

## CAPÍTULO XXI

# Dolor anal agudo

*Eduardo Londoño Schimmer MD, FACS, MASCRS  
Departamento de Cirugía.  
Servicio de Cirugía de Colon y Recto  
Fundación Santa Fe de Bogotá*

### DEFINICIÓN

**D**olor en el área ano-rectal, usualmente de menos de 72 horas de evolución, severo e incapacitante, que obliga al individuo a consultar. Puede estar acompañado de sensación de masa anal, sensación de peso a nivel perineal o síntomas y signos sistémicos.

Es una patología muy frecuente y representa un alto porcentaje (>30%) de las consultas de coloproctología de urgencias (FSFB, información no publicada, 2003). Teniendo en cuenta la morbilidad que puede derivarse de una evaluación incorrecta es necesario conocer las diferentes patologías para establecer un diagnóstico y un tratamiento precoz.

### ETIOLOGÍA

Las causas principales de dolor anal agudo son:

- Absceso anal.
- Prolapso hemorroidal agudo.
- Trombosis hemorroidal.
- Fisura anal.
- Procidencia con sufrimiento intestinal.
- Cuerpo extraño en ano.
- Endometrioma.
- Trauma.

### ABSCESO ANAL

**Definición:** colección purulenta localizada en alguno de los compartimentos anatómicos del área perineal.

**Incidencia:** es más frecuente en varones (2:1).

#### *CLASIFICACIÓN DE ACUERDO A LA LOCALIZACIÓN ANATÓMICA:*

**Interesfintérico:** se localiza en el plano entre el esfínter interno y el externo. Puede extenderse en dirección caudal y dar lugar a un absceso perianal, en dirección proximal que da lugar a un absceso intermuscular alto (muy poco frecuente), en dirección proximal y lateral que da lugar a un absceso supraelevador, o en dirección lateral que da lugar a un absceso isquiorrectal.

**Perianal:** se origina en la extensión caudal de un absceso interesfintérico, a lo largo del plano formado por los dos esfínteres. Es el más frecuente.

**Isquiorrectal:** se origina en la extensión lateral de un absceso interesfintérico. La fosa isquiorrectal está limitada por el tejido celular subcutáneo perianal, el esfínter externo, el elevador del ano y el isquion. Es el segundo en frecuencia.

**Supraelevador:** se origina en la extensión proximal y lateral de un absceso interesfintérico o bien a partir de un absceso intrapélvico (i.e., divertículo perforado). La fosa isquiorrectal está limitada por la pared del recto, el repliegue peritoneal y el elevador del ano.

## PRESENTACIÓN CLÍNICA

### SÍNTOMAS

Dolor anal agudo, que puede ser pulsátil. Puede existir secreción purulenta transanal o perianal, sensación de masa y estreñimiento reciente. El paciente puede estar febril y referir escalofrío. En casos avanzados o en pacientes inmunosuprimidos puede haber compromiso sistémico.

### SIGNOS

#### **Absceso interesfintérico:**

Tacto rectal: masa palpable, dolorosa.

#### **Absceso perianal:**

Masa renitente.

Rubor.

Calor.

Edema piel.

Temprano ningún signo.

Tacto rectal: no demuestra alteración, ni masa.

#### **Absceso isquiorrectal:**

Edema de piel perianal.

Tardío: masa, rubor, calor.

Tacto rectal: dolor, masa renitente. Temprano es el único hallazgo.

Puede ser bilateral (en herradura).

#### **Absceso supraelevador:**

Tacto rectal: masa dolorosa por encima del elevador del ano.

Tardío: extensión isquiorrectal.

Signos de proceso intra-abdominal o pélvico.

## DIAGNÓSTICO

Clínico: Síntomas

Tacto rectal

En caso de duda: Examen anal bajo anestesia y/o resonancia magnética (RM) del piso pélvico y/o endosonografía anal.

En pacientes con diagnóstico de absceso supraelevador se debe realizar una tomografía axial computarizada (TAC) abdomino-pélvica.

## TRATAMIENTO

Todo paciente con diagnóstico de absceso anal debe ser sometido a drenaje quirúrgico de urgencia.

