado conocimiento de estas patologías, aprender a reconocerlas, diagnosticarlas y a realizar manejo integral y oportuno (1).

En esta actualización se revisan las principales causas de consulta a urgencias como las hemorroides complicadas, prolapsos rectales complicados, sepsis ano-rectal, otras causas de sangrado no hemorroidal, obstrucción y objetos retenidos. Se consideran además las bases de manejo y sus posibles complicaciones.

Los pacientes que consultan por una urgencia ano-rectal requieren una atención cuidadosa y respetuosa, dado que es muy frecuente que los pacientes presenten mucho malestar y sentimientos de pena, que en ocasiones hacen más tardía la consulta y su manejo.

Para un enfoque adecuado en el servicio de urgencias se debe incluir:

- Una historia clínica completa: interrogar la presencia de sangrado y/o dolor ano-rectal, descarga perianal, prurito anal y sensación de masa a través del ano. También se debe preguntar por el hábito intestinal (fuerza defecatoria, tiempo requerido para defecar, frecuencia y consistencia de las deposiciones), cambios recientes en este y la aparición de síntomas asociados (pérdida de peso, dolor y distensión abdominal). Por último, siempre es importante indagar sobre los antecedentes familiares (cáncer, patologías inflamatorias, entre otros).
- Examen anal: el examen ano-rectal se debe realizar de preferencia en posición prono, ya que permite que la lateralidad del médico se alinee con la del paciente; cuando no se cuente con la camilla que permite la posición prona ideal, se puede realizar en decúbito lateral. Se debe realizar un examen completo que incluya inspección, palpación (tacto rectal), anoscopia/proctoscopia y/o endoscopia.

· Inspección: evaluar toda la zona que esté en un diámetro a 5 cm del orificio anal. Tener en cuenta cambios en la piel, presencia de orificios, zonas fluctuantes y/o empastadas, y presencia de paquetes hemorroidales o fisuras. Es muy importante localizar la lesión de forma radial y describir a cuántos cm del orificio se encuentra.

· Tacto rectal: siempre usar buena lubricación y mantener al paciente informado para disminuir el malestar. Hay que evaluar la tonicidad del esfínter, longitud del canal, presencia de masas, estenosis y/o hemorroides, y describir a cuántos centímetros se encuentra la lesión. Este paso es indispensable en la evaluación de las patologías ano-rectales y no debe reemplazarse por ningún otro estudio, excepto en la presencia de fisuras para evitar desencadenar dolor.

· Anoscopia y/o rectosigmoidoscopia rígida: deben ser realizados por personal entrenado y siempre contar con una buena fuente de luz que permita realizar un adecuado estudio. Es un buen instrumento en caso de neoplasias anales, hemorroides internas, proctitis y fisuras crónicas.

· Estudios endoscópicos: realizar en todo paciente con patología ano-rectal, y nunca se debe hacer suposiciones sobre el origen benigno del sangrado (como enfermedad hemorroidal) pues se puede pasar por alto lesiones malignas concomitantes. Idealmente realizar colonoscopia que permite evaluar por completo el tracto gastrointestinal inferior.

· Imágenes complementarias: según los hallazgos al examen físico y en el estudio endoscópico se puede llegar a requerir ecografías o resonancia de pelvis como en el caso de abscesos, fístulas y/o neoplasias.

Anatomía

El canal anal corresponde a la porción terminal del tracto gastrointestinal, puede medir entre 3-4 cm y es la continuación del recto; la línea dentada se encarga de dividir el canal anal en dos porciones, una proximal que corresponde a epitelio columnar con inervación autonómica (poco sensible al estímulo doloroso), y una distal llamada anodermo, el cual tiene una inervación somática (muy sensible al estímulo doloroso).

Las lesiones que no se logran observar al separar los glúteos se consideran lesiones anales; y aquellas que se visualizan parcial o completamente al separar los glúteos, se consideran lesiones perianales.

La línea dentada está conformada por 8-10 criptas y glándulas dispuestas de forma circunferencial que llegan hasta el esfínter interno.

