



**Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Medicina
Departamento De Posgrado del Área de la Salud**

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital de Especialidades de Puebla
Centro Médico Nacional
General de División “Manuel Ávila Camacho”**

**“Concordancia entre el diagnóstico de envío y definitivo en la
consulta externa de cirugía de colon y recto de CMN Puebla
entre el periodo 2016-2018”**

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en Cirugía General

**Presenta:
Johny Jeffrey Ortiz Agustín**

**Directores:
Álvaro José Montiel-Jarquín
Ana Lilia Pacheco-Carrillo
Carlos Alberto López-Bernal**



H. Puebla de Z. noviembre 2019



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 2105.
HOSP TRAUMA Y ORTOPEDIA PUEBLA

Registro COFEPRIS 17 CI 21 114 025

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 21 CEI 008 2017121

FECHA **Jueves, 17 de octubre de 2019**

M.C. Alvaro José Montiel Jerquín

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarla, que el protocolo de investigación con título **Concordancia entre el diagnóstico de envío y definitivo en la consulta externa de cirugía de colon y recto de CMN Puebla entre el periodo 2016-2018** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A.P.R.O.B.A.D.O.**

Número de Registro Institucional

R-2019-2105-063

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. Carlos Francisco Morales Flores
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2105

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación 21058.
HOSP TRAUMA Y ORTOPEDIA PUEBLA

Registro COFEPRIS 17 CI 21 114 025

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 21 CEI 008 2017121

FECHA Lunes, 14 de octubre de 2019

M.C. Alvaro José Montiel Jarquín

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Concordancia entre el diagnóstico de envío y definitivo en la consulta externa de cirugía de colon y recto de CMN Puebla entre el periodo 2018-2018** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**.

Número de Registro Institucional

Sin número de registro

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. JOSE PEDRO MARTINEZ ASENCION
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 21058

[Imprimir](#)



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE
ALTA ESPECIALIDAD



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUEBLA

PUEBLA, PUE., A 05 de noviembre de 2019

AUTORIZACION DE IMPRESIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD

LOS ASESORES: *Alvaro José Montiel Jarquín, Ana Lilia Pacheco Carrillo
Carlos Alberto López Bernal*

DE LA TESIS TITULADA: *Concordancia entre el diagnóstico de envío y definitivo
en la consulta externa de cirugía de colon y
recto de CMN Puebla entre el periodo 2016-2018*

REALIZADA POR EL MÉDICO RESIDENTE: *ORTIZ AGUSTIN JOHNNY JETREY*

DE LA ESPECIALIDAD: *CIRUGIA GENERAL*

HACEMOS CONSTAR QUE ESTE TRABAJO CIENTIFICO HA SIDO REVISADO Y AUTORIZADO EN EL SIRELCIS
CON NUMERO DE REGISTRO NACIONAL: *R-2019-2105-053*

AUTORIZAMOS SU IMPRESIÓN

[Signature]
Dra. Ana Lilia Pacheco Carrillo
(NOMBRE, FIRMA Y FECHA) *05/11/2019.*

[Signature]
Carlos Alberto López Bernal
(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

[Signature]
Dr. Alvaro José Montiel Jarquín
(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)



CARTA COMPROMISO

Puebla, Puebla, a 05 de Noviembre de 2019.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

PRESENTE

El (la) suscrito (a) Johny Jeffrey Ortiz Agustín, en mi calidad de estudiante y habiendo sido beneficiario de la residencia médica de cirugía general de fecha 01-03-2016 al 29-02-2020 y estando cursando la (el) (maestría/doctorado/residencia) en cirugía general, manifiesto bajo protesta de decir verdad que soy autor del trabajo de Tesis titulado: **“Concordancia entre el diagnóstico de envío y definitivo en la consulta externa de cirugía de colon y recto de CMN Puebla entre el periodo 2016-2018”**, el cual ha sido asesorado por el (los) doctor (es) Dr. Álvaro José Montiel Jarquín, Dr. Ana Lilia Pacheco Carrillo, Dr. Carlos Alberto López Bernal en las instalaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social. Por tanto, para fines de divulgación y publicación sobre la metodología, resultados y/o otra información desarrollada durante el proyecto, reconozco que deberé contar con la autorización escrita de todos los autores.

Asimismo, manifiesto que en caso de que el presente trabajo implique derechos de propiedad industrial e intelectual como resultado de su desarrollo, tomando en consideración que será producto de una investigación practicada en las instalaciones del Instituto y con pacientes, equipos, materiales y diversos instrumentos de su propiedad, se reconoce como legítimo propietario de dicha novedad al Instituto Mexicano del Seguro Social; en donde el suscrito participa en colaboración con mi (los) asesor (es), por lo que mi colaboración y derechos estará sujeta al porcentaje de autoría que corresponda a mi participación en relación con los demás autores en colaboración.

Atentamente

Ortiz Agustín Johny Jeffrey

Nombre y firma

Agradecimientos

Gracias a Dios por dejarme tener y disfrutar a mi familia, gracias a mi hermosa familia por apoyarme en cada decisión y proyecto tomado. Gracias por creer en mí y por seguir creyendo. No ha sido fácil el camino hasta este momento, pero gracias a su amor, a su inmensa bondad y a su apoyo, se ha hecho menos complicado llegar a la meta. Les agradezco y hago presente el completo amor que tengo hacia ustedes, mi maravillosa familia.

A mis amigos y hermanos residentes, porque me aportaron grandes conocimientos, me concedieron alegría en cada guardia, porque supe que no estaba solo cuando más lo necesitaba, pues estaban ustedes a mi lado, brindándome su amistad.

Porque hay que esforzarse siempre para ser los mejores en lo que hacemos, y si no, ni intentar realizar las cosas...

¡¡¡Gracias!!!

ÍNDICE

Resumen	8
1. Introducción	
1.1 Antecedentes generales	9
1.2 Antecedentes específicos	46
2. Planteamiento del problema	53
3. Justificación	54
4. Material y métodos	55
5. Resultados	58
6. Discusión	62
7. Conclusiones	64
8. Propuestas	64
9. Bibliografía	68
10. Anexos	69

Resumen

Título: Concordancia entre el diagnóstico de envío y definitivo en la consulta externa de cirugía de colon y recto de CMN Puebla entre el periodo 2016-2018.

Autores: Johny Jeffrey Ortiz Agustín, Álvaro José Montiel Jarquín, Ana Lilia Pacheco Carrillo, Carlos Alberto López Bernal.

Afiliación: Todos de la UMAE, Hospital de Especialidades de Puebla, CMN Gral. de Div. Manuel Ávila Camacho, IMSS.

Introducción: A pesar del hecho de que innumerables pacientes sufren problemas anales, tiende a haber una falta de comprensión de la atención de salud anal. Desafortunadamente, esto conduce a diagnósticos y tratamientos incorrectos. Las patologías anorrectales son variables e incluyen condiciones benignas y malignas. Por ello la importancia de que el médico se familiarice con estas patologías, para conducir una historia clínica y un examen físico y hallazgos clínicos apropiados con varias quejas anorrectales.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo, retrolectivo, unicéntrico y homodémico en el Hospital de Especialidades de Puebla Centro Médico Nacional General de División Manuel Ávila Camacho del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de Puebla, en el periodo comprendido del año 2016-2018. Se tomaron las variables, fecha de inicio de la patología, edad, sexo y las variables de diagnóstico de envío y diagnóstico final. Se analizaron los resultados mediante estadísticas descriptiva y analítica.

Resultados: Se incluyeron 352 expedientes de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, de los cuales 193 fueron del género masculino (54.8%) y 159 fueron del género femenino (45.2%), la edad promedio fue de 47.84 (mínimo 18, máximo 84) años.

Conclusión: La patología anorrectal es un reto diagnóstico en el primer nivel de atención, con una concordancia moderada en nuestro estudio, misma que se refleja en la literatura mundial.

