

Manejo clínico de las fisuras y hemorroides. Indicaciones de cirugía

Dr. Rafael Alós

Hospital de Sagunto.

1. FISURA ANAL

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

La fisura anal es una úlcera lineal que se extiende desde la línea pectínea hasta el margen del ano, suele ser única, de localización posterior en el 90% de casos y su etiología no está bien establecida. El dolor es el motivo de consulta principal (90%). Éste es intenso, acompaña a la defecación, persiste minutos u horas tras la misma y con bastante frecuencia se presentan mínimas rectorragias. En las fisuras de larga evolución es frecuente el desarrollo de un nódulo centinela por debajo de la misma y una papila hipertrófica por encima de esa fisura. En numerosas ocasiones estos pacientes asocian estreñimiento, el cual puede ser descrito como el síntoma de inicio.

En función de la duración de los síntomas y según los signos visibles en la exploración se distinguen dos tipos de fisura anal (Tabla 1): aguda y crónica. El diagnóstico de fisura anal es sencillo y se basa en la historia clínica. La exploración física permite el diagnóstico prácticamente en el 100% de los pacientes y la inspección constituye el paso más importante. Ésta debe ser cuidadosa y mediante una separación correcta de los glúteos.

FISURA AGUDA	FISURA CRONICA
Menos de 4-6 semanas	Más de 4-6 semanas
Algo más dolorosa	Algo menos dolorosa
Gran hipertonía	Menor hipertonía
Superficial	Más profunda
Bordes netos y finos	Bordes fibrosos y de más grosor
Fondo rosado y liso	Fondo blanquecino y con fibras del EAI
Ausencia de signos para fisurarios	Presencia de signos para fisurarios

Tabla 1

ETIOPATOGENIA

La patogenia de la fisura anal continúa siendo controvertida. Durante mucho tiempo se consideró que el paso de un bolo fecal duro podría ser la causa de la misma al producir un desgarro a nivel del conducto anal. Sin embargo, tan sólo el 25-30% de las fisuras anales asocian estreñimiento e incluso hasta en un 7% la diarrea parece ser un factor predisponente. Esta “teoría mecánica” no explicaría su localización preferentemente posterior. Actualmente los dos factores que se consideran más importantes son la isquemia local y la hipertonicidad del esfínter anal interno (EAI). Mediante láser-Doppler se ha demostrado un flujo sanguíneo disminuido en la comisura posterior en relación al resto de cuadrantes del conducto anal y los estudios manométricos han constatado la hipertonicidad del EAI. Sin embargo, no queda claro si esta hipertonía es causa o consecuencia del dolor anal, pero se postula que este aumento presivo podría reducir la perfusión de la línea mucocutánea y agravar el proceso isquémico.

TRATAMIENTO MEDICO

Para el tratamiento de la fisura anal existen actualmente diferentes opciones terapéuticas, con resultados clínicos muy variables en la literatura, y que abarcan desde el tratamiento con medidas higiénico-dietéticas hasta la cirugía. Los objetivos principales del tratamiento médico son conseguir deposiciones blandas sin esfuerzo evacuatorio, y romper el círculo vicioso de dolor anal, espasmo esfinteriano e isquemia. En la literatura existen numerosos estudios que demuestran la eficacia de la dieta rica en fibra (vegetales, frutas, etc...) para prevenir la aparición primaria y la recurrencia de la fisura anal aguda. Las recomendaciones respecto a la dieta, la ingesta hídrica abundante y la prescripción apropiada de agentes aumentadores del bolo fecal para promover la formación de heces blandas se consideran beneficiosos en el tratamiento de este tipo de fisura. Los baños de asiento con agua templada proporcionan sensación de bienestar y reducen la hipertonia esfinteriana. Con todas estas medidas curan hasta el 85% de las fisuras agudas. En el caso de fisura anal crónica (FAC) apenas existen estudios que hayan evaluado la eficacia de las medidas conservadoras, pero la probabilidad de éxito con el tratamiento conservador es menor y oscila entre el 20-50%.

Actualmente existen múltiples preparados para su aplicación tópica que suelen contener agentes analgésicos como el bismuto o el óxido de zinc, que con frecuencia asocian un anestésico local y/o corticoides de escasa absorción. La mayoría de estas preparaciones no ha sido evaluada mediante estudios científicos⁷. El uso de pomadas anestésicas locales puede originar sensibilización de la piel perianal y dermatitis de contacto mientras que la aplicación prolongada de corticoides tópicos puede ocasionar dermatitis atrófica. Por consiguiente, estas preparaciones podrán utilizarse en pacientes con cuadros agudos y durante periodos cortos de tiempo.

Con la finalidad de reducir la hipertonia se han utilizado diferentes tratamientos conservadores, aunque la FAC será subsidiaria de cirugía en gran parte de los casos. Sea cual fuere el tipo de tratamiento (médico o quirúrgico), siempre se debería conseguir un descenso presivo en el conducto ana, lo cual condicionaría el éxito terapéutico. Con el objetivo de evitar la cirugía y la sección permanente del EAI se han ensayado tratamientos médicos, cuyo fin sería conseguir una "esfinterotomía química reversible". Entre estos últimos destacan dos opciones terapéuticas: la aplicación de nitroglicerina tópica y la inyección local de toxina botulínica. La primera mejora la perfusión del anodermo y provoca relajación del EAI y podría tener aplicación como medida complementaria al tratamiento expuesto en la fisura anal aguda. Aunque ha sido utilizada ampliamente su efectividad no es la que se le suponía. Este hecho, unido al gran porcentaje de cefaleas que ocasiona, ha condicionado que haya caído en desuso en la mayoría de las unidades de coloproctología. La toxina botulínica actúa por un mecanismo desconocido y creemos que debe ser utilizada en las unidades especializadas en coloproctología en aquellos pacientes con incontinencia manifiesta o con riesgo de ella, y en los cuales la cirugía puede agravar este problema. En relación a la nitroglicerina y a la toxina no ha llegado a establecerse cual es la mejor concentración a utilizar, ni la frecuencia de aplicación ni como aplicarla.

INDICACIONES DE CIRUGÍA

La intervención quirúrgica se debería de realizar en aquellos pacientes con fisura anal crónica que tras un tratamiento correcto no mejoran tras un plazo de tiempo de 2-4 semanas. No deberíamos realizar cirugía de entrada en la fisura aguda puesto que con un tratamiento médico clásico van a mejorar la gran mayoría. La cirugía consistirá en la esfinterotomía lateral interna.

2. HEMORROIDES

CLINICA Y DIAGNOSTICO

Las hemorroides forman parte del conducto anal contribuyendo a su cierre y contienen tejido conectivo, vasos y músculo. Por consiguiente, no debemos pensar que se trata de unas varices del conducto anal. Normalmente, si se mantienen en su posición habitual no dan sintomatología pero cuando pierden su fijación se prolapsan a través del ano condicionando la clínica del enfermo. Estas hemorroides que se sitúan por encima de la línea dentada son las llamadas hemorroides internas, mientras que los plexos hemorroidales externos son de mucha menos trascendencia clínica pudiendo ocasionar prurito o dolor y rectorragia mínima si llegan a trambosarse. Se trata de una patología muy frecuente, que afecta a un 4.4% de la población, origina un gran coste sanitario y más de un tercio de pacientes se automedica sin consultar a su médico.

La sintomatología que originan depende del grado de prolapso y según éste clasificamos a las hemorroides (Tabla 2).

GRADO	PROLAPSO	CLINICA
1	NO	Rectorragia
2	SI (reductible espontáneamente)	Idem anterior + malestar, prurito
3	SI (reductible manualmente)	Idem anterior + dolor, secreción
4	PERMANENTE	Idem anterior + “masa”

Tabla 2

Cualquier grado se puede complicar con necrosis, ulceración o trombosis.

Desde el punto de vista diagnóstico es requisito indispensable la inspección y el tacto rectal, acompañado de anuscopia y rectoscopia en unidades especializadas, y colonoscopia en mayores de 50 años para descartar proceso neofornativo.

ETIOPATOGENIA

La teoría más aceptada en la actualidad es la del deslizamiento de las almohadillas vasculoelásticas (teoría de Thomson), basada en la pérdida de la fijación de las estructuras hemorroidales que normalmente quedan fijas en el conducto anal por fibras musculares provenientes del músculo longitudinal del canal anal. La causa última de porque sucede esto no está claro pero hay una serie de factores que influyen en su aparición como los esfuerzos evacuatorios prolongados, los hábitos defecatorios irregulares, factores hereditarios, la posición erecta, la ausencia de válvulas en el plexo hemorroidal y el incremento de la presión abdominal como sucede en la hipertensión portal.

TRATAMIENTO MÉDICO

El tratamiento médico aislado está indicado en algunos procesos agudos (p.e. edema hemorroidal), en las hemorroides grado 1 y algunos casos de grado 2. Siempre se deben indicar laxantes aumentadores de bolo fecal, dieta rica en fibra e ingesta abundante de agua sea cual fuere el grado de hemorroides y siempre como tratamiento complementario de otros más definitivos (ligaduras elásticas, fotocoagulación, etc.). En relación a las pomadas y cremas antihemorroidales han demostrado utilidad en los casos con patología aguda como la trombosis hemorroidal externa pero no son recomendables ni útiles en los casos crónicos. También podemos aplicar baños de asiento con agua templada puesto que relaja el esfínter anal interno y puede facilitar la reducción de

un prolapso hemorroidal. Los venótonicos también han demostrado su utilidad en el caso de las hemorroides grado 1 existiendo dos estudios randomizados que así lo demuestran. Con estos fármacos la rectorragia cede en el 80% de los casos y su uso previene la recurrencia en el 63% de los enfermos.

INDICACIONES DE TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO Y DE CIRUGÍA

Entre el tratamiento puramente médico y el quirúrgico existen una serie de técnicas que se utilizan habitualmente en la unidades de coloproctología cómo son las ligaduras con bandas elásticas, la inyección de sustancias esclerosantes y la fotocoagulación por infrarrojos, que están indicadas en las hemorroides grado 1 en las que ha fracasado el tratamiento médico y en las hemorroides grado 2 y 3. La cirugía se indica en las de grado 4 o en las de grado inferior en las que fracasan estas técnicas anteriores.

Una mención especial merece la hemorroide externa trombosada que debe ser tratada quirúrgicamente (drenaje de coágulos) si la vemos durante los primeros 4 días de su comienzo, porque a partir del 3º-4º día de su inicio la sintomatología tiende a mejorar y a regresar espontáneamente o con ayuda de pomadas o cremas antihemorroidales en el transcurso de los 10 días siguientes.