Diagnóstico de la enfermedad anorrectal 22

JOHN E. RAY

El diagnóstico de la enfermedad anorrectal puede establecerse en la mayoría de los casos si el examinador escucha al paciente, hace las preguntas correctas y realiza un examen proctológico completo.

OBTENCIÓN DE LA HISTORIA

Los pacientes con molestias anorrectales a menudo son reacios a buscar ayuda por temor a que el examen sea doloroso o por ansiedad ante el cáncer. El examinador debe hacer sentir cómodo al paciente y adoptar una actitud interesada, atenta y que infunda confianza. La queja principal puede ser específica y dramática, como por ejemplo, por sangrado rectal o dolor severo, pero a menudo es vaga o inespecífica y el paciente puede tener dificultad para describir los síntomas. Al tener escasos conocimientos sobre la región anorrectal, muchos pacientes suponen erróneamente que toda molestia en esa zona se debe a hemorroides. Después de sonsacar la molestia principal debe permitirse al paciente que se exprese sobre su enfermedad actual, interrumpiéndolo si fuese necesario para establecer el comienzo, la duración y frecuencia de los síntomas, ataques y tratamientos previos.

Deben hacerse otras preguntas detalladas y específicas con respecto a la molestia y a otros síntomas anorrectales.

Sangrado

Si hubiese sangrado, ¿de qué color es la sangre? ¿Es brillante, oscura, marrón o negra? ¿Dónde se notó la sangre, en el papel higiénico, en la superficie de la materia fecal, mezclada con las heces o en el mucus? ¿La sangre gotea o mancha la ropa interior? ¿Qué cantidad de sangre se pierde? ¿Cuánto hace que el paciente tiene el problema?

La sangre brillante implica origen en ano, recto o colon inferior. La sangre sobre la superficie fecal sugiere un origen anal, mientras que la mezclada con las heces usualmente proviene de un sitio por encima del ano. La sangre que gotea en el inodoro durante o después de defecar proviene en general, del prolapso de hemorroides internas. Los pacientes tienden a sobreestimar la cantidad de sangre ("llenó el inodoro"). El sangrado intermitente durante una cantidad de años se debe a hemorroides internas o a una fisura anal. A despecho de la cantidad de sangre, de la duración del sangrado o de que la fuente aparentemente sea hemorroidal, es necesario un examen proctológico completo para determinar la causa con precisión.

Dolor

Los pacientes con dolor anal agudo procuran precozmente tratamiento, mientras que los que tienen molestias crónicas habitualmente se demoran. ¿Dónde se sitúa el dolor? ¿Se vincula con la defecación? El dolor agudo en una masa perianal sensible sugiere hemorroides trombosada o absceso. El dolor ardiente durante la evacuación o después de ella generalmente se debe a una fisura anal, en particular si está asociada con constipación y sangre brillante. El dolor rectal profundo puede ser causado por un absceso en los espacios anales profundos anterior o posterior o en áreas supraelevadoras; puede ser acompañado por escalofríos, fiebre y retención urinaria. Los ataques nocturnos esporádicos y el dolor profundo que dura unos po-

cos minutos son característicos de la proctalgia fugaz, dolor rectal efímero de origen desconocido. Algunos autores creen que se debe a espasmo muscular del recto o de los músculos elevadores. El dolor rectal profundo crónico y vago con dolor asociado en el periné o los genitales requiere una cuidadosa evaluación, aunque con frecuencia no es posible detectar ninguna causa orgánica. A menudo se atribuye el dolor a una coccigodinia atípica, al síndrome del músculo elevador o a depresión mental.

Protuberancia o inflamación externa

Si se halla una protuberancia o inflamación aguda y dolorosa, el examinador debe pensar en hemorroides trombosada o en un absceso. Los estados no agudos incluyen: hemorroides externas, apéndices cutáneos (acrocordones), papilas anales, verrugas, quistes perineales, comedones y, raras veces, neoplasias anales o perianales (carcinoma de células escamosas, enfermedad de Bowen o enfermedad de Paget extramamaria).

