

Frecuencia y manejo de las principales patologías anorrectales en el Departamento de Coloproctología en el Centro Médico UCE

Milossi E. Romero Machuca¹

¹ Especialidad en Cirugía General. Centro Médico Universidad Central del Este. Santo Domingo, República Dominicana.

¹milossi1@hotmail.com

Recibido: 5 sept. 2016

Aceptado: 22 oct. 2016

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal a través de la recolección prospectiva de datos de frecuencia y manejo de las principales patologías anorrectales en el departamento de Coloproctología del Centro Médico UCE, Santo Domingo, República Dominicana. El estudio incluyó todos los pacientes que ingresaron con patologías anorrectales benignas, al Centro Médico UCE, durante el periodo Febrero 2015 – Febrero del 2016. El universo estuvo constituido por 46 pacientes que se presentaron en este centro. Se utilizó un formulario que fue redactado según los criterios formulados por los sustentantes para valorar las variables con el fin de alcanzar los objetivos propuestos en esta investigación. Los pacientes fueron diagnosticados por clínica y examen físico. El sexo más afectado fue el femenino con 25 casos para un 54%. Un hallazgo importante del estudio es el valor de la historia clínica en el diagnóstico de las patologías anorrectales benignas. De hecho, cuando las preguntas se hacen de forma adecuada y estructurada, el examen físico es solo una parte coadyuvante de la precisión diagnóstica. Es muy importante tener una buena base diagnóstica para evitar complicaciones y conservar el bienestar del paciente. El objetivo principal de esta investigación fue determinar la frecuencia y el manejo de las principales patologías anorrectales en el departamento de Coloproctología en el Centro Médico UCE en el periodo Febrero 2015- Febrero 2016.

PALABRAS CLAVE: Edad; Sexo; Síntoma; Etiología; Diagnóstico; Tratamiento clínico y quirúrgico

ABSTRACT

Frequency and Management of major anorectal diseases in the department of Colorectal Surgery in the Centro Medico UCE (UCE Medical Center). A descriptive study was conducted cross-section through the prospective data collection frequency and management of the main anorectal diseases in the department of Coloproctology UCE, Santo Domingo, Dominican Republic Medical Center. The study included all patients admitted with benign anorectal diseases, the UCE Medical Center, during the period February 2015 – February 2016. The universe consisted of 46 patients who presented at this center. A document written form was used, using the criteria formulated by the sustentantes to assess the variables in order to achieve our goals of this research. Age, sex, symptoms, etiology, diagnosis and clinical and surgical treatment: variables are included. Patients were diagnosed by clinical and physical examination. The most affected was the female sex with 25 to 54%. An important finding of the study is the value of clinical history in diagnosis of benign anorectal pathologies. In fact, when the right questions are asked in a structured, physical examination is only an intervener diagnostic accuracy. It is very important to have a good base diagnosis to avoid complications and preserve the patient's welfare.

KEYWORDS: Age; Sex; Symptoms; Etiology; Diagnosis; Clinical and surgical treatment

INTRODUCCIÓN

Las patologías anorrectales, son muy comunes en la prácticas médicas y han ocupado un lugar apartado debido aun a ciertos factores psicosociales y culturales. Es nuestra obligación como médicos el cambiar esta actitud, transmitiendo a nuestros pacientes la confianza y seguridad, primero, de que su problema no debe ser por ningún motivo vergonzoso ni mucho menos un caso aislado. Los pacientes con problemas anorrectales benignos (no neoplásicos) tienen un excelente pronóstico una vez que se han decidido a buscar y recibir atención médica;

cuando lo han hecho, llevan consigo una gran cantidad de preguntas y temores que pocos son los que se atreven a expresarlas. Conocedores de esto, los médicos tal vez tenemos que tomar la iniciativa y responder a manera de información las dudas más frecuentes de nuestros pacientes.