1. Introducción

1.1 Antecedentes generales

ANATOMÍA

El área anorrectal es el punto de transición de la porción rectosigmoidea de los intestinos a la piel. La transición se produce en la línea dentada, es el límite anatómico en el que la mucosa cambia de epitelio escamoso no queratinizado a mucosa columnar de tipo colorrectal en sentido proximal. Los primeros 1 a 2 cm distales a la línea dentada constituyen el canal anal. Con una longitud de 3 a 5 cm. Distal al canal anal está el borde anal, que tiene la apariencia de piel externa normal, con folículos pilosos, glándulas y tejido subcutáneo. También conocido como el margen anal y piel perianal, es un borde del tejido alrededor del ano que abarca un radio de 5 cm, y tiene un epitelio escamoso verdadero. Proximal a la línea dentada, los pliegues del recto forman la ampolla rectal con múltiples criptas. Los tejidos distal y proximal a la línea dentada tienen diferentes orígenes embrionarios y, por lo tanto, tienen diferentes suministros de sangre e inervación. (1-3)

El recto, sobre la línea dentada es suministrado por la arteria hemorroidal superior, que es una rama de la arteria mesentérica inferior y drena en el sistema portal a través del plexo hemorroidal interno; el área debajo de la línea dentada es suministrada por las arterias hemorroidales media e inferior y drena en la circulación sistémica a través del plexo hemorroidal externo. (1,4,5)

El esfínter interno (liso) del ano: Es un engrosamiento anular (5-8 mm) de la capa circular interna de la túnica muscular del recto. Envuelve los tres cuartos superiores (30 mm) del canal anal, extendiéndose desde la unión anorrectal hasta la línea que divide la porción subcutánea del esfínter externo y el margen inferior del esfínter interno. Finaliza con un margen redondeado inferior demarcado y fácilmente apreciable por palpación. La capa longitudinal externa del recto continúa hacia abajo y, al pasar a través del diafragma pélvico, combina las expansiones musculares elásticas con el músculo elevador del ano y las fibras conectivas con la

fascia endopélvica suprayacente, que constituye la "capa muscular longitudinal conjunta". Esta estructura fibro-muscular se extiende hacia la parte inferior entre los esfínteres internos y externos del ano. Aumenta su espesor con la edad avanzada. Su inervación es doble, la inervación parasimpática surge del primero, segundo y tercer nervio sacro por el plexo sacro y la inervación simpática de los toracolumbares y de los nervios hipogástricos. (6–8)

El esfínter externo (estriado) del ano: Es un tubo muscular estriado ubicado fuera de la túnica muscular externa del recto. Rodea el canal anal que se extiende por una longitud de aproximadamente 4 cm en el hombre y aproximadamente 3 cm (más o menos) en la mujer, formando una manga de aproximadamente 3 mm de espesor compuesta por una mitad derecha y una izquierda que actúa como un dispositivo funcional. Clásicamente se describe formado por tres partes. La parte profunda: es una banda anular gruesa que rodea el segmento más craneal del esfínter anal interno; sus haces profundos están fusionados y no están bien diferenciados de los del músculo puborrectal. En la parte frontal del canal anal, muchos haces continúan con los del músculo transverso superficial del perineo, especialmente en la mujer. Posteriormente, algunos haces pueden encajar en el rafe anococcígeo. La porción superficial se coloca sobre la parte subcutánea y rodea la porción caudal del esfínter interno. Vista desde el ano es elíptica, se inserta anteriormente en el cuerpo del perineo, y posteriormente en la superficie anterior del último segmento coccígeo por el rafe anococcígeo, es la única parte del esfínter anclado completamente al hueso. La porción subcutánea: es una banda plana, de unos 15 mm de ancho, que se estratifica en la capa anterior al nivel del orificio anal, debajo de la piel. Anteriormente, algunos haces se insertan en el cuerpo del perineo (o músculos transversales superficiales del perineo); posteriormente, algunos haces generalmente se adhieren al ligamento anococcígeo. Algunos estudios han enfatizado el concepto de la estructura del esfínter organizada en bucles, con gran variabilidad interindividual, En lugar de un anillo completo. Las fibras que continúan en el cuerpo perineal se relacionan con el músculo bulbocavernoso.

El músculo puborrectal: este músculo constituye la mayor parte del músculo elevador del ano. En el origen púbico, es inseparable del músculo pubococcígeo. Sus haces se unen con los contralaterales para formar un cabestrillo alrededor de la unión anorrectal; en el cuerpo perineal, comparte conexiones con el músculo del esfínter anal externo por tejido fibroso.

El músculo anal longitudinal: es como una capa vertical de tejido muscular interpuesto entre el esfínter anal interno y externo, parte del músculo rectal longitudinal descendente que se origina en el músculo elevador del ano. Sus fibras tienen una dirección espiral que acorta el canal anal durante la contracción y contribuye a la continencia. En la parte más caudal del músculo, los haces lisos llamados "corrugador cutis ani" pasan a través del esfínter anal distal hacia la piel perianal y la fosa isquiorrectal. (6,7)

La fosa isquioanal tiene la forma de una pirámide triangular con el ápice en el límite del canal anal y la fascia de los obturadores y la base dirigida hacia la superficie perineal.

El nervio pudendo proporciona inervación sensorial y motora. El nervio pudendo se deriva de las ramas ventrales de los nervios sacros (segundo, tercero, cuarto). El nervio pudendo se divide entonces en nervio dorsal, nervio perineal y nervio rectal inferior. (9)

PATOLOGÍAS ANORRECTALES Y LA ATENCIÓN MÉDICA

A pesar del hecho de que innumerables pacientes sufren problemas anales, tiende a haber una falta de comprensión de la atención de salud anal.

Desafortunadamente, esto conduce a diagnósticos y tratamientos incorrectos. Este problema se ve agravado por el estigma asociado con el sufrimiento de los problemas anales, que desalienta a los pacientes a buscar ayuda y obtener la atención adecuada. (10)

Las patologías anorrectales son variables e incluyen condiciones benignas y malignas. (1,11)

Descubrir los síntomas principales del paciente es clave: el dolor, el sangrado, prurito, historia de prolapso de los tejidos, el exceso de tejido y el drenaje. (10)

Las quejas proctológicas son comunes. Las modalidades de tratamiento van desde el autotratamiento con varios ungüentos y supositorios hasta intervenciones proctoquirúrgicas especializadas. Aunque no se dispone de datos confiables, los trastornos proctológicos incuestionables tienen un impacto económico considerable. Por lo tanto, parece deseable una herramienta simple para identificar opciones terapéuticas útiles y eliminar las menos útiles.

La sintomatología proctológica es de poca complejidad y, por lo tanto, parece particularmente adecuada para una evaluación comparativa simple. La idea de una escala de síntomas fue diseñada por primera vez por Sayfan et al. en estudios centrados en el resultado del tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidal. Los autores utilizaron escalas analógicas visuales para medir la gravedad de cinco síntomas anales principales (dolor, prurito, secreción/humedad, sangrado, prolapso). (12)

Las condiciones anorrectales se pueden diferenciar en función de los síntomas de presentación, su aparición, frecuencia y carácter, su recurrencia y las manifestaciones sistémicas. El examen físico requiere una posición óptima, una visualización adecuada y un examen rectal digital, seguido de una anoscopia cuando esté clínicamente indicado. La precisión diagnóstica de los médicos para diagnosticar afecciones anorrectales es aproximadamente del 50%. (1)

Es de importancia tener la capacidad de diagnosticar con precisión estas afecciones, asesorar a sus pacientes, brindarles un tratamiento básico y reconocer cuándo es necesaria la derivación a un especialista colorrectal. Se ha informado que los programas de residencia en cirugía general no brindan a sus alumnos una educación adecuada sobre la cirugía anorrectal. Además, se han publicado algunas pequeñas series que indican tasas sustanciales de diagnósticos erróneos de

enfermedad anal benigna por parte de cirujanos generales y médicos de atención primaria. La implicación de estos estudios es que el diagnóstico erróneo de la enfermedad anal benigna puede dar como resultado una mala calidad de vida y un aumento de los costos para los pacientes.

La precisión diagnóstica de las afecciones patológicas anales benignas comunes fue subóptima en todas las especialidades clínicas estudiadas. Aunque la mayoría de las especialidades tenían una precisión diagnóstica general que era significativamente mejor que la de los estudiantes de medicina, la precisión general era inferior al 50% para todas las especialidades, excepto la cirugía y la medicina de emergencia. Esta mala presentación puede deberse en parte a la falta de exposición a estas condiciones en algunos entornos clínicos.