Prolapso

El prolapso, ¿está relacionado con la defecación? ¿Se retrae espontáneamente o requiere presión digital? El prolapso que se presenta con la defecación o el esfuerzo y requiere reducción manual probablemente sea causado por hemorroides internas de grado 3. El prolapso con dolor e inflamación progresivos que no se reduce con presión digital, probablemente se deba a prolapso hemorroidal circunferencial con trombosis y estrangulación. La procidencia rectal completa es crónica, de tamaño creciente, fácil de reducir y está asociada con pérdida del tono esfinteriano e incontinencia.

Cambio del hábito intestinal

¿Cómo es el hábito de evacuación del paciente? ¿Experimentó alguna modificación? ¿Tiene constipación o diarrea? ¿Cuál es el calibre y la forma de las heces? Todo cambio persistente en el hábito intestinal hace pensar en la posibilidad de cáncer de recto o colon. Cualquier cambio en el calibre de las heces desde el normal hasta las de pequeño calibre o acintadas sugiere la presencia de un carcinoma o de constricción anal. La deposición frecuente de pequeñas cantidades con tenesmo, sangre y mucus es muy sugestiva de carcinoma rectal.

Drenaje anal o perianal

¿Existe drenaje fecal o escape de mucus? ¿Contiene sangre o pus? ¿Presenta inflamación perineal asociada? El drenaje perineal intermitente asociado con inflamación recurrente es característico de absceso o fístula crónicos. La hidradenitis perianal, los quistes de inclusión infectados, las verrugas, los comedones, el prurito anal y las neoplasias también pueden ocasionar drenaje.

Picazón perianal

La enfermedad anorrectal habitualmente se asocia con prurito anal, en particular si existe drenaje, grandes hemorroides externas o excrecencias que dificultan la higiene. El prurito como síntoma primario, sin enfermedad anorrectal evidente, se clasifica como idiopático y puede ser relacionado con neurodermatitis, hábitos dietéticos, sensibilidad a cremas, desinfectantes o ungüentos locales (véase cap. 23).

Incontinencia fecal

A los pacientes con incontinencia fecal se les pregunta acerca de operaciones anorrectales previas y a las mujeres, acerca de desgarros o lesiones obstétricas. Debe determinarse si la incontinencia es solamente de flatos o de diarrea o de heces formadas. También pueden tener incontinencia los pacientes con prolapso rectal crónico (véase cap. 29).

Historia adicional

El médico también debe preguntar acerca de la salud general del paciente, en especial respecto a pérdida de fuerzas, vitalidad, apetito o peso. Se registrará todo antecedente de enfermedad previa, incluyendo operaciones abdominales y anorrectales, pólipos colorrectales o cáncer y la medicación anterior y actual. Al obtener la historia familiar se determina si los abuelos, los padres, los hermanos u otros parientes cercanos tuvieron cáncer o pólipos de colon o recto. También se investiga la posibilidad de poliposis familiar, "síndrome de las familias propensas al cáncer" o enfermedad inflamatoria intestinal.

EXAMEN ANORRECTAL

Después de obtener la historia, el examinador ya puede haberse formado una opinión

Cuadro 22-1. *Instrumentos y equipo para la sala de exámenes proctológicos*

Elementos descartables
- Guantes o dediles
- Lubricantes
- Papel higiénico
- Esponjas
- Desinfectantes
- Enemas descartables

Iluminación
- Buena luz ambiental
- Luz tipo cuello de cisne para la inspección perineal
- Fuente de luz para los endoscopios

Instrumentos para diagnóstico
- Anoscopios
- Proctosigmoidoscopios

Aparatos auxiliares para el diagnóstico
- Aparatos para electrocoagulación
- Dispositivo para succión de agua o máquina de succión equivalente

Accesorios
- Sondas
- Ganchos para criptas
- Pinzas para biopsia
- Tubos para aspiración
- Recipientes para muestras
- Portaobjetos y materiales para cultivo de heces
- Equipos para detección de sangre oculta en heces

