

# COLOPROCTOLOGÍA



# MANUAL DE COLOPROCTOLOGÍA

SOCIEDAD ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGIA  
Asociación Civil – Personería Jurídica

## INTRODUCCIÓN

La especialidad en Coloproctología comprende las enfermedades del ano, recto y colon.

Las afecciones más frecuentes de la patología anal son, en orden de frecuencia: las hemorroides, la fisura anal, la fístula anal y otras.

Dentro de las patologías del recto y del colon las más frecuentes son la enfermedad diverticular del colon y el cáncer colorrectal.

La Sociedad Argentina de Coloproctología es una entidad civil sin fines de lucro, estrictamente académica, que agrupa a todos los Coloproctólogos del país. Tiene una antigüedad de 70 años desde su fundación.

Es filial de la Asociación Médica Argentina y Miembro de la Academia Argentina de Medicina y está reconocida por el Ministerio de Salud y Medio Ambiente como asesora en temas coloproctológicos.

La Coloproctología es una Especialidad reconocida por el Ministerio de Salud y Medio Ambiente.

La Especialidad en Coloproctología la otorga el Ministerio de Salud previo un exhaustivo examen escrito y oral que toma la Sociedad Argentina de Coloproctología. La intención de nuestra Sociedad al elevar este informe científico y actualizado sobre las patologías más frecuentes de nuestra especialidad, es dar elementos técnicos a la Justicia que le permita juzgar sobre bases académicas sólidas.

## HEMORROIDES

Las hemorroides consisten en un conjunto de venas que reciben el aporte de sangre a través de pequeñas arterias, ambas sostenidas en un lecho

conformado por tejido conectivo, músculo liso y nervios. Este conjunto de venas y arterias, con su soporte de tejido conectivo, conforman unas almohadillas elásticas que se hallan por dentro del esfínter anal y cumplen una función fundamental en la continencia anal, al contribuir en la oclusión del ano en el momento de la contracción de los esfínteres para el cierre del orificio anal. Estas almohadillas elásticas vasculares, que son las hemorroides, tienen fundamental importancia para la continencia anal ya que contribuyen entre el 15 al 20% en el mantenimiento de la presión anal de reposo.

Las hemorroides pueden ser externas o internas. En relación con el grado de dilatación de las venas las hemorroides internas se clasifican en cuatro grados.

El primer grado es cuando las hemorroides están congestivas pero no salen fuera del ano, no se prolapsan. Las de segundo grado son cuando salen del ano (se prolapsan) al evacuar y luego entran solas. Las de tercer grado son cuando salen del ano (se prolapsan) al evacuar y el paciente tiene que reintroducirlas manualmente y las de cuarto grado son cuando están fuera del ano (prolapsadas) en forma permanente y no pueden reintroducirse.

En cualquiera de los grados las hemorroides pueden dar síntomas.

Las hemorroides con síntomas pueden manifestarse con hemorragias, prolapso, dolor, prurito o picazón, mucosidad por ano, ensuciamiento de la ropa interior, disfunción rectal, incontinencia, tumefacción anal y constipación.

### **Complicaciones de la operación de hemorroides**

Las hemorroides, con el amplio lecho venoso alimentado por arteriolas, recuerdan un tejido eréctil que en sujetos normales ayuda a preservar la continencia del ano al formar un sellado expansivo del mismo.

Está aceptado que en las hemorroides sintomáticas hay un cambio anatómico en la configuración del interior del ano, producido por un desplazamiento hacia fuera del ano de las almohadillas vasculares anales debido a un aflojamiento y fragmentación del tejido conectivo de sostén, lo que provoca un cambio significativo de la topografía del canal anal que puede afectar la continencia. Pacientes con hemorroides sintomáticas de larga data pueden haber dañado la capacidad contráctil del esfínter anal disminuyendo su presión de cierre, lo que asociado a un descenso de la musculatura del piso perineal y al daño del nervio pudiendo, puede comprometer la sensibilidad fina en el momento de la contracción esfinteriana y dañar el mecanismo de la continencia.

La intervención quirúrgica de las hemorroides se plantea en las hemorroides sintomáticas, de gran desarrollo (tercer y cuarto grado), cuando el tratamiento médico y el tratamiento por medios alternativos han fracasado.

La extirpación es el camino definitivo de tratar a las hemorroides sintomáticas prolapsadas.