Se estima que 2.5 millones de pacientes por año hacen visitas al médico para el tratamiento de las hemorroides. Algunos estudios estiman que el 50% de la población tiene hemorroides patológicas a los 50 años. Seguramente, muchos de estos pacientes acuden a proveedores de atención primaria, como internistas y ginecólogos. Se pueden esperar quejas hemorroidales en aproximadamente el 19% de una consulta de ginecología y el 46% de una práctica de obstetricia. (13)

Chiu et al. informan que, en cuanto a patología maligna, la mayoría de los pacientes buscaron atención médica de inmediato, el 19% de ellos esperó más de 6 meses. La primera visita después del aumento de algunos síntomas prevé un examen rectal, que se realizó en solo el 54% de los pacientes y que da un diagnóstico de hemorroides en el 27% de los pacientes. Se ordenaron nuevas investigaciones en solo el 54% de los pacientes. Si se realizó un diagnóstico erróneo de hemorroides, se necesitaron sustancialmente más visitas para diagnosticar cáncer. Se necesitó un promedio de 3,2 meses después de la primera visita a un médico y 7,4 meses después del inicio de los síntomas para obtener un diagnóstico de cáncer. (14,15)

HISTORIA CLÍNICA

La proctitis infecciosa, que se presenta con mayor frecuencia en personas que participan en relaciones sexuales anales receptivas, puede ser causada por gonorrea, clamidia, virus del herpes simple, sífilis y linfogranuloma venéreo. La proctocolitis se puede adquirir a través del coito anal receptivo o por contacto oral-anal, mientras que la enteritis se transmite solo a través del contacto oral-anal. (4,16)

Síntomas

Rectorragia

El sangrado rectal es muy común en la población general con una prevalencia de 10 a 20%. Sin embargo, alrededor del 30% de los pacientes nunca consultan a un médico para este problema. El sangrado rectal puede estar relacionado con varios diagnósticos, pero la presencia de tumores malignos es un asunto que debe considerarse en cada uno de estos casos. (4,14)

En el tratamiento del sangrado rectal, se debe recopilar la anamnesis personal que comprende edad, comorbilidades, antecedentes familiares, administración de fármacos. La investigación de los síntomas acompañantes que surgen de fiebre, dolor abdominal, pérdida de peso, cambios intestinales, flujo de moco, tenesmo y dolor anal es de indudable valor. (4,17)

Preguntas importantes de la historia clínica:

¿Con qué frecuencia evacua?

¿Cuál es la calidad y la consistencia de las evacuaciones (es decir, duro, blando, acuoso)?

¿Cuánto tiempo se sienta en el baño?

¿Lee o juega en su teléfono mientras evacua?

¿Tiene dolor / sangrado / incontinencia anal a heces o gases?

¿Cómo se limpia la zona? ¿Usas toallitas o ungüentos?

¿Actualmente toma un suplemento de fibra? En caso afirmativo, ¿qué tipo y cuánto?

(10)

El examen físico consta de tres componentes:

Examen visual externo

La inspección visual completa es importante. Esto requiere la retracción manual de las nalgas circundantes con ambas manos enguantadas para exponer la región.

(4,5,10)

Busque signos de irritación aguda o crónica de la piel, dermatitis de contacto, abertura punteada de la fístula externa, eritema y área elevada dolorosa (absceso), o hemorroides externas trombosadas con o sin ulceración de la piel. (4,10)

Conozca la diferencia entre un colgajo de piel anal, una hemorroide externa y un colgajo de piel centinela adyacente a una fisura que podría no ser evidente.

La evaluación de la fisura anal puede ser difícil, ya que el paciente también suele tener hipertoniá anal (espasmo anal). Es posible que necesite un asistente que lo ayude a retraer completamente la piel perianal y eliminar el canal anal para un examen visual completo. Si encuentra una fisura anal, NO proceda con el examen rectal digital o la anoscopia en ese momento; El examen digital y la anoscopia son exámenes extremadamente dolorosos para el paciente con una fisura anal. Debe realizar un examen digital y una anoscopia después de que se resuelvan los síntomas del paciente (generalmente de seis a ocho semanas más tarde con el tratamiento adecuado). (10)

Examen digital del canal anal y rectal inferior

Carter sugirió que es vital para los médicos generales realizar un examen rectal digital para detectar incluso síntomas anorrectales triviales y luego proceder a una referencia rápida cuando esté indicado.

Menos del 50% de los pacientes que se quejan de sangrado rectal se someten a una exploración rectal y esto ocurre para ahorrar tiempo, por la ausencia de un acompañante o para evitar un examen doble en los pacientes para enviar una consulta especializada o para emergencias. (14)

Los exámenes anorrectales digitales brindan un medio para detectar una serie de patologías anales palpables, como condilomas, marcas de piel, hemorroides y fisuras anales. En particular, los varones adultos pueden beneficiarse de esta modalidad de detección, ya que las investigaciones actuales sugieren que el cáncer anal puede presentar tumores y condilomas palpables con más frecuencia en los hombres que en las mujeres. (20)

Aunque es incómodo, la mayoría de los pacientes que no tienen una fisura activa, un absceso o una hemorroide externa con trombosis pueden tolerar este examen.

Si un paciente reporta demasiado dolor para intentar o tolerar el examen y no se observa una patología externa (excepto los colgajos de la piel), vuelva a examinar el área externa y presione suavemente con su dedo o un hisopo de algodón para aplicar presión en todos los tejidos blandos circunferencialmente alrededor del área anal para comprobar si hay un área de máxima sensibilidad. Si se encuentra un área de este tipo, ocasionalmente el examen externo más completo solo revela la fuente, como una fisura o un absceso más profundo. (10)

El tacto rectal realizado por el cirujano colorrectal es un examen diferente al realizado por el urólogo para evaluar la próstata o antes de la colonoscopia. El especialista debe evaluar la estática y la actividad dinámica del esfínter durante el reposo, a la contracción sostenida y a la maniobra de valsalva. (20)

La evidencia es limitada acerca de la necesidad de detectar anomalías citológicas anales, pero un examen anorrectal digital anual en pacientes en pacientes con riesgo puede detectar tumores que podrían ser cáncer anal. (16)

Anoscopia

Con este método, el examinador puede visualizar las partes internas del esfínter anal y el recto distal. Los estudios prospectivos sugieren que la anoscopia tiene una mayor sensibilidad para lesiones anorrectales, como hemorroides internas, proctitis, laceraciones, fístulas, úlceras y tumores que la sigmoidoscopia flexible. Hasta el 50% del sangrado rectal se puede atribuir falsamente a las hemorroides sin un examen interno para confirmar este diagnóstico. (21–26)

Este procedimiento puede ser útil en individuos que experimentan malestar rectal/anal para evaluar la patología gastrointestinal baja común que puede causar dolor como fisuras anales, infección de transmisión sexual, condilomas anales o sangrado como hemorroides internas, ulceración/inflamación rectal, várices rectales o trauma. La anoscopia puede ser útil para evaluar el cáncer anal, particularmente en grupos de alto riesgo, como en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y tienen una infección por VIH coexistente. Esto se traduce en un riesgo de por vida de 7% a 8% en un hombre infectado en sus 20 años. No hay pautas de detección de rutina actuales en este momento. (27–30)

Las contraindicaciones incluyen la incapacidad del paciente para tolerar el examen debido a la incomodidad, la aprehensión, el sangrado activo significativo que podría impedir la visualización adecuada por parte del examinador, o la presencia de un tumor conocido en el recto distal que podría dañarse o irritarse por la introducción del anoscopio rígido. (22,28–30)

NO realice una anoscopia si alguno de los siguientes está presente:

El paciente tiene una fisura anal en la línea media (anterior o posterior).

El paciente tiene dolor anal durante el examen digital o no puede tolerar un examen digital.

Está presente una "bola" púrpura blanda parecida al mármol que es firme, es probable que sea una hemorroide externa con trombosis.

Hay un área roja, fluctuante y sensible, es probable que sea un absceso. (10)

Los anoscopios vienen en variedad ranurada y no ranurada, ambos con un obturador o dispositivo de oclusión que se deja en su lugar durante la inserción. Luego, ambos dispositivos se retiran gradualmente con el obturador eliminado, lo que permite la visualización. La variedad no ranurada tiene la ventaja de permitir la visualización de 360 grados de todo el pasaje anal en comparación con la versión ranurada que proporciona una vista de solo una pequeña porción del recto distal y la abertura anal a la vez. Como consecuencia, la versión ranurada puede requerir varias pasadas para proporcionar una visualización completa si el paciente no puede tolerar la rotación del dispositivo. La mayoría de los anoscopios disponibles en el mercado no incluyen una fuente de luz incorporada, lo que permite a los proveedores usar una fuente de luz montada en la cabeza o reclutar un asistente para dirigir la fuente de luz para permitir una visualización adecuada.

Al igual que con todos los procedimientos en los que el examinador puede entrar en contacto con fluidos corporales, el personal debe usar equipo de protección personal, incluidos guantes, bata y protección ocular. Los riesgos, beneficios y alternativas del procedimiento deben discutirse con el paciente antes del inicio de la anoscopia. El paciente debe ser asesorado con respecto a la expectativa de cierta incomodidad durante el examen.