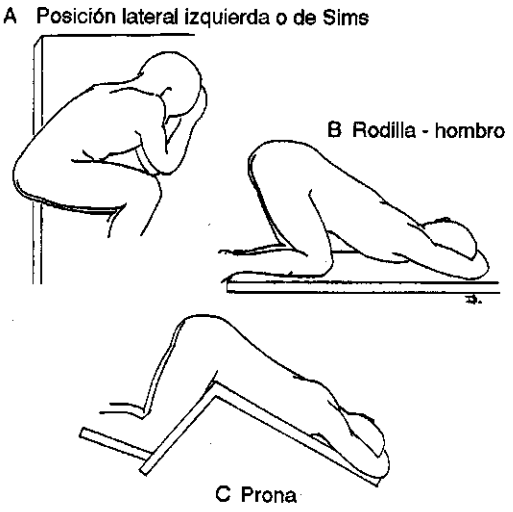


Fig. 22-1. Posiciones del paciente para el examen anorrectal. **A.** Posición lateral izquierda (de Sims). **B.** Posición rodilla-hombro. **C.** Posición en pronación ("de navaja") sobre una mesa proctoscópica. (De Hill, G. J., II: Outpatient Surgery, 2ª ed., Filadelfia, W. B. Saunders, 1980.)

acerca del probable diagnóstico. De no ser así, tendrá que tomar en cuenta un diagnóstico diferencial de diversas entidades que deben buscarse durante el examen. Aunque es deseable una sala especialmente diseñada para los exámenes, un consultorio común será apropiado siempre que tenga los instrumentos y equipos proctológicos detallados en el cuadro 22-1.

Inspección

Después de ubicar correctamente al paciente (fig. 22-1)[3] se separan suavemente las nalgas para la inspección. Las áreas a observar incluyen: nalgas (buscar saliencias, cicatrices o anormalidades de la piel) y el área sacrococcígea (observar si hay orificios pilonidales, senos, quistes o cicatrices antiguas). Se observa el ano para ver si hay alguna descarga, hemorroides externa (cubiertas por piel), apéndices cutáneos, hemorroides trombosadas (prominencias dolorosas de color púrpura, sensibles), hemorroides internas salientes (cubiertas por mucosa), papilas anales prolapsadas (blancas y firmes), cicatrices o deformidad anal. El ano se inspecciona adicionalmente mediante suave tracción con eversión perineal. Se investigan fisuras, hemorroides "centinela", papilas agrandadas, erosión o desgarramientos traumáticos. También se inspecciona el área perianal en busca de signos de inflamación, engrosamiento, maceración, humedad, excoriaciones, protuberancias, inflamación, áreas de drenaje o tumor. Si se encuentran una o más áreas de drenaje se sospecha una fístula anorrectal; el diagnóstico diferencial incluye quistes de inclusión infectados, furúnculos e hidradenitis.

Palpación digital

La palpación externa del área perianal se hace para evaluar cualquier protuberancia, inflamación o área de drenaje. Los trayectos fistulosos a menudo pueden ser palpados y su dirección seguida hacia el ano. Colocándose un guante o un dedil bien lubricados se inserta el dedo índice de manera gradual en el ano. Se identifica el surco interesfinteriano al penetrar el orificio. Debe registrarse si existe mayor espesor o espasmo del músculo esfínter anal interno ubicado hacia medial. Al insertar más el dedo se podrá advertir la presencia de dolor, tensión, cicatriz o constricción. El conducto anal y la línea dentada se palpan en busca de úlceras o fisuras, irregularidad, cicatrices, papilas anales agrandadas o tumor. Se evalúa el tono del esfínter y si está excesivamente relajado o atónico se prueba la contracción del esfínter externo, pidiendo al paciente que contraiga esos músculos. Si la contracción es débil debe investigarse un posible defecto del esfínter. Se inserta más el dedo y se identifica el anillo anorrectal notando el grueso músculo puborrectal que forma un "cabestrillo" en torno del con-

ducto por su parte posterior y produce un ángulo anorrectal posterior agudo. Debe advertirse la capacidad del paciente para contraer el músculo puborrectal y la fuerza de la contracción. Luego se examina el recto inferior, comenzando por la parte anterior y palpando la próstata o el cérvix. El recto se examina en todo su perímetro en busca de algún estado patológico mucoso, intermuscular o extrarrectal. Se investiga todo pólipo, masa, zona dolorosa o induración. Las hemorroides internas no se palpan, salvo que estén agrandadas por prolapso crónico, en cuyo caso pueden percibirse pliegues longitudinales. El fondo de saco se examina en busca de una saliente o masa pélvica. Las paredes pélvicas laterales y el área presacra se controlan en busca de alguna posible masa o tumor. La profundidad del examen digital varía con la experiencia y la delicadeza del examinador y no se relaciona necesariamente con la longitud del dedo. Después del examen digital, el dedo debe controlarse por si presenta sangre.

