

Estenosis anales benignas 30

JOHN G. BULS

Las estenosis del ano por causas no malignas son situaciones relativamente poco comunes pero extenuantes. Los pacientes con este problema sufren dolor anal, obstipación y sangrado rectal frecuente. La mayoría de estos pacientes experimenta ulceración y fisuras crónicas y, virtualmente, todos dependen de diversos regímenes de laxantes, ablandadores de las heces, enemas y supositorios para iniciar y promover la defecación. Cuando la estrechez es causada por traumatismo físico, especialmente por cirugía anal previa, se quejan también de incontinencia secundaria a la presencia de una densa banda inflexible de tejido cicatrizal que se forma en el conducto anal.

Aunque la cirugía anal previa es la causa más común de constricción anal, de ninguna manera es la única. Ocasionalmente se observan constricciones anales idiopáticas, en particular en personas de edad avanzada. En esa situación no se halla ningún problema patológico subyacente notable. Usualmente la causa es el abuso prolongado de laxantes, en especial de aceite mineral. Estos pacientes experimentan constricción por desuso del ano. El abuso de aceite mineral y de otros catárticos que producen heces líquidas impide la dilatación del conducto anal con heces formadas. Esto lleva a la producción de un conducto anal contraído, acortado e inflexible.^{5,6}

En otras situaciones, las malformaciones congénitas pueden generar constricción y estenosis anal. Procesos inflamatorios específicos como la enfermedad de Crohn también pueden producir este problema. También pueden ocasionar este problema infecciones específicas, en especial linfogranuloma venéreo, tuberculosis y actinomicosis —todas ellas poco comunes en la población general.¹ Además, pueden causar constricción procesos inflamatorios cróni-

cos inespecíficos como la sepsis perianal crónica con fístula y proctitis crónica. Los traumatismos, particularmente los físicos resultantes de injurias u operaciones y los generados por daño químico, térmico o radioterápico, también pueden causar constricción. Debemos considerar asimismo al anoerotismo como posible causa de traumatismo anal con formación de cicatriz y constricción concomitante.⁶

El diagnóstico de la estenosis anal es simple, ya que el paciente describe vívidamente la sensación de obstrucción del conducto anal durante la defecación. El grado de constricción resulta evidente al efectuar el examen digital. Muy a menudo no resulta posible insertar un dedo índice bien lubricado en tal conducto anal. En ese caso será necesario usar el meñique bien lubricado para completar el examen digital o bien diferir el procedimiento hasta que se haga un examen bajo anestesia. También es difícil la visualización endoscópica del conducto anal y en caso de constricción significativa es poco probable que el cirujano pueda pasar siquiera el proctoscopio de tamaño mediano (15 mm). Para estos casos constituye una alternativa el uso de un endoscopio de 11 mm. La mayor parte de estos pacientes no habrá recibido un examen anorrectal en muchos años por su temor al dolor y las molestias del procedimiento y por las dificultades que anteriormente hallaron otros examinadores.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Es posible que la enfermedad de Crohn —que puede involucrar el recto y el conducto anal— produzca estenosis del ano. En algunos casos está asociada con abscesos y fístulas perianales,

las que, por sí mismas, pueden agravar el problema. Las constricciones están situadas usualmente en el recto propiamente dicho, por encima de la línea pectínea, pero también pueden afectar el conducto anal inferior. Este problema se diagnostica por inspección del conducto anal, que revelará las características perianales de la enfermedad de Crohn. El examen digital revela una estenosis inflamatoria tubular diferente de la producida por estenosis congénita o traumatismo, que usualmente es corta y anular. Las constricciones inflamatorias están menos delimitadas y se van atenuando hacia el recto.⁶

Lo mejor para el manejo de estas constricciones es un abordaje conservador. El procedimiento de elección es la dilatación suave a intervalos, con el paciente bajo anestesia general. Debe evitarse el estiramiento forzado de los esfínteres y los abordajes operatorios con esfinterotomía, fistulotomía y todo otro tratamiento agresivo, por la probabilidad de provocar incontinencia anal, que agravaría marcadamente el problema y podría precipitar la necesidad de remoción del recto cuando nada lo justificaba previamente.