Normalmente, el examinador realizará un examen rectal digital primero para asegurarse de que no haya tumor o tejido obstruyendo el canal anal que podría lesionarse durante la inserción del dispositivo. No hay pruebas suficientes para comentar sobre la eficacia de la aplicación tópica de lidocaína antes del procedimiento para proporcionar analgesia durante la anoscopia, pero en ausencia de una alergia conocida a la lidocaína, muchos profesionales consideran que esta es una medida razonable para adoptar. El lubricante soluble en agua se aplica al propio anoscopio antes de la inserción para facilitar la inserción. Esto se puede lograr utilizando el anestésico tópico como un lubricante de facto, proporcionando así una oportunidad para que la lidocaína se distribuya a lo largo de la trayectoria del anoscopio antes de su introducción. Normalmente, el dispositivo se introduce

con el obturador en su lugar, que luego se retira, permitiendo al examinador visualizar el canal anal y el recto distal a medida que el anoscopio se retira lentamente. En el caso de los anoscopios ranurados, que solo permiten la visualización de una porción de la mucosa en ese momento, el obturador debe reinsertarse antes de reinsertar o rotar el dispositivo debido a la incomodidad asociada con la colocación de la tracción del segmento de tejido que sobresale en el interior del segmento ranurado. (28–31)

Las complicaciones incluyen malestar, irritación de la mucosa, traumatismo mecánico y empeoramiento del sangrado hemorroidal.

Si bien la anoscopia parece ser el procedimiento superior para identificar patologías anorrectales distales, como hemorroides internas, proctitis o ulceraciones (que no pueden identificarse o diferenciarse de forma confiable entre sí en el examen rectal digital) que puede llevar a los pacientes a presentar síntomas de sangrado o malestar, hay limitaciones significativas a este procedimiento. Si bien la anoscopia es muy sensible para identificar patologías como las hemorroides internas, los hallazgos observados en la anoscopia no permiten a los médicos descartar una fuente proximal de sangrado, que se identifica posteriormente en la endoscopia hasta el 50% del tiempo. Por lo tanto, el descubrimiento de una posible fuente de hemorragia, como las hemorroides internas aisladas, no permite que el examinador excluya una fuente adicional de hemorragia.

En última instancia, la anoscopia es un complemento útil para la detección de la patología anorrectal que es barata y se puede realizar de forma rápida y sin preparación. Sin embargo, no se debe confiar demasiado en el procedimiento en la evaluación de un paciente con sangrado rectal, ya que la presencia de patología rectal no descarta una fuente de sangrado proximal. (22,28–30)

Rectosigmoidoscopia

Como en pacientes menores de 40 años hay un 2–9% de CCR, en estos pacientes con sangrado rectal sin otros síntomas, se recomienda una sigmoidoscopia. (13)

DOLOR ANAL

Dolor anorrectal funcional

En función de la duración del dolor y la presencia o ausencia de sensibilidad anorrectal, los trastornos del dolor anorrectal funcional se clasifican en 3 condiciones: síndrome de levator ani, dolor anorrectal no especificado y proctalgia del fugaz. Los pacientes con síndrome de levator ani y dolor anorrectal no especificado tienen dolor crónico o dolor intermitente con episodios prolongados. El síndrome de Levator ani se asocia con sensibilidad a la palpación del músculo elevador del ano; 7 no se especifica el dolor anorrectal no especificado. Por el contrario, el dolor en proctalgia fugax es breve (es decir, dura de segundos a minutos) y ocurre con poca frecuencia (es decir, una vez al mes o con menos frecuencia). (32)

Realizar un diagnóstico de proctalgia fugax basándose en un historial de episodios intermitentes de dolor severo en el canal anal o recto inferior que dura menos de 20 minutos. (33)

La proctalgia crónica también se conoce por otros nombres que incluyen síndrome del elevador del ano, espasmo del elevador, síndrome puborrectal, síndrome piriforme y mialgia de la tensión pélvica. Se define por episodios recurrentes de dolor rectal, con cada episodio que dura 20 minutos o más. (19,33)

Fisiopatología

En el síndrome de levator ani, los estudios no controlados han implicado un papel para el espasmo muscular del suelo pélvico, el aumento de la presión anal en reposo y la defecación disinérgica, que se caracteriza por la falta de coordinación rectoanal durante la defecación y, a menudo, mejora con la terapia de biorretroalimentación. En la proctalgia fugax, la corta duración y esporádicos, episodios de dolor poco frecuentes han limitado la identificación de los mecanismos fisiológicos. Se han observado contracciones excesivas del colon y del músculo liso anal. La proctalgia fugax hereditaria se asocia con estreñimiento e hipertrofia del esfínter anal interno. (32)

La evidencia reciente sugiere que la fisiopatología de la proctalgia crónica y la defecación disinérgica pueden superponerse. Los hallazgos manométricos de la disinergia se correlacionaron con la presencia de sensibilidad en el elevador, y las mejoras fisiológicas con biorretroalimentación se asociaron con una mejoría en la proctalgia crónica. (33)

Anamnesis

Se debe de hacer el diagnóstico de proctalgia crónica basada en la historia de episodios de dolor recurrentes, que duran por lo menos 20 minutos, al tacto rectal sensible a la palpación de los músculos elevadores del ano y la exclusión de otras causas de dolor rectal. (4,19,33)

Pruebas diagnósticas

Hay una superposición frecuente de síntomas entre la proctalgia crónica y otras afecciones, como la prostatitis crónica y el síndrome de dolor pélvico crónico. En la práctica clínica, se recomienda excluir las causas estructurales del dolor pélvico crónico con estudios de imagen y/o colonoscopia antes de proceder con un ensayo de tratamiento conservador. (33)

El diagnóstico de los desórdenes funcionales en cirugía colorrectal ha ganado importancia para entender la fisiopatología subyacente y cambios anatómicos responsables de algunos síntomas. (20)

Excluir las causas estructurales del dolor anorrectal (p. Ej., Fisura anal, hemorroides, criptitis, malignidad) mediante imagenología, endoscopia u otras pruebas apropiadas. (33)

FISURA ANAL

La fisura anal es una de las enfermedades más comunes que se encuentra en la consulta del cirujano general, el gastroenterólogo y el especialista en coloproctología; hasta el 10% del total atendido por este último grupo. En México un estudio retrospectivo en la Ciudad de Tamaulipas, en un periodo de 10 años se

atendieron 416 pacientes con esta patología. En el Hospital General de México, en la unidad de coloproctología, durante el 2013, la fisura anal constituyó la tercera causa de consulta, con un promedio de 20 pacientes por mes que requirieron de tratamiento quirúrgico mediante esfinterotomía lateral interna parcial. (34)

Fisiopatología

Una fisura anal es un desgarro longitudinal en forma de úlcera en la línea media del canal anal, en el anodermo distal a la línea dentada. De manera habitual, las fisuras anales crónicas presentan la triada de Brodie: una papila anal hipertrófica en su borde proximal, un colgajo centinela en su borde distal y entre estas dos se encuentra en la base de la fisura con la exposición de las fibras del esfínter anal interno. (1,4,13,33–35)

Estas fisuras son más comunes en adultos jóvenes, tanto hombres como mujeres, que en otros grupos de edad. Las fisuras anales comienzan con el paso de una evacuación dura, que desgarró el anodermo, causando un espasmo en el esfínter interno. Los pacientes suelen experimentar un miedo a la defecación y el espasmo posterior. El espasmo promueve la isquemia de la mucosa, lo que retrasa la curación. (1,19)

En casi el 90% de los casos, una fisura idiopática se localiza en la línea media posterior, pero también puede ocurrir en la línea media anterior, del 10% al 15% en la línea media anterior y menos del 1% en la posición lateral. Los pacientes con fisuras laterales deben someterse a un examen para considerar otras causas de la lesión, como la enfermedad de Crohn, la enfermedad maligna o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Las fisuras en las posiciones laterales deben generar sospecha de procesos patológicos como la enfermedad de Crohn, la tuberculosis, la sífilis, el VIH / SIDA, las afecciones dermatológicas (p. Ej., La psoriasis) y el carcinoma anal. (1,23)

Una fisura aguda parece un simple desgarro en el anodermo, mientras que una fisura crónica, definida como, que dura más de 8 a 12 semanas, se caracteriza

además por edema y fibrosis. Las fisuras se consideran crónicas cuando se presentan durante más de 3 meses. (1,19,33–35)

