DOLOR ANAL

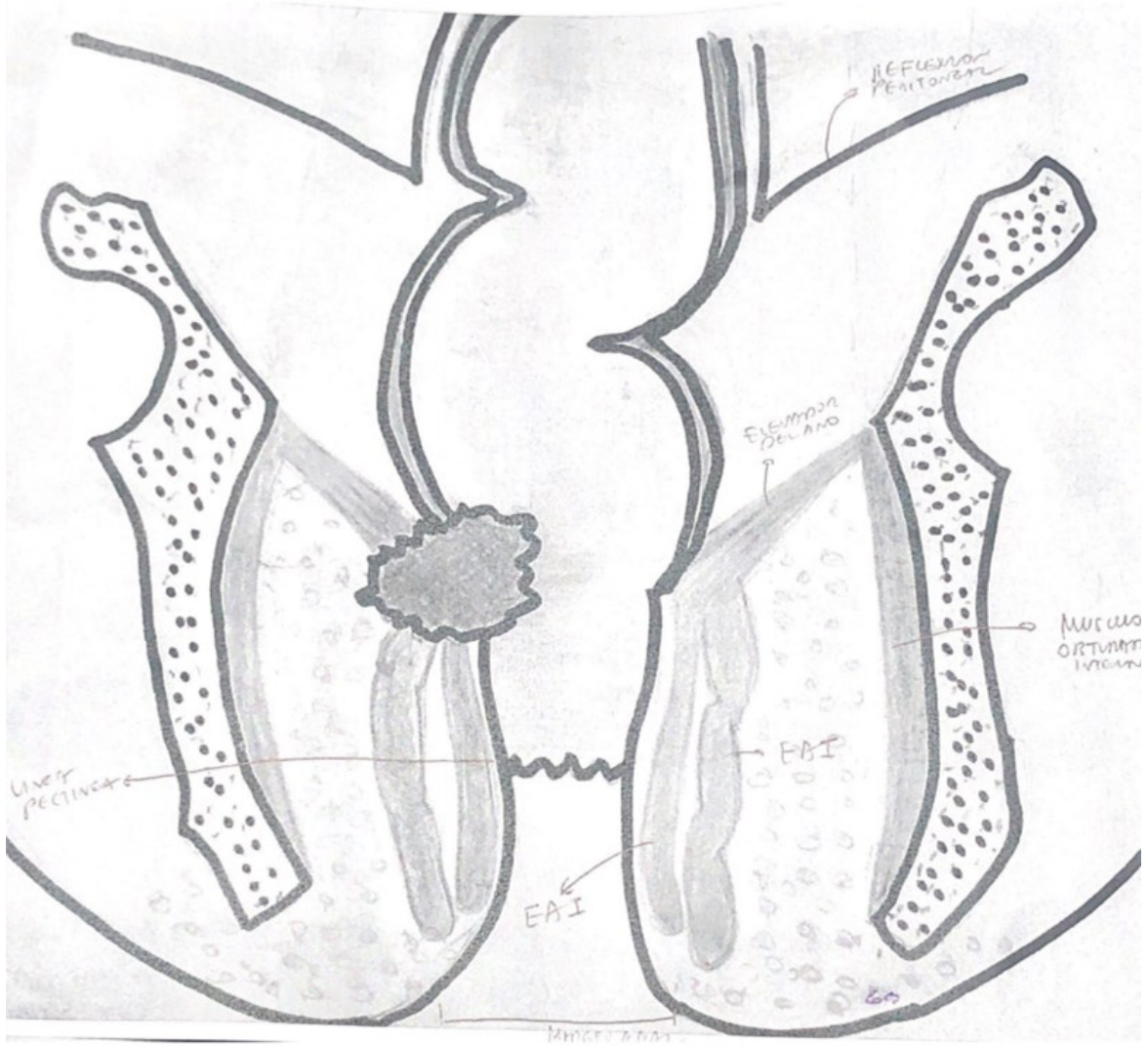
Enfrentamiento y Manejo

Dr. Diego García Prado

Residente 3er año Cirugía General

Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago). Servicio y Departamento de Cirugía. Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Chile.