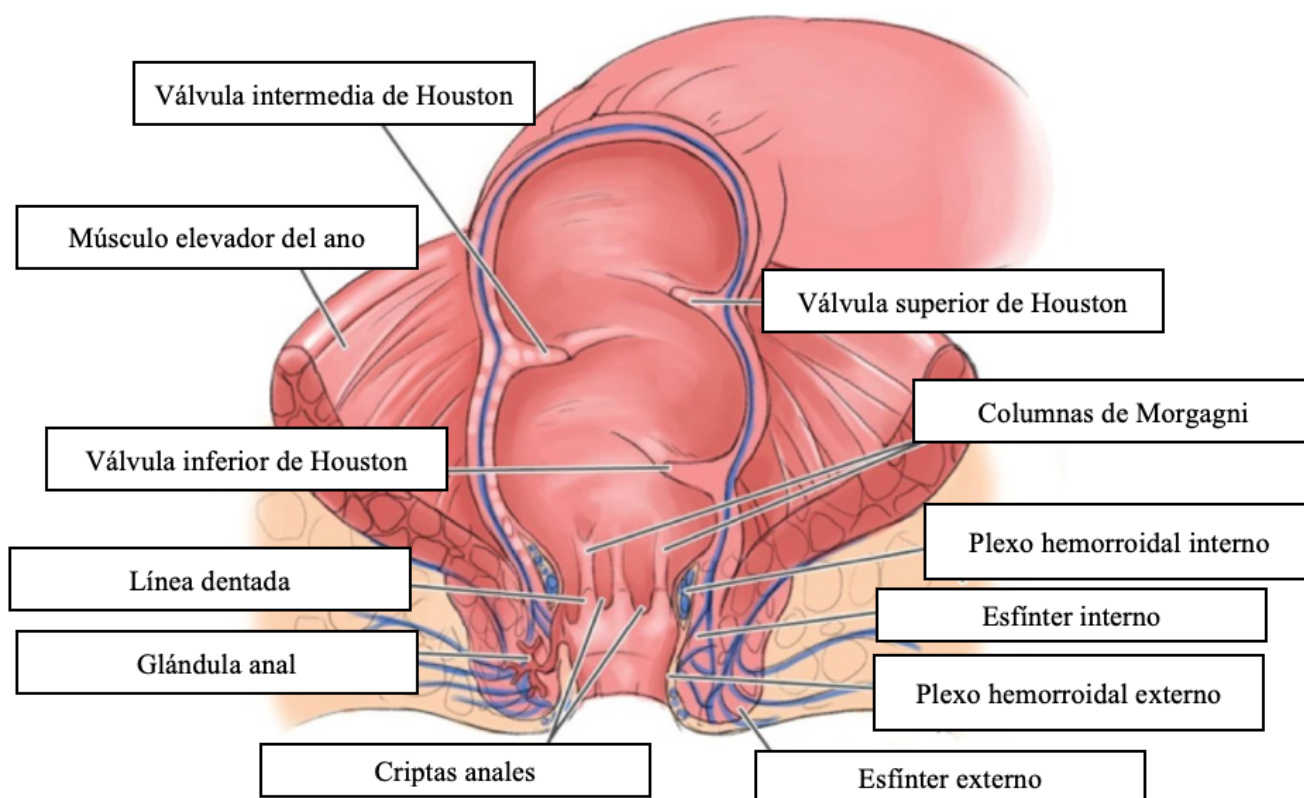


Figura 1. Anatomía del canal anal. Imagen de uso libre tomada de: https://openi.nlm.nih.gov/detailedresult?img=PMC4179600_cmo-8-2014-113f2&query=&req=4