ESTENOSIS INFLAMATORIAS POR DIFERENTES CAUSAS

Son relativamente poco comunes otras estenosis inflamatorias específicas. La mayoría de ellas son identificadas por biopsia, cultivo bacteriológico u otros exámenes de laboratorio. Las infecciones anorrectales específicas como tuberculosis, actinomicosis y linfogranuloma se tornaron muy raras en los Estados Unidos. Debe recordarse que la infección gonorréica del recto todavía es bastante frecuente. La estenosis como consecuencia de estas infecciones es rara porque la mayor parte de ellas puede ser controlada actualmente con un efectivo tratamiento médico.

Se observó marcada tendencia al desarrollo de estenosis anal en pacientes que fueron sometidos a operación de bypass yeyunoileal por obesidad mórbida. Estos pacientes tienen diarrea persistente y a menudo manifiestan también síntomas de fisura anal crónica. En estos casos resultó beneficioso el tratamiento con procedimientos de esfinterotomía interna múltiple, sin sacrificio del revestimiento del conducto anal, más medidas para controlar la diarrea.⁶

ESTENOSIS TRAUMÁTICA

La mayoría de los pacientes con estrechamiento anal significativo son aquellos en quienes la constricción es resultante de alguna for-

ma de trauma físico, particularmente una cirugía anorrectal previa. El procedimiento que más probablemente produce este problema es la hemorroidectomía.⁷ Se estimó que del 5% al 10% de los pacientes sometidos a hemorroidectomía experimentarán alguna forma de estenosis anal. Pocos de ellos tendrán constricción tan severa que posteriormente requiera una reparación plástica.² Parece que las operaciones que usan una incisión circunanal, como los procedimientos de Whitehead y Buie, son más propensos a la formación de estrecheces. Es raro que esta afección se produzca después de un procedimiento en el cual se utilicen incisiones radiales. Es de esperar que con mejor entrenamiento y mayor atención a la técnica quirúrgica disminuya la incidencia de constricciones y estenosis. Toda hemorroidectomía en la cual sea reseada una cantidad excesiva de piel anorrectal y perianal dará por resultado formación de cicatriz, contractura y, finalmente, constricción.⁷

Las constricciones traumáticas pueden ser también resultado de quemaduras térmicas o químicas o de lesiones por radiación. La escleroterapia para hemorroides es una rara causa de constricción y resulta de la inyección extrarrectal de esclerosante de fenol en aceite vegetal. El electrocauterio llega a producir constricción cuando se usa repetidamente para la remoción de pólipos, como en el tratamiento de la poliposis adenomatosa o síndrome de Gardner.

Tratamiento de la estenosis traumática

Bien pronto después de una hemorroidectomía u otra operación anal, el edema de la inflamación posoperatoria da por resultado una estenosis funcional del conducto anal.^{2,7} Si tal estado se deja sin tratamiento, particularmente en un paciente con hábito de evacuación irregular y errático, el resultado puede ser una verdadera constricción fibrosa. Esa situación puede ser evitada en todos los casos por el uso posoperatorio de ablandadores y formadores de volumen fecal. No resulta necesario encarar ninguna forma de dilatación deliberada del conducto anal con dedos o instrumentos. Tras una operación anorrectal es innecesaria la dilatación de rutina del conducto anal a intervalos determinados pues por lo general agrava el trauma rectal y, finalmente, puede provocar constricción en lugar de prevenirla. La forma más fisiológica de dilatar el conducto anal, particularmente en situaciones en las cuales hay dolor posoperatorio, consiste en asegurar que el paciente defeque regularmente heces voluminosas, blandas y formadas. La diarrea persistente con heces acuosas frecuentes da por resultado falta de di-

latación del conducto anal y aumenta el potencial para la formación de constricción permanente.

