

Enfermedades del ano y recto

Importancia del examen físico

- Todo paciente con síntomas anorrectales debe ser examinado.
- No basta la historia clínica: hay que inspeccionar la región perianal e intraanal.
- La revisión debe incluir inspección, tacto rectal y, de ser necesario, anoscopía.

Anatomía relevante

- Región perianal: hasta 5 cm alrededor del ano.
- Canal anal: dividido en tercio superior (unión anorrectal, elevador del ano), medio (esfínter interno, externo, columnas de

Morgagni) e inferior (línea dentada hacia abajo).

- Línea dentada: marca la diferencia entre hemorroides internas (indoloras, sangrantes) y externas (dolorosas, poco sangrantes).
- Esfínter anal externo: tres porciones (subcutánea, superficial, profunda). Espacios perianales: isquiorrectal, interesfintérico, supraelevador, retrorectal.
- Reflejos importantes: anocutáneo, reflejo de la tos, bulbocavernoso, rectoanal inhibitorio.

Hábitos y fisiología de la defecación

- El ángulo anorrectal debe abrirse (posición en cuclillas mejora evacuación).
- Valsalva adecuada: pujo con tórax y abdomen, no con glúteos.
- La fibra dietética produce heces formadas (Bristol 3-4), facilitando evacuación completa.
- Malos hábitos: uso prolongado del inodoro, distracción con celulares, falta de fibra, sedentarismo.

Enfermedad hemorroidal

- Fisiología: cojines vasculares que contribuyen hasta 15% de la continencia.
- Clasificación de Golliger (hemorroides internas):
 - Grado I: no prolapsan, pueden sangrar.
 - Grado II: prolapsan, se reducen solas.
 - Grado III: prolapsan, requieren reducción manual.
 - Grado IV: prolapsan permanentemente.
- Hemorroides externas: no tienen clasificación, solo trombosadas o no.
- Tratamiento:
 - Médico: fibra, agua, baños de asiento tibios, flavonoides.
 - Procedimientos: ligadura con bandas elásticas (grados I-III).
 - Cirugía: hemorroidopexia (HAL-RAR, engrapadora), hemorroidectomía clásica, excisión de trombosis.

Fisura anal

- Cortada dolorosa en el margen anal, asociada a hipertonia del esfínter interno.
- Localización típica: línea media anterior o posterior.
- Laterales = fisuras atípicas (buscar ITS, EII, cáncer).
- Clasificación: aguda (<6 semanas), crónica (>6 semanas, triada de Brodie: fisura, plicoma, papila hipertrófica).
- Tratamiento: baños de asiento, fibra, bloqueadores de calcio tópicos (nifedipino, diltiazem), nitroglicerina (más efectos adversos).
- Refractarios: esfinterotomía lateral interna, toxina botulínica.

Abscesos y fístulas anales

- Teoría criptoglandular (Parks): obstrucción de glándula anal → infección → absceso → fístula.
- Abscesos: dolor, fiebre, masa dolorosa; tratamiento es incisión y drenaje, antibióticos solo en inmunocomprometidos.
- Fístulas: trayecto entre cripta y orificio cutáneo.
 - Simples: fistulotomía (éxito hasta 97%, riesgo de incontinencia).
 - Complejas: técnicas conservadoras (LIFT, avance de colgajo, sellos).
- Riesgo de recurrencia 20-30%.

Otras enfermedades

- Prurito anal: causas funcionales (incontinencia, mala higiene, dieta), dermatológicas o EII.
 - Manejo con fibra, higiene suave, suspender irritantes.
- Enfermedad pilonidal: reacción a vello incrustado en región interglútea.
 - Tratamiento: drenaje en absceso, resección o depilación láser en crónico.
- Endometriosis perianal: rara, manejo quirúrgico en conjunto con ginecología.
- Prolapso rectal: protrusión rectal completa, en adultos mayores. Tratamiento perianal (Altemeier) o abdominal (rectopexia laparoscópica o robótica).