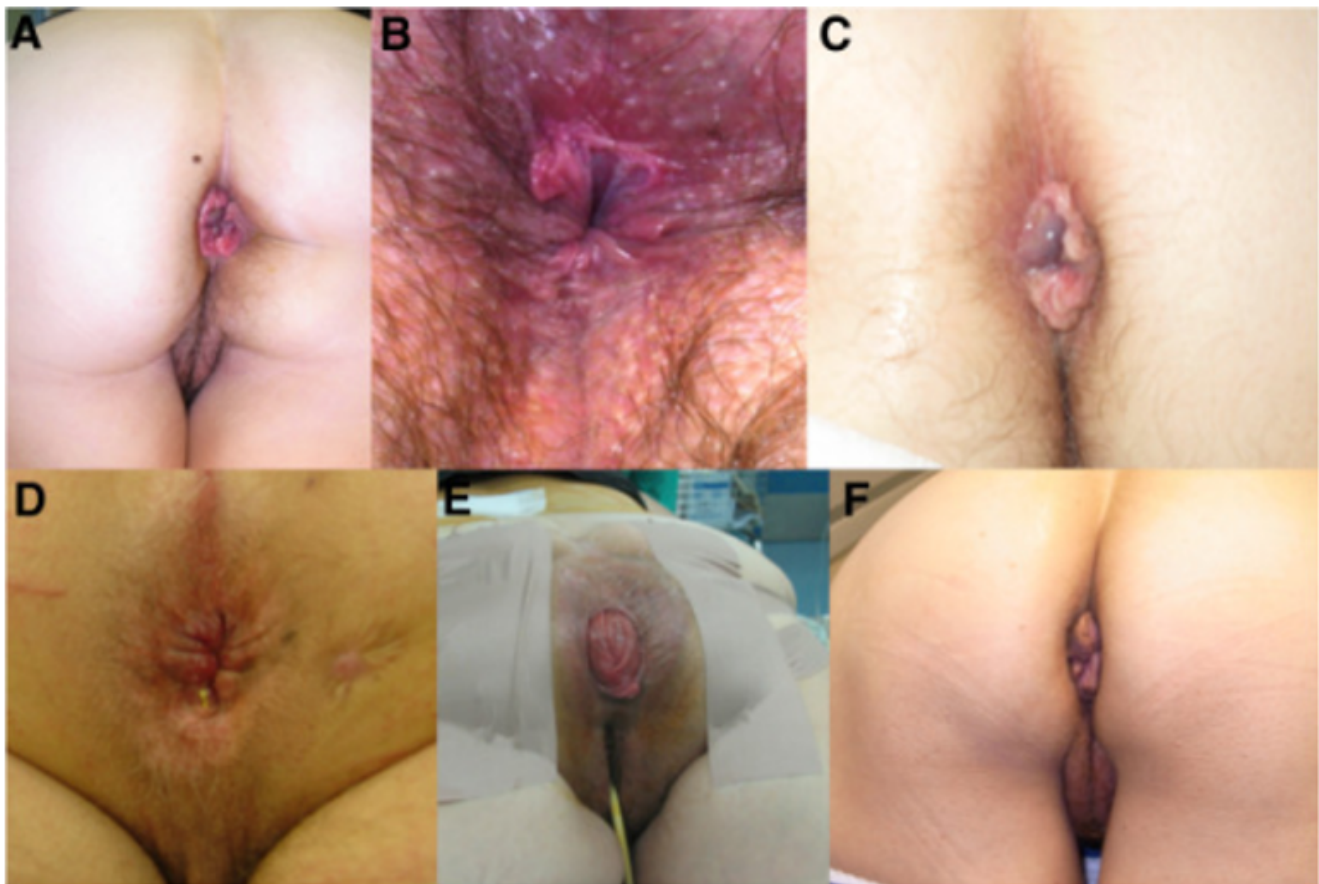


Figura 2. Condiciones anorrectales benignas. A. Hemorroides internas prolapsadas, B. Fisura anal, C. Hemorroides externa trombosada, D. Fístula anal, E. Prolapso rectal, F. Plicas anales. Imagen de uso libre tomada de: https://openi.nlm.nih.gov/detailedresult?img=PMC4256749_12893_2014_537_Fig1_HTML&query=anal%20fissure&it=xg&req=4&npos=6

Abscesos ano-rectales

La enfermedad ano-rectal supurativa se compone de una fase aguda (abscesos) y otra crónica (fístula); los abscesos son dos veces más frecuentes en hombres, aunque se reportan en Estados Unidos de 68.000 a 100.000 casos al año, con un gran subregistro (2).

Su fisiopatología se basa en la obstrucción de las glándulas por detritos espesos, lo cual favorece un proceso inflamatorio con sobrecrecimiento bacteriano y la formación del absceso

(2). Alrededor del 30 % de los abscesos van a terminar en la formación de fístulas (comunicación entre la glándula anal y la piel) posterior a su manejo (1,29).

Algunos de estos abscesos pueden llegar a traspasar el plano interesfinteriano y generar cambios inflamatorios a nivel de la piel como hipersensibilidad, masa fluctuante, eritema y/o calor; estos se conocen como abscesos perianales (simples). Otros siguen un camino con menor resistencia a espacios como el interesfintérico, isquio-rectal (isquioanal) o supraelevador y generan síntomas (dolor anal, secreción purulenta a través del ano, fiebre, retención urinaria) sin cambios inflamatorios

en piel, conocidos como abscesos peri-rectales (complejos). La clasificación de los abscesos ano-rectales se basa en su ubicación a nivel de los espacios peri-rectales ya descritos, y en algunas ocasiones pueden comprometer más de uno de estos espacios de forma simultánea.

Los factores de riesgo más importantes son la diabetes mellitus, obesidad, alcohol y tabaquismo (3).

La clínica usual es el dolor ano-rectal severo constante que se puede acompañar de sensación de presión progresiva en región anal (4), fiebre, malestar general y/o drenaje purulento trans-rectal (en caso de drenaje espontáneo). En el caso de los abscesos perianales podemos encontrar cambios inflamatorios en la piel como eritema, induración, fluctuación o drenaje espontáneo. Siempre se debe realizar tacto rectal pues en algunos casos, este es el único hallazgo (masa palpable dolorosa trans-rectal) que se encuentra al examen físico. Se recomienda el uso de resonancia magnética o endosonografía para casos de recurrencia, lesiones complejas o sospecha de abscesos complejos que no se logren identificar al examen físico (3). Los agentes etiológicos involucrados pertenecen a la flora entérica habitual.

Como diagnósticos diferenciales debemos tener en consideración las siguientes patologías: fisura anal (laceración/desgarro del anodermo distal a la línea dentada), fístula ano-rectal, hemorroides externas trombosadas o internas prolapsadas, abscesos glúteos, abscesos de Bartholino, hidradenitis supurativa, cáncer y la enfermedad inflamatoria intestinal.

El tratamiento primario del absceso consiste en el drenaje quirúrgico, el cual debe realizarse lo más rápido posible y no debe retrasarse, aunque no tenga una zona fluctuante. Esto es importante ya que el retraso del drenaje del absceso puede tener dos consecuencias, una es la diseminación sistémica de la infección y la otra es la recurrencia del cuadro. Se debe tener en cuenta el tipo de absceso, ya que esto definirá la vía de drenaje quirúrgico a utilizar (incisión en piel o incisión trans-rectal). El empaquetamiento de las heridas no ha demostrado beneficio adicional al drenaje en los ensayos clínicos publicados (5, 6). Como se dijo anteriormente, alrededor del 50 % de los abscesos se asocian a fístulas, en cuyos casos solo se recomienda realizar fistulotomía durante el mismo acto quirúrgico si la fístula es simple, en el resto se podría realizar la inserción de un setón y en un segundo

procedimiento quirúrgico tratar la fístula cuando los tejidos ya se hayan desinflamado.