Es mejor tratar con dilatación anal a los pacientes que sufren constricción significativa en el período posoperatorio inmediato tras una hemorroidectomía y que no responden al aumento de volumen de las heces. Este procedimiento debe hacerse bajo anestesia, de manera que pueda inspeccionarse adecuadamente el conducto anal para descartar cualquier problema subyacente. En muchos de esos pacientes se hallará una herida anal no curada que produce igual situación patológica que una fisura anal, lo que origina la formación de una constricción subcutánea y estenosis del esfínter anal interno. En tales circunstancias está indicada una esfinterotomía interna parcial para el tratamiento permanente del problema; por lo común, esto da por resultado la curación de la herida y la corrección de la estenosis y la fisura anal. En esos casos, usualmente son innecesarias las dilataciones repetidas, que deben ser condenadas.

REPARACIÓN OPERATORIA

Todas las operaciones para aliviar la constricción o la estenosis anorrectal benigna se efectúan bajo anestesia. Por pedido del paciente o según la preferencia del anestesiólogo, la anestesia puede ser por inhalación o por blo-

queo anestésico. No se recomienda la anestesia local directa, porque no proveerá alivio del dolor ni relajación satisfactorias en esta área para permitirnos intervenir. En todos los casos se usan anestésicos locales con soluciones diluidas de epinefrina para suplementar el alivio del dolor posoperatorio y para proveer mejor hemostasia en el momento de la cirugía. Los pacientes son admitidos en el hospital el mismo día de la operación. En estos pacientes es difícil la preparación del intestino a causa de la estenosis; de allí que no se usa preparación formal del intestino. Los antibióticos orales o parenterales no se usan rutinariamente.

La posición operatoria de preferencia es la de pronación-navaja, con un firme rollo bajo las caderas, una almohada bajo los pies y las nalgas separadas mediante cinta. Esta permite la perfecta visualización del periné y del conducto anal.

División de la estenosis anal con esfinterotomía interna (fig. 30-1)

Los pacientes con estenosis anorrectal leve causada por una banda anular relativamente estrecha, que está fácilmente al alcance del dedo examinador o del anoscopio, deben recibir división de la constricción por medio de esfinte-

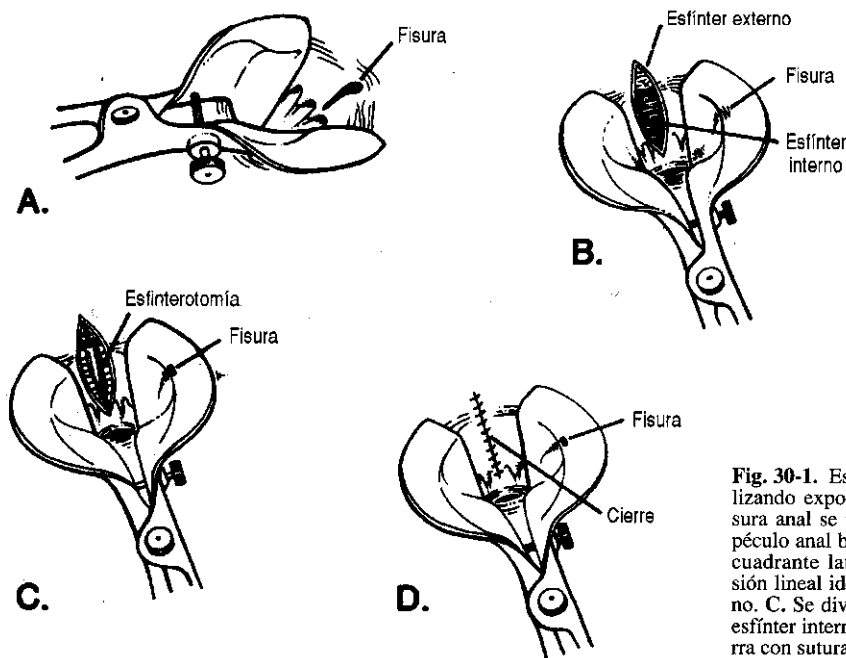


Fig. 30-1. Esfinterotomía interna utilizando exposición directa. A. La fisura anal se identifica usando un espéculo anal bivalvo. B. Se expone un cuadrante lateral del ano; una incisión lineal identifica el esfínter interno. C. Se divide la mitad inferior del esfínter interno. D. La incisión se cierra con sutura reabsorbible.

rotomía interna. Este es usualmente el caso después de la formación de una constricción por falta de curación de una herida de hemorroidectomía o por fisura anal crónica.⁷