Las fibras del esfínter anal interno pueden ser visibles en la base de la fisura. Las características típicas que acompañan a las fisuras crónicas incluyen una 'papila centinela' (etiqueta de piel) en el margen de la fisura distal, y una papila anal hipertrofiada en el canal anal proximal a la fisura. El primero a menudo es descrito por los pacientes como una "hemorroide dolorosa", y el último puede verse en la retroflexión endoscópica. El sello clínico de la fisura anal es el dolor durante la defecación y, a menudo, persiste después de la defecación. A menudo, existe la historia de una sensación de desgarramiento durante el paso de heces duras o diarrea. El sangrado rectal, generalmente limitado a un mínimo de sangre roja brillante en el papel higiénico, es frecuente. (11,34)

La fisura anal crónica se mantiene como una úlcera que no cura por el espasmo del esfínter y la consiguiente isquemia. El tiempo de presentación es mayor a 6 semanas. El tratamiento para la fisura anal crónica generalmente se dirige hacia el alivio del espasmo y, como tal, es una afección predominantemente médica, con cirugía reservada para casos médicamente refractarios. (33,34)

Factores de riesgo

Consumo de pan blanco, consumo de salsas a base de grasas, consumo de tocino y salchicha, antecedente de cirugía anal previa, fue el antecedente más común en los pacientes con fisura anal crónica. En un estudio de cohorte realizado en 280 mujeres embarazada para identificar la incidencia de enfermedades anorrectales, en el análisis multivariado se asoció con presentar enfermedad perianal a antecedentes de enfermedades anorrectales, estreñimiento, pujo durante la segunda etapa del trabajo de parto mayor a 20 minutos. Peso del producto mayor a 3 800 g. (33)

Los factores de riesgo también incluyen el estreñimiento crónico, la obesidad, el hipotiroidismo, y tumores sólidos. (19)

Clínica

El diagnóstico de fisura anal se establece mediante la historia clínica y la exploración física. (34)

La fisura anal se caracteriza por el intenso dolor que aparece al término de la deposición y posterior a ella, de tipo ardoroso o quemante, que puede permanecer horas después de la misma. El paciente puede presentar episodios periódicos, lo cual indica la posibilidad de cronicidad. Además, el paciente refiere hematoquecia y temor a la defecación. El sangrado tiende a ser rojo brillante, y por lo general el paciente lo describe en el papel higiénico. (4,27,34)

Exploración Física y estudios complementarios

A la inspección, mediante una tracción suave de los glúteos, con la iluminación correcta y el paciente ha de simular la maniobra defecatoria. Así se exterioriza el anodermo y se facilita la demostración de la fisura, En general, se observa un colgajo cutáneo externo al borde de la fisura y en la anoscopia, cuando sea posible realizarla, existe la úlcera y la papila hipertrófica. La presencia de las fibras circulares del esfínter interno en el fondo de la lesión indica cronicidad.

En la mayoría de los pacientes el tacto rectal o procedimientos endoscópicos no se deben realizar en la primera consulta por la posibilidad de provocar dolor intenso; sin embargo se puede utilizar un rectosigmoidoscopio pediátrico para valorar la mucosa rectal en busca de cambios inflamatorios; este procedimiento, en general no causa dolor. (4,34)

La mayoría de las fisuras anales (particularmente en la infancia) se resuelven sin operación. La gestión se centra en el alivio del estreñimiento, ya sea aumentando el agua, los ajustes dietéticos, los suplementos de fibra, los medicamentos catárticos o investigando otras causas subyacentes del estreñimiento (una larga discusión en sí misma). Ablandar la consistencia de las heces es preferible al uso de estimulantes porque estos últimos pueden simplemente servir para empujar con más fuerza las mismas heces grandes y firmes. Limpiar con “toallitas húmedas para

bebés” o con toallitas medicinales puede irritar el área menos que el papel higiénico seco. (35)

Medidas Generales

En un ensayo prospectivo suplementos dietéticos de salvado (5g tres veces al día) y baños de asiento fueron superiores con menos recurrencias que cuando se aplicó anestésico con menor recurrencias que cuando se aplicó anestésico local tópico o una crema de hidrocortisona. La tasa de recurrencia se redujo desde 68% hasta 16% en 1 año después de continuar el tratamiento conservador. En un ensayo clínico de 52 pacientes se valoró la eficacia de los baños de asiento para el tratamiento de la fisura anal aguda. No existieron diferencias significativas en relación con la curación, el sangrado y el dolor; sin embargo, el grupo con la intervención refería mayor satisfacción. (4,34)

Tratamiento farmacológico

El trinitrato de glicerilo al 0.4%. Es un vasodilatador que causa la relajación del músculo liso. La curación se produce en 60% de los pacientes durante un periodo corto. (4,19,33)

Calcioantagonistas

Se recomienda utilizar diltiazem tópico al 2% durante 6 a 8 semanas como tratamiento iniciar en paciente con fisura anal crónica, antes de considerar el tratamiento quirúrgico. Advertir a los pacientes que su uso se asocia a prurito anal. (4,34)

Toxina botulínica

La toxina botulínica se une irreversiblemente a las terminales nerviosas presinápticas, La parálisis muscular que provoca es debida al bloqueo de la placa motora mediante por la inhibición de la liberación presináptica de acetilcolina y por lo tanto detiene la transmisión nerviosa. Así, induce una hipotonía relativa, reduciendo la presión de reposo del canal anal. Este efecto tiene una duración de 2

a 3 meses hasta que se vuelve a acumular acetilcolina en las terminaciones nerviosas. (4,34)

Nociones básicas del manejo quirúrgico

La esfinterotomía lateral ha demostrado ser más eficaz que el tratamiento médico. Un estudio informó una tasa de curación de 85%, con 5% de persistencia y 10% de recurrencia. Sin embargo, hubo alteraciones de la continencia significativas, con 30% de los pacientes que presentaron dificultad para controlar los flatos, 20% reportaron presentar suciedad y 3% a 10% tienen episodios de fugas. En general, hubo una tasa de satisfacción del paciente de 90%. En una revisión sistemática de siete ensayos clínicos controlados aleatorizados que incluyó 489 pacientes, quienes fueron sometidos a esfinterotomía, lateral interna, tuvieron una mayor tasa de curación (RM 0.15, IC 95% 0.08 a 0.27) y menor tasa de recurrencias (RM 5.97, IC 95% 3.51 a 10.17), comparados con pacientes tratados con toxina botulínica. Sin embargo, estos últimos tuvieron menor tasas de incontinencia (RM 0.12m IC 95% 0.05 a 0.26). (19,34)

La esfinterotomía lateral interna parcial abierta y cerrada parecen ser igualmente eficaces. Para garantizar un mayor índice de curación, la esfinterotomía deber ser realizada hasta la altura de la línea dentada o hasta lograr una apertura del conducto anal de 30 mm. Esta medida rigurosa de la esfinterotomía parece estar asociada con menor riesgo de incontinencia. Aunque tradicionalmente se evita realizar la esfinterotomía interna en la línea media posterior, por el defecto en cerradura o “keyhole” que podría generar incontinencia leve, no hay evidencia que respalde o que contraindique su uso. La esfinterotomía bilateral reporta una menor posibilidad de falla al tratamiento con una RM de 6.91, IC 95% 1.97 a 24.22, aunque se asocia con mayo incontinencia. La resección del colgajo anal genera más satisfacción en el resultado del paciente.

La fisurectomía con avance de colgajo en pacientes con hipotonía (presión de reposo menor de 85 mm hg) ha demostrado una ausencia de recurrencia en el 100% a 12 meses de seguimiento con pocas complicaciones y sin incontinencia

secundaria. Esta se sugiere en paciente con presión del esfínter anal normal y en pacientes con trauma obstétrico. (34)

HEMORROIDES

La enfermedad hemorroidal ocupa el primer lugar entre las enfermedades del recto y el intestino grueso y la prevalencia mundial estimada oscila entre 2.9% y 27.9% de los cuales más de 4% son sintomáticos. Los hombres son afectados con mayor frecuencia que las mujeres. Son una fuente común de malestar y hemorragia rectal, que afecta a entre 10 y 23 millones de personas. Alrededor de la mitad de ellos son sintomáticos. (1,19,36)

Fisiopatología

Las hemorroides son desplazamientos hacia abajo de los cojines anales. Estos cojines están formados por tejido conectivo suelto, músculo liso y vasos arteriales y venosos, comenzando justo distal a la línea dentada. Las hemorroides se forman cuando estas estructuras de soporte se deterioran, lo que lleva a dilatación venosa, trombosis vascular e inflamación. (1,4,36)