Miércoles 08 de Abril de 2020



CANAL ANAL

CONCEPTOS CLAVES

- Siempre una acabada anamnesis
- El examen físico en la mayoría de los casos permite hacer el diagnóstico
- El examen bajo anestesia es la opción sin no se puede en la consulta.
- Rara vez requiere imágenes para resolver
- La Fisura Anal: CLASICAMENTE con dolor anal agudo durante la defecación y que persiste posterior a evacuaciones duras.
- Hemorroides externas trombosadas: DOLOR CONTINUO más aumento de volumen palpable, sin signos sistémicos de infección

CONCEPTOS CLAVES

- EL DOLOR ANAL ABARCA UN AMPLIO ESPECTRO DE DIAGNÓSTICOS
  - DESDE PATOLOGÍA BENIGNA AUTOLIMITADA
  - HASTA PATOLOGÍA MALIGNA CON RIESGO VITAL

ANAMNESIS

- BASTA CON EL RELATO DEL PACIENTE PARA TENER UN DIAGNÓSTICO PREVIO AL EXAMEN FÍSICO
- LAS CARACTERISTICAS DEL DOLOR SON IMPORTANTES
  - DURACIÓN
  - LOCALIZACIÓN (INTRA ANAL, EXTERNO)
  - TIPO (AGUDO, SORDO, QUEMANTE)
  - AGENTES CAUSALES (DEFECACIÓN, DIARREA, DEPOSICIONES DURAS, EJERCICIO, INCONTINENCIA FECAL)
  - SIGNOS Y SINTOMAS (FIEBRE, CAMBIOS EN HABITO INTESTINAL, BAJA DE PESO, CHILLS)
  - ATENUANTES (AGUA CALIENTE, DEFECACION, TRATAMIENTOS TÓPICOS)

ANAMNESIS

- DATOS CLAVES ENTREGADOS POR PACIENTE
  - DIABETES → ABSCESO ANAL, FOURNIER
  - EII → FISURA ANAL, FISTULA, ABSCESO
  - INFLIXIMAB, ETANERCEP → PRURITO
  - CANCER COLORRECTAL EN FAMILIA → RECTAL CANCER
  - RELACIONES SEXUALES ANALES → ITS, DISPLASIA ANAL, CANCER
  - **PENSAR SU PROPIA HIPOTESIS DIAGNÓSTICA, NO CONFIAR EN DIAGNÓSTICOS DADOS POR PACIENTE.

ANAMNESIS – FISURA ANAL

- DOLOR AGUDO, TIPO CORTE X CUCHILLO
- DURANTE DEFECACIÓN E INMEDIATAMENTE POSTERIOR A DEFECACIÓN. (DOLOR EN 2 TIEMPOS)
- DOLOR PERSISTE POR MINUTOS INCLUSO HORAS POST DEFECACIÓN
- SALPICADURAS DE SANGRE EN EL BAÑO O PAPEL.

ANAMNESIS – HEMORRIDES EXTERNA TROMBOSADA

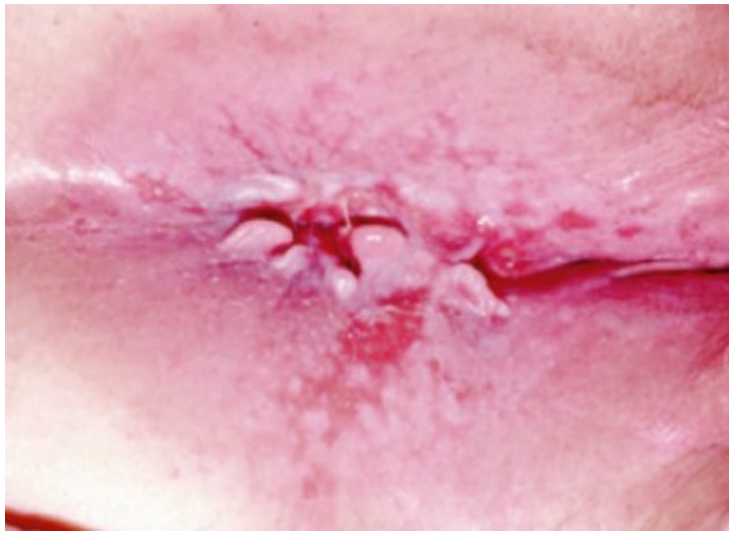
- DOLOR AGUDO CONSTANTE POSTERIOR A PUJO
  - YA SEA CON DEFECACIÓN BLANDA O DURA
  - O CON VALSALVA (EJERCICIO)
- ASOCIADO A BULTO PERIANAL
- DOLOR PUEDE DURAR TODO EL DÍA, INCREMENTANDOSE CON LAS HORAS.
- CEDE ESPONTANEAMENTE A LA SEMANA

