

MED
TESIS
A2435
2002

XV ✓

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
CIRUGÍA

SEMIOLOGIA PROCTOLÓGICA

DOCENTE: Dr. Gastón Cornejo
Univ.: Adrián Tarqui Marco A.

2002

14 h

SEMOLOGIA PROCTOLOGICA

ANAMNESIS. - Es importante interrogar sobre hemorragia, dolor, secreción, y modificación de los hábitos de defecación. También medicación, enfermedades familiares, viajes, contactos sexuales, etc.
Investigar los siguientes datos:

- **DOLOR.** - Se debe averiguar la intensidad, la relación con las evacuaciones, el ejercicio, factores que lo exacerben o calmen, la duración, el ritmo durante el día, y periodicidad.
Preguntar el tipo de dolor: punzante, espasmódico, ardoroso, etc.
- **PRURITO ANAL.** -

Causa de prurito anal:

La limpieza excesiva del área anal frecuentemente es culpable por mantener el ano humedo.

El sudar excesivo en el área alrededor del ano es otra causa.

Ciertas bebidas, incluso el alcohol, jugos cítricos, y las bebidas conteniendo cafeína pueden agravar el problema

Las comidas muy condimentadas con especias, el chocolate, y la palomitas de maíz también puede causar irritación.

Raramente, las infecciones y enfermedades de la piel pueden producir prurito.

La higiene pobre normalmente no es una causa.

Desgraciadamente, cuando el problema aparece, los individuos agravan a menudo el problema lavando excesivamente el área anal. Esto lleva a un ciclo de irritación aumentada

- **HEMORRAGIA.** - Se debe interrogar el volumen, la forma en que es expulsada: a chorros, en gotas, en estrias que rayan el bolo fecal, manchas en el aseo post-defecación, con o sin materia fecal, y si se relaciona con la baja de peso, anorexia.
Las características de la sangre: líquida roja, líquida oscura, en coágulos.
- **TUMORACIONES.** - Que podría ser externa, e interna; forma, tamaño, consistencia, sensibilidad, movilidad, superficie, forma de aparición (brusca - lenta), aparición periódica, o persistente, modificación de sus caracteres durante su evolución, supurante, sangrante, induración.
- **ORIFICIOS FISTULOSOS.** - Localización, número, precedidos o no de absceso, o con absceso actual, supuración constante e intermitente, sensibilidad de la región que los rodea.
- **TENESMO RECTAL.** - Intensidad, duración durante el día, constante o intermitente, número y caracteres de las evacuaciones que provoca, deseo de defecar frustrado, relación con baja de peso y anorexia.
- **MOCO.** - Cantidad, solo o mezcla con sangre, frecuencia de aparición.
- **DEFORMACION DEL BOLO FECAL.** - Con o sin dificultad para evacuar diámetro y forma de la evacuación, persistencia o intermitencia.

CONSTIPACION. - Grado de dificultad, número de evacuaciones al día, si hay estreñimiento, características de las materias fecales, si usa laxantes, si hay sensación de evacuación incompleta.

Edad y duración.

En los niños, la constipación crónica es casi siempre de causa funcional (investigación psicoanalítica), pero algunos casos pueden ser secundarios a enfermedad de Hirschsprung.

En el adulto, es de tipo espástico, por distorsión del condicionamiento central o por dieta con bajo contenido en fibra vegetal, pero también puede ser la única manifestación aparente de una alteración metabólica, como el hipotiroidismo o de hipercalcemia.

La constipación que se remonta a unas semanas o pocos meses en un adulto no sometido a influencias externas debe despertar sospechas de enfermedad orgánica.

Historia personal. El cambio de tipo de vida o actividad socioprofesional, los viajes, la reactividad emocional y el tipo de alimentación son básicos para orientar una causa funcional

de constipación o estreñimiento. Deben investigarse todos los fármacos consumidos por el paciente estreñido.

Existencia de enfermedad sistémica, psiquiátrica o neurológica.

Es muy importante tener presentes las consecuencias de la retención fecal intensa y prolongada: el impacto fecal, o también llamado bolo fecal que puede manifestarse con dolor cólico y diarrea por rebosamiento de heces líquidas alrededor de masas fecales impactadas (falsa diarrea).

En pacientes debilitados y encamados, los bolos fecales pueden causar úlceras por decúbito de la pared rectal (úlceras estercoráceas) que cursan con dolor rectal sordo y rectorragias (hemorragia) en ocasiones masivas.

Antecedentes de enfermedad intestinal. Brotes previos de diverticulitis, colitis inflamatoria, isquemia intestinal, radioterapia pélvica o lesiones anales orienta el diagnóstico hacia la estenosis cicatrizal del colon.