Para un correcto diagnóstico de estas patologías es necesario realizar un adecuado interrogatorio y efectuar un examen coloproctológico completo. ^[1] El manejo clínico – quirúrgico de las enfermedades anorrectales ha tenido un cambio radical en los últimos veinte años. Antiguamente los pacientes ingresaban el día anterior para su preparación preoperatoria y egresaban usualmente al cuarto día postoperatorio, después de un ritual de extracción de empaques, evacuación defecatoria hospitalaria y tacto rectal. Actualmente los procedimientos ambulatorios ofrecen los mismos resultados con menores costos, estancia hospitalaria mínima y mejor atención médica, gracias a que los cuidados postoperatorios se han simplificado. Este avance requiere informar al paciente anticipadamente de todo lo que va a suceder y efectuar. Por supuesto, el factor más importante es la operación, y que la recuperación de la misma está ligada a la calidad. ^[1]

La importancia de la comprensión detallada de la anatomía del anorrecto y el piso pélvico fue enfatizada tempranamente. Sin embargo, la anatomía de esta región esta tan relacionada con su fisiología que muchos aspectos solamente se aprecian en vivo. Por lo tanto, es una región donde el cirujano colorrectal tiene ventaja sobre el anatomista debido a que puede realizar tanto una disección en vivo como cuando realiza un estudio endoscópico. Los avances recientes en la fisiología normal y de los desórdenes anorrectales, han ayudado a modificar las estrategias diagnósticas y terapéuticas, y finalmente, los avances en las técnicas quirúrgicas han renovado el interés por estudios más detallados de la anatomía. ^[1]

La enfermedad hemorroidal ha aumentado en frecuencia en nuestro medio debido al estilo de vida característico de las grandes ciudades. Burkitt ^[2], observó que esta enfermedad es más común en los países occidentales y menor en los países en vía de desarrollo. Son raras antes de los 20 años, su frecuencia aumenta con el tiempo y es probable que el 50 por ciento de los adultos de 50 años o más tengan o hayan sufrido síntomas relativos en alguna época de su vida. ^[3]

Las fisuras anales muy sintomáticas o con características de cronicidad, que incluyen una papila anal hipertrófica y un colgajo o hemorroide centinela, son tributarias a tratamiento quirúrgico desde su diagnóstico. Los abscesos anales constituyen un motivo frecuente de consulta para el proctólogo y cirujano de urgencia y enfrenta a esto al dilema de decidir un tratamiento limitado a resolver el cuadro agudo o plantear el tratamiento definitivo de una eventual fistula. La investigadora se propuso realizar un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal a partir de los expedientes clínicos de pacientes diagnosticados con enfermedades anorrectales.

MÉTODOS

En esta investigación se realiza un estudio descriptivo de corte transversal a través de la recolección prospectiva de datos de frecuencia y manejo de las principales patologías anorrectales en el departamento de Coloproctología del Centro Médico UCE, Santo Domingo, República Dominicana, en el periodo Febrero 2015 – Febrero 2016.

El universo estuvo constituido por 46 pacientes diagnosticados con enfermedades anorrectales. Se incluyeron todos los pacientes, dados que eran pocos, con rango de edades desde 18 años hasta 87 años. Todos ellos le fueron diagnosticado de hemorroides, fisura anal, fistula y absceso anorrectales, y todos fueron operados durante el periodo objeto de estudio. También se excluyeron aquellos pacientes que no cumplieron con los criterios de inclusión.

Se procedió a la recolección de datos provenientes de los expedientes, dentro del periodo de estudio mediante un modelo de protocolo clínico elaborado exclusivamente para la indagación. Se incluyeron las variables: Edad, sexo, síntomas, etiología, diagnóstico y tratamiento clínico y quirúrgico. Estas variables sometidas a estudio son analizadas mediante los datos obtenidos, los cuales se tabulan y se calculan aplicando métodos estadísticos como la frecuencias, porcentajes, proporciones, medidas de tendencia central y se mostraran mediante, cuadros, gráficos y tablas.