Con el paciente en posición de pronación- navaja y bajo anestesia se limpia y se aplican los campos al periné. Se inspecciona el área para confirmar la presencia de estenosis. El conducto anal se expone usando un espéculo anal bivalvo. Se confirma la presencia de una fisura, usualmente en la línea media y más probablemente en la parte posterior, junto con la estenosis anal. A continuación se expone un cuadrante lateral del conducto anal y se hace una incisión lineal para dividir la piel y el anodermo junto con una constricción subcutánea. Así se expone la parte inferior del músculo esfínter interno, que invariablemente está estenosado. La división de este músculo depende del caso. En la mayoría se secciona todo el espesor del esfínter interno, por debajo de la línea dentada. Esta incisión y esfinterotomía alivian exitosamente la estenosis. La pequeña herida se cierra con suturas reabsorbibles después de asegurar la hemostasia con electrocauterio. Por lo general, este procedimiento se hace con paciente ambulatorio, pudiendo despedirse al paciente una vez que se haya recuperado completamente de la anestesia. Es necesario que el paciente

continúe con un régimen para su intestino que asegure heces blandas, formadas y voluminosas, que sean eliminadas regularmente, iniciado inmediatamente después de la operación. Las heridas curan rápidamente y la recidiva es rara.

Puede hacerse división subcutánea del esfínter interno.⁶ Ello da por resultado una herida perianal mucho más pequeña y tiene la ventaja teórica de producir curación más rápida. Esta técnica no puede usarse en pacientes con significativa formación de cicatrices, ya que la delineación del esfínter interno no es posible hasta que la constricción subcutánea haya sido dividida (fig. 30-2).

Anoplastia Y-V (fig. 30-3)

En algunos pacientes con estenosis, particularmente cuando ésta es causada por una fisura anal o por problemas poshemorroidectomía, resulta necesario usar un colgajo por avance de piel anorrectal para volver a revestir el conducto anal a efectos de su corrección. Esta técnica no debe ser usada en pacientes ancianos, en especial los que tienen piel perianal fina, porque no se podría asegurar la irrigación sanguínea del colgajo. Esta técnica es particularmente útil en un hombre más musculoso, de piel gruesa.