La necesidad de antibiótico venoso dependerá del estado clínico del paciente, según haya compromiso sistémico, celulitis extensa, inmunosupresión, diabetes, o enfermedad valvular. Sin embargo, se sugiere el uso de ciclo corto de antibiótico (4-5 días) en todos los pacientes con abscesos ano-rectales ya que esto pudiera reducir la tasa de formación de fístulas (8, 28).

La toma de cultivo para guiar la terapia antibiótica solo es necesaria en caso de uso previo de múltiples antibióticos, requerir tratamiento antibiótico posterior al drenaje, dudas sobre el origen del absceso (criptoglandular vs. tejidos blandos) y en pacientes con riesgo de resistencia antibiótica tipo *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (MRSA).

Fisura anal

Es una de las patologías ano-rectales más comunes que afecta principalmente a niños y adolescentes, tiene una incidencia aproximada de 235.000 casos por año.

La fisura anal consiste en un desgarro lineal del anodermo que desencadena ciclos recurrentes de dolor anal y sangrado, lo cual con el tiempo y el proceso inflamatorio sobre el esfínter expuesto hace que haya restricción del flujo sanguíneo y genere úlceras crónicas (fisura crónica) con epitelización de sus bordes hasta en un 40 % de los pacientes al no permitir la cicatrización adecuada de la herida. Su ubicación más frecuente es a nivel de la línea media posterior (9), ya que este sitio recibe menos de la mitad del flujo sanguíneo que reciben los otros cuadrantes del canal anal (10); solo hasta 25 % de las mujeres y el 8 % de los hombres presentan fisuras en la región anterior del canal anal (11). El proceso cicatricial que se da como secuela de las fisuras recurrentes hace que la presión anal aumente, lo cual produce disminución del flujo generando un ciclo vicioso (10). Cuando se encuentran fisuras anales anteriores hay mayor frecuencia de lesiones ocultas del esfínter externo y de su funcionamiento (12). La mayoría de las fisuras son primarias, y producidas generalmente por trauma local (constipación, diarrea, parto vaginal, sexo anal) y/o hipertonía del esfínter anal interno que genera disminución de la perfusión de la zona afectada (11). Las fisuras ubicadas en las regiones laterales del canal anal son consideradas atípicas y sugieren por lo general una etiología secundaria

Actualización en CIRUGÍA GENERAL

(enfermedad de Crohn o granulomatosas, malignidad o enfermedades transmisibles) al igual que cuando son múltiples, irregulares o de gran tamaño.

La cronicidad del cuadro está definida por el tiempo de evolución y las características al examen físico. Se consideran crónicas cuando llevan más de 8 semanas o cuando tienen bordes gruesos y levantados, fibras del esfínter interno visibles, pliegues cutáneos en la región distal (hemorroide centinela), papilas hipertrofiadas en la región proximal y/o pólipos inflamatorios asociados (9).



Figura 3. Fisura crónica. Imagen de uso libre tomada de: https://openi.nlm.nih.gov/detailedresult?img=PMC3108641_ceg-2-133f1c&query=anal%20fissure&it=xg&req=4&npos=9

El cuadro clínico típico de los pacientes con fisuras anales es un dolor anal que inicia en reposo pero que se exagera y se intensifica con las deposiciones con una duración de 2-3 horas, y que puede asociarse a sangrado (usualmente hematoquecia).

Es primordial realizar un buen examen físico anal pues es frecuente confundir el cuadro clínico con el de la enfermedad hemorroidal complicada. Se recomienda que, en los pacientes con fisuras anales agudas se diferiera la realización del tacto rectal y anoscopia, ya que estos exageran de forma innecesaria el dolor y la molestia del paciente. Siempre se recomienda una colonoscopia de forma diferida sobre todo en aquellos pacientes con presencia de úlceras atípicas o con antecedentes familiares de importancia.

Como diagnósticos diferenciales se debe tener en consideración las siguientes patologías: hemorroides externas trombosadas o internas estranguladas, úlceras perianales, fístulas ano-rectales y el síndrome de úlcera rectal solitaria.

La mayoría de las fisuras anales primarias agudas, así como algunas de las secundarias, tienen una buena respuesta con el manejo médico, mientras que la mayoría de las fisuras crónicas requieren intervención quirúrgica para su manejo (12, 13). El manejo de las fisuras secundarias va de la mano con el manejo de la causa de base. El objetivo del manejo médico es bloquear el círculo vicioso que se refirió anteriormente y lograr la relajación del esfínter anal interno, además de controlar el dolor. Esto se logra con medidas no farmacológicas (ingesta de fibra y líquidos, baños de asiento) y uso de medicamentos (analgésicos tópicos, vasodilatadores tópicos como nifedipino/nitroglicerina, y bisacodilo en caso de constipación) durante un mes, cuando se evalúa la respuesta. Estas medidas han demostrado una modesta tasa de curación respecto al placebo (9). Si los anteriores manejos fallan se puede pensar en manejo con toxina botulínica, fisurectomía, colgajo de avance V-Y, neuromodulación o esfínterotomía lateral según los riesgos y comorbilidades del paciente (1).