Esta indicada la utilización de antibiótica en:

1. Pacientes inmunosuprimidos.
2. Pacientes con severa celulitis.
3. Pacientes con enfermedades concomitantes.

*NUNCA EL ANTIBIÓTICO DEBE SUSTITUIR A UN DRENAJE QUIRÚRGICO ADECUADO*

Tipo de antibióticos: contra anaerobios y Gram negativos (i.e., clindamicina-aminoglicósido, metronidazol-aminoglicósido). Si existe la sospecha clínica de que el paciente está desarrollando una gangrena de Fournier, se debe agregar penicilina cristalina.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

#### **Absceso interesfintérico**

Examen bajo anestesia general o regional.

Drenaje amplio del espacio interesfintérico.

Tomar muestra para análisis bacteriológico.

Buscar posibles sitios de drenaje.

**Absceso perianal**

Drenaje bajo anestesia local, general o regional.  
Drenaje a través de la piel.

Tomar muestra para análisis bacteriológico.  
Explorar cavidad digitalmente, romper septos.  
Resecar bordes de piel (opcional: enviar a patología).

**Absceso isquiorrectal**

Drenaje bajo anestesia general o regional.  
Drenaje a través de la piel.

Tomar muestra para análisis bacteriológico.  
Explorar digitalmente la cavidad, romper septos.  
Resección amplia bordes de piel (opcional: enviar a congelación).

Descartar absceso contralateral (en herradura).

**Absceso supraelevador**

Drenaje bajo anestesia general o regional.  
Drenaje a través de la pared rectal.  
Opcional: colocación catéter de Malecoth transrectal.

Si existe extensión isquiorrectal, drenaje a través de la piel.

Tomar muestra para análisis bacteriológico.  
Manejo de condición intra-abdominal o pélvica demostrada.

Si se diagnostica una extensión en herradura, drenar ambas fosas isquiorrectales por separado y si es necesario, realizar incisiones anteriores y posteriores comunicando las dos laterales para favorecer drenaje completo.

En los casos poco frecuentes de gangrena de Fournier, realizar drenaje amplio del absceso, desbridamiento de todo el tejido desvitalizado, sacrificando incluso estructuras como el esfínter anal externo, y realizar colostomía derivativa. Mantener seguimiento estricto y realizar desbridamiento a necesidad.

En los casos en que se descubre concomitantemente un trayecto fistuloso, usualmente se drena el absceso y en un segundo tiempo se

trata la fístula. Excepcionalmente se utiliza una hebra de prolene o de seda para marcar el trayecto.

**PROLAPSO HEMORROIDAL AGUDO**

**Definición:** prolapso agudo del componente hemorroidal interno, con exposición de la mucosa y diferentes grados de edema de la misma. Desde edema simple, hasta ulceración y gangrena de acuerdo a la gravedad. Concomitantemente puede existir trombosis parcial.

**Incidencia:** Ligeramente más frecuente en las mujeres, debido a su aparición durante el embarazo y el puerperio.

**DIAGNÓSTICO**

**Clínica:** dolor anal agudo, usualmente luego de una deposición difícil por estreñimiento, heces pétreas o pujo importante, o bien luego de un episodio diarreico agudo (por ej., luego de ingesta de vino o champaña).

- Sensación de masa, en ocasiones pulsátil.
- Sensación de peso, con dolor progresivo.
- Imposibilidad de reducir la masa digitalmente.
- Imposibilidad o dificultad para sentarse.
- Escalofrío.

**Examen físico:** protrusión de la mucosa hemorroidal, con brillo de la mucosa compatible con edema; puede haber algunos sitios con trombos visibles a trasluz, pero usualmente es parcial. Dolor severo a la palpación del o los paquetes prolapsados. Si el edema es severo se ven sitios con ulceración de la mucosa, con sangrado oscuro escaso, y si la presentación es más grave, signos de isquemia avanzada y gangrena, con olor pútrido.