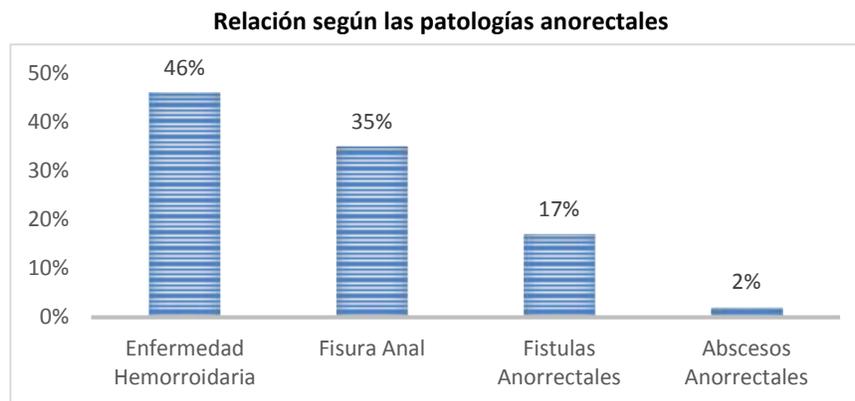
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación se muestra los principales resultados obtenidos en la presente investigación, la cual incluyó 46 pacientes con diagnóstico de patologías anorrectales benignas, hospitalizados en el área del departamento de Coloproctología del Centro Médico UCE.

En la tabla 1 respecto a las patologías anorrectales de los pacientes del Centro Médico UCE, el porcentaje más alto correspondió a un 46 %, representado por 21 pacientes, y el más bajo correspondió a un 2%, representado por 1 paciente.

Patologías	Número de pacientes	Porcentaje
Enfermedad Hemorroidaria	21	46%
Fisura Anal	16	35%
Fistulas Anorrectales	8	17%
Abscesos Anorrectales	1	2%
Total	46	100%

Tabla 1. Relación de las patologías anorrectales
Fuente: Entrevista a los usuarios e instrumento de recolección de datos



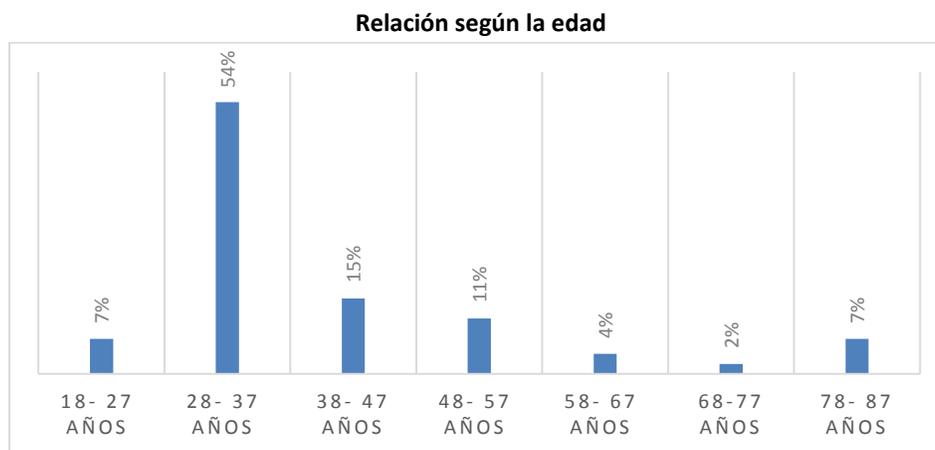
Fuente: Tabla 1

En el cuadro de las patologías anorrectales más frecuente de los pacientes del Centro Médico UCE, el porcentaje más alto correspondió a un 46%, representado por 21 pacientes con Enfermedad Hemorroidal. Una comparación con el estudio realizado por los autores, Ramos Medina y Álvaro José, en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, en enero 1995- diciembre 2000. ^[4] muestra que los rangos no coincidieron en los resultados ya que las patologías que se presentaron con mayor frecuencia fueron los Abscesos y Fistulas Perianales en un 36%.

En la tabla 2, respecto a las edades de los pacientes del Centro Médico UCE, el porcentaje más alto correspondió a un 54%, representado por 25 pacientes entre las edades de 28 a 37 años.