ANAMNESIS – ABSCESO PERI ANAL, PERI RECTAL O ISQUIO RECTAL

- DOLOR EMPEORA GRADUALMENTE
- DOLOR CONSTANTE PERO EMPEORA PREVIO Y DURANTE DEFECACIÓN
- TIPICAMENTE RELATAN FIEBRE Y ESCALOFRÍOS
- EVITAN SENTARSE POR DOLOR
- SINTOMAS SIMILARES A TROMBOSIS HEMORRIDAL, SE DIFERENCIAN POR EL COMPROMISO SISTÉMICO.
- IMPOSIBILIDAD PARA ORINAR.
  - COMPLICACIÓN RARA. ASOCIADA CON ABSCESOS GRANDES.

ANAMNESIS – PRURITO ANAL

- DESCRITO INICIALMENTE COMO DOLOR
- FINALMENTE DESCRITO COMO QUEMAZON O PICAZON O TODAS.
- IRRITACIÓN CRÓNICA QUE SE PRESENTA CON ERUPCIONES Y CILCOS



ANAMNESIS – SD DEL ELEVADOR DEL ANO

- DESCRIPCIÓN QUE NO SE ACOMODA A LOS CUADROS TÍPICOS

  - DOLOR PUEDE SER AGUDO, SORDO, QUEMANTE O TIPO PICAZON.
  - INTERMITENTE O CONSTANTE
  - MEJORA CON AGUA CALIENTE
  - MEJORA O EMPEORA CON DEFECACIÓN
  - DOLOR CRÓNICO Y EMPEORA AL FINAL DEL DÍA
  - OCASIONALMENTE CON DIFICULTAD PARA DEFECAR.

ANAMNESIS – CÁNCER DE ANO, RECTO

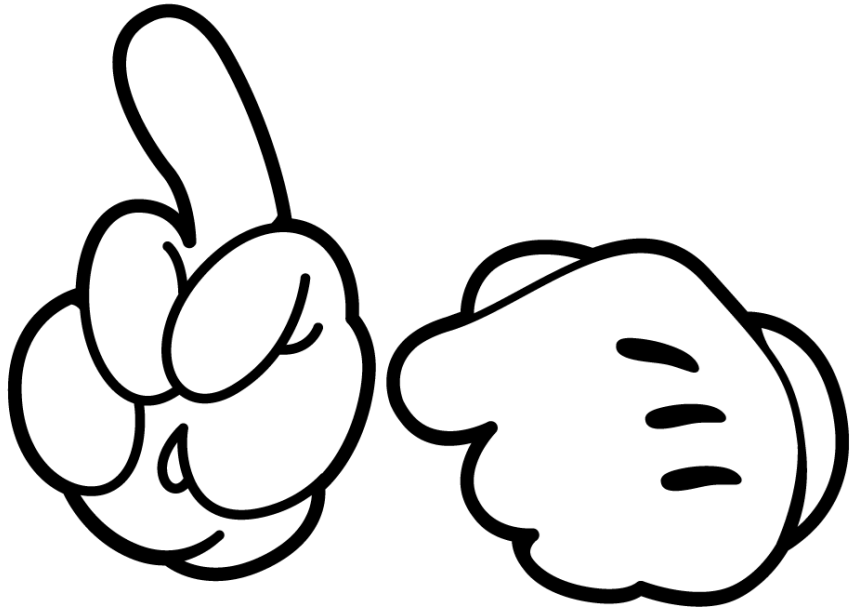
- DOLOR ASOCIADO O NO CON SANGRADO Y CAMBIOS DE HÁBITO INTESTINAL
- CÁNCER DE ANO:
  - SINTOMAS SÚTILES, SOBREPONEN CON FISURA ANAL.
  - DOLOR DURANTE Y POST DEFECACIÓN
  - CON MANCHAS DE SANGRE EN PAPEL
  - CON O SIN MASA/BULTO DECLARADO POR PACIENTE