## TRATAMIENTO

Depende de la presencia o no de isquemia. La gran mayoría de los pacientes presenta únicamente edema (90%). El tratamiento es médico y consiste en:

- Si hay estreñimiento, ablandadores fecales (por ej., psyllium VO), con o sin el uso de laxantes como la lactulosa por vía oral.
- Baños de asiento en agua tibia (se ha confirmado que disminuye la presión a nivel del esfínter interno, permitiendo el retorno venoso), mínimo 6-8 veces al día por 10 minutos cada vez.
- Bañarse con agua tibia, sin jabón, luego de la deposición.
- Colocación de gasa húmeda en agua fría (al clima, *no helada ni usar hielo*, porque produce aumento de la presión esfinteriana y espasmo).
- Analgesia; en pacientes embarazadas o lactando únicamente acetaminofen.
- Nunca intentar la reducción digital.
- Control ambulatorio a las 24 y 72 horas de la primera visita para evaluar evolución.

En el caso de que exista isquemia con desprendimiento y ulceración de la mucosa, se debe hospitalizar al paciente y además del tratamiento médico anotado, se deben iniciar antibióticos de amplio espectro tales como metronidazol-ciprofloxacina o ampicilina-sulbactam, bien por vía oral si no hay compromiso sistémico, o por vía venosa si existe reacción inflamatoria sistémica (leucocitosis u otro).

Si existe gangrena se deben iniciar antibióticos de inmediato por vía venosa y el paciente debe ser llevado a cirugía para practicar desbridamiento amplio, reconociendo la morbilidad asociada (estenosis anal postoperatoria o lesión del esfínter). El riesgo de la gangrena hemorroidal es la piemia portal, entidad que se asocia con alta morbi-mortalidad.

## TROMBOSIS HEMORROIDAL

**Definición:** presencia de un trombo que compromete el paquete hemorroidal, usualmente el componente externo. En muchos casos no se encuentra un factor que precipite el desarrollo de esta patología.

**Incidencia:** similar en ambos sexos.

## DIAGNÓSTICO

**Clínica:** dolor anal agudo, que usualmente es progresivo durante las primeras 48 a 72 horas. Existe sensación de masa dolorosa y en muchos casos el paciente puede establecer con claridad el cuadrante doloroso. No existe compromiso sistémico. En el examen físico se observa una masa perianal, azulada, muy dolorosa a la palpación.

## TRATAMIENTO

Depende del tiempo de evolución de la enfermedad. Si el paciente consulta por severo dolor en las primeras 24-72 horas, está indicada, idealmente, la hemorroidectomía externa, bajo anestesia local, que incluya el trombo. Sin embargo, en manos inexpertas es preferible practicar una trombectomía (drenaje del trombo) bajo anestesia local. La ventaja de la hemorroidectomía externa formal es que evita la recurrencia del trombo. En los pacientes que consultan luego de 72 horas, el manejo usualmente es médico, similar al anotado para el manejo del prolapso hemorroidal agudo, con el cual se logra la resolución de la sintomatología en más de 90% de los casos.

## FISURA ANAL AGUDA

**Definición:** úlcera lineal en el canal anal, que se extiende distal a la línea dentada hasta el

margen cutáneo del ano. La mayoría se localiza en la línea media (posición 11-1, 5-7 del reloj).

**Incidencia:** Similar en ambos sexos, pero la fisura anterior es más frecuente en las mujeres.

## DIAGNÓSTICO

**Clínico:** dolor anal agudo tipo ardor o “espasmo”, que usualmente ocurre luego de la expulsión de un bolo de materia fecal dura, de un diámetro mayor al que se obtiene al dilatar el ano en el momento de la expulsión, y la sensación inmediata de ardor anal, sensación de cortadura y sangrado fresco. Algunos consideran que la hipertonía del esfínter anal interno es el primer evento para que se desarrolle la fisura, y que el paso del bolo fecal pétreo o de gran tamaño solamente contribuye a que se desarrolle el problema. Otros estudios han demostrado una perfusión límite del área, lo que contribuye a que el proceso de cicatrización no sea el más adecuado.