Examen anoscópico

Para examinar el conducto anal es esencial un anoscopio. Puede usarse el tipo con bisel o con ranura. Los anoscopios cortos no son satisfactorios porque no permiten la visualización completa del conducto anal. El tipo ranurado tiene la desventaja de que debe ser retirado, rotado y reinsertado varias veces para examinar todo el perímetro del conducto anal. Los endoscopios biselados permiten ser rotados sin necesidad de retirarlos completamente. El anoscopio tipo Hirschman modificado (fig. 22-2) es apropiado y está disponible en diámetro grande, mediano y pequeño. Estos anoscopios están dotados de una luz fibroóptica proximal fijada al mango. Es preferible usar el de tamaño grande, pero si el ano es estrecho o está contraído será necesario usar un tamaño menor.

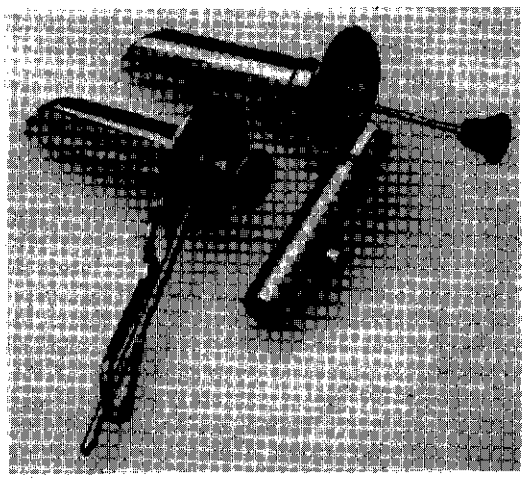


Fig. 22-2. Anoscopios de Hirschman modificados, tamaño grande.

Mientras se introduce lentamente el anoscopio lubricado se pide al paciente que haga fuerza, para producir la relajación anal. Después de insertarlo en toda su longitud se retira el obturador y se controla el mango con la mano izquierda. La mano derecha se usa para aspiración o limpieza y para la manipulación de sondas, ganchos o instrumentos de biopsia y obtención de las piezas. Durante la anoscopia se inspecciona toda la circunferencia del conducto anal. Si el anoscopio biselado no se retira completamente, al observar cada segmento se lo podrá reinsertar y rotar sucesivamente sin volver a aplicar el obturador ni pellizcar el anodermo sensible, y así podrán verse los 360° de circunferencia.

Las hemorroides internas se evalúan y clasifican[1] pidiendo al paciente que haga fuerza con el anoscopio situado a nivel de su línea dentada y notando el grado de abultamiento y el descenso por debajo de esa línea (véase cap. 25). Las fisuras anales se localizan más a menudo en las líneas medias posterior o anterior y están asociadas típicamente con hemorroides "centinela" y una papila anal agrandada. Las fisuras indoloras con edema y coloración púrpura en la piel anal sugieren una posible enfermedad de Crohn. Una fisura lateral sugiere la posibilidad de enfermedad intestinal inflamatoria, sífilis primaria, tuberculosis o leucemia[2] (véase cap. 24). Los abscesos y las fístulas comienzan con infección en las criptas anales y en la línea dentada. Cuando se sospecha una fístula debido a la existencia de áreas de drenaje externo[5] debe investigarse la apertura primaria. Las criptas anales sospechosas pueden ser sondeadas u observadas para ver si hay algún drenaje purulento. Los intentos de sondaje de fístulas externas deben hacerse con cuidado porque pueden doler y también hay peligro de causar falsas vías (véase cap. 26). Durante la anoscopia se buscan tumores, pólipos, papilas o ulceraciones atípicas. En esos casos se obtienen biopsias, cultivos o frotis, según esté indicado.