Las hemorroides se clasifican como externas o internas, según su ubicación por debajo o por encima de la línea dentada. Las hemorroides externas se encuentran debajo de la línea dentada y surgen del plexo hemorroide inferior externo, recubiertas de piel perianal, muy rica en fibras sensitivas. Drenan al sistema cava. Están inervados por los nervios somáticos, por lo que pueden ser dolorosos cuando ocurren. Las hemorroides internas están ubicadas por encima de la línea dentada y surgen del plexo hemorroidal superior. Están inervados por los nervios viscerales y generalmente son indoloros. (1,4,12,20)

Los pacientes con antecedentes de estreñimiento y esfuerzo prolongado tienen riesgo de enfermedad hemorroidal. Aquellos con diarrea también pueden desarrollar hemorroides como resultado de un esfuerzo recurrente. El embarazo también es un factor de riesgo importante para las hemorroides, que generalmente se resuelven después del parto. (1,4,19)

Historia clínica

La valoración de pacientes con sospecha de enfermedad hemorroidal debe incluir historia clínica y examen físico dirigidos. Se debe hacer énfasis en severidad, duración y características de los síntomas, como el sangrado. Tipo de higiene, ingesta de fibra y líquidos, consistencia de las evacuaciones, prolapso, secreción mucosa, prurito. (19,36)

Manifestaciones clínicas

Los signos cardinales de las hemorroides son un sangrado que suele ser doloroso con las hemorroides externas o indoloro con las hemorroides internas. El sangrado generalmente se describe como sangre roja brillante vista en la taza del inodoro o al limpiar después de una evacuación. Melena no es compatible con la enfermedad hemorroidal. Con una protuberancia intermitente y reducible. A menudo, es necesario proporcionar el "diagnóstico de exclusión" de las hemorroides internas sintomáticas al descartar otras fuentes de sangrado y protrusión. Las hemorroides pueden asociarse con una sensación de plenitud rectal e irritación perineal.

Las hemorroides externas pueden presentarse como un tumor sensible que hace que sea incómodo para el paciente sentarse. Pueden causar un inicio agudo del dolor causado por la trombosis, llamada hemorroide externa trombosada que implica un coágulo en una vena debajo del anodermo que es la piel del borde anal. (1,33)

Un punto de práctica es que en la hemorroide externa la formación es cubierta por anodermo y el coágulo se encuentra debajo de la piel. A diferencia de la hemorroide interna que es cubierta por mucosa anal. (27,33,36)

Evaluación diagnóstica.

Una hemorroide interna es difícil de apreciar en la inspección a menos que esté prolapsada desde el recto. Una hemorroide prolapsada aparece diferente de la piel perianal. Las hemorroides internas no se palpan fácilmente en un tacto rectal a menos que estén agrandadas o trombosadas. (1,19,33,36)

Las hemorroides internas se clasifican según la clasificación de Goligher:

Primer grado el tejido hemorroidal interno está simplemente agrandado y no prolapsa en ningún momento. Las hemorroides de segundo grado prolapsan por el canal anal durante el esfuerzo defecatorio y se reducen espontáneamente. Las hemorroides de tercer grado prolapsan al defecar o espontáneamente y requieren reducción manual. Las hemorroides de cuarto grado se encuentran prolapsadas y no pueden ser reducidas. (1,4,19,33)

Las pruebas de laboratorio casi nunca son útiles. El diagnóstico clínico de las hemorroides por lo general incluye un sangrado con patrón de hemorroides que exige al menos una sigmoidoscopia para descartar otras fuentes de sangrado. En pacientes mayores de 50 años o con un historial familiar sugestivo, esta puede ser la ocasión para la evaluación de todo el colon, generalmente por colonoscopia. (1,4,33,36)

Las hemorroides sin síntomas no se diagnostican mediante endoscopia flexible. Cojines anales redundantes vistos en sigmoidoscopia o colonoscopia pueden o no ser sintomáticos. Al recordar la definición funcional de las hemorroides como almohadillas anales que sangran y/o sobresalen, se puede decir que las "hemorroides" observadas por vía endoscópica no son hemorroides hasta que el paciente las define como tales al describir la protrusión o el sangrado. (33,36)

Una hemorroide externa trombosada se reconoce fácilmente en el examen físico como un bulto azul generalmente sensible en el borde anal, y no se necesita ningún otro examen o clasificación. Las únicas preguntas son si se identifica temprano o tarde y si los síntomas aumentan o disminuyen. Las hemorroides trombosadas se visualizan fácilmente en el examen. La trombosis aguda aparece como una masa blanda y azul. Cuando una hemorroide interna no puede reducirse, se encarcela y se estrangula, lo que puede llevar a cambios gangrenosos. (1,6,19,36)

Estudios de gabinete

La anoscopia permite el diagnóstico de las enfermedades anorrectales más frecuentes. Es una técnica sencilla, no ocasiona grandes molestias al paciente, no requiere sedación y se puede realizar sin preparación intestinal.

La rectosigmoidoscopia rígida explora, además del conducto anal y el recto, el sigmoides inferior, lo que representa una visualización de 25 cm distales del colon y ayuda a descartar otras fuentes de sangrado. (19,36)

Tratamiento

Medidas higiénico-dietéticas

Dieta rica en fibra junto con ingesta abundante de agua, mejora los síntomas leves, el prolapso moderado y el sangrado. (4,19,36)

Una revisión sistemática identificó siete ensayos clínicos aleatorizados, (378 participantes) que compararon pacientes a quienes se les suministró fibra con un grupo al que no se le dio. El riesgo de no mejorar las hemorroides y síntomas persistentes disminuyó en 53% en el grupo de fibra, reducción del riesgo relativo (RR 0.47, IC 95% 0.32 a 0.68). También se encontró diferencia significativa en favor del grupo con fibra para disminución del sangrado (RR 0.50, IC 95% 0.28 a 0.89). Los estudios mostraron resultados consistentes a través del tiempo. (19,36)

Una revisión sistemática evaluó la efectividad de los sediluvios en pacientes con patología anorrectales, y concluyó que no tiene efecto significativo en la intensidad global del dolor, el dolor posoperatorio y la velocidad de cicatrización de las heridas. Sin embargo los pacientes se mostraron satisfechos con el uso del baño de asiento y no se reportaron complicaciones graves. (4,19,36)

Tratamiento farmacológico

Medicamentos tópicos

Una revisión sistemática de Cochrane que evaluó el uso de flebotónicos se asoció con: reducción del sangrado, disminución de hemorragia después de

hemorroidectomía, disminución del prurito disminución de la descarga o fuga, mejoría general de los síntomas, menor consumo de analgésicos. (12,36)

Tratamiento quirúrgico

En una revisión sistemática con meta-análisis de estudios prospectivos, la ligadura con banda elástica (LBE) fue superior a la escleroterapia y la fotocoagulación con infrarrojos en el tratamiento de hemorroides grado I, II y III, en cuanto a necesidad de repetir tratamientos. Sin embargo, el riesgo de complicaciones, aunque pequeño, y el dolor tienden a ser mayores para la LBE. Las complicaciones más comunes son el dolor anorrectal, sangrado rectal, hemorroides externas trombosadas, y los síntomas vasovagales, que se han reportado en 1% a 3% de pacientes.

La escleroterapia puede ser utilizada para sangrados pequeños de las hemorroides internas, con tasas de éxito entre 75% a 89% en enfermedad grados I a III; sin embargo, muestra una tasa relativamente alta de recurrencia. (4,19,36)

Cirugía

La hemorroidectomía continúa siendo muy eficaz. Se recomienda en general en hemorroides de grado III y IV, o en aquellos de menor grado en que ha fracasado el tratamiento médico y son muy sintomáticas, o pacientes con componente externo.

Las contraindicaciones para el tratamiento quirúrgico son básicamente la afectación perianal o rectal por enfermedad inflamatoria intestinal activa, las inmunodeficiencias graves y la incontinencia fecal. (19,36)

En una hemorroide externa trombosada la escisión quirúrgica de la piel es reservado a pacientes que experimentan dolor severo usualmente dentro de 48 a 72 h del inicio de los síntomas. El manejo conservador se da con antiinflamatorio, analgésico y baños de asiento, reduciendo la actividad y evitar la constipación.

En hemorroide interna trombosada o estrangulada es de difícil manejo, la reducción manual del paquete ayuda a reducir el dolor y a congestión del tejido, usualmente la hemorroidectomía urgente es requerida. (27,33)

ABSCESO ANAL Y FÍSTULA ANAL (ENFERMEDAD CRIPTOGLANDULAR)

El absceso anal es la fase aguda y la fístula es la fase crónica. Una fístula ocurre cuando un absceso anal desarrolla una conexión con la piel perianal. Esto ocurre aproximadamente el 50% del tiempo. (10)

ABSCESO ANAL

Absceso anal se define como una colección de pus en los espacios perianales. Como consecuencia de la obstrucción de una glándula anal, con estasis bacteriana. (38)

Cualquier recurrencia de un absceso anal en el mismo sitio donde previamente se había presentado, debe ser considerado fístula anal y tratado como tal.