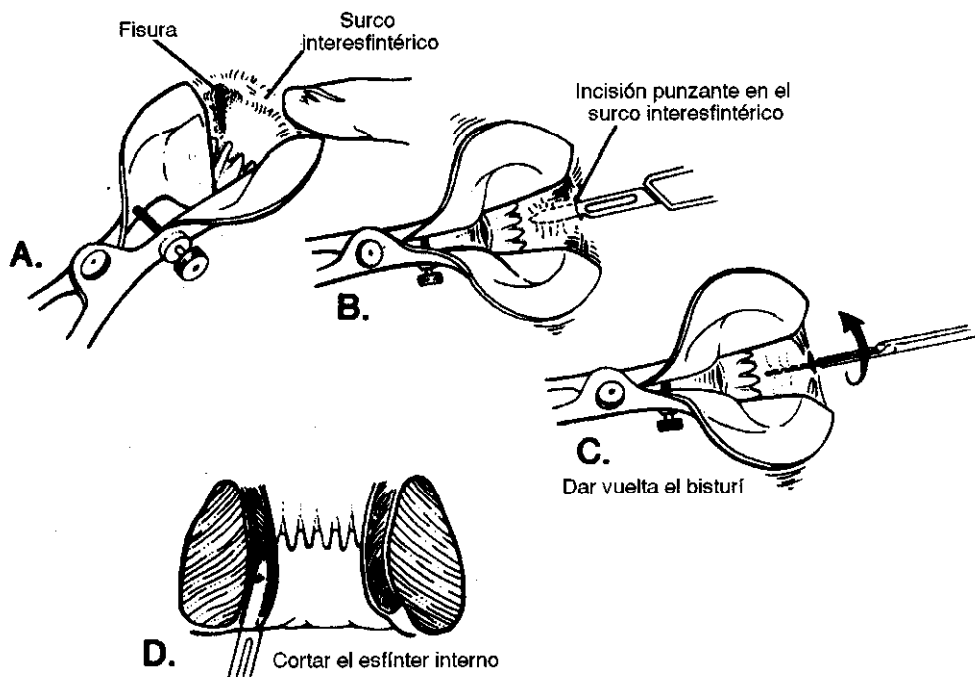


Fig. 30-2. Esfinterotomía interna método cerrado. A. La fisura anal se identifica usando un espéculo anal bivalvo y se palpa el surco interesfintérico. B. Se hace una incisión punzante en un cuadrante lateral, a través del surco interesfintérico. C. Se da vuelta el bisturí. D. La mitad inferior del esfínter interno se secciona completamente.

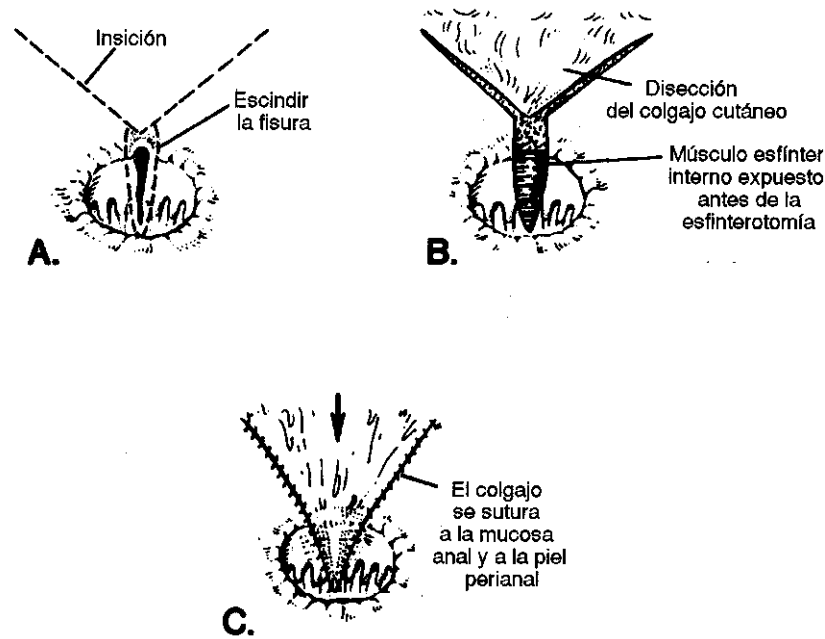


Fig. 30-3. Anoplastia Y-V. A. Se resecan la fisura anal y el área estenosada. Se delinea un colgajo en V de piel perianal posterior, asegurando una base ancha. C. El colgajo movilizado se avanza hasta la línea pectínea y se sutura con material reabsorbible.

El procedimiento se ejecuta en la posición de pronación-navaja. Las nalgas se separan con cinta adhesiva que quede bien alejada, para asegurar el libre acceso a toda la piel perianal. Para suplementar la anestesia general se usa anestesia local con bloqueo completo del conducto anal y del área perianal. Se delinea el colgajo en forma de V. La fisura anal, generalmente ubicada en la línea media posterior, se reseca junto con la gruesa banda de cicatriz fibrosa. El esfínter interno se incide para hacer esfinterotomía en esa zona. El vértice de la V comienza a nivel de la línea de escisión externa para la fisura, incidiendo lateralmente en forma de V. Es importante que la base del colgajo sea amplia. A veces puede ser dificultosa la escisión de la fisura y del tejido cicatrizal, ya que la estenosis puede ser tan severa que impide el uso de un espéculo anal estándar. En tales circunstancias se lo puede sustituir por un espéculo nasal.