Proctosigmoidoscopia

La proctosigmoidoscopia está indicada para la mayoría de los pacientes con síntomas anorrectales o colónicos, como parte de la visita inicial. Las excepciones incluyen a aquellos pacientes con hemorroides trombosadas dolorosas, fisuras, abscesos o constricción agudos o bien cuando se sospecha enfermedad intestinal

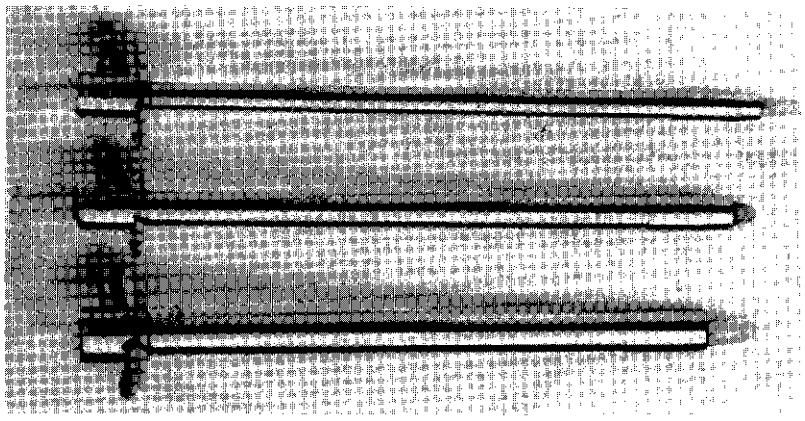


Fig. 22-3. Sigmoidoscopios rígidos Welch Allyn de tamaño grande, mediano y chico.

inflamatoria o diverticulitis agudas. Para evaluar sangrados rectales, cambios de hábito defecatorio, diarrea, constipación, pérdida de peso, anemia y dolor abdominal, la proctosigmoidoscopia rígida (PR) ha sido reemplazada gradualmente por la sigmoidoscopia fibroóptica flexible (SFF). También se usa SFF para selección de rutina en pacientes asintomáticos mayores de 45 años. Los sigmoidoscopios rígidos por lo común tienen 25 cm de longitud y diámetros de 12, 15 o 18 mm (fig. 22-3). Son muy exactos para visualizar afecciones de recto y rectosigmoides y para medir precisamente el nivel de ubicación de un tumor o lesión a contar desde el orificio anal. Se dispone de sigmoidoscopios flexibles fibroópticos de longitud variada, pero la longitud más popular es la de 65 cm (fig. 22-4). La superioridad de la SFF sobre la PR fue demostrada en diversos estudios comparativos.[4] La longitud de inserción del sigmoidoscopio rígido en manos de endoscopistas experimentados es de sólo 17 a 19 cm, mientras que la longitud promedio de inserción del endoscopio flexible es de 55 cm. A causa de la mayor longitud del endoscopio pueden encontrarse más pólipos, cánceres y otras enfermedades colónicas con el SFF que en general tiene un alcance efectivo tres veces mayor que la PR (véase cap. 3). Por el alto costo de los instrumentos fibroópticos que restringen su uso más extendido, los endoscopios rígidos siguen siendo instrumentos prácticos y útiles para la mayoría de los cirujanos.

Preparación. La preparación para la PR consiste en un único enema descartable administrado 30 minutos antes del examen. Para la SFF se administran dos enemas, uno alrededor de 1 hora antes y el otro 30 minutos antes del examen.

Inserción. La proctosigmoidoscopia por lo común se lleva a cabo inmediatamente después de la anoscopia. Se introduce con cuidado el endoscopio a través del ano y se determina en el momento si la preparación fue adecuada. La luz del intestino debe estar limpia y vacía; no obstante, el mucus y las heces líquidas pueden eliminarse mediante aspiración. Con insuflación y aspiración según necesidad se inserta el endoscopio hacia cefálico y se observa el patrón vascular. La inflamación, las granulaciones, los tejidos friables y las ulceraciones ocultan el patrón vascular y pueden indicar enfermedad intestinal inflamatoria. El objetivo primario de la inserción consiste en avanzar el extremo del endoscopio manteniendo visible la luz intestinal. Podrá encontrarse algún estado patológico en la inserción, pero el examen primario se hace retirando el instrumento. Cuando la visión está obstruida resulta útil retirar el endoscopio y hallar el pliegue o curvatura que señale la dirección del lumen. En lo posible se inserta el endoscopio en toda su longitud, pero debe concluirse el avance si el paciente experimenta severas molestias. La profundidad de la inserción no se correlaciona necesariamente con la ubicación real del extremo del instrumento, dado que el asa sigmoidea puede estar estirada y así no se estará tan proximalmente como lo indica la distancia de inserción del endoscopio. Después de la inserción máxima se retira el endoscopio, visualizando todo el perímetro de la luz intestinal e inspeccionando posibles puntos ciegos detrás de pliegues y curvas. Se registra entonces si hay inflamación de la mucosa, ulceración, enfermedad diverticular, pólipos, tumores submucosos, carcinoma o lesión vascular. Las áreas anormales y las neoplasias se biopsian. Los pólipos pueden ser biopsiados pero no necesariamente

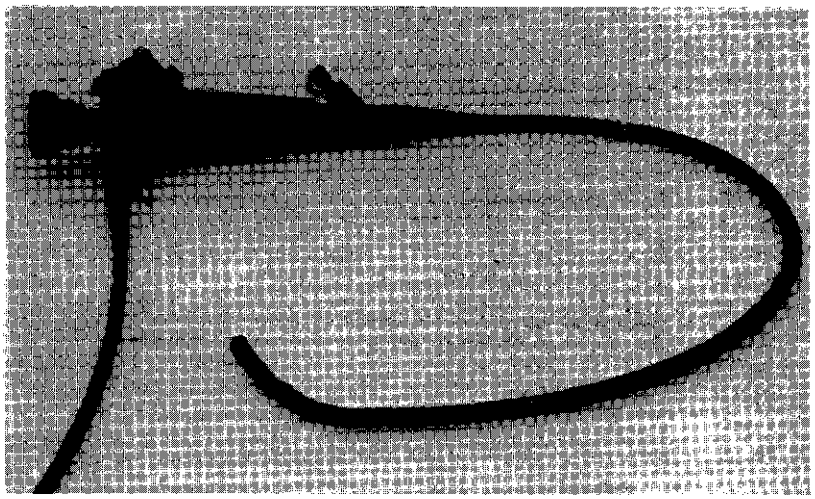


Fig. 22-4. Sigmoidoscopio flexible de fibra óptica Pentax de 65 cm de longitud.

removidos, ya que está indicada la ulterior colonoscopia total con polipectomía.

COMPLICACIONES. Son raras las complicaciones de la PR y la SFF. Han sido comunicadas perforaciones, pero éstas no deberían ocurrir si se mantiene a la vista la luz intestinal y no se fuerza el avance del instrumento. Como no se usa sedación previa, la respuesta del paciente al dolor debe alertar al examinador para que se detenga y retroceda. Si se produjese perforación, evidenciada por el aire intraabdominal o por signos de peritonitis, por lo común se impone una laparotomía inmediata.

Rara vez se observa hemorragia significativa después de una biopsia con SFF, porque los bocados de la pinza son pequeños. En cambio puede haber sangrado importante tras una biopsia con PR si se usan pinzas más grandes. Usualmente la hemorragia ulterior a una biopsia cesa espontáneamente, pero si se nota sangrado de una pequeña arteria se lo debe controlar con presión y coagulación.

Durante la electrocoagulación se han producido explosiones, pero esto es. Sin embargo, la alternativa es posible por la presencia de metano e hidrógeno en los gases normales del colon. Cuando se hace PR se puede prevenir la explosión reemplazando el gas colónico por aire ambiental mediante insuflaciones y aspiración repetidas.

No se deben emplear aparatos de diatermia durante la SFF, salvo que se haya preparado todo el colon. En caso de explosión, el colon proximal puede resultar severamente lacerado y perforado. Se requiere cirugía de emergencia para reparar o resecar las áreas dañadas.