Luego de la intervención quirúrgica el dolor postoperatorio es inevitable, en mayor o menor grado, dada la gran sensibilidad de la zona. Es de destacar que la cirugía misma no está exenta de complicaciones, incluyendo un importante sangrado postoperatorio inmediato o la estrechez anal alejada. La recidiva de hemorroides luego de la hemorroidectomía se ha observado en el 0.5 % al 26% de los casos.

Las complicaciones inmediatas más frecuentes de la cirugía de las hemorroides incluyen: retención urinaria, hemorragia postoperatoria, impacción fecal, abscesos perianales e isquiorrectales, sepsis perineal, infección de la herida quirúrgica y dermatitis perianal. En este período no se incluye al dolor dentro de las complicaciones dado que éste es un síntoma esperado.

Las complicaciones tardías más frecuentes incluyen infección del tracto urinario, hemorragia secundaria, infección de herida, retraso de la cicatrización, estenosis anal, fisura anal e incontinencia. Es de esperar que, hasta un 50% de los pacientes operados de hemorroides tengan un ensuciamiento anal en el período temprano postoperatorio.

Perturbaciones de la continencia anal pueden presentarse luego de un largo período postoperatorio y se debe habitualmente a esfuerzo muscular, diarrea, imperfecto cierre del ano por el esfínter anal o cambios en la presión esfintérica. Se ha informado incontinencia anal luego de una hemorroidectomía después de 11 meses (rango 8-16 meses) de realizada. La definitiva evaluación del resultado de una operación de hemorroides no puede ser concluyente antes del año de la intervención quirúrgica.

En una operación de hemorroides, si el paciente tiene diarreas, éstas pueden ser causa de incontinencia. La evaluación de esta situación en relación con la intervención quirúrgica se ve complicada por la probable coexistencia de enfermedades anales preoperatorios llamadas comorbilidades preexistentes.

En la bibliografía se ha informado que el 63% de los pacientes con hemorroides sintomáticas que recibieron tratamiento quirúrgico admitieron haber experimentado problemas anales y perianales por más de cinco años 4 previos a la operación. El 86% de ellos se quejaron de dolor y discomfort anal antes de la hemorroidectomía.

También se ha informado una frecuencia del 10% de incontinencia franca luego de la operación de hemorroides. Algunos autores informan cifras del 26% de incontinencia posteriores, aunque muchas de éstas son de menor magnitud. Se atribuye esta incontinencia postoperatoria a la extirpación de tejido sensitivo de la piel anal, aunque probablemente la extirpación de las

almohadillas vasculares patológicas (hemorroides) sea la causa más importante de producción de esta incontinencia al verse disminuida la función oclusiva del ano realizada por estas almohadillas.

Está ampliamente demostrado que pacientes con hemorroides sintomáticas de larga data pueden tener dañadas las presiones esfintéricas de reposo antes y después de la operación de hemorroides. El tono esfintérico aumentado es mantenido por la presencia de hemorroides, posiblemente a causa de la contracción refleja tónica del esfínter interno y externo causada por la estimulación prolongada del canal anal.

La continencia anal es un acto complejo en el que intervienen múltiples factores. La continencia es mantenida por la acción integrada de la función anal esfintérica, el haz puborrectal, el músculo elevador del ano, las almohadillas vasculares hemorroidarias y las vías sensitivas intactas. Es dependiente de la función de reservorio rectal, la motilidad colónica, el volumen y la consistencia de la materia fecal, la sensación anorrectal, el ángulo anorrectal, el tono anal de reposo normal y la resistencia a la apertura anal. Como la continencia depende de varios factores, algunos mecanismos pueden ser capaces de compensar y mantener la continencia clínica cuando un elemento es anormal. Por consiguiente, el conocimiento objetivo del estado de continencia y la función de todos los componentes es fundamental para una estimación adecuada de la situación clínica.

Aún con un complejo esfinteriano totalmente normal el paciente puede sufrir de incontinencia y a la inversa con un aparato esfinteriano deficiente y almohadillas vasculares suficientes un ano puede ser continente.

Las enfermedades asociadas con diarreas pueden ser causantes de incontinencia al permitir llegar al recto una masa fecal de consistencia líquida en un tiempo acelerado, superando la capacidad de los esfínteres para retenerlo. Asimismo la importancia práctica del esfínter externo y del haz puborrectal del elevador del ano en mantener la incontinencia es tal, que si el esfínter externo fuera cortado completamente, la continencia sería satisfactoria a expensas de la integridad del haz puborrectal del elevador del ano.

La verdadera incontinencia debe ser diferenciada del ensuciamiento anal, que puede ser causada por deformación del canal anal, masa fecal en el recto o prolapso mucoso.

La incontinencia puede ser debida a una pérdida de sensibilidad del canal anal, que es caracterizada por el pasaje de heces sin que el paciente se dé cuenta, como sucede en el prolapso de recto y en pacientes con incontinencia de origen neurológico o diabetes. La incontinencia puede estar asociada a un descenso del piso pelviano, llamado "síndrome de perineo descendido", que ocurre más a menudo en mujeres fundamentalmente como consecuencia de antecedentes obstétricos.

Una historia clínica detallada que incluya información neurológica, historia quirúrgica obstétrica y ginecológica en mujeres y operaciones previas sobre el ano, recto o colon, habrán de ser de utilidad para evaluar el tipo y grado de incontinencia.

Debido a la etiología multifactorial y compleja de una incontinencia la investigación de su causa y de su magnitud debiera incluir estudios completos del piso pelviano como manometría anorrectal, electromiografía de los esfínteres anales, tiempo de latencia del nervio pudendo, cinedefecografía, y ecografía endoanal y endorrectal.

Previo a estos es de práctica académica realizar un examen proctológico completo que incluya inspección anal, tacto rectal, anoscopia y exámenes endoscópicos de recto y colon.

La incontinencia anal es una patología mucho más frecuente en mujeres.

Muchas pacientes pueden haber tenido incontinencia anal como resultado de un daño obstétrico al complejo esfinteriano (partos incontrolados o en avalancha, traumas obstétricos, anestesia peridural, fórceps, episiotomía) o como resultado de trabajo de parto prolongado con daños a la inervación neurológica). Daños ocultos al esfínter anal son mucho más comunes que lo que se había pensado en los partos vaginales y sus síntomas pueden presentarse muchos años después.

Después del primer parto vaginal normal la ecografía endorrectal ha demostrado defectos esfintéricos en el 30% de las mujeres. En un estudio, el 19% estaban incontinentes sin signos de daños obstétricos. Esto ha sido supuesto que sea una manifestación temprana de una incontinencia idiopática (neurológica), que ha sido asociada con trabajo de parto prolongado o dificultoso. Hay evidencia en recientes estudios que el 25% de las mujeres primíparas (primer parto), y en alrededor del 33% de las mujeres multíparas con una historia de parto vaginal tienen defectos en el esfínter anal que no se manifiestan con sintomatología debido a la compensación de los otros factores de la continencia. La probabilidad de incontinencia fecal postparto está asociada con un defecto con el esfínter anal entre el 76.8-82.8% de los casos.

La incontinencia anal es un síntoma multifactorial. Puede presentarse en mujeres con constipación crónica o en otras con un periné descendido. Se cree que en ellas la incontinencia anal es una consecuencia del estiramiento crónico del nervio pudendo y de las ramas sacras. La incontinencia debido a la denervación esfinteriana ha sido demostrada en pacientes con prolapso rectal e impactación fecal. Se cree que es debido a un abuso de laxantes que causa un daño tóxico a la inervación intestinal y como consecuencia, la incontinencia posterior.

## FISURA ANAL

La fisura anal consiste en una herida, un desgarró o una úlcera en el eje vertical del revestimiento escamoso del conducto anal entre la piel perianal y la línea pectínea (límite entre el ano y el recto). Inicialmente es superficial pero puede profundizarse hasta alcanzar el esfínter interno, dejando expuesta sus fibras circulares. Aunque la ubicación más común es en la zona posterior del ano, en el 10% puede ocurrir en la zona anterior. A menudo las fisuras anales pueden incluir componentes secundarios como la "hemorroides centinela", papila hipertrófica, induración del borde de la fisura y estrechez anal secundaria relacionada a espasmo o a un esfínter anal interno fibrótico.

Los síntomas más habituales de la fisura anal comprenden: dolor anal evacuatorio y luego de la evacuación, sangrado, secreción, edema y prurito anal.

Las causas de la fisura anal las podemos encontrar por un trauma en el ano como constipación, diarrea, cirugía, inyecciones, ligadura elásticas de hemorroides, sigmoidoscopia, colonoscopia, etc., o puede manifestarse como un estado subyacente de una enfermedad específica como clamidia, gonorrea, herpes, sífilis, Sida, tuberculosis, neoplasia, enfermedad de Crohn, o colitis ulcerosa.

El tratamiento en una fisura aguda será médico: dieta, baños de asiento, laxantes suaves y cremas tópicas de corta acción. Cuando el tratamiento médico no logre curar el proceso se pasará al tratamiento quirúrgico, cuando esté justificado.

### Complicaciones de la operación de la fisura anal

El tratamiento quirúrgico de la fisura anal consiste en la extirpación de la fisura seguida de la esfínterotomía (sección del esfínter) del esfínter interno en forma lateral o posterior. Es de destacar que la base esencial del tratamiento quirúrgico de la fisura anal es la sección parcial, reglada y controlada del esfínter interno, con lo que se reduce el espasmo del esfínter, origen de la fisura y con él la cura de la enfermedad.

Las complicaciones del tratamiento quirúrgico incluyen: abscesos anales y perianales, sepsis perineal, fístulas, hemorragia postoperatoria y retención urinaria. Grados variables de incontinencia a gases y/o heces se ha observado en los pacientes operados. La intervención quirúrgica de la fisura anal ha sido asociada con incontinencia anal con una frecuencia de hasta un 35% de los pacientes. Esto, sin tener en cuenta el debilitamiento normal del esfínter por la edad, así como tampoco la posibilidad de cirugía anorrectal futura o trauma obstétrico.

## ABSCEOS Y FÍSTULAS ANALES

Un absceso anal es una cavidad infectada ocupada de pus que se halla cerca del ano o del recto. Se manifiesta habitualmente por dolor anal, fiebre y a veces escalofríos. Se trata mediante incisión y drenaje y cuando es posible se realiza el tratamiento radical de curación en un tiempo. Cuando se realiza solo incisión y drenaje, es habitual que luego quede conformada una fístula anal la que hace aparición algunas semanas después.

Una fístula anal es una comunicación entre el interior del ano o del recto y la piel de alrededor del ano mediante un trayecto tubular que pasa a través del esfínter anal y que como síntomas tiene dolor y secreción purulenta y maloliente.

Los abscesos y fístulas anales nacen en las criptas anales, estructuras anatómicas normales que están ubicadas en el fondo de la línea pectínea, una línea que marca el límite entre el ano y el recto. El tratamiento de las fístulas anales es quirúrgico y la técnica varía de acuerdo a la localización, profundidad o complejidad.

### Complicaciones de las operaciones de abscesos y fístulas anales

Las complicaciones del tratamiento de los abscesos (drenaje y fistulotomía primaria) son: persistencia del absceso, que puede llegar al 40,6%; trastornos funcionales variables y alteraciones en la continencia o incontinencia: 39% en la fistulotomía primaria, y más del 21% en el drenaje simple del absceso, cuadros infecciosos de diversa magnitud incluso sepsis perineal.

La tasa de persistencia y recidiva en el grupo de fistulotomía primaria es del 3% contra más del 40%, en algunos estudios. En algunos casos puede persistir un lecho cruento por un largo período; infección severa de partes blandas que puede llegar a la muerte.

Dentro de las complicaciones de las operaciones de fístula encontramos incontinencia anal, que dependerá sobre todo de la altura de la fístula y de la magnitud de tejido muscular comprometido; deformación anal luego de grandes cicatrices; estrechez anal; hemorragias; fecalomas e infecciones graves del periné.

La recidiva de una fístula anal, es decir que vuelva luego de una operación de fístula, oscila en general entre 4 al 10%. La incontinencia postoperatoria se informa según las estadísticas, entre el 10 al 50%.

## CÁNCER DE ANO

Es un tipo raro de cáncer. El ano está formado por las capas externas de la piel y el extremo del intestino grueso y el cáncer anal es una enfermedad en la cual se forman células cancerígenas en los tejidos del ano. Los

síntomas incluyen hemorragia, dolor o abultamiento en la zona anal. La picazón y las secreciones también pueden ser señales de un cáncer anal. Los posibles tratamientos incluyen radioterapia, quimioterapia, y cirugía. El tratamiento dependerá si el tumor se ha diseminado y del tipo, tamaño y ubicación del mismo.

Las complicaciones del tratamiento radioterápico son sumamente graves con inflamación y quemaduras del tejido irradiado los que dependen de la sensibilidad local del tejido expuesto a radiaciones. Exponen al paciente a penosos síntomas, a la necesidad de establecer colostomías y aun pueden provocar la muerte.

Las complicaciones del tratamiento quimioterápico son también sumamente graves con compromiso del estado general, reducción de glóbulos rojos y blancos y compromiso severo de la inmunidad. Pueden conducir a la muerte.

El tratamiento quirúrgico consiste en la extirpación del recto y el ano y su aparato esfinteriano con la necesidad de establecer una colostomía o ano contranatura definitivo. Las complicaciones son similares a la que se relatarán en las complicaciones de la cirugía colorrectal.

### **CÁNCER DE COLON Y RECTO**

Es más común en personas mayores de 50 años de edad y el riesgo aumenta con la edad. La propensión a presentar el cáncer colorrectal aumenta con las siguientes enfermedades: pólipos, que consisten en un crecimiento de tejido dentro de la luz del colon y el recto, que pueden tornarse cancerosos; antecedentes familiares o personales de cáncer colorrectal; colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn.

Los síntomas pueden incluir sangre en las heces, mucosidad en las deposiciones, heces más delgadas, cambios en los hábitos intestinales y malestar general. Sin embargo, es posible no presentar síntomas en sus inicios.

Su tratamiento es la cirugía. Las intervenciones para tratar un cáncer de colon o recto son operaciones de gran envergadura y marcada complejidad.

Requieren una anestesia general de varias horas y un entrenamiento especializado del equipo quirúrgico. Según la localización de la lesión maligna pueden requerir de la confección de un ano contranatura temporario o definitivo.

### **ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON**

La enfermedad diverticular del colon se presenta habitualmente en personas mayores de 50 años y se caracteriza por presentar inflamación de los

“divertículos” que son formaciones como bolsitas ubicadas en la pared del colon. Estos divertículos habitualmente no causan síntomas, salvo cuando se complican. Las complicaciones más frecuentes de los divertículos son inflamación, perforación, peritonitis, abscesos, hemorragia, obstrucción o fistulización con otros órganos (vejiga, intestino delgado) Cuando ocurre una inflamación diverticular el paciente manifiesta dolor abdominal en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen con fiebre, náuseas y ocasionalmente vómitos.

Si los divertículos no traen síntomas no es necesario tratarlos. El tratamiento de la inflamación diverticular y sus complicaciones comprende desde un tratamiento con antibióticos hasta cirugía. La cirugía de las complicaciones de la enfermedad diverticular es de gran envergadura y marcada complejidad. No está exenta de severas complicaciones que ponen en riesgo la vida del paciente.

### **Complicaciones tempranas de la cirugía colorrectal**

A pesar de una planificación cuidadosa y de una técnica quirúrgica prolija y segura, las complicaciones en la cirugía colorrectal ocurren aún en las manos más diestras y experimentadas.

La mortalidad por una colectomía (extirpación de un segmento del colon), según la estadística mundial, asciende al 1% de los casos.

Las infecciones superficiales de la herida son las más frecuentes de las complicaciones de la cirugía colorrectal. La extirpación programada de un segmento del colon o del recto en la cual hay una entrada controlada en el interior del tracto gastrointestinal está clasificada como herida limpiacontaminada con una incidencia calculada de la infección del sitio quirúrgico del 5-10%. En las urgencias colónicas, en las que hay una contaminación bacteriana importante, las infecciones se elevan notablemente a pesar de los antibióticos recibidos.

La fístula de una anastomosis (unión entre dos segmentos del intestino), filtración de contenido intestinal a través de la sutura, es la más temida complicación temprana de la cirugía colorrectal. Es una complicación común y frecuente, que amenaza potencialmente la vida del paciente, asociada con morbilidad significativa, riesgo aumentado de recidiva local del cáncer, resultado funcionales disminuidos, aumento del tiempo de internación, riesgo alto de colostomía(anó contransatur) definitiva, y muerte. La incidencia mundial de fístula anastomótica que sigue a una colectomía se informa entre 2 al 10%. En la cirugía del recto esta cifra de fístula en la anastomosis oscila entre el 8 y el 20%.

La obstrucción temprana postoperatoria del intestino delgado ocurre en el 1% de los pacientes luego de cirugía intestinal. La mayoría de las obstrucciones son causadas por adherencias que se forman dentro de las 72 horas

de la cirugía, y se vuelven muy densas y vascularizadas luego de algunas semanas.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Corman M. *Colon and Rectal Surgery*, Fourth Edition, Philadelphia-New York, Lippincott-Raven Publishers.

2. Goligher JC. *Cirugía del Ano, Recto y Colon*, Salvat Editores

3. Hequera JA, Rosato GO, Castiglioni R. *Urgencias en Coloproctología*. Buenos Aires, Editorial Akadia.

4. Hequera JA, Latif JA. *Abdomen Agudo de Origen Colónico*, Buenos Aires, Editorial Akadia.

5. Reis Neto JA. *New Trends en Coloproctology*, Brasil, Editorial Revinter

**Nota:** *La Sociedad Argentina de Coloproctología queda a disposición de los Sres. Jueces para toda consulta desde el punto de vista científico.*