La incisión para el colgajo es profunda, a fin de asegurar que con él se levante el panículo adiposo subcutáneo. La vitalidad se preserva porque la aponeurosis situada sobre el músculo esfínter externo subcutáneo determina la profundidad necesaria. Este colgajo se levanta con una amplitud suficiente como para permitir que la piel y la grasa subcutánea sean avanzadas sin tensión hasta la línea dentada o más hacia arri-

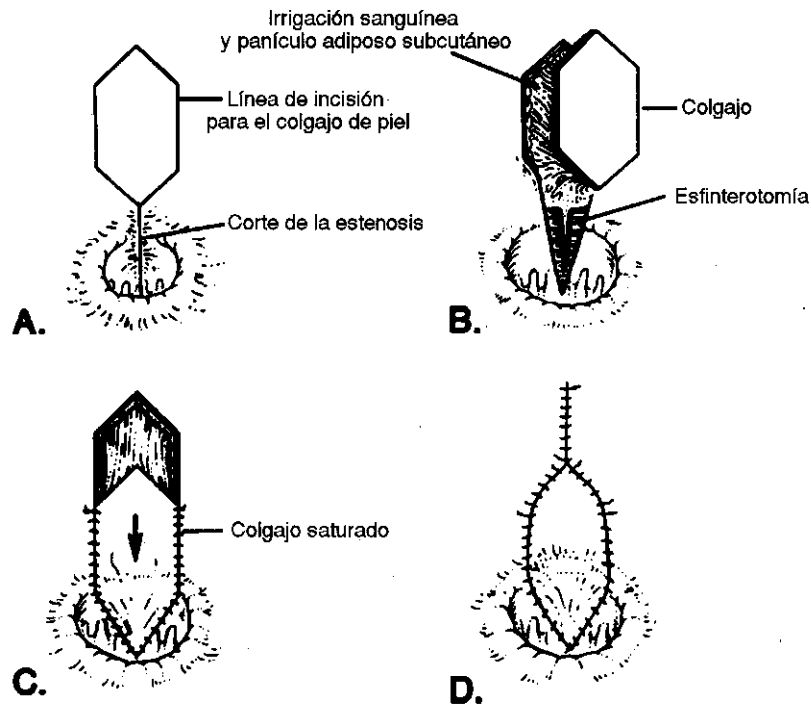
ba. En el tejido subcutáneo la hemostasia es crítica. Después de verificar la vitalidad se ancla el vértice del colgajo a la herida del conducto anal o un poco por encima de la línea dentada. Se usa sutura reabsorbible de ácido poliglicólico, usualmente 3-0. Los componentes laterales del colgajo se suturan al anodermo y a la piel perianal con suturas reabsorbibles de similar material. Si hubiese sangrado problemático se puede sacar un pequeño drenaje Penrose a través de una de las líneas de sutura laterales.⁸

En el posoperatorio se comienza con una dieta normal y el paciente se ubica en forma tal de evitar presión indebida o prolongada sobre la reparación. Sólo después de 24 horas se empiezan a tomar baños de asiento. Se administran ablandadores y formadores de volumen fecal; el paciente puede retornar a su hogar después de haber defecado una vez.

Colgajo hexagonal ("en diamante") (fig. 3-4)

Un método alternativo para suministrar piel perianal suave para un colgajo lo constituye el colgajo en diamante. La preparación, posición y anestesia para este procedimiento son idénticas a las usadas para el colgajo Y-V. En este procedimiento se incide sobre la estenosis y se

Fig. 30-4. Colgajo hexagonal o "en diamante". A. Se secciona la constricción en el cuadrante lateral del conducto anal. Se delinea un colgajo hexagonal en la piel perianal adyacente. B. Se ejecuta una esfinterotomía interna parcial. El colgajo se moviliza mediante incisión profunda que llega hasta el tejido subcutáneo, pero se preserva la irrigación sanguínea del colgajo en isla levantado. C. El colgajo movilizado se avanza hasta el conducto anal y se sutura a la línea pectínea con material reabsorbible. D. Se cierra el resto de las heridas de la piel.



ejecuta una esfinterotomía. El tejido cicatrizal excesivo se reseca. El colgajo será una isla de piel perianal junto con su grasa subcutánea íntegra, que contiene la irrigación sanguínea y la innervación. Este tipo de técnica puede usarse en cualquier punto de la circunferencia del conducto anal, aunque es mejor hacerlo en los cuadrantes laterales. También se puede usar esta técnica en pacientes con piel delgada, particularmente en ancianos. Con una incisión suficientemente profunda que llegue hasta la grasa subcutánea puede avanzarse la piel perianal por una distancia de varios centímetros en el conducto anal. El colgajo se sutura como en la anoplastia Y-V usando suturas reabsorbibles. Esta técnica de colgajo en isla hexagonal provee una alternativa muy satisfactoria respecto de la anoplastia Y-V y ha demostrado que es un método seguro y efectivo para tratar las constricciones.

