

Dolor de origen coloproctológico

F.X. González Argenté¹, G. Lacima Vidal²

¹Jefe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. ²Consultor del Servicio de Cirugía. Unidad de Motilidad. Hospital Clínic. Barcelona

RESUMEN

El dolor de origen colorrectal constituye un problema complejo desde el punto de vista diagnóstico-terapéutico. Para un abordaje correcto, es necesario realizar un diagnóstico diferencial con el dolor de otras etiologías.

Desde un punto de vista práctico, podemos dividirlo en dolor anal de causa orgánica (o debido a una anomalía estructural) y dolor de causa funcional¹.

©2013 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: dolor pélvico, causa orgánica, causa funcional.

ABSTRACT

The pain of colorectal origin

From a diagnostic and therapeutic point of view, colorectal pain is a complex problem. In order to create an appropriate approach, it is necessary to make a diagnosis with consideration to the other etiologies of pain.

From a practical point of view, we can divide it into anal pain from an organic cause (or due to an anomaly structure), or a functional cause¹.

©2013 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: pelvic pain, organic and functional cause

Dolor pélvico de causa orgánica Enfermedad hemorroidal

Las hemorroides son estructuras anatómicas normales que recubren el canal anal y se extienden a ambos lados de la línea pectínea. Forman unas almohadillas vasculares compuestas por arteriolas, venas, músculo liso, tejido conectivo y elástico, y recubiertas por mucosa y submucosa. Su función consiste en permitir el cierre hermético del canal anal. En condiciones de reposo, las hemorroides actúan como una válvula de cierre del canal anal y contribuyen a la continencia, sobre todo de gases y líquidos.

Se considera que la enfermedad hemorroidal se produce por el prolapso de estas estructuras en el canal anal. El crecimiento del plexo hemorroidal superior origina las «hemorroides internas», que se sitúan por encima de la línea dentada y están recubiertas por mucosa y epitelio columnar. El crecimiento del plexo hemorroidal inferior da lugar a las «hemorroides externas», que se localizan por debajo de la mencionada línea y están recubiertas por epitelio escamoso, anodermo o piel; la combinación de ambos tipos de hemorroides constituye las denominadas «hemorroides mixtas». A su vez, las hemorroides internas se clasifican en cuatro grados: hemorroides de primer grado, que se proyectan algo sobre la luz del canal anal cuando las venas están congestionadas tras defecar; hemorroides de segundo grado, si se

prolapsan a través del canal anal durante la defecación pero se reducen de forma espontánea; hemorroides de tercer grado, cuando el prolapso requiere reducción manual, y hemorroides de cuarto grado, si son irreducibles.

Los factores involucrados en la patogenia de las hemorroides y su prolapso no se conocen, pero se considera que están implicados el estreñimiento, el esfuerzo defecatorio crónico, permanecer sentado prolongadamente en el váter, la diarrea, el embarazo, la ascitis y la historia familiar de enfermedad hemorroidal.

Se les atribuye cinco síntomas: rectorragias, prolapso, prurito, ensuciamiento y dolor. La hemorragia puede estar presente en todos los grados hemorroidales, suele aparecer en relación con la defecación y su intensidad es variable. Cuando tiene un carácter crónico puede ocasionar la aparición de una anemia ferropénica.

El dolor no suele ser un síntoma atribuible a las hemorroides, salvo que el paciente sufra una crisis hemorroidal aguda asociada o no a trombosis. En la exploración física pueden observarse signos inflamatorios pronunciados o la presencia de trombosis.

La trombosis hemorroidal se caracteriza por la aparición repentina de dolor anal constante, agravado por la defecación, que alcanza su máxima intensidad a los 2-3 días y que

Dirección para correspondencia:

F.X. González Argenté. Correo electrónico: xavier.gonzalez@ssib.es

desaparece de forma progresiva en 1 semana, aproximadamente. La inspección anal demuestra la presencia en el margen anal, por debajo de la línea dentada, de uno o varios nódulos subcutáneos, dolorosos, de coloración azulada, de hasta varios centímetros de diámetro, que están recubiertos de piel edematosa y que en ocasiones puede estar ulcerada con salida parcial del trombo.

El tratamiento de las hemorroides internas sintomáticas varía según su grado evolutivo, e incluye medidas conservadoras (dieta y modificación del estilo de vida), instrumentales o quirúrgicas.

La recomendación más extendida para el tratamiento médico de las hemorroides internas es el consumo de una dieta abundante en fibra y líquidos, dirigida a reducir la consistencia fecal y el esfuerzo defecatorio. Esta medida suele ser suficiente en las hemorroides de primer grado y en las de segundo grado de menor tamaño. Otras medidas, como los baños de asiento y el uso tópico de analgésicos o corticoides, a fin de disminuir la inflamación y el dolor, pueden proporcionar cierta mejora. La fracción flavonoica purificada y micronizada (90% de diosmina más 10% de hesperidina) mejora el tono venoso y el drenaje linfático y normaliza la permeabilidad capilar².

Los tratamientos instrumentales están fundamentados en reforzar los mecanismos de sujeción promoviendo la inflamación y posterior fibrosis del tejido hemorroidal, con la correspondiente fijación de éste al tejido muscular subyacente. Los «métodos de fijación» actualmente más utilizados son la esclerosis hemorroidal y la ligadura con bandas elásticas. La esclerosis hemorroidal se utiliza para las hemorroides de primer y segundo grado, y consiste en la inyección mediante una anoscopia de una sustancia esclerosante (fenol al 5% en aceite de almendras) en la capa submucosa, unos 3 cm por encima de la línea pectínea, aplicada en tres puntos por encima de las hemorroides. La ligadura con bandas elásticas se emplea para las hemorroides de segundo y tercer grado, y consiste en la colocación, unos 3 cm por encima de la línea pectínea, de unas ligaduras de goma que permiten englobar las capas mucosa-submucosa y que, al cabo de unos días, provocan una necrosis tisular, cuyo tejido cicatricial producirá la fijación.

El tratamiento quirúrgico se reserva para los pacientes con hemorroides de tercer y cuarto grado que no hayan respondido al tratamiento conservador. Puede realizarse una hemorroidectomía, que consiste en la escisión del tejido hemorroidal, o una hemorroidopexia, una técnica cuya finalidad no es la resección del tejido hemorroidal, sino la exéresis de parte del prolapso mucoso y la fijación de éste en el interior del canal anal mediante un dispositivo de sutura³.

La trombosis hemorroidal externa, cuando ocasione importante sintomatología dolorosa y necrosis tisular, puede tratarse mediante una hemorroidectomía. No se aconseja la apertura de las hemorroides y la extracción del coágulo.

Fisura anal

La fisura anal es una lesión muy habitual. Consiste en un desgarramiento longitudinal de la piel que recubre la porción del canal anal distal a la línea dentada, y origina un dolor intenso con la defecación. Hay dos formas típicas de fisura anal: la primaria o idiopática, que aparece en individuos sanos y no se asocia a ningún tipo de patología, y la secundaria, que se detecta en pacientes que tienen otra patología.

La mayoría de las fisuras primarias se localizan en la comisura posterior, al ser ésta una zona del canal anal más susceptible al traumatismo por estar menos protegida por el esfínter anal externo; sólo algunas fisuras primarias (un 2% en los varones y un 10% en las mujeres) se producen en la comisura anterior. Las fisuras secundarias a otras enfermedades o circunstancias (enfermedad de Crohn, proctitis, leucemia, carcinoma, tuberculosis, sífilis, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, penetración anal) se originan con frecuencia en posiciones más laterales.

La fisura anal suele estar causada por el estreñimiento y el traumatismo del canal anal ocasionado por la defecación forzada de heces duras, aunque en algunos pacientes se asocia a un hábito diarreico.

En su evolución clínica puede adoptar dos formas: aguda o crónica. La fisura anal aguda consiste en un desgarramiento superficial, mientras que la fisura anal crónica es la evolución de la fisura aguda a una ulceración isquémica consecutiva a la hipertonía del esfínter anal interno que determina un déficit de perfusión de la comisura posterior al comprimir los vasos sanguíneos que lo atraviesan⁴.

La manifestación clínica principal de las fisuras aguda y crónica es la proctalgia en forma de dolor anal agudo e intenso que se produce durante la defecación y que puede persistir hasta varias horas después de ésta. Otras manifestaciones son las rectorragias, que se presentan en el 80% de los casos, el prurito anal, en un 45% de los pacientes, y la secreción mucosa anal, en un 5% de los casos.

El diagnóstico se establece mediante la historia clínica y la inspección anal. La fisura anal aguda se presenta como un pequeño desgarramiento longitudinal y superficial con una base enrojecida que sangra fácilmente. La fisura anal crónica aparece como un desgarramiento profundo, de aspecto ulcerativo, con bordes redondeados y fibrosos, en cuyo fondo se observan las fibras blancuecinas transversales de la porción superficial del esfínter anal interno; suele acompañarse de la presencia de un colgajo cutáneo edematoso y doloroso en el extremo distal de la fisura (hemorroide centinela), y del engrosamiento del tejido anal en el extremo proximal de la fisura (papila anal hipertrofiada).

Las fisuras localizadas lateralmente, múltiples, poco sintomáticas o resistentes al tratamiento obligan a descartar otros trastornos.

El tratamiento inicial de la fisura anal es conservador: se debe corregir el hábito defecatorio y la hipertonía esfinteriana. Consiste en el reblandecimiento de las heces median-

te una dieta rica en residuos, suplementos de fibra dietética o algún laxante suave, y en baños de asiento con agua tibia efectuados 2-3 veces al día para favorecer la relajación del esfínter anal interno⁵. El dolor anal puede mejorarse mediante el uso tópico de preparados anestésicos, aplicados preferentemente antes de la defecación.

Con este régimen terapéutico, las fisuras agudas suelen curar en 4-8 semanas; sin embargo, las fisuras anales crónicas generalmente requieren alguna medida terapéutica adicional dirigida a suprimir la hipertonia del esfínter anal interno.

La esfinterotomía lateral interna es el tratamiento quirúrgico más eficaz para el tratamiento de la fisura anal crónica. Este procedimiento, que consiste en la sección del esfínter anal interno, proporciona buenos resultados, pero conlleva una tasa no despreciable de trastornos de la continencia, más acusada en mujeres (2-35%). Por ello, con el objetivo de evitar la cirugía se ha desarrollado con éxito el tratamiento tópico con fármacos que disminuyen el tono del esfínter anal interno de forma transitoria y reversible⁵, como son las sustancias liberadoras de óxido nítrico (nitroglicerina, dinitrato de isosorbida) o los antagonistas del calcio (nifedipino, diltiazem). La toxina botulínica inyectada directamente en el esfínter interno (esfinterotomía química) produce un bloqueo de la placa motora mediante la inhibición de la liberación presináptica de acetilcolina y, como consecuencia de ello, una parálisis muscular durante 3-4 meses, que disminuye la hipertonia esfinteriana y consigue tasas de curación de alrededor del 65%.

En la actualidad se aconseja iniciar el tratamiento de la fisura anal crónica, tras el fracaso de las medidas conservadoras, con medidas farmacológicas tópicas, y reservar la cirugía para aquellos pacientes en los que éstas fracasen.

Abscesos anorrectales

El absceso anorrectal constituye la manifestación aguda de la infección anorrectal, y consiste en una colección purulenta localizada en los espacios adyacentes al rectoano. La fístula perianal supone el paso a la cronicidad de este proceso, y consiste en la comunicación entre el canal anal y la piel perianal³.

Las causas de los abscesos perianales pueden ser múltiples. Se acepta en general que la mayoría de casos se producen por etiología criptoglandular, por la infección de alguna cripta anal a nivel de la mucosa y su ulterior propagación desde esta localización inicial, en el espacio situado entre los esfínteres anales interno y externo; desde aquí la infección puede propagarse en una o varias direcciones y dar lugar a diferentes tipos de abscesos, que se clasifican de acuerdo con su localización en los espacios anatómicos anorrectales².

La propagación más frecuente es en sentido distal, hacia el margen anal, donde se origina el *absceso perianal*. En otras ocasiones la propagación es proximal, hacia los espacios interesfinteriano alto o submucoso, lo que ocasiona un *absceso interesfinteriano alto* o un *absceso submucoso*, respectivamente; estos abscesos pueden abrirse en la zona medial, hacia la luz rectal, o lateralmente, a la fosa isquiorrectal, o

seguir avanzando a través del músculo elevador del ano, originando un «absceso del espacio supraelevador» o un «absceso pelvirrectal». Por último, la propagación puede producirse en sentido lateral, a través del esfínter anal externo, en cuyo caso se origina un «absceso isquiorrectal». En ocasiones, los abscesos pelvirrectales e isquiorrectales presentan una propagación perirrectal hacia el lado contrario y provocan un «absceso en herradura». El más habitual es el absceso perianal y el menos frecuente el del espacio supraelevador³.

Otras causas de abscesos son la tuberculosis, la actinomicosis, los traumatismos, los cuerpos extraños y la cirugía anal.

La sintomatología del absceso perianal suele ser de dolor, tumor e inflamación. La localización y el tamaño del absceso determinan los signos y síntomas, así como su intensidad. Los signos de la exploración física son: eritema, induración, dolor con la palpación y supuración por el canal anal. La existencia de fiebre es común en los abscesos de gran tamaño.

Los abscesos pelvirrectales pueden producir dolor en los cuadrantes abdominales inferiores y escalofríos o síntomas urinarios, mientras que los abscesos isquiorrectales pueden dar lugar a dolor glúteo.

El diagnóstico se realiza mediante la exploración física, la inspección anal y el tacto rectal, que ponen de manifiesto la existencia de una masa inflamatoria muy dolorosa, que puede fluctuar o no con la presión². La ecografía rectal, la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética nuclear son técnicas diagnósticas útiles en casos dudosos.

El tratamiento de los abscesos anorrectales es quirúrgico; hay que intervenir con la mayor brevedad posible, aunque no exista fluctuación franca, realizando una evacuación y drenaje de la colección purulenta. El intento de solucionar la enfermedad con antibióticos sólo consigue retrasar la intervención quirúrgica. En la cirugía hemos de tener presente la relación de la colección con el aparato esfinteriano para evitar lesionarlo durante el drenaje. En los abscesos isquioanales en herradura se precisan varias incisiones para su correcto drenaje. La utilización conjunta de antibióticos está indicada en caso de inmunodepresión, diabetes, presencia de signos de infección sistémica o celulitis extensa.

Proctitis

Suele ser una inflamación rectal originada por una causa infecciosa o por un tratamiento radioterápico en dicha zona.

Se caracteriza por la presencia de síntomas anorrectales asociados a lesiones limitadas a los 15 cm distales rectales que pueden detectarse por rectosigmoidoscopia.

Cuando la causa es infecciosa, la inoculación se realiza directamente en el curso del coito anal receptivo. La sintomatología puede variar dependiendo del agente infeccioso y del tipo de lesión, pero es importante recordar que puede simular los síntomas de una enfermedad inflamatoria intestinal². Las manifestaciones clínicas genéricas de proctitis por un agente de transmisión sexual son dolor o moles-

tias anorrectales, expulsión de productos anorrectales (purulentos, mucosos o sanguinolentos), tenesmo, urgencia defecatoria, rectorragias y estreñimiento; pueden cursar con fiebre. Las infecciones bacterianas aisladas sintomáticas⁶ más frecuentes son la gonorrea (30%), por clamidias (19%), herpes (16%) y sífilis (2%).

El diagnóstico suele establecerse por la demostración del agente patógeno, mediante tinción de Gram o cultivo en el material rectal obtenido por escobillón. La rectosigmoidoscopia orientará en el aspecto de las lesiones. El tratamiento ha de ser el específico para cada tipo de agente infeccioso. Cuando la proctitis se debe a radioterapia se suele tratar mediante enemas con antiinflamatorios.

Coccigodinia

Consiste en un dolor típicamente localizado a nivel posterior del ano que se desencadena al movilizar el coxis. En ocasiones el paciente tiene el antecedente de traumatismo en esa zona. El dolor puede irradiarse a la parte posterior de los muslos o las nalgas, y la sedestación lo suele provocar³.

La sintomatología aparece fundamentalmente en mujeres y puede mantenerse durante años.

La coccigodinia puede tener una causa funcional, atribuida a un espasmo crónico de la musculatura del ano, en pacientes ansiosos o depresivos, o una causa orgánica, por secuelas de traumatismos, a veces inadvertidos, sobre la región sacrococcígea.

El tratamiento, cuando se reconoce la causa, incluye el reposo y antiinflamatorios. Si es necesario puede recurrirse a infiltración de anestésicos locales o corticoides. La exéresis del coxis sólo debe reservarse para pacientes muy seleccionados y descartando antes alteraciones en el raquis lumbosacro.

Proctalgia de origen funcional

Suele tratarse de un dolor crónico referido a la región anal de más de 6 meses de evolución y que, por su intensidad o sus características, provoca una afectación de la calidad de vida del paciente.

El dolor perineal crónico conlleva un problema diagnóstico-terapéutico complejo, y puede inhabilitar social y laboralmente a los pacientes que lo padecen. Debe ser estudiado de forma precisa y hay que descartar ante todo patología orgánica.

Según la última revisión de consenso de Roma III sobre las alteraciones anorrectales funcionales¹, el dolor funcional de origen anal puede dividirse en dos grupos: proctalgia crónica, que engloba el síndrome del elevador del ano y los dolores anorrectales inespecíficos, y proctalgia *fugax*.

Proctalgia crónica

Esta entidad engloba las siguientes denominaciones: síndrome del elevador del ano, síndrome del *puborrectalis*, síndrome del músculo piriforme o mialgia pélvica.

Se considera que debe cumplir las siguientes características: 1) presencia de dolor rectal recurrente; 2) los episodios tie-

nen una duración de 20 minutos, y 3) exclusión de otras causas orgánicas de dolor rectal.

Síndrome del elevador del ano

Se considera una causa de proctalgia crónica. El dolor es de etiología desconocida y se atribuye a un espasmo del músculo elevador. Suele afectar a mujeres de mediana edad.

Los pacientes lo describen como una sensación de presión o tensión en la parte superior del recto. Suele afectar a pacientes que sufren estrés, tensión y/o ansiedad³.

En la exploración, el dolor tiende a reproducirse al presionar o traccionar el músculo elevador en el tacto rectal.

El tratamiento puede realizarse con baños de asientos, relajantes musculares, estimulación electrogalvánica y *bio-feedback*.

Proctalgia «fugax»

Es un cuadro de dolor anorrectal de aparición súbita, severo, esporádico, de corta duración (suele durar menos de 3 minutos), autolimitado y que se resuelve espontáneamente. Una de sus características es que suele aparecer por la noche^{1,3}.

Los episodios son infrecuentes: en la mitad de los pacientes, ocurren menos de 5 veces al año.

Se estima una prevalencia de hasta el 8-18% de la población¹. Afecta a adultos sanos, con mayor frecuencia de sexo masculino. Suele ser más común en pacientes ansiosos o muy perfeccionistas.

El diagnóstico se basa en la clínica. El dolor suele afectar al canal anal, sin irradiación, y puede acompañarse de síntomas vegetativos. La exploración física generalmente es normal.

La etiopatogenia se atribuye a espasmos rectales o del músculo puborrectal, e incluso a neuralgias del nervio pudendo, ya que en ocasiones mejora con infiltraciones.

Este tipo de proctalgia no tiene un tratamiento concreto, debido a que los episodios son breves y poco frecuentes, y para cuando se inicia el efecto de cualquier tratamiento farmacológico, el cuadro ya ha desaparecido. El dolor se puede aliviar con baños de agua caliente, salbutamol inhalado o nitroglicerina sublingual. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Bharucha AE, Wald A, Enck P, Rao S. Functional anorectal disorders. *Gastroenterology*. 2006; 130: 1.510-1.518.
2. González Argenté FX. Enfermedades del recto y del ano. En: Farreras-Rozman. *Medicina interna*, 17.ª ed. Barcelona: Elsevier, 2012; 201-208 (sección 2, capítulo 25).
3. Ortiz H. Cirugía colorrectal. Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos, 2.ª ed. *Enfermedades anorrectales benignas*. Madrid: Ediciones Arán. 2012; 64-112.
4. Stein E. Hemorrhoidal symptom complex. En: Stein E. *Anorectal and Colon Diseases*. Springer, 2003; 71-101.
5. Lund JN, Nystrom PO, Coremans G, Herold A, Karaitianos I, Spyrou M, et al. An evidence-based treatment algorithm for anal fissure. *Tech Coloproctol*. 2006; 10: 177-180.
6. Smith LE. Sexually transmitted diseases. En: Gordon PH, Nivatvongs S, eds. *Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum and Anus*. St. Louis: Quality Medical Publishing, 1999; 341-359.