Factores de riesgo

La edad de presentación más frecuente se encuentra entre los 20 y 60 años, con una media de 40 años ambos sexos.

Como factor de riesgo para abscesos de supra elevadores, existen, la sepsis abdominal secundaria a apendicitis complicada o sepsis de origen ginecológico. (38)

Clínica y diagnóstico

La localización clásica de los abscesos anorrectales por orden de frecuencia es el siguiente: perianal 60%, isquiorrectal 30%, interesfinteriano 5%, supraelevador 4%, y submucoso 1%. El más común es el perianal. (4,11,38)

La presentación clínica se correlaciona con la localización anatómica del absceso. El síntoma más frecuente es el dolor anal agudo, intenso, constante, que empeora con las deposiciones y a veces con el reposo nocturno. Se pueden asociar síntomas constitucionales incluyendo fiebre y malestar, e incluso dificultades para la micción o retención urinaria. (4,10,38)

En el examen físico, se puede observar un área de piel eritematosa y endurecida, con o sin fluctuación, localizada en el espacio perianal o isquiorrectal. Sin embargo, en algunos pacientes y con algunos tipos de abscesos no hay hallazgos en la inspección física y el absceso solo puede palparse en el tacto rectal o en una exploración bajo anestesia.

Estudios auxiliares diagnósticos

Ante la sospecha de un absceso supraelevador o recidiva de absceso anal, debe de utilizar exámenes radiológicos, como apoyo diagnóstico. La proctoscopia y la rectoscopia puede brindar información adicional para el diagnóstico; estas causan dolor severo al paciente. La utilización del ultrasonido endoanal es muy útil en el diagnóstico de abscesos anales complejos. Todos estos deben ser realizados únicamente cuando la exploración física no sea concluyente y exista una alta sospecha de absceso anal o este sea complejo.

Tratamiento

El objetivo principal del tratamiento del absceso anal es el drenaje inmediato, y drenar material purulento de espacios anatómicos adyacentes, así evitando las posibles complicaciones como gangrena de Fournier. (19,33,38)

Los abscesos perianales superficiales deben ser drenados en la sala de exploración o sala de urgencias. La piel es infiltrada con anestesia local y la cavidad es drenada con una incisión cruzada tan cerca al borde anal como sea posible.

Los abscesos isquioanales o supraelevadores, deben ser drenados en el quirófano bajo anestesia, iluminación y adecuada exposición, para ser drenados de manera apropiada. Se aplican los mismos principios mencionados anteriormente. (4,38)

El uso de antibióticos no suele ser necesario tras el drenaje apropiado del absceso. Las paredes del absceso anal se encuentran con necrosis a nivel vascular por lo que el antibiótico tiene poca capacidad de penetración. No se ha demostrado que mejoren el tiempo de cicatrización ni las tasas de recurrencia.

Si el paciente presenta fiebre, y continua con signos y síntomas de absceso anal, con elevación de leucocitos, se debe explorar al paciente en quirófano, y debe de instaurarse terapia antibiótica. (19,38)

Ante la aparición de un absceso en el lugar opuesto, de un absceso previo o al mismo tiempo, debe de descartarse la presencia de fístula en herradura. Siendo el principal origen en la línea media posterior. (4,11,38)

FÍSTULA ANAL

La fístula anal es el proceso crónico secundario al drenaje de un absceso anal, en el cual se establece un trayecto epitelizado entre el conducto anal o el recto (orificio primario) y la piel perianal (orificio secundario) con tejido de granulación circundante. El drenaje puede incluir heces, pus o sangre. (10,37)

Etiología

Se acepta la teoría criptoglandular de Parks la cual propone como etiología del absceso y la fístula anal la infección de las glándulas del conducto anal, localizadas a nivel de la línea anorrectal o dentada dentro del espacio interesfintérico. Este origen se menciona como inespecífico y es la causante del 95% de los pacientes con fístula anal. (4,37)

La extensión de la infección a partir de la glándula anal puede tomar tres direcciones: distal para formar un absceso perianal en la etapa aguda y una fístula interesfintérica en la fase crónica. Lateral, penetrando el esfínter externo para crear un absceso isquiorrectal en la fase aguda y una fístula transesfintérica en la crónica. Próxima, lo cual es poco frecuente, para establecer un absceso intramuscular alto, dependiendo de la relación que guarde la glándula infectada con el músculo longitudinal.

El origen específico de las fístulas es: secundaria a enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn); infecciosas (tuberculosis, actinomicosis, linfogranuloma venéreo); secundaria a traumatismos (empalamiento, introducción

de cuerpos extraños); posterior a cirugías (episiotomías, hemorroidectomía, prostatectomía); a enfermedad neoplásica (cáncer de recto, cáncer de ano, leucemia y linfomas), y posterior a radioterapia. (37)

Fístula Simple

Son aquellas en la que existe una mínima afectación del esfínter anal externo. Se incluyen en este grupo las fístulas submucosas, interesfinterianas y transesfinterianas bajas. Generalmente con un trayecto único entre el orificio primario y secundario.

Fístula Compleja

Se llaman así cuando su trayecto compromete más de 30% a 50% del esfínter externo. Son aquellos con un mayor riesgo de recidiva o de incontinencia. Se incluyen en este grupo las fístulas transesfinterianas medias-altas, las supraesfinterianas y las extraesfinterianas. También se incluyen las fístulas recidivadas, las de localización anterior en mujeres, aquellas con múltiples trayectos, fístulas en pacientes con trastornos previos de la continencia y aquellas específicas de ciertas enfermedades como la enfermedad de Crohn o tiene el antecedente de cirugías previas en la región anorrectal. (4,37)

Factores de riesgo

Diversas condiciones que pueden manifestarse como fístulas son el linfogranuloma venéreo, el teratoma sacrococcígeo, la duplicación rectal, la actinomicosis perianal, el trauma por cuerpos extraños y el cáncer rectal y anal perforado. (10,33,37)

Existe evidencia no concluyente sobre los factores de riesgo para el desarrollo de la fístula posterior al drenaje de un absceso, como el tabaquismo, la diabetes mellitus, la edad y el VIH.

Los abscesos isquiorrectales tiene una OR de 7.82 y los interesfintéricos de 3.35 para desarrollar fístulas cuando se comparan con los perianales.

Diagnóstico

Clínica

Los pacientes suelen tener el antecedente de un drenaje previo de un absceso perianal o bien presentar supuración purulenta crónica o intermitente a través del orificio fistuloso externo o interno.

Exploración física

Inspección anal: debemos localizar, en primer lugar, el orificio secundario (externo) frecuentemente se identifica en la piel perianal o perineal como un área pequeña invaginada de tejido de granulación con salida de material purulento o sangre a la compresión digital, el cual suele estar próximo al ano en las fístulas interesfintéricas y separado varios centímetros en las transesfinterianas. La existencia de cicatrices previas, granulomas... pueden orientarnos la localización del orificio fistuloso externo.

Palpación-tacto rectal: la existencia de un trayecto fistuloso puede palparse como un cordón del orificio secundaria hacia el conducto anal, duro, cuando se puede palpar generalmente superficial, palpable en todo su trayecto hasta el ano nos orientará hacia una fístula interesfintérica o transesfinteriana baja.

Anoscopia: Nos permitirá la localización del orificio fistuloso interno con mayor precisión y, así, caracterizar mejor la fístula a tratar, también la presencia de otras condiciones patológicas, como la enfermedad inflamatoria intestinal.

La Regla de Goodsall es muy útil en el 90% de los casos cuando se aplica a los orificios secundarios posteriores a la línea anal transversal; sin embargo, solamente es cierta en 49% de las ocasiones cuando se encuentra delante de ella. De forma general, las fístulas posteriores tienen un trayecto curvilíneo mientras que en las anteriores es rectilíneo o radial.

El orificio primario en las fístulas de origen criptoglandular frecuentemente se encuentra en la línea anorrectal en el origen de la glándula anal.

Fistulografía

Tiene su utilidad en las fístulas extraesfintéricas, particularmente cuando se sospecha su origen en un órgano intraabdominal o pélvico, así como un trayecto o extensión extraperineal.

Ecografía anal

Es la exploración complementaria de primera línea por su costo y beneficio, en el paciente en quien se sospecha una fístula compleja. (4,37)

RM pélvica

Es la exploración complementaria con mayor sensibilidad y especificidad en la identificación de trayectos fistulosos; la cual, puede incrementarse con el empleo de gadolinio intravenoso.