Aunque el tratamiento quirúrgico es el más efectivo, sobre todo en las fisuras anales crónicas, siempre se ofrece inicialmente el tratamiento médico ya que es más accesible, mejor tolerado y tiene menores complicaciones graves asociadas (9, 14).

Medicamentos	Dosis	Función	Ejemplos
Fibra natural	20-35 gr/día	Ablanda y aumenta el bolo fecal.	Frutas, legumbres, avena, salvado, nueces.
Suplementos de fibra		Absorben agua y aumentan y ablandan el bolo fecal.	Psyllium, metilcelulosa, dextrina de trigo, policarbofilo de calcio.
Baños de asiento	10-15 minutos, 2-3 veces al día.	Relaja el esfínter anal, mejora el flujo sanguíneo.	
Analgésicos tópicos		Mejora el dolor	Lidocaína gel 2 %
Laxante/ablandador de heces		Mejora consistencia del bolo fecal	Docusato, bisacodilo
Vasodilatadores tópicos	2-4 veces al día	Mejora el flujo sanguíneo, disminuye la presión sobre el esfínter anal	Nifedipino ungüento 0,2-0,3 %; nitroglicerina ungüento 0,2-0,4 %
Medicamentos de segunda línea: diltiazem tópico, betanecol tópico, nifedipino oral, diltiazem oral.			

Tabla 1. Manejo farmacológico de la fisura anal.

Enfermedad hemorroidal en urgencias

Las venas hemorroidales son estructuras anatómicas normales que se encuentran a nivel de la capa submucosa del recto inferior. Las hemorroides son cojinetes de sinusoides arteriovenosos dilatados que drenan hacia las venas hemorroidales (15). Se dividen en hemorroides externas e internas (16); las primeras se ubican distal a la línea dentada, dependen del plexo hemorroidal inferior y están cubiertas por anodermo rico en terminales nerviosas, por lo que son tan dolorosas cuando se trombosan; las segundas se ubican proximal a la línea dentada, dependen del plexo hemorroidal superior y medio, tiene tres localizaciones usuales (lateral izquierda, anterior derecha, y posterior derecha) y están cubiertas por el epitelio columnar que es poco sensible al estímulo doloroso. Pueden presentarse ambas y se conocen como hemorroides mixtas. Alrededor del 40 % de los pacientes con hemorroides se vuelven sintomáticos. La prevalencia de hemorroides sintomáticas es de 4,4 %, similar en hombres y mujeres, y en un pico de edad entre 45-65 años.

Su clasificación depende del tipo de hemorroides que se presente.

- Hemorroides internas: estas se prolapsan y con el roce pueden producir sangrado. Su clasificación depende del grado de prolapso que tengan a través del canal anal.
 - Grado I: pueden sobresalir a través de la luz, pero no sobrepasan la línea dentada, se visualizan con la anoscopia.
 - Grado II: sobresalen a través del canal anal con el esfuerzo defecatorio y se reducen de forma espontánea.
 - Grado III: sobresalen a través del canal anal con el esfuerzo defecatorio pero es necesario su reducción manual.
 - Grado IV: sobresalen a través del canal anal y no reducen a pesar del esfuerzo manual; pueden estrangularse.
- Hemorroides externas: estas se trombosan y duelen. No tienen una clasificación específica.

Actualización en CIRUGÍA GENERAL



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

Los factores de riesgo que se asocian al desarrollo de síntomas son la edad avanzada (tejidos más laxos), diarrea, embarazo, tumores pélvicos, sedestación prolongada, esfuerzo defecatorio, constipación crónica y uso de anticoagulantes/antiagregantes.

Las características clínicas típicas de la enfermedad hemorroidal son: dolor, prolapso, sangrado y prurito. Los pacientes con hemorroides internas se presentan con sangrado rectal indoloro (hematoquecia o rectorragia) que generalmente se relaciona con la deposición (1); también pueden llegar a referir incontinencia fecal leve, secreción mucoide a través del ano, sensación de masa y humedad en el canal anal, y en ocasiones prurito anal por el depósito de moco en la piel perianal. Rara vez pueden presentarse con anemia y por ende con síntomas como astenia, adinamia, cefalea y mareo. Estas solo se vuelven dolorosas cuando se estrangulan y se asocian a necrosis del tejido.

Los pacientes con hemorroides externas se presentan con dolor intenso de inicio súbito secundario a la irritación de las terminales nerviosas del anodermo cuando las hemorroides se trombosan (edema y distensión del tejido) asociado a sensación de masa perianal (1); pueden llegar a acompañarse de prurito por el contacto prolongado de la materia fecal con la piel que lleva a irritación.

A pesar de que su diagnóstico es netamente clínico, siempre se debe descartar otras causas de sangrado o dolor. Recordar realizar tacto rectal y pedirle al paciente que puje para poder evaluar objetivamente el grado de las hemorroides internas; y ordenar colonoscopia en todo paciente >40 años o en aquellos <40 años con factores de riesgo para cáncer colo-rectal.

El tratamiento de las hemorroides solo está indicado cuando se asocia a síntomas y según los síntomas que se presenten dependerá el manejo que se ofrezca. La mayoría de los sangrados son autolimitados y solo se hace necesario realizar un manejo conservador.

El manejo conservador está compuesto por:

- Cambios en el hábito alimenticio: aumento de la ingesta de alimentos ricos en fibra y líquidos, disminuir el consumo de alimentos grasosos y alcohol (16, 17). Tiene mayor impacto en los pacientes con sangrado.
- Flebotónicos: en pacientes con prurito y/o sangrado. Mejoran el tono venoso, la permeabilidad microvascular, la actividad linfática y el flujo microcirculatorio; lo cual puede hacer que disminuya el sangrado.

- Esteroides tópicos: en prurito asociado a atrofia de la mucosa. Se debe usar máximo dos veces al día por no más de 5-7 días. Está debatida su eficacia en caso de hemorroides externas trombosadas.

- Analgésicos tópicos y sistémicos con o sin anestésico asociado: en prurito y dolor.

- Antiespasmódicos: pueden disminuir el espasmo del esfínter anal.

- Ablandadores de la materia fecal y/o laxantes: para disminuir la fricción del bolo fecal con el tejido dilatado (18).

- Baños de asiento: sirve para ayudar a mejorar la inflamación y el edema, irritación y prurito; además sirve para relajar el músculo esfinteriano. Se recomienda con agua tibia.

- Ejercicio regular.

- Otros (escleroterapia, coagulación infrarroja, entre otros): en pacientes con hemorroides internas grado I y II con alto riesgo de sangrado. Tiene menor efectividad que la ligadura con bandas.

En pocos casos se hace necesario realizar un manejo invasivo (19, 20):

- Ligadura con bandas: cuando el sangrado es abundante, persistente y en ocasiones anemizante; también está indicado en las hemorroides internas grado III.

- Hemorroidectomía: en sangrado abundante persistente y que no se cuente con ligadura con bandas, sangrado con inestabilidad hemodinámica, ligadura con bandas fallida o contraindicado, hemorroides mixtas, hemorroides externas trombosadas sangrantes, y en hemorroides internas grado IV (manejo de elección).

- Trombectomía: en pacientes con hemorroides externas trombosadas con síntomas severos que se encuentren en las primeras 48-72 horas del inicio del cuadro. Se prefiere la hemorroidectomía sobre la trombectomía debido a la alta tasa de recurrencia que se puede tener con esta última (21, 22).

- Esfinterotomía: en pacientes con hipertonía del esfínter anal interno y fisura concomitante.



Figura 4. Hemorroides externa trombosada. Imagen de uso libre tomada de:

https://openi.nlm.nih.gov/detailedresult?img=PMC2653786_ijmsv06p0077g04&query=hemorrhoids&it=xg&req=4&npos=20

Prolapso rectal

El prolapso o procidencia rectal es un desorden poco frecuente que se produce generalmente por una serie de alteraciones a nivel del piso pélvico, donde se observa la protrusión del recto a través del ano. Tiene una prevalencia entre 0,25-1 % y afecta más frecuentemente a mujeres en edad avanzada.



Figura 5. Prolapso rectal. Imagen de uso libre tomada de: https://openi.nlm.nih.gov/detailedresult?img=PMC4064421_gr1&query=rectal%20prolapse&it=xg&req=4&npos=11

No hay una clasificación estándar para el prolapso rectal, y se define frecuentemente como parcial (compromete solo la mucosa rectal) o completo (compromete todas las capas del recto).

Los factores de riesgo asociados con el prolapso rectal son (23): edad >40 años, sexo femenino, multiparidad, parto vaginal, cirugías pélvicas previas, esfuerzo defecatorio, diarrea/constipación crónica, fibrosis quística, demencia, accidente cerebro vascular, y disfunción/defectos anatómicos del piso pélvico.

Los pacientes con prolapso rectal se presentan al servicio de urgencias con dolor abdominal, tenesmo/plenitud rectal, incontinencia fecal, secreción mucoide a través del ano, alteración del hábito intestinal y/o sensación de masa que prolapsa a través del ano y que pudiera reducirse de forma espontánea. Es infrecuente la presencia de dolor asociado al prolapso rectal.

El diagnóstico usualmente es clínico con la evidencia de la protrusión de la mucosa o la pared completa del recto a través del ano. Se recomienda siempre un examen físico ano-rectal completo que incluya tacto rectal y evaluación del periné. En algunas ocasiones es necesario realizar estudios imagenológicos adicionales:

- Defecografía: en aquellos pacientes en quienes no se observa prolapso al examen clínico pero que se tiene alta sospecha.
- Colonoscopia: según las indicaciones para tamizaje de cáncer colo-rectal.
- Colon por enema: en pacientes candidatos a manejo quirúrgico con antecedente de constipación de larga data o severa; se realiza con el fin de determinar la necesidad de sigmoidectomía o colectomía total.