** LA MAYORÍA DE LOS CASOS DE DOLOR DE ANO SON BENIGNOS**

NEVER FORGET CANCER

EXAMEN FÍSICO REGIONAL

- INCLUYE
  - ABDOMEN
  - REGIÓN INGUINAL
  - PIEL PERIANAL Y TEJIDO BLANDO
  - GLÚTEOS Y PLIEGUE GLÚTEO
  - CANAL ANAL Y RECTO



EXAMEN FÍSICO REGIONAL

- ABDOMEN
  - DISTENCIÓN CÁNCER OBSTRUCTIVO
  - ALTERACIÓN RUIDOS INTESTINALES
  - HEPATOMEGALIA METÁSTASIS
  - PACIENTES DELGADOS, ENFLAQUECIDOS CROHN (MANIFESTACIÓN ANAL Y COLON)
- INGUINAL
  - ADENOPATÍAS ADENOCARCINOMA RECTAL O DE ANO Y ESCAMOSO DEL MARGEN ANAL
  - TIENE IMPLICANCIAS EN RADIOTERAPIA Y SOBREVIDA
- PERIANAL, GLUTEAL, AND INTERGLUTEAL EXAMINATION
  - EXPLICAR Y DESCRIBIR.
  - INSPECCIÓN: COLOR, PIEL ESCAMOSA, MASAS, ENGROSAMIENTO PLIEGUES, ABERTURAS…
  - FISURA ANAL, REQUIERE INSPECCIÓNPARA EVERTIR ANODERMO.
  - PLIEGUE INTERGLUTEO: ABSCESOS, PITS DE QUISTE PILONIDAL
  - ESTENOSIS ANAL (POST QCO)
  - MASA SUBCUTÁNEA: BAD OR GOOD. RARA!

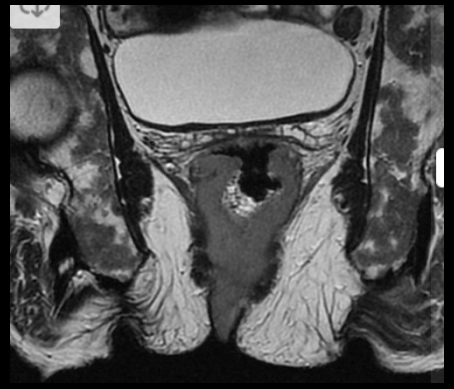
EXAMEN FÍSICO REGIONAL

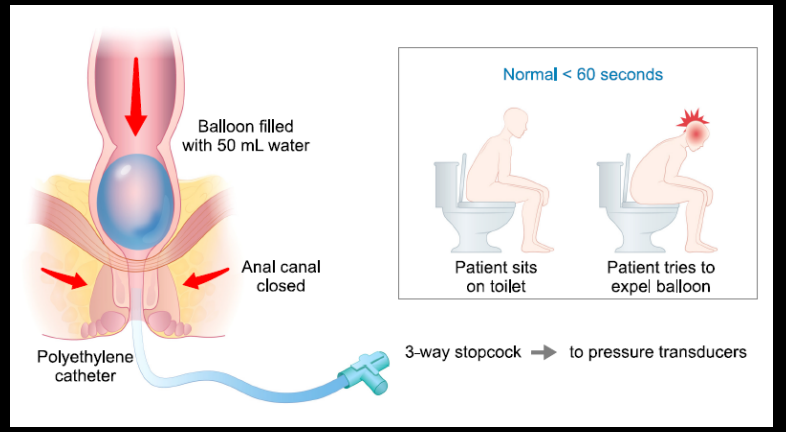
- TACTO RECTAL
  - MASA ANAL O RECTO DISTAL
  - TONO ANAL
    - HIPOTÓNICO → PRURITO POR INCONTINENCIA
    - HIPERTÓNICO Y ESPASMOS → FISURA ANAL AUNQUE NO SE EVIDENCIE
  - TENSIÓN DEL ELEVADOR DEL ANO
    - DESDE EL COXIS. LA PALPACIÓN DEL ELEVADOR DEL ANO REPRODUCE DOLOR
  - SACRAL HOLLOW
    - CONCAVIDAD ANTERIOR DEL SACRO BUSCANDO MASAS O QUISTES
  - COXIS, BUSCANDO COXALGIA
  - PRÓSTATA → PROSTATITIS
- ANORECTAL INSPECTION, ANOSCOPY, AND SIGMOIDOSCOPY
  - ANOSCOPÍA → LESIONES INTRA ANAL
  - SIGMOIDOSCOPÍA → LESIÓN RECTAL
  - QUÉ SE VE?
    - HEMORROIDES, PÓLIPOS, MASAS, LESIONES DE MUCOSA, MELANOMA.

CONSIDERAR EXAMEN BAJO ANESTESIA

IMÁGENES Y OTROS

- TC PELVIS C/CTE → MASAS, DOLOR, ABSCESOS
- RM DINÁMICA – VIDEOFECOGRAMA → PROCTALGIA FUGAX, ANOMALÍAS EN PISO PELVICO
- MANOMETRÍA ANORECTAL, TEST EXPULSIÓN DE BALON → OBSTRUCCIÓN DE SALIDA, CONSTIPACIÓN
- ESTADIFICACIÓN CON US O RM → CANCER ANO Y RECTO
- RADIOGRAFÍA PELVIS → CUERPO EXTRAÑO





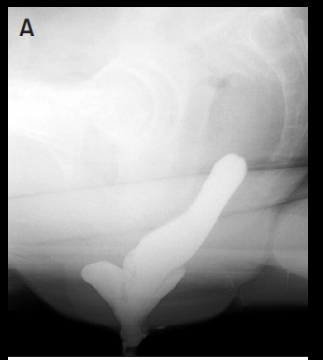


Figure 5. Defecogram and high-resolution a

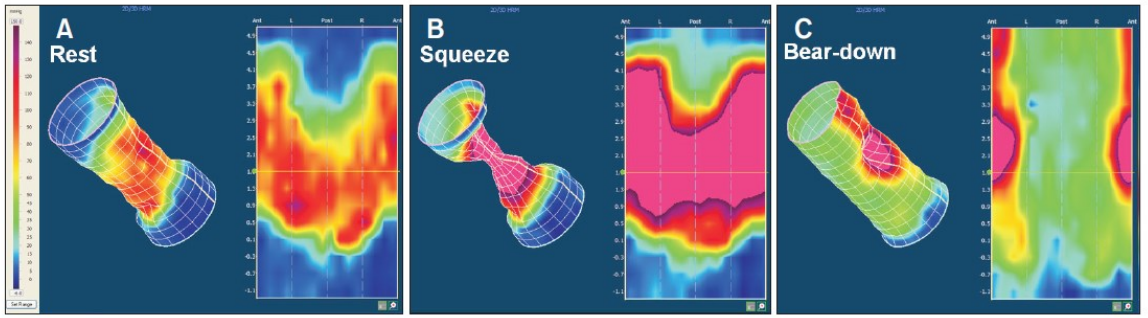
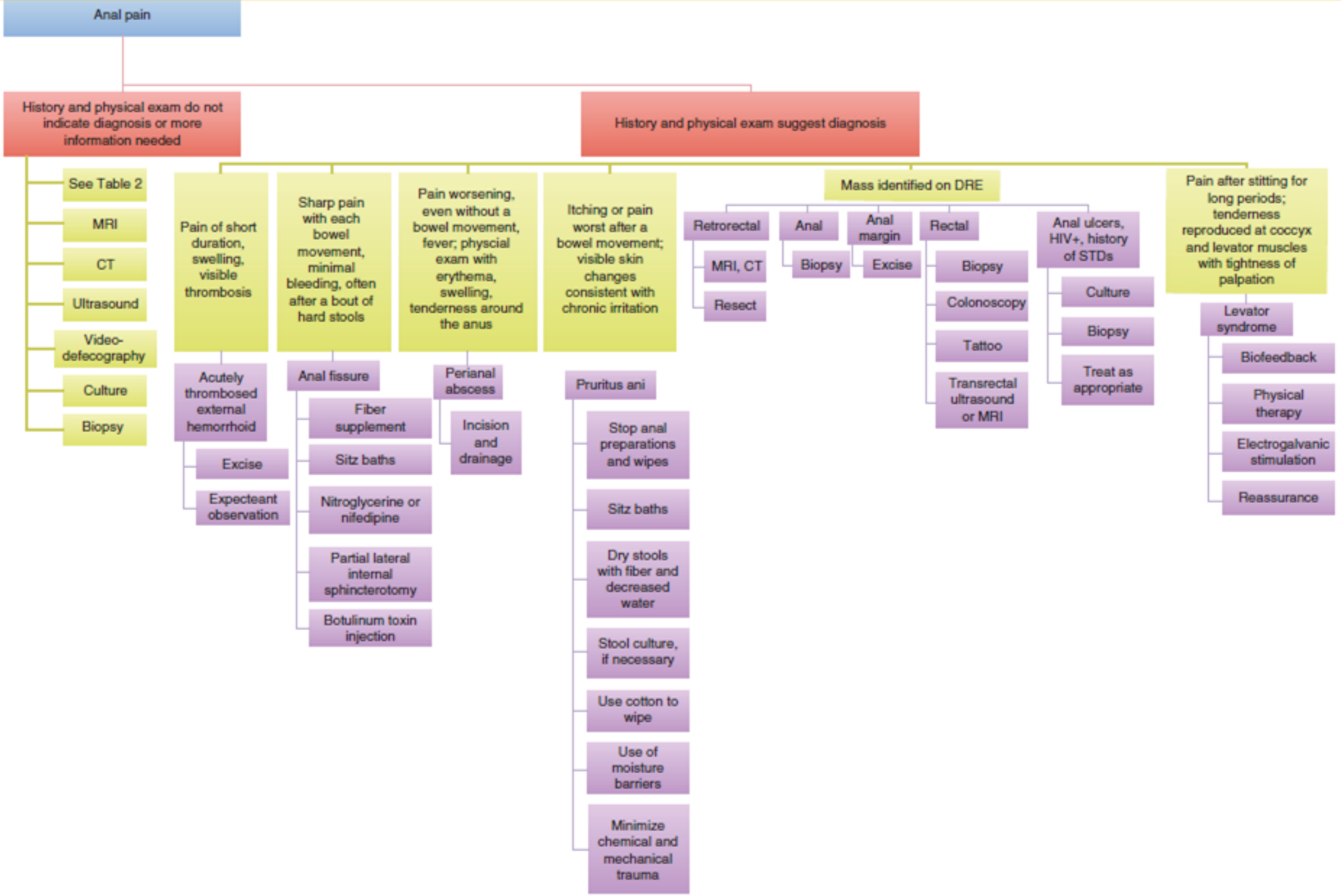


Figure 4. High definition anorectal manometry in a healthy individual. (A) Rest frame shows the high-pressure band is seen in the middle of the image. (B) Squeeze frame shows an "λ" shape on 2-D mapping indicating normal functioning of the EAS muscle. (C) Bear-down frame shows a green low-pressure zones appearing in the end (ie, a low-pressure area in the distal posterior wall of the anorectum).


Anal pain
History and physical exam do not indicate diagnosis or more information needed
See Table 2
MRI
CT
Ultrasound
Video-defecography
Culture
Biopsy
History and physical exam suggest diagnosis
Pain of short duration, swelling, visible thrombosis
Acutely thrombosed external hemorrhoid
Excise
Expecteant observation
Sharp pain with each bowel movement, minimal bleeding, often after a bout of hard stools
Anal fissure
Fiber supplement
Sitz baths
Nitroglycerine or nifedipine
Partial lateral internal sphincterotomy
Botulinum toxin injection
Pain worsening, even without a bowel movement, fever; physcial exam with erythema, swelling, tenderness around the anus
Perianal abscess
Incision and drainage
Itching or pain worst after a bowel movement; visible skin changes consistent with chronic irritation
Pruritus ani
Stop anal preparations and wipes
Sitz baths
Dry stools with fiber and decreased water
Stool culture, if necessary
Use cotton to wipe
Use of moisture barriers
Minimize chemical and mechanical trauma
Mass identified on DRE
Retrorectal
MRI, CT
Resect
Anal
Biopsy
Anal margin
Excise
Rectal
Biopsy
Colonoscopy
Tattoo
Transrectal ultrasound or MRI
Anal ulcers, HIV+, history of STDs
Culture
Biopsy
Treat as appropriate
Pain after stitting for long periods; tenderness reproduced at coccyx and levator muscles with tightness of palpation
Levator syndrome
Biofeedback
Physical therapy
Electrogalvanic stimulation
Reassurance

DOLOR ANAL

Enfrentamiento y Manejo

Dr. Diego García Prado

Residente 3er año Cirugía General

Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago). Servicio y Departamento de Cirugía. Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Chile.

Miércoles 08 de Abril de 2020