Tratamiento

A pesar de los métodos diagnósticos anteriormente expuestos, la exploración quirúrgica bajo anestesia continúa siendo el estándar de oro. Sin embargo, pueden pasar desapercibidos trayectos secundarios que sí se identificarían con las pruebas de imagen.

Fistulotomía

Técnica de elección para el tratamiento de las fístulas submucosas/subcutáneas, interesfintéricas y transesfinterianas bajas. Consiste en la puesta a plano de la fístula para, posteriormente, cicatrizar por segunda intención. La tasa de recidivas es baja, variando del 0% al 21%, con poca afectación de la continencia anal, aunque en fístulas transesfintéricas las tasas de incontinencia varían entre el 30-50%. La marsupialización acorta el tiempo de cicatrización y el sangrado posoperatorio.

Fistulectomía

Actualmente se encuentra en desuso pues precisa mayor tiempo para la cicatrización y la tasa de incontinencia es mayor que la fistulotomía, heridas más amplias, mayor recurrencia comparable con la fistulotomía.

Setón

Consiste en una fistulotomía progresiva mediante el ajuste continuo del sedal al aparato esfinteriano. El setón es un tubo que puede estar hecho de sutura de seda, látex, silástico, entre otros, el cual pasa a través del trayecto fistuloso primaria para convertir un proceso inflamatorio en una reacción a cuerpo extraño, con el fin de provocar fibrosis periesfintérica.

En las fístulas anales complejas se puede utilizar el setón de drenaje como un puente para realizar un procedimiento resolutivo posterior o convertirlo en un setón de corte. Las alteraciones en la continencia se presentan en 0% a 54% de los casos cuando se utiliza setón de corte. (4,37)

Colgajo de avance rectal

Técnica de elección para el tratamiento de las fístulas transesfintéricas medio altas y supraesfintéricas. Consiste en una fistulectomía del trayecto fistuloso externo hasta el esfínter anal externo y legrado del trayecto a nivel del esfínter (conocido como "Core out"), exéresis y sutura del orificio fistuloso interno y descenso de un colgajo de mucosa y submucosa rectal que se sutura a línea pectínea. El colgajo tiene forma de "U", con base doble que el ápex. Los resultados son muy variables, con una tasa media de recidiva del 20% (0-76%) y de la alteración de la continencia del 13% (0-35%).

Colgajo de avance ano-cutáneo

Técnica similar a la anterior pero el colgajo en "U" es ano-cutáneo en lugar de rectal. Su indicación fundamental son aquellas fístulas recidivadas en las que no es factible un colgajo de avance rectal. Los resultados son similares a la técnica anterior y sin riesgo de ectropión.

Técnica LIFT (Ligadura del Trayecto Interesfintérico)

Tiene un éxito reportado de entre 57% y 94% y recurrencia de 6% a 18%. Consiste en la identificación del trayecto fistuloso a nivel del espacio interesfintérico para, posteriormente, ligarlo en sus dos extremos y seccionarlo.

Procedimientos mínimamente invasivos que consisten en rellenar el trayecto fistuloso con diversos productos biológicos o sintéticos. Su principal ventaja es la escasa afectación de la continencia. Sin embargo, es necesaria nueva evidencia científica para conocer el papel real de estos productos en el tratamiento de la fístula anal. La utilización de tapón para la fístula es una técnica fácil, segura y es factible de un retratamiento. Tiene una recurrencia de 13.9% a 90.6%, con incontinencia en 3.3%.

PAPILA ANAL

Una porción de exceso de piel localizada alrededor del área anal que a menudo resulta de una hemorroide externa trombosada curada o de una fisura anal y se ve agravada por un exceso de limpieza o frotamiento. No debe haber dolor ni sangrado, pero a los pacientes se les puede molestar porque hay exceso de piel.

Trozo de tejido extra cerca o en el área anal. Por lo general, comienza pequeño, pero con traumas repetidos de limpieza excesiva o hemorroides trombos recurrentes o fisuras anales, aumenta lentamente de tamaño. (2)

VERRUGAS ANALES

El agente causal es un papilomavirus DNA. Se han descrito más de 100 tipos del virus del papiloma humano (VPH) siendo el tipo 6, 11, 42, 43 y 44 los más asociados a las verrugas anales y los tipos 16 y 18 (50%) los más asociados a displasia y transformación maligna junto con los tipos 31, 35 y 58. El tiempo de incubación de este virus es de un a 6 meses en promedio. Crecimientos de tejido en el área alrededor y dentro del ano que son causados por el virus del papiloma humano. Primero pueden aparecer como pequeñas manchas o crecimientos, pero pueden crecer bastante y cubrir el área anal. (10,39)

Factores de riesgo

Factores de riesgo para la infección por VPH son: mujeres con historia de enfermedad cervical o neoplasia. Hombres y mujeres con más de 10 parejas sexuales. Pacientes con antecedentes de verrugas genitales o enfermedades de transmisión sexual. Tabaquismo y radioterapia. Otros factores están en relación a la interacción huésped-virus y el estado de inmunidad. La recurrencia se presenta hasta en el 66% de los pacientes inmunocomprometidos y en el 27% de los pacientes sanos. (13,39)

Cuadro clínico

Las lesiones se encuentran principalmente en región perianal y conducto anal, también se pueden ver en periné, vulva, vagina y pene. Hasta tres cuartas partes de los pacientes con lesiones perianales tienen de forma concomitante lesiones dentro del conducto anal.

Macroscópicamente, los condilomas pueden tener desde el tamaño de una cabeza de alfiler hasta ser lesiones gigantes en forma de “coliflor” (tumor de Buschke-Löwenstein). Se observan como formaciones ligeramente elevadas del resto de la piel (papilas) de color rosado o blanquecino y bordes finos.

Las lesiones suelen crecer en forma radial al ano y tienden a ser confluentes formando placas y extendiéndose dentro del conducto anal respetando generalmente el recto. Debido a la humedad y la temperatura de la región anal, los condilomas suelen verse de color blanquecino-grisáceo y produciendo un olor muy desagradable. Suelen ser friables al tacto o rozadura produciendo sangrado fácilmente. Ocasionalmente se pueden observar lesiones planas.

Por lo general, no causan dolor o malestar. Dos terceras partes presentan prurito secundario a la humedad que producen las lesiones o a la dificultad para realizar un aseo adecuado posterior a la defecación. La principal molestia es la aparición de verrugas o “bolitas” notadas durante el baño. Pueden referir sangrado al aseo posterior a la evacuación. (10,39)

El contagio es por el contacto con las lesiones, produciendo lesiones en espejo y estas se pueden extender al periano. Rara vez se encuentran más allá de la línea dentada.

Método para diagnóstico

El diagnóstico se realiza mediante la exploración física y las características clínicas de las lesiones. La aplicación de ácido acético al 5% puede revelar y/o confirmar lesiones mediante la demostración de epitelio acetoblanco. Siempre es recomendable toma de biopsia en casos de lesiones en placas o múltiples. En todos los casos se deben realizar una anoscopía para detectar y/o descartar lesiones dentro del conducto anal con la aplicación de ácido acético. La aplicación de ácido acético tiene una sensibilidad del 90% y una especificidad del 87%. Con estos estudios se puede determinar si existe displasia y se clasifica en bajo y alto grado. La citología se realiza colocando un cepillo directamente en la zona transicional y haciendo movimiento circular; se coloca el cepillo en una solución “delgada” y se envía para estudio citológico. Sensibilidad del 47 al 90% y una especificidad del 16 al 92%.

Es importante definir 4 regiones principales de afección:

Piel: más de 5 cm de distancia desde la apertura anal en una revisión simple.

Perianal: Dentro de los 5 cm desde la apertura anal.

Conducto anal (intra anal): No es visible, requiere de anoscopía.

Zona de transición: Por arriba de la línea dentada, requiere anoscopía.

Estudios auxiliares de diagnósticos

La prueba de ADN con PAP detecta 13 de los tipos de alto riesgo de VPH y 5 de los de bajo grado. Realizar citologías y anoscopía de alta resolución. La anoscopia con

magnificación mejora el diagnóstico. La anoscopia con magnificación nos brinda la posibilidad de tipificar el virus y descartar serotipos predisponentes de cáncer.

Tratamiento

El manejo médico está indicado para paciente con pocas lesiones no formadoras de placas o con inmunosupresión que contraindique parcialmente algún procedimiento invasivo.

Agentes tópicos: podofilina, ácido bicloroