

Lesiones dolorosas del ano



MÉXICO

Autor: Abel Jalife Montaña, cirujano proctólogo adscrito al Servicio de Cirugía General del Hospital General de México y a la Clínica Coloproctológica del Hospital Ángeles Mocol.

El dolor es la principal manifestación de prácticamente todas las lesiones de la región anal, ya sean benignas o malignas, comunes o raras. Si el anodermo se afecta, el signo preponderante es el dolor; a éste le acompañan el prurito y la hemorragia.

La proctalgia o sensación dolorosa del recto es un término ampliamente usado, pero no de manera correcta, ya que el dolor a nivel rectal es de tipo visceral, a diferencia del originado en el anodermo (Figura 1), que es somático y tiene una gran cantidad de receptores táctiles, por lo que no habría una sensación dolorosa equivalente originada en el recto aunque el paciente refiera disconfort.

El límite anatómico entre anodermo y mucosa rectal, la línea dentada, es también el límite de la sensibilidad somática y visceral. Es el dolor el síntoma cardinal de las lesiones perianales y son sus cualidades sobre las que deberá interrogarse para obtener una adecuada semiología que oriente mejor al diagnóstico.

Sitio. Debe ser específicamente en el ano, no confundir con pujo, tenesmo y falsas ganas, que son síntomas de origen rectal.

Inicio. El inicio súbito o paulatino diferencia la causa entre las fisuras de origen traumático y las enfermedades infecciosas alérgicas o irritativas.

Intensidad. Las lesiones agudas habitualmente generan un dolor más intenso, como las fisuras anales y la trombosis hemorroidal externa.

Tipo. Es la característica que más cualidades tiene y que dirige el interrogatorio del dolor. Puede ser urente, transictivo, punzante, pulsátil, continuo o intermitente.

Irradiaciones. De acuerdo al sitio de la lesión será la irradiación, por ejemplo, es típica la irradiación escrotal en fisuras y abscesos anteriores en periné.

Fenómenos acompañantes. Los más frecuentes son el prurito y la hemorragia, y de acuerdo a la semiología de éstos se integrará el diagnóstico. ➔

Referencias bibliográficas

1. Rodríguez-Acar, Neri Carmona, Jalife-Montaña, Alarcón H. Patologías más frecuentes del área perianal. *Rev Cent Dermatol Pascua* Vol. 9 No. 2 may-ago 2000, pág. 86-95.
2. Marvin L. Corman. *Colon and rectal surgery*. Fourth Edition. Lippincott-Raven, 1998.
3. Takeshi Takahashi. Semiología y exploración proctológica en: Takahashi, Colon, recto y ano, enfermedades médico-quirúrgicas. Editores de Textos Mexicanos, 2003. pág. 186-190.
4. Fernández Rodarte Bernardo. Anatomía quirúrgica y fisiología colorrectal, en: *Tratado de cirugía general*. Asociación Mexicana de Cirugía General, Consejo Mexicano de Cirugía General A.C. Manual Moderno, 2003, pág. 781-784.
5. Goldberg, Gordon, Nivatvongs. *Fundamentos de cirugía anorrectal*. Editorial Trillas, Segunda Edición, 1987.

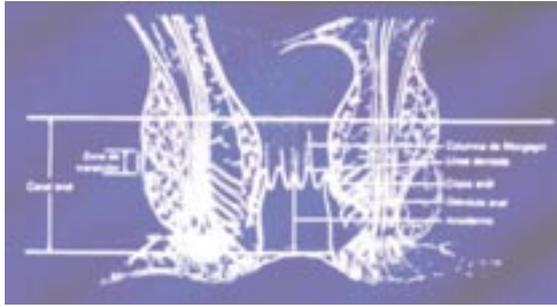


Figura 1. Anatomía del conducto anorrectal. Modificado de Gordon, Goldberg, Nivatcongs. *Fundamentos de cirugía anorrectal*, Editorial Trillas.



Figura 2. Fistulas perianales múltiples causadas por actinomycosis.



Figura 3. Lesiones verrucosas perianales múltiples.

Fenómenos que exacerban o calman el dolor. Las dermatitis atípicas, las lesiones dermatológicas, las trombosis y las fisuras en general disminuyen su sintomatología con la aplicación de frío, pero no así las lesiones neoplásicas o infecciosas.

Duración. Habitualmente el paciente con dolor anal no deja pasar mucho tiempo antes de acudir a un médico o realizar alguna maniobra que esté encaminada a paliarlo, pero es importante el tiempo de evolución en relación con la causa, por ejemplo, las neoplasias anales pueden ser de larga evolución.

Manifestaciones perianales que se manifiestan por dolor y síntomas acompañantes

Absceso. El dolor se acompaña de aumento de volumen, discapacidad para el movimiento y fiebre.

Endometriosis. El dolor puede relacionarse con abultamiento y hemorragia transanal; es típica su aparición vinculada con periodos menstruales.

Enfermedad hemorroidal. El dolor puede ser súbito, intenso y asociado con un esfuerzo intenso reciente; se puede acompañar de hemorragia y en caso de ser trombosis externa hay una tumefacción violácea.

Fisura anal. Es la lesión dolorosa más frecuente, se caracteriza por dolor intenso, la sensación de *estaca* y se acompaña de hemorragia rutilante. Está estrechamente vinculada con la evacuación. El dolor se origina por la hipertonía del esfínter anal interno.

Fístula anal. En este caso hay un granuloma que drena material purulento y el dolor es intermitente. Se trata de una lesión crónica y habitualmente no hay relación con las evacuaciones. Puede ser de origen criptogénico o por enfermedades granulomatosas, como tuberculosis, actinomycosis (Figura 2) y enfermedad de crohn perianal.

Herpes. El dolor típico en esta patología es urente e intenso y se acompaña de lesiones cutáneas vesiculares.

Liquen. El paciente refiere disconfort más que dolor y se relaciona con prurito.

Neoplasias. Además de que el dolor es de tipo transitorio, intermitente y crónico, se asocia con lesiones de consistencia ahulada a leñosa de progresión rápida.

Uretritis. Se deberá descartar esta patología mediante la exploración, ya que al igual que en la prostatitis el dolor es perineal, entre ano y genitales, profundo y es fácil de confundir con el producido por un absceso submucoso.

Verrugas vulgares. Son causadas por la infección del virus del papiloma humano

y habitualmente se relacionan con actividad genital en la zona. Aunque no es ésta la única causa, se manifiestan por las lesiones vegetantes características que causan molestia y ocasionalmente prurito, son altamente contagiosas y en caso de ser múltiples y/o de gran tamaño tienen potencial para malignizarse (Figura 3).

Patologías benignas que con mayor frecuencia generan dolor anal

Fisura anal. Es la pérdida o solución de continuidad del anodermo, la piel especializada entre la mucosa anal y la piel perianal, que mide de tres a cuatro centímetros en extensión circunferencial y que tiene terminaciones nerviosas múltiples con una capacidad táctil similar a los pulpejos de los dedos. Su causa principal es un traumatismo generalmente por heces duras que al lesionar la piel deja al descubierto el esfínter anal interno, de inervación involuntaria, y que de forma refleja aumenta su tono hasta tal grado que, superando a la presión de las arteriolas que lo atraviesan e irrigan al anodermo, origina isquemia, lo que genera un dolor intenso de tipo constrictivo.

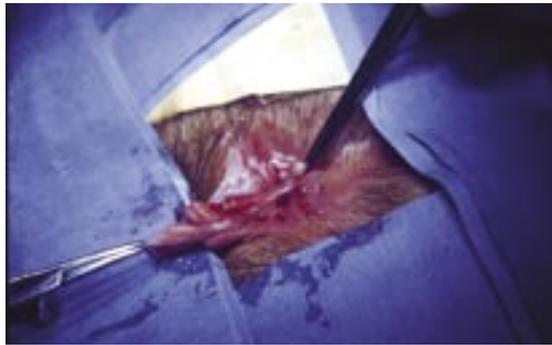
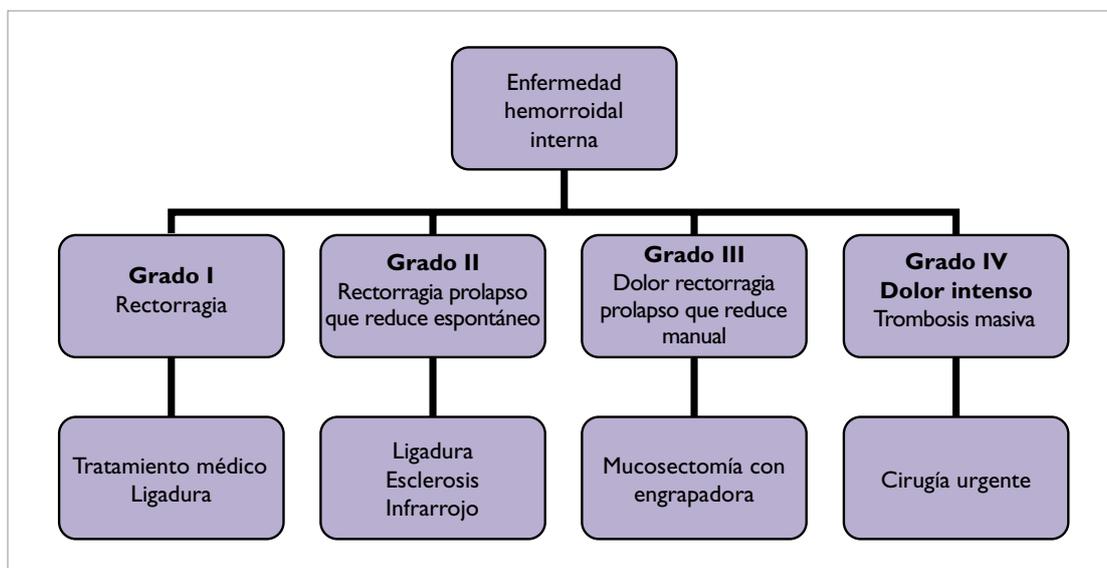


Figura 4. Fisura anal crónica con la úlcera, el colgajo cutáneo o hemorroide centinela y la papila anal hipertrófica.

Esta isquemia resultante es el factor perpetuador de las fisuras anales inespecíficas, que habitualmente se localizan en la línea media. Las fisuras anales provocadas de forma específica por alguna patología diferente, como las producidas por neoplasia, enfermedades de transmisión sexual y lesiones de origen hematológico (como las leucemias), pueden tener una localización distinta y deben ser biopsiadas para identificar la causa. Las fisuras que se perpetúan tienden a generar inflamación en los bordes de la misma, lo que da lugar a un endurecimiento de los bordes e hipertrofia de los extremos, causando en el límite interno hipertrofia de alguna papila anal y en el borde externo la formación de un colgajo cutáneo. De esta manera se forma la tríada característica de una fisura anal crónica, ➔



Cuadro 1. Clasificación y tratamiento de la enfermedad hemorroidal interna.

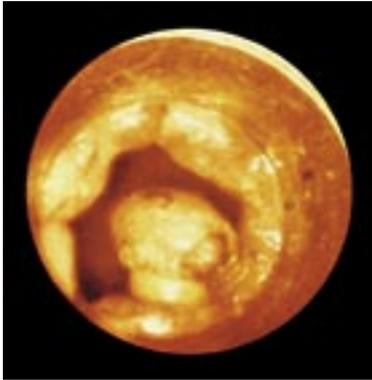


Figura 5. Ligadura de paquete hemorroidal interno con banda elástica.



Figura 6. Trombosis hemorroidal masiva



Figura 7. Estilete a través de fistula anal de origen criptogénico.

la llamada *triada de brodie*: úlcera anal, colgajo cutáneo y papila anal hipertrófica (Figura 4). El tratamiento es quirúrgico; se realiza una esfinterotomía lateral interna, aunque el abordaje con toxina botulínica y agentes antiisquémicos, como la nitroglicerina o el isosorbide, es también útil.

Enfermedad hemorroidal. Es la representante de la patología proctológica por excelencia dada su alta frecuencia. Es la principal causa de consulta por dolor y rectorragia, además de la sensación de cuerpo extraño perianal. Las hemorroides pueden ser internas o externas (Figura 1). Las internas tienen manifestaciones de acuerdo a su severidad, la cual se divide en cuatro grados, división que también es criterio para la selección del tratamiento (Cuadro 1). Entre mayor la extensión y severidad de la enfermedad, mayor la posibilidad de una intervención quirúrgica, misma que goza de mala reputación debido al dolor que genera la cicatrización de la zona, aunque actualmente

hay técnicas para resolver el prolapso hemorroidal, como la ligadura con banda elástica (Figura 5) o la mucossectomía con engrapadora circular, que al no tocar el anodermo no causan dolor somático y el paciente puede regresar a sus actividades habituales de manera rápida y sin las molestias tradicionales.

Aunque la enfermedad hemorroidal interna es la más común, la externa es más dolorosa, ya que

ésta se caracteriza por trombosis; habitualmente es más leve que la interna y consiste en un trombo único. El tratamiento consiste en analgésicos antitrombóticos y en ocasiones es más prudente realizar la trombectomía de primera intención (Figura 6).

Absceso-fistula anal. Si bien el absceso no es tan frecuente como la enfermedad hemorroidal, sí es la urgencia más común y su característica principal es el dolor, el cual es intenso, constante y, en ocasiones, incapacitante. Se asocia a aumento de volumen, que puede llegar a ser deformante y a la presencia de fiebre, que junto con el dolor desaparece cuando se drena, ya sea en forma quirúrgica o espontánea.

La causa más común es la criptogénica, es decir, la infección de alguna glándula de las criptas anales que se obstruye y al proliferar la infección genera el absceso, que se caracteriza por los clásicos signos de inflamación de celso: rubor, tumor, dolor y calor. El abordaje de urgencia es el drenaje, aunque se sugiere aplicar el tratamiento definitivo, el cual incluye la resección de la cripta afectada para disminuir la posibilidad de aparición de una fistula anal, forma crónica de esta patología y que corresponde a la comunicación anormal entre la cripta y la piel perianal (Figura 7). Cuando ésta es la causa, el tratamiento es quirúrgico, pero como ya se mencionó, se pueden tener fistulas secundarias a otras patologías (Figura 2). **DOLOR**