**Examen físico:** se observa una solución de continuidad (cortadura) a nivel del margen anal, usualmente superficial, sin exposición de las fibras del esfínter interno; al separar los glúteos el paciente manifiesta ardor severo. En algunos casos de fisura crónica (evolución mayor a seis semanas) pueden desarrollarse síntomas de agudización como los anotados y signos de cronicidad como mariscos anales satélites y exposición de las fibras del esfínter interno.

## TRATAMIENTO

El tratamiento consiste en lograr una deposición blanda, romper el ciclo de materia fecal dura, dolor anal y espasmo reflejo del esfínter

anal interno. Se deben dar indicaciones dietarias (dieta rica en fibra), ablandadores fecales y si es necesario laxantes. Se debe iniciar un programa de baños de asiento en agua tibia, 6-8 veces al día por 10 minutos cada vez, y lavarse al defecar. En algunos casos, si el dolor persiste a pesar de estas medidas, se ha utilizado nifedipina tópica con excelentes resultados. El paciente debe ser controlado en forma ambulatoria y usualmente a las 4 - 8 semanas debe haber cicatrización completa.

## PROLAPSO RECTAL AGUDO

**Definición:** salida de todas las capas del recto a través del ano (procidencia), que ocurre en forma aguda después de una deposición y que no es susceptible de reducción manual por parte del enfermo.

**Incidencia:** Mayor en mujeres mayores de 50 años.

## DIAGNÓSTICO

**Clínico:** prolapso agudo que condiciona dolor agudo, e imposibilidad de reducción manual, por lo cual el paciente, en general, consulta en forma precoz.

- Ocurre después de una deposición.
- En la mayoría de pacientes hay antecedentes de procidencia que se reduce manualmente luego de la deposición.
- Evacuación abundante de moco; puede presentarse sangrado fresco cuando al no poderse reducir el prolapso ocurre isquemia y desprendimiento y ulceración de la mucosa.
- Si el cuadro progresa puede ocurrir gangrena y necrosis del segmento prolapsado (compromiso sistémico, alta morbi-mortalidad).

- En el examen se observa la procidencia con mucosa que forma círculos concéntricos, y eritema intenso de la mucosa, con edema. Si hay progresión se observan zonas de la mucosa con ulceración y finalmente signos de gangrena y mal olor.

## TRATAMIENTO

De inmediato se debe intentar la reducción manual, utilizando abundante cantidad de lidocaína jalea, la cual se aplica sobre la superficie del prolapso (mucosa) y mediante la utilización de las dos manos se debe, lentamente, reducir la procidencia. Esto se logra en la gran mayoría de pacientes. Si esto no es posible, se debe llevar el paciente a salas de cirugía y bajo anestesia general o regional reducir el prolapso de la misma manera. Personalmente prefiero hospitalizar al paciente luego del procedimiento y administrar antibióticos intravenosos durante 48 horas, considerando el riesgo de bacteremia. Se deben prescribir ablandadores fecales. Cuando no es posible reducir el prolapso mediante estas maniobras o bien cuando hay signos de sufrimiento por isquemia avanzados o de gangrena, se debe practicar una rectosigmoidectomía por vía perineal (procedimiento de Altemeir).

## CUERPOS EXTRAÑOS EN ANO

Esta sección se refiere a cuerpos extraños (por ej., huesos de pollo, palillos, espinas de pescado) que han sido ingeridos por el paciente y que en el momento de la defecación se clavan a nivel del canal anal. Se excluyen los causados por trauma externo o prácticas sexuales. Aunque no es frecuente como causa de dolor anal agudo, no es insólito ver esta patología. Se requiere, por lo tanto, un alto índice de sospecha para hacer el diagnóstico.

## DIAGNÓSTICO

**Clínico:** dolor anal agudo muy intenso, súbito en el momento de la defecación y que persiste, lo cual lleva al paciente de inmediato a urgencias. Se debe sospechar y preguntar al paciente sobre su ingesta de los últimos 2 días.

- Puede presentar fiebre y escalofrío.
- Puede existir mínimo sangrado por vía anal.