Como diagnósticos diferenciales se debe tener en consideración las siguientes patologías (24): hemorroides internas grado III o IV, intususcepción rectal y el síndrome de úlcera rectal solitaria.

El manejo del prolapso rectal en la mayoría de los pacientes es de tipo quirúrgico (ya sea por vía perineal o abdominal); el retraso del manejo quirúrgico no se recomienda debido a la alta probabilidad de progresión de los síntomas, debilitamiento del complejo esfinteriano y el riesgo de encarceración o necrosis del tejido prolapsado (25).

Actualización en CIRUGÍA GENERAL



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

El manejo médico se reserva para los pacientes con múltiples comorbilidades en quienes se contraindica la cirugía o que la rechacen. Los pacientes que van a ser llevados a cirugía también se pueden beneficiar del manejo médico con el fin de disminuir las complicaciones.

El manejo médico está compuesto por (26):

- Reducción manual: en pacientes con prolapso sin signos de isquemia. Se puede administrar azúcar localmente con el fin de disminuir el edema y así facilitar la reducción del tejido prolapsado.
- Adecuada ingesta de fibra y líquidos.
- Enemas y supositorios: pueden ser necesarios en pacientes con constipación severa.
- Ejercicios de Kegel: pudieran mejorar los síntomas en mujeres con prolapso de órganos pélvicos.
- *Biofeedback*: tiene una tasa de éxito entre 30-90 % en reducir los síntomas en pacientes con prolapso rectal completo que tienen contraindicación para el manejo quirúrgico (medida paliativa).

Cuerpos extraños rectales

Los cuerpos extraños rectales son una entidad que presenta una dificultad diagnóstica pues conlleva un dilema para el paciente al presentarse a los servicios de urgencias. Aunque su ocurrencia es rara, hay grandes centros que reportan incidencias tan altas como un paciente al mes. Es importante que según el tipo de objeto puede producirse daño incluso después de haber sido extraído (30).

Como se había referido previamente, los pacientes con este tipo de eventos suelen consultar tardíamente. Lo habitual es que los pacientes se sientan muy apenados, por lo que usualmente van a reportar muchas veces solo síntomas que deben hacer considerar estas entidades. Pueden reportar sangrado, ausencia de movimientos intestinales, dolor o molestia rectal, descarga anal. En ocasiones los pacientes consultan con síntomas similares posteriores a extracciones exitosas del cuerpo extraño, pero que pueden presentar complicaciones derivadas (30).

El examen físico de los pacientes con cuerpos extraños en el recto es variable, pueden ser palpables durante el tacto rectal en el recto inferior o medio y en algunas situaciones

pueden llegar a ser palpados a través de la pared abdominal. La ausencia o presencia de sangre rutilante durante el examen físico no deberían ser el único referente de lesiones o complicaciones rectales que requieran un manejo adicional. Aunque en general los aportes de los laboratorios en estos pacientes son pocos, la presencia de acidosis o leucocitosis debe hacer considerar la presencia de isquemia de la mucosa o incluso perforación. En los objetos susceptibles de ser vistos en rayos X será importante realizar placa de abdomen para una mejor localización y considerar el manejo.

El manejo de los cuerpos extraños dependerá de si se sospecha o no la presencia de perforación. Y hay diversas técnicas para su extracción según el estado del paciente.

En el paciente inestable o con signos de irritación peritoneal no se deberá dudar de un abordaje abdominal, bien sea por laparotomía o cuando se tiene la experiencia por técnicas mínimamente invasivas.

En el paciente estable, sin signos abdominales, se considerará el manejo conservador con observación y espera a la expulsión autónoma del objeto o extracción transanal. En ellos se debe considerar el uso de anestesia o sedación que aumentan las posibilidades de éxito de la extracción de los objetos extraños (30). Se debería reservar la laparotomía solo en pacientes con perforación o isquemia, o cuando a pesar de un adecuado abordaje transanal no es posible la extracción del cuerpo extraño.

Se debe tener especial consideración en los pacientes que trafican sustancias controladas en sus cavidades corporales, pues dichos pacientes pueden tener complicaciones asociadas a la ruptura de dichos paquetes.

Conclusión

Las urgencias ano-rectales abarcan un espectro de patologías con sintomatologías similares, pero que afrontan un reto diagnóstico y terapéutico. Requieren un conocimiento adecuado de la anatomía anorrectal, y se requerirá una apropiada anamnesis, examen físico y una correcta selección de ayudas diagnósticas para orientar el manejo adecuado de estas patologías. La mayoría de los manejos de las urgencias ano-rectales serán intervenciones sencillas que permiten la mejoría de los síntomas. En algunas ocasiones requerirán intervenciones más complejas.