Dolor abdominal asociado. El dolor cólico abdominal sugiere la existencia de un proceso obstructivo, que puede ser por oclusión muscular (síndrome del intestino irritable) u orgánica (cáncer o estenosis cicatrizal).

Características de las heces. La emisión de escibalos con moco es característica del estreñimiento espástico, mientras que las deposiciones con sangre sugieren cáncer.

- METEORISMO.- Expulsión fácil, difícil, o imposible, abundancia, intervalos, duración, relación con dolor, con distensión abdominal, con la imposibilidad de defecar.

EXPLORACION FISICA. - Se la puede realizar en posición de decúbito lateral o posición proctológica, también se podría realizar en posición genupectoral o posición de Sims.

INSPECCION. - Comprende la exploración visual del ano y regiones que lo rodean. En estado normal el ano se observa como una hendidura antero-posterior, a la que convergen pliegues de piel fina y pigmentada. En la inspección se podrían encontrar anomalías como: tumoraciones (excrecencias cutáneas, hemorroides abcesos, condilomas, etc.), ulceraciones (fisura, amebiasis, cáncer), abertura anal (hipo o atonía anal).

En las regiones peri-anales se observan orificios fistulosos secundarios y aumento de volumen con enrojecimiento de la piel por abcesos isquiorrectales, quiste pilonidal.

PALPACION EXTERNA y TACTO RECTAL. - La palpación confirma y completa los datos observados en la inspección. Se sigue con el tacto rectal, empleando el dedo índice, previamente lubricado con vaselina líquida, se introduce lentamente y con delicadeza, para disminuir al mínimo las molestias del enfermo, se palpa primero el conducto anal y después el recto, por medio de movimientos circulares, para explorar todas sus paredes. El TACTO permite reconocer:

- tonicidad del aparato esfinteriano
- estado de paredes anorrectales, superficie y consistencia
- calibre del recto anal y del conducto inferior
- existencia de tumores en el conducto anal y en el recto
- anomalías extrarectales (Prostáticas, uterinas, anexiales).

Algunas patologías proctológicas y su manifestaciones clínicas:

HEMORROIDES.

En el conducto anal se encuentran cojincillos especializados, muy vascularizados, que forman abultamientos circunscritos de submucosa gruesa que contiene vasos sanguíneos, músculo liso y tejido elástico y conectivo. Están situados en cuadrantes lateral izquierdo, anterior derecho y posterior derecho del conducto, para favorecer la continencia anal.

Solo si estos cojincillos son anormales se denominarán hemorroides.

Las hemorroides son dilataciones de las venas de los plexos venosos de la mucosa del recto o del ano. Si las afectadas son las del plexo superior se llaman hemorroides internas, se sitúan por arriba del conducto anal y se

encuentran cubiertas por mucosa. Las del plexo venoso inferior se hallan situadas por debajo de la unión anorrectal y están cubiertas por piel exterior. El sistema de drenaje de ésta zona carece de válvulas, y por ello la posición erecta del hombre aumenta la presión en el interior de las venas hemorroidales y por lo tanto predispone a la enfermedad hemorroidal.

Clases y clasificación.

Hay dos clases:

*Las hemorroides externas provienen del plexo hemorroidal inferior y están cubiertas de epitelio escamoso modificado distal a la línea dentada. Pueden edematizarse o trombosarse, lo cual ocasiona dolor. También ulcerarse y sangrar.

La trombosis puede resolverse finalmente o quedar como secuela un repliegue cutáneo que produce molestias o dificultad de aseo.

*Las hemorroides internas se clasifican en cuatro grados.

CLASIFICACION MODIFICADO de NIVATVONGS

<u>Primer grado:</u>	Hemorragia indolora
<u>Segundo grado:</u>	Protrusión a la defecación con reducción espontanea. Hemorragia.
<u>Tercer grado:</u>	Protrusión espontanea, o con evacuación intestinal, que requiere reducción manual. Hemorragia
<u>Cuarto grado:</u>	En prolapso permanente Irreductible Hemorragia
<u>Hemorroides estranguladas y en prolapso:</u>	Hemorroides dolorosas, edematosas, irreductibles, e hipersensibles.
<u>Hemorroides externas trombosadas:</u>	Si son dolorosas.

Síntomas y diagnóstico

Las molestias que causan las hemorroides son fáciles de sentir: sensación de ardor en el recto, comezón, humedad constante, dolor, sangrado al evacuar o manchado de la ropa interior y sensación de salida de alguna protuberancia por el recto. Si se encuentra alguno de los factores predisponentes como el estreñimiento, puede pensar en este tipo de problemas médicos.

- Lo más común es emitir sangre roja por el ano, bien en forma de gotas en la taza o en el papel higiénico. Normalmente el sangrado es escaso.
- En las Hemorroides internas (las más frecuentes) el sangrado no se acompaña de dolor. Las Hemorroides externas si pueden doler.
- En ocasiones las hemorroides pueden descender desde el interior del ano, salir y tener dificultad para volver a su posición original. Es lo que se llama *prolapso*. Aparece un bulto en el ano, que se acompaña de intenso malestar y dolor.
- Cuando se restablece la posición normal, pueden producir picor y quemazón a nivel anal, sobre todo a la hora de defecar o limpiarse al ano.

ABCESOS Y FISTULAS

Las fistulas perianales son trayectos recubiertos de tejido de granulación que comunican el revestimiento del canal anal y más infrecuentemente del recto con la piel perianal.

Las fístulas pueden proceder de abscesos o de un trauma que establezca una solución de continuidad en el epitelio rectal o anal. Por lo general, las fístulas se presentan después de la formación de un absceso o por infección secundaria de un seno. Cuando un absceso se asocia a una fístula suele denominarse absceso fistuloso. Este tipo de cavidades abscesuales encierra, en algunos casos, cuerpos extraños y constituye el lugar de donde cabe extraer material para la identificación de bacterias u hongos patógenos. El tipo habitual de fístula anal procede de un conducto anal que se ha infectado secundariamente a una obstrucción. La cavidad del absceso aumenta de tamaño y se acumula en ella el pus. Debido al aumento de tamaño el absceso progresa siguiendo las líneas de menor resistencia; minando por debajo del esfínter o de los fascículos del esfínter externo, el absceso llega a aflorar al exterior.

Síntomas y signos

Los síntomas que presentan los pacientes dependen de su localización. Tanto en los abscesos perianales como en los isquioanales los pacientes presentan una tumoración dolorosa.

Los abscesos endoanales, interesfinterianos y submucosos cursan con dolor y signos de sepsis. Si el paciente presenta la sintomatología tiempo antes de acudir a la consulta, puede referir la salida de pus por el canal anal.

Los abscesos pelvirrectales no suelen presentar más que sintomatología de infección.

En los abscesos perianal e isquioanal se aprecian la presencia de una tumoración con signos inflamatorios.

Cuando se trata de abscesos endoanales, (interesfinterianos y submucosos), la exploración básica es el tacto anal.

Con él se aprecia una tumoración dolorosa, cuya localización en relación con la línea pectínea debe ser conocida para decidir el tipo de tratamiento. Los abscesos pelvirrectales se diagnostican de la misma forma aunque sea mucho más difícil porque pueden no ser palpables. En la mayoría de las ocasiones el diagnóstico se hace por la anamnesis y la exploración. No obstante, la anoscopia permite diagnosticar un absceso submucoso o interesfinteriano y además establecer la presencia de una fístula coincidente cuando se observa la salida de pus por el orificio de una cripta. En los casos en los que se sospecha un absceso isquiorrectal, la TAC puede ser extremadamente útil. Para diagnosticar a los pacientes con abscesos endoanales, la ecografía endoanal es el método más fiable

Tratamiento de los abscesos anales según su localización.

Tipo absceso	Tratamiento
Perianal	Incisión cutánea
Isquioanal	Incisión cutánea
Interesfinteriano	Sección esfínter interno
Submucoso	Incisión mucosa
Supraelevador	Incisión: cutánea, endoanal, abdominal
Absceso en herradura	Incisiones laterales. Colocación drenaje entre ambas incisiones

Clasificación de las fístulas

La utilización de una clasificación para las fístulas perianales tiene tres objetivos: poder establecer un tipo de tratamiento según el tipo de fístula, permitir el pronóstico individual del tratamiento, tanto en cuanto a frecuencia de recidiva como de incontinencia, y permitir la evaluación comparativa de unos resultados con las series de la literatura.

La clasificación más usada actualmente es la de Parks. Con ella, las fístulas se clasifican en interesfinterianas, transesfinterianas, supraesfinterianas y extraesfinterianas. Es conveniente resaltar que esta clasificación tiene dos problemas, ya que en muchas ocasiones es difícil saber si una fístula es transesfinteriana alta o supraesfinteriana. Por otra parte, esta clasificación no incluye las fístulas subcutáneas

Fístula Compleja. Frecuentemente se observa en la literatura el término de fístula compleja. Este es un término impreciso, porque una fístula compleja implica la existencia de una fístula cuyo tratamiento implica un mayor número de recidivas o de trastornos de la continencia. En este sentido, se incluyen como fístulas complejas las producidas por enfermedades que tienen una tendencia a recidivar mayor que la de las fístulas de origen criptoglandular, como la enfermedad inflamatoria y la hidrosadenitis. También son consideradas como fístulas complejas las recidivadas y aquellas que tienen trayectos secundarios