Colgajos en forma de S (fig. 50-5)

Los colgajos en S se usan en situaciones en las que el anodermo ha sido reseado o requiere resección para el tratamiento de ciertas situaciones específicas como la enfermedad de Paget o la de Bowen. Esta es una operación mucho más amplia y requiere preparación mecánica completa y con antibioticoterapia junto con

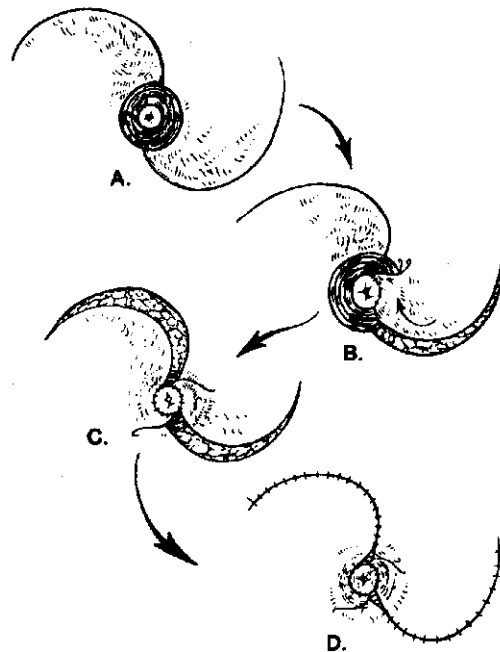


Fig. 30-5. Técnica para el colgajo en forma de S. A. El anodermo —o el ectropión de mucosa— ha sido reseado hasta la línea pectínea junto con la estenosis, exponiendo el esfínter interno. B. Los colgajos son movilizados mediante despegamiento profundo. El colgajo movilizado se sutura a nivel de la línea pectínea para cubrir con piel por completo el conducto anal inferior. C. Del otro lado se procede en igual forma si así se requiere. Las grandes heridas se cierran completamente.

un período de reposo del intestino inmediatamente después de la intervención. Es un método para reemplazar el anodermo por piel perianal y de las nalgas y para constituir una nueva línea pectínea en la parte alta del conducto anal. En ciertas circunstancias puede realizarse bilateralmente, en especial cuando hubo severo ectropión después de una hemorroidectomía, con resultado de incontinencia, descarga de mucus y constricción. La técnica del colgajo en S debe usarse con precaución en individuos mayores, a causa de la mala irrigación sanguínea de la piel. La amplia movilización necesaria para esta técnica puede dar por resultado el esfacelo de uno o más colgajos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Annamunthodo, H.: Rectal lymphogranuloma venereum in Jamaica. *Dis. Colon Rectum*, 4:17, 1961.
2. Buls, J.G., and Goldberg, S.M.: Modern management of hemorrhoids. *Surg. Clin. North Am.*, 58:469, 1978.
3. Corman, M.L., Veidenheimer, M.C., and Collier, J.A.: Anoplasty for anal stricture. *Surg. Clin. North Am.*, 56:727, 1976.
4. Ferguson, J.A.: Repair of "Whitehead deformity" of the anus. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 108:115, 1959.
5. Goldberg, S.M., Gordon, P.H., and Nivatvongs, S.: *Essentials of Anorectal Surgery*. Philadelphia, J.B. Lippincott, 1980, pp. 333-341.
6. Mazier, W.P., Demoraes, R.T., and Dignan, R.D.: Anal fissure and anal ulcers. *Surg. Clin. North Am.*, 58:479, 1978.
7. Milsom, J.W., and Mazier, W.P.: Classification and management of post-surgical anal stenosis. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 163:64, 1986.
8. Ramanujam, P.S., Venkatesh, K.S., and Cohen, M.: Y-V anoplasty for severe anal stenosis. *Contemp. Surg.*, 33:62, 1988.