Bibliografía

1. Lohsirawat V. Anorectal emergencies. *World J Gastroenterol*. 2016;22(26):5867–78.
2. Thompson DT, Hrabe JE. Intra-abdominal and Anorectal Abscesses. *Gastroenterol Clin North Am* [Internet]. 2021;50(2):475–88. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2021.02.014>.
3. Ommer A, Herold A, Berg E, Fürst A, Post S, Ruppert R, et al. German S3 guidelines: anal abscess and fistula (second revised version). *Langenbeck's Arch Surg*. 2017;402(2):191–201.
4. Mann C V. Surgery of the alimentary tract. Vol. 25, Gut. 1984. 322–323 p. 3
5. O'Malley GF, Dominici P, Giraldo P, et al. Routine packing of simple cutaneous abscesses is painful and probably unnecessary. *Acad Emerg Med* 2009; 16:470.
6. Tonkin DM, Murphy E, Brooke-Smith M, et al. Perianal abscess: a pilot study comparing packing with nonpacking of the abscess cavity. *Dis Colon Rectum* 2004; 47:1510.
7. American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS): Clinical practice guideline for the management of anorectal abscess, fistula-in-ano, and rectovaginal fistula (2016).
8. 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.
9. Nelson RL, Thomas K, Morgan J, Jones A. Non surgical therapy for anal fissure. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; :CD003431.
10. Schouten WR, Briel JW, Auwerda JJ. Relationship between anal pressure and anodermal blood flow. The vascular pathogenesis of anal fissures. *Dis Colon Rectum* 1994; 37:664.
11. Chong PS, Bartolo DCC. Hemorrhoids and Fissure in Ano. *Gastroenterol Clin North Am*. 2008;37(3):627–44.
12. Zaghiyan KN, Fleshner P. Anal fissure. *Clin Colon Rectal Surg* 2011; 24:22.
13. Madalinski MH. Identifying the best therapy for chronic anal fissure. *World J Gastrointest Pharmacol Ther* 2011; 2:9.
14. Parellada C. Randomized, prospective trial comparing 0.2 percent isosorbide dinitrate ointment with sphincterotomy in treatment of chronic anal fissure: a two-year follow-up. *Dis Colon Rectum* 2004; 47:437.
15. Hall JF. Modern management of hemorrhoidal disease. *Gastroenterol Clin North Am* [Internet]. 2013;42(4):759–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gtc.2013.09.001>.
16. Sneider EB, Maykel JA. Diagnosis and Management of Symptomatic Hemorrhoids. *Surg Clin North Am* [Internet]. 2010;90(1):17–32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.suc.2009.10.005>.
17. Lohsirawat V. Hemorrhoids: from basic pathophysiology to clinical management. *World J Gastroenterol* 2012; 18:2009.
18. Alonso-Coello P, Guyatt G, Heels-Ansdell D, et al. Laxatives for the treatment of hemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; :CD004649.
19. Du T, Quan S, Dong T, Meng Q. Comparison of surgical procedures implemented in recent years for patients with grade III and IV hemorrhoids: a network meta-analysis. *Int J Colorectal Dis* 2019; 34:1001.

Actualización en CIRUGÍA GENERAL



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
Facultad de Medicina

20. Simillis C, Thoukididou SN, Slessor AA, et al. Systematic review and network meta-analysis comparing clinical outcomes and effectiveness of surgical treatments for haemorrhoids. *Br J Surg* 2015; 102:1603.
21. Greenspon J, Williams SB, Young HA, Orkin BA. Thrombosed external hemorrhoids: outcome after conservative or surgical management. *Dis Colon Rectum* 2004; 47:1493.
22. Jongen J, Bach S, Stübinger SH, Bock JU. Excision of thrombosed external hemorrhoid under local anesthesia: a retrospective evaluation of 340 patients. *Dis Colon Rectum* 2003; 46:1226.
23. Madiba TE, Baig MK, Wexner SD. Surgical management of rectal prolapse. *Arch Surg* 2005; 140:63.
24. Felt-Bersma RJ, Tiersma ES, Cuesta MA. Rectal prolapse, rectal intussusception, rectocele, solitary rectal ulcer syndrome, and enterocele. *Gastroenterol Clin North Am* 2008; 37:645.
25. Tou S, Brown SR, Malik AI, Nelson RL. Surgery for complete rectal prolapse in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; :CD001758.
26. Tupe CL, Pham T Van. Anorectal Complaints in the Emergency Department. *Emerg Med Clin North Am [Internet]*. 2016;34(2):251–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.emc.2015.12.013>.
27. (American Society of Colon and Rectal Surgeons) 2019 3 S. R. Steele et al. (eds.), *The ASCRS Manual of Colon and Rectal Surgery*. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-030-01165-9_1.
28. Steele SR, Kumar R, Feingold DL, Rafferty JL, Buie WD. Practice parameters for the management of perianal abscess and fistula-in-ano. *Dis Colon Rectum* 2011; 54: 1465-1474.
29. Lohsiriwat V, Yodying H, Lohsiriwat D. Incidence and factors influencing the development of fistula-in-ano after incision and drainage of perianal abscesses. *J Med Assoc Thai* 2010; 93: 61-65.
30. Goldberg J, Steele SR. Rectal Foreign Bodies. *Surg Clin N Am* 90 (2010) 173–184.