EXÁMENES DIAGNÓSTICOS ESPECIALES

El diagnóstico de la mayoría de las enfermedades anorrectales puede hacerse después de completar los exámenes rutinarios, pero algunas situaciones requieren procedimientos adicionales especiales.

ESTUDIOS DE CONTRASTE CON BARIO. El recto y el rectosigmoides se visualizan bien con PR o SFF directas. Sin embargo, si existe una constricción anal severa u obstrucción rectal que impide el pasaje del sigmoidoscopio, los estudios de contraste con bario o agentes hidrosolubles pueden suministrar la información necesaria. También pueden requerirse estudios del intestino delgado si la historia o los hallazgos anorrectales sugieren una posible ileítis de Crohn.

OBTENCIÓN DE MUESTRAS DE MATERIA FECAL. En pacientes en quienes se sospecha diarrea infecciosa, amebiasis, sífilis anal, proctitis blenorrágica, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), toxina de *Clostridium difficile* o linfogranuloma deben obtenerse muestras para frotis, cultivo y examen en caliente.

DEFECOGRAFÍA (véanse caps. 28 y 29). Este procedimiento radiográfico especial está indicado en el prolapso rectal y en algunos casos de incontinencia y de constipación.

FISTULOGRAMAS ANALES. Estos estudios a menudo son confusos pero pueden ayudar en caso de fístulas complicadas. Recientemente se halló que los fistulogramas dirigidos por tomografía computarizada (TC) son muy útiles para rastrear fístulas complejas y los rastreos con

TC también pueden ayudar a localizar y elevar abscesos profundos isquioanales y del espacio supraelevador.

MANOMETRÍA ANAL (véase cap. 29). La medición de la presión anorrectal está aumentando nuestros conocimientos acerca de la fisiología de la incontinencia fecal y de la disfunción del piso pélvico.

ELECTROMIOGRAFÍA ANAL. Puede resultar útil para evaluar la incontinencia cuando se sospecha una causa neurogénica. Se incluyen estados tales como parto difícil, que puede lesionar los nervios pudendos; mielomeningocele y lesiones de la *cola de caballo*.

CORRELACIÓN DE LA HISTORIA Y LOS HALLAZGOS FÍSICOS

Para arribar al diagnóstico de una enfermedad anorrectal el examinador debe correlacionar la información obtenida de la historia con los hallazgos objetivos observados en el examen físico. El diagnóstico puede ser directo si la historia y el examen se han hecho de forma integral y metódica. A continuación el examinador debe determinar si los hallazgos físicos son la causa de la queja del paciente.[6] ¿Los síntomas son desproporcionados o incongruentes con el diagnóstico proctológico objetivo? Por ejemplo, ¿las hemorroides no complicadas son causa del severo dolor anal del paciente? Finalmente, el examinador debe decidir si la situación proctológica requiere cirugía o si se ensayará un manejo clínico conservador.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hicks, T.C., Gathright, J.B., Jr., Ray, J.E., et al.: Common anorectal problems in internal medicine. *In* Messerli, F.H. (ed.): Current Clinical Practice. Philadelphia, W.B. Saunders, 1987, p. 430.
2. Hicks, T.C., and Ray, J.E.: Rectal and perineal complaints. *In* Polk, H.C., Jr., Stone, H.H., Gardner, B. (eds.): Basic Surgery, 3rd ed. East Norwalk, CT, Appleton-Century-Crofts, 1987, p. 455.
3. Hill, G.J., II: Outpatient Surgery, 2nd ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1980.
4. Marks, G., Boggs, H.W., Castro, A.F., et al.: Sigmoidoscopic examinations with rigid and flexible fiberoptic sigmoidoscopes in the surgeon's office. A comparative prospective study of effectiveness in 1,012 cases. Dis. Colon Rectum *22*:162, 1979.
5. Ray, J.E.: Hemorrhoids, anal fissure and anal fistula. *In* Conn, H.F. (ed.): Current Therapy. Philadelphia, W.B. Saunders, 1975, p. 331.
6. Shackelford, R.T., and Zuidema, G.D. (eds.): Surgery of the Alimentary Tract, 2nd ed., Vol III. Philadelphia, W.B. Saunders, 1982, p. 381.