Edad	Número de pacientes	Porcentaje
18- 27 años	3	7%
28- 37 años	25	54%
38- 47 años	7	15%
48- 57 años	5	11%
58- 67 años	2	4%
68-77 años	1	2%
78- 87 años	3	7%
Total	46	100%

Tabla 2. Relación de las edades de los pacientes con patología anorrectales
Fuente: Entrevista a los usuarios e instrumento de recolección de datos



Fuente: Tabla 2

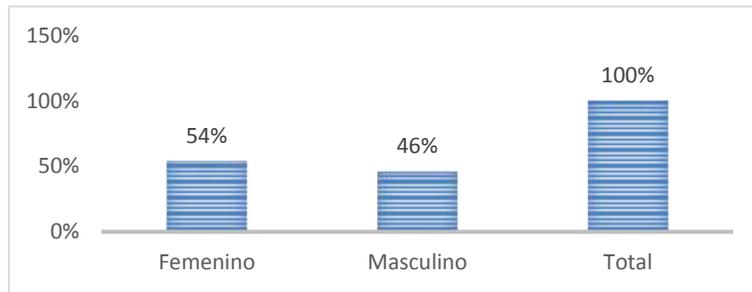
En el cuadro de las edades de los pacientes en el Centro Médico UCE, demostramos que el porcentaje más alto correspondió a unos 54 por ciento, representados por (25) pacientes de 28- 37 años. Comparados estos resultados con el estudio realizado por los autores Vásquez y colaboradores, en el Hospital Francisco Moscoso Puello, Santo Domingo, República Dominicana, en el año 2006^[6] se aprecia que los rangos de edades no coinciden con estos resultados ya que el rango de edad más afectado fue entre los 41-50 años, en los casos de hemorroidectomizado.

En la tabla 3 relacionado con el sexo, el porcentaje más alto correspondió a 54%, representado por 25 pacientes femeninas y el más bajo correspondió a un 46%, representado por 21 pacientes masculinos.

Sexo	Cantidad	Porcentaje
Femenino	25	54%
Masculino	21	46%
Total	46	100%

Tabla 3. Relación según el sexo de los pacientes
Fuente: Entrevista de los usuarios e instrumento de recolección de datos

Relación según el sexo de los pacientes



Fuente: Tabla 3

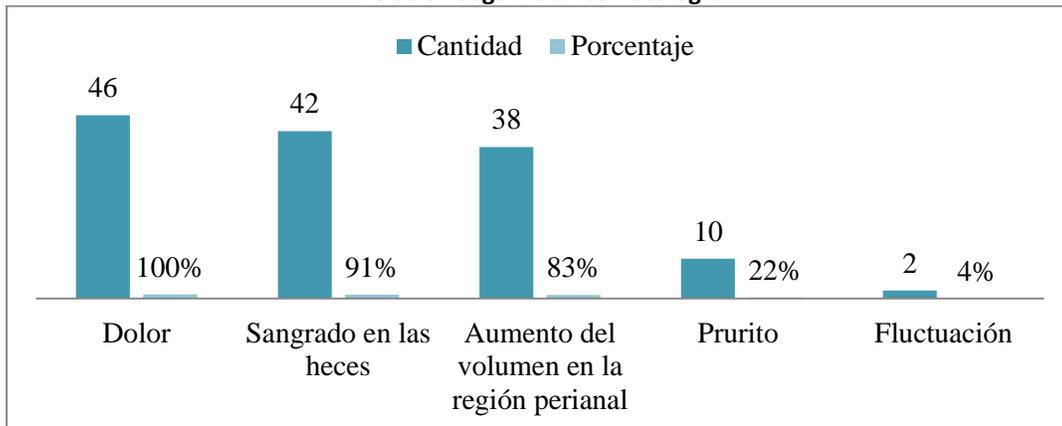
Estos datos coinciden con el estudio realizado por los autores Ginel Mesa, Leidy Santana y Anibal Díaz, en el Hospital General de la Plaza de la Salud, Santo Domingo, República Dominicana, en el período septiembre 2006 – enero 2010,^[7] donde el género más afectado fueron las femeninas que representa el 51%, con un total de 116 de 230 casos hemorroidectomizadas.

En la Tabla 4 de la sintomatología, el porcentaje más alto correspondió al 100%, representado por 46 pacientes con dolor, y el más bajo correspondió a un 4%, representado por 2 pacientes con fluctuación.

Sintomatología	Cantidad	Porcentaje
Dolor	46	100%
Sangrado en las heces	42	91%
Aumento del volumen en la región perianal	38	83%
Prurito	10	22%
Fluctuación	2	4%

Tabla 4. Relación según la sintomatología de los pacientes
Fuente: Entrevista al usuario e instrumento de recolección de datos

Relación según la sintomatología



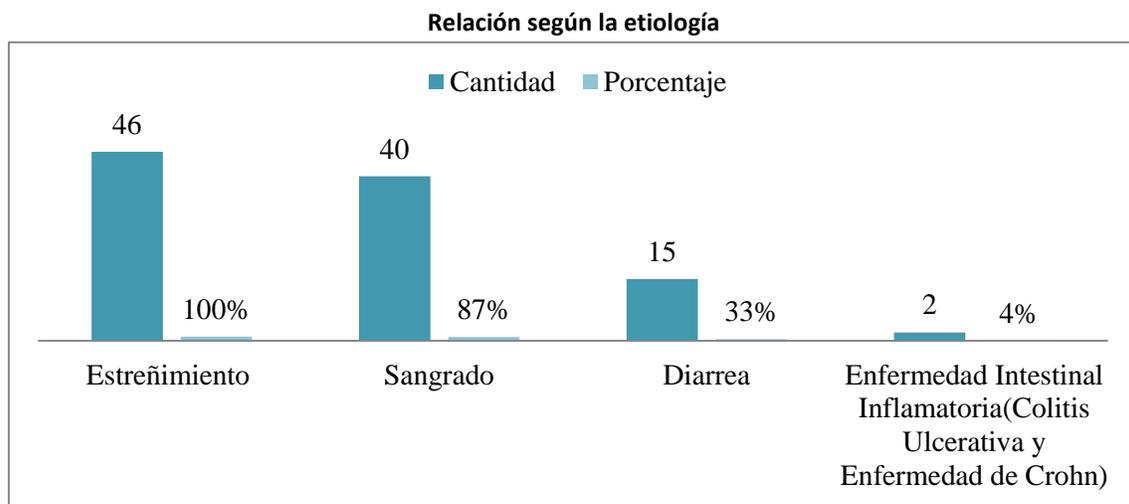
Fuente: Tabla 4

En el cuadro según la sintomatología más frecuente de los pacientes del Centro Médico UCE, se aprecia que el porcentaje más alto correspondió a un 100% de pacientes con dolor. Este estudio se corresponde en gran medida con el realizado por los autores, Ramos Medina y Álvaro José, en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, en enero 1995- diciembre 2000 ^[4] en Nicaragua. Estos presentaron un estudio de casos de la enfermedad anorrectal benigna donde el síntoma cardinal en el 76% de los casos fue el dolor.

En la Tabla 5 de la etiología, el porcentaje más alto correspondió a un 100%, representados por 46 pacientes con estreñimiento, y un 4%, representado por 2 pacientes con enfermedad intestinal inflamatoria.

Etiología	Cantidad	Porcentaje
Estreñimiento	46	100%
Sangrado	40	87%
Diarrea	15	33%
Enfermedad Intestinal Inflamatoria(Colitis Ulcerativa y Enfermedad de Crohn)	2	4%

Tabla 5. Relación según la etiología de los pacientes
Fuente: Entrevista de los usuarios e instrumento de recolección de datos



Fuente: Tabla 5

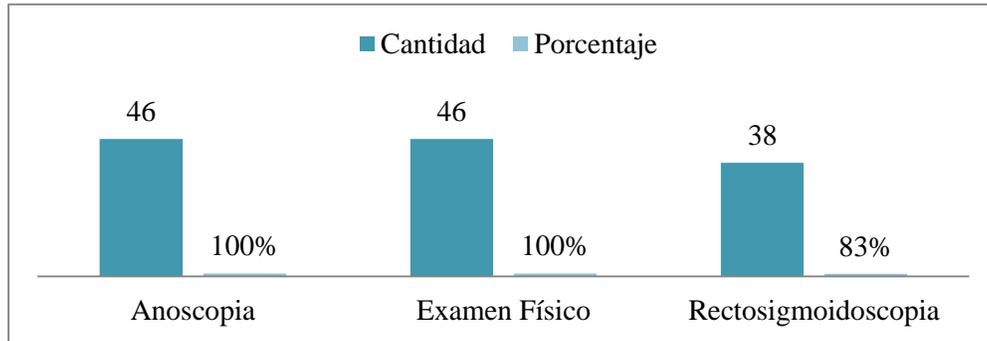
En el cuadro según la etiología más frecuente de los pacientes del Centro Médico UCE, el porcentaje más alto correspondió a un 100% representado por 46 pacientes con estreñimiento. Una comparación con el estudio realizado por los autores Vásquez y colaboradores, en el Hospital Francisco Moscoso Puello, Santo Domingo, República Dominicana, en el año 2006^[6] muestra que la etiología no coincidió en los resultados ya que la protrusión de la mucosa se presentó en el 47.8% en los pacientes con hemorroides^[5]

En la Tabla 6 del Diagnóstico, el porcentaje más alto correspondió a un 100%, representado por 46 pacientes con Anoscopia y Examen Físico, y un 83%, representado por 38 pacientes con Rectosigmoidoscopia.

Diagnostico	Cantidad	Porcentaje
Anoscopia	46	100%
Examen Físico	46	100%
Rectosigmoidoscopia	38	83%

Tabla 6. Relación según el Diagnostico de los pacientes
Fuente: entrevista de los usuarios e instrumento de recolección de datos

Relación según el diagnóstico de los pacientes



Fuente: Tabla 6

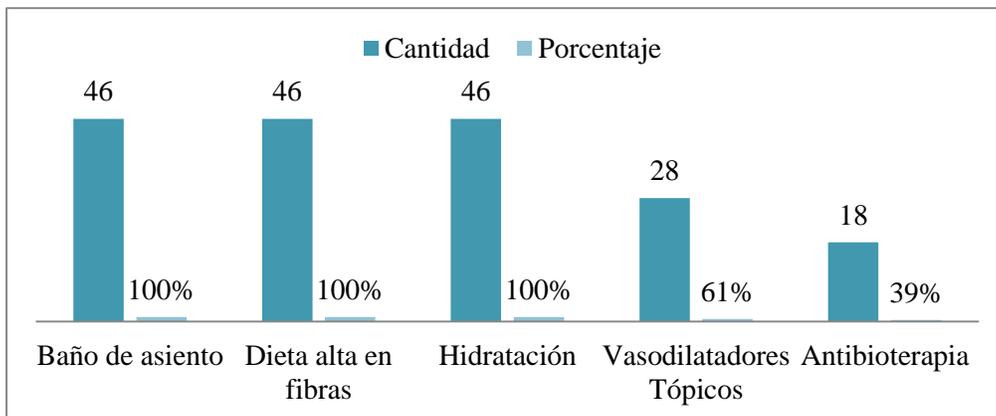
En el cuadro según el diagnóstico más frecuente de los pacientes del Centro Médico UCE, el porcentaje más alto correspondió a un 100%, representado por 46 pacientes con Anoscopia y examen físico. Si lo comparamos con el estudio realizado por los autores, Ramos Medina y Álvaro José, en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, en enero 1995- diciembre 2000. ^[4] en Nicaragua se aprecia que el uso de Rectosigmoidoscopia fue de un 2.6% con reporte normal, inferior al 83% de Rectosigmoidoscopia en nuestro centro también normal.^[8]

En la Tabla 7 del tratamiento clínico, el porcentaje más alto corresponde a un 100%, representado por 46 pacientes con baño de asientos, dieta alta en fibras e hidratación, y un 39% representado por 18 pacientes con antibioterapia.

Tratamiento Clínico	Cantidad	Porcentaje
Baño de asiento	46	100%
Dieta alta en fibras	46	100%
Hidratación	46	100%
Vasodilatadores Tópicos	28	61%
Antibioterapia	18	39%

Tabla 7. Relación según el tratamiento clínico de los pacientes
Fuente: Entrevista de los usuarios e instrumento de recolección de datos

Relación según el tratamiento clínico



Fuente: Tabla 7

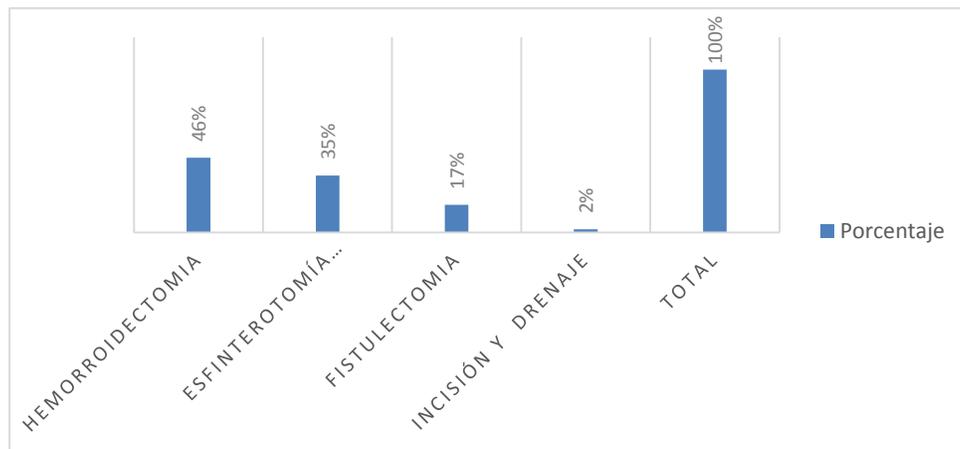
En el cuadro según el tratamiento clínico más frecuente de los pacientes del Centro Médico UCE, el porcentaje más alto correspondió a un 100%, representado por 46 pacientes con baño de asiento, dieta alta en fibra e hidratación. Una comparación con el estudio realizado por los autores Vásquez y colaboradores, en el Hospital Francisco Moscoso Puello, Santo Domingo, República Dominicana, en el año 2006. [6] muestra que el 72.3% de los pacientes fue llevado a cirugía en pacientes con hemorroides.

En la Tabla 8 del tratamiento quirúrgico, el porcentaje más alto correspondió a unos 46%, representado por 21 pacientes con Hemorroidectomía, y un 2% representado por 1 paciente con Incisión y Drenaje.

Tratamiento Quirúrgico	Cantidad	Porcentaje
Hemorroidectomía	21	46%
Esfinterotomía lateral interna	16	35%
Fistulectomía	8	17%
Incisión y Drenaje	1	2%
Total	46	100%

Tabla 8. Relación según el Tratamiento Quirúrgico de los pacientes
Fuente: Entrevista de los usuarios e instrumento de recolección de datos

Relación según el tratamiento quirúrgico



Fuente: Tabla 8

En el cuadro según el tratamiento quirúrgico más frecuente de los pacientes del Centro Médico UCE, el porcentaje más alto correspondió a un 46%, representado por 21 pacientes con Hemorroidectomía. Una comparación con el estudio realizado por los autores, Ramos Medina y Álvaro José, en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, en enero 1995- diciembre 2000. [4] en Nicaragua muestra que el tratamiento quirúrgico más frecuente fue Drenaje Quirúrgico, de los Abscesos perineales.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos a través de la encuesta a los pacientes del Centro Médico UCE, demuestran que la patología hemorroidal puede ser considerada la enfermedad más frecuente de la región anal, con una elevada prevalencia alrededor de un 50% de consultas en una unidad de Coloproctología, con un rango de edad promedio entre los 20 y 40 años, siendo más frecuente en mujeres y la causa más frecuente es la hematoquecia.

La toxina botulínica inyectada en el esfínter anal es eficaz en el tratamiento de la fisura anal hasta un 80% de los pacientes hasta los 6 meses, sin embargo, resulta importante el porcentaje de recidivas. En la fisura anal crónica el tratamiento más eficaz es la cirugía, fundamentalmente la esfinterotomía lateral interna, con bajo riesgo de recidiva. La posibilidad a largo plazo de presentar incontinencia anal hace que esta técnica deba ser prescrita en paciente con hipertonia del canal anal que no han respondido a tratamiento médico. La cirugía debe realizarse en

todo paciente con absceso anorrectal y fistulas perianal. En pacientes con riesgo quirúrgico puede tratarse la enfermedad fistulizante sellando el trayecto con cola de fibrina.

La información sobre los síntomas clínicos es importante para la precisión diagnóstica en patología anorrectal benigna. Parece lógico pensar que la técnica quirúrgica de elección es aquella que ofrece una recidiva menor sin afectación de la continencia esfinteriana del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Héctor Enríquez Blanco. Enfermedades del Colon, Recto y Ano: Coloproctología, Enfoque clínico y quirúrgico, Edición 2013, Venezuela. Página. 69.
2. Burkitt DP. Hemorrhoids, varicose veins and deep vein thrombosis: epidemiologic features and suggested causative factors. *Can J Surg* 1975; 18:483.
3. Luis Charua Guindic. Enfermedad Hemorroidal. *Med Int Mex* 2007; 23(4):302-09.
4. Ramos Medina, Álvaro José, Enfermedades anorrectales benigna, estudio de los casos ingresados en el servicio de Cirugía del Hospital Escuela Oscar Rosales, Enero 1995- Diciembre 2000, BNS- Biblioteca virtual em saúde, Brasil, NI1.1; BNS587, R175.
5. Brunicardi, Andersen, Billiar y Dunn. Schwartz Principios de Cirugía, novena edición, 2010. 29, 1057-1059.
6. Vásquez y Colaboradores, Frecuencia de hemorroides en el hospital Dr. Francisco Moscoso Puello, Revista médica Dominicana, Septiembre- Diciembre 2006, Vol: 71 No 2.
7. Ginel Mesa, Leidy Santana y Aníbal Díaz. Análisis Retrospectivo de las Hemorroidectomías realizadas en el Hospital General de la Plaza de la Salud, Revista BioINTEC, República Dominicana, Julio 2010, Jornada 58.
8. Rivadeneira, Teles, Ternent. Practice parameters for the management of Hemorrhoids. (Revised 2010). From Task Force of The American Society of Colon and Rectal Surgeons. *Dis Colon Rectum* 2011, 54: 1059-64.
9. Cintron, Abcarian Benign Anorrectal: Hemorrhoids. In Wolf Fleshman. *Textbook of Colon and Rectal Surgery* 1st Edition, New York. Springer Science And Business Media. 2007: 156-177.
10. Jaramillo, Beltrán, Bozzo, Larrachea, González. Estudio comparativo entre hemorroidectomía cerrada de Ferguson y hemorroidectomía con LigaSure, Revista. Colombiana de Cirugía. 2011. Volumen 26. Páginas 171-179.
11. García Gutiérrez, Alejandro. Hemorroides. Clasificación, Diagnóstico y Tratamiento, Revista Cubana cirugía online, Enero-Marzo 2008, Volumen. 47.
12. Héctor Enríquez Blanco. Enfermedades del Colon, Recto y Ano: Coloproctología, Enfoque clínico y quirúrgico., Edición 2013, Venezuela, Página 81.