En el examen físico el paciente se encuentra muy álgico, existe severo espasmo anal, y si es posible practicar el tacto rectal, se encuentra usualmente el cuerpo extraño. Se debe tener sumo cuidado al hacer el tacto para que el examinador no sufra un corte o herida en su dedo. La política de nuestro servicio es realizar un examen anal bajo anestesia, retirar el cuerpo extraño y drenar el sitio del empalme de dicho cuerpo extraño, ya que usualmente se desarrolla un absceso en el sitio donde se produce la ruptura de la pared.

## ENDOMETRIOMAS DEL ANO

**Definición:** Implantes de endometriosis en el canal anal (piel, tejido celular subcutáneo o esfínter anal), usualmente en la cicatriz de una antigua episiotomía. Es una causa poco frecuente de dolor anal agudo pero debe considerarse en el diagnóstico diferencial.

## DIAGNÓSTICO

**Clínico:** usualmente el dolor es cíclico, debido a que este tejido está sometido a la influencia hormonal del ciclo menstrual, pero en algunos casos puede ser la primera vez que la paciente experimente dolor anal en forma aguda. La anamnesis es fundamental para sospechar el diagnóstico.

En la mayoría de casos la presentación es similar a la de un absceso anal, con sensación de masa, renitencia y dolor.

## TRATAMIENTO

- Examen anal bajo anestesia para establecer el diagnóstico.
- Resección del endometrioma y si compromete el esfínter reconstrucción del mismo.

## TRAUMA ANAL

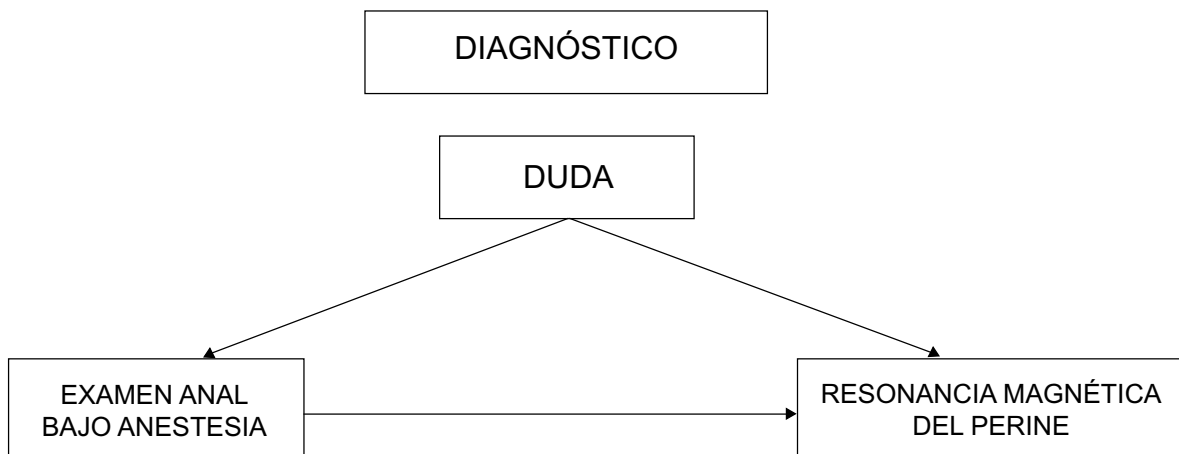
No es muy frecuente. Puede ser causado por trauma cerrado (externo o autoinfringido) o bien por trauma penetrante por proyectil de arma de fuego o por arma cortopunzante.

Todo paciente con trauma debe evaluarse y manejarse siguiendo las guías de manejo del ATLS. Luego de cumplir con el ABC, se debe efectuar una revisión primaria y luego una secundaria, examinando al paciente en su tota-

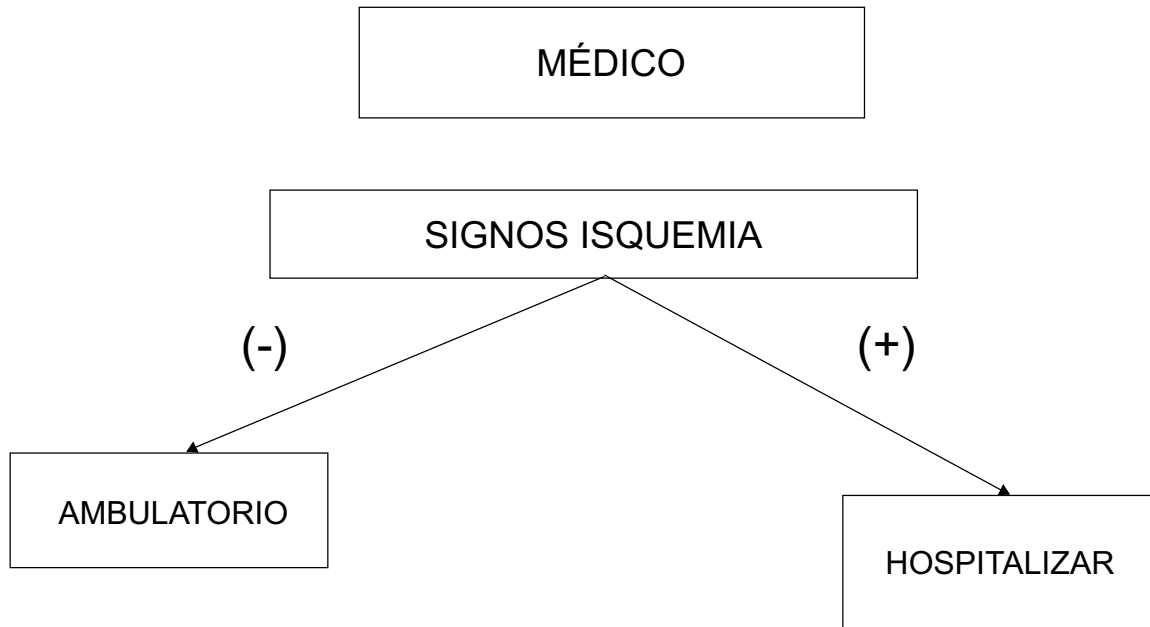
lidad. Se debe examinar el periné y si no existe contraindicación se debe realizar un tacto rectal. Las lesiones del canal anal pueden hacer sospechar lesiones del recto, con compromiso del espesor completo de la pared del mismo, por lo cual es necesario descartar perforaciones del recto, heridas asociadas pélvicas e intraabdominales. De acuerdo con los mecanismos de la lesión, el esfínter anal puede estar comprometido.

Una evaluación bajo anestesia general es fundamental y de acuerdo con la lesión y las lesiones asociadas así como el estado del paciente se hará el tratamiento. En el caso de que la lesión comprometa el recto bajo, se debe derivar al paciente, lavar el recto distal y drenar el espacio presacro. No existe consenso sobre si se debe reparar el esfínter en forma primaria, junto con una colostomía derivativa, o dejar la reconstrucción para un segundo tiempo quirúrgico. El uso de antibióticos de amplio espectro está indicado en todos los casos. Las fracturas abiertas de pelvis con contaminación tienen una alta morbi-mortalidad.

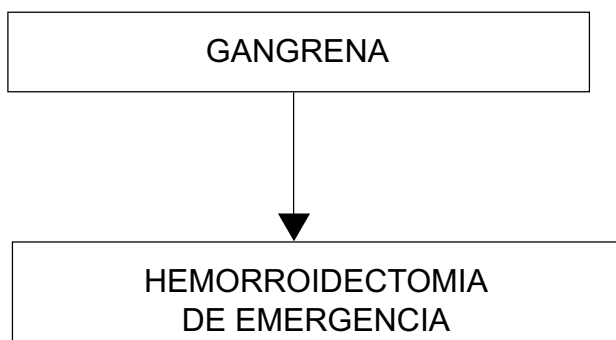
## ABSCESO ANAL DIAGNÓSTICO



## PROLAPSO HEMORROIDAL AGUDO TRATAMIENTO

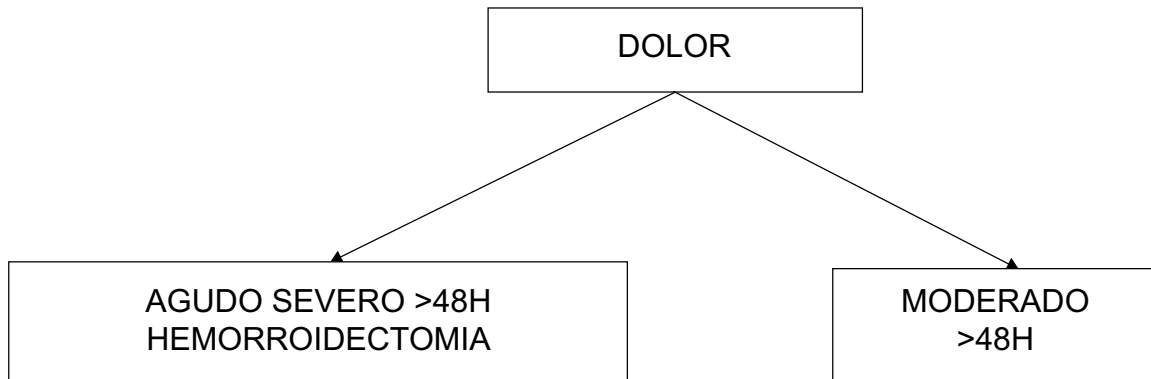


## PROLAPSO HEMORROIDAL AGUDO TRATAMIENTO



Hansen 1975, Heald  
1986

## TROMBOSIS HEMORROIDAL TRATAMIENTO



### LECTURAS RECOMENDADAS

1. Antropoli C, Perrotti P, Rubino M, et al. Nifedipine for local use in conservative treatment of anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1999; 42:1011-1015.
2. Corman ML. Anal fissure. En: *Colon and Rectal Surgery*. Editado por ML Corman. 3rd edition. JB Lippincott. Philadelphia, 1993.
3. Escobar J. Prolapso rectal. En: *Colon, Recto y Ano*. Editado por JEscobar J. Editorial Vórtice. Bogotá, 1982.
4. Fazio VW, Tjandra JJ. The management of perianal diseases. *Adv Surg* 1996; 29:59-78.
5. Londoño E., Escallón J. El endometrioma: sus complicaciones gastrointestinales. *Rev Col Cirugía* 1994; 9:2-6.
6. Londoño E, Patiño JF. Fascitis necrotizante del periné o gangrena de Fournier. *Rev Arg Cir* 1999; 76:135-141.
7. Londoño E, Restrepo S. La resonancia magnética en la evaluación del piso pélvico y el periné. *Cirug Ciruj (México)* 2002; 70:173-178.
8. Londoño E. Guía de manejo de abscesos y fístulas anales. Fundación Santa Fe de Bogotá, 1997.
9. López G. Abscesos ano-rectales. En: *Manual de Patología Colo-recto-anal*. Editado por G Escobar. Editorial Gente Nueva. Bogotá, 2002.
10. Marti MC. Hemorrhoids. En: *Surgery of Anorectal Diseases*. Editado por MC Marti, JC Givel. Springer-Verlag. Berlín, 1990.
11. Mazier WP. Hemorrhoids, fissures, and pruritus ani. *Surg Clin North Am* 1994; 74:1277-1292.
12. Rosen L. Anorectal abscess and fistulae. *Surg Clin NA* 1994; 74:1293-1307.
13. Saleeby RG, Rosen L, Stasik JJ, et al. Hemorrhoids during pregnancy: risk or relief?. *Dis Colon Rectum* 1991; 34:260-261.
14. Schouten WR, Briel JW, Auwerda JJA, et al. Ischaemic nature of anal fissure. *Br J Surg* 1996; 83:63-65.
15. Stoker J, Halligan S, Bartram CI. Pelvic floor imaging. *Radiology* 2001; 218:621-641.
16. Vergara JL, Jensen CH, Azolas C, et al. Tratamiento de la sepsis anorrectal. Experiencia quirúrgica en el Hospital Clínico, Universidad de Chile. *Rev Col Cirugía* 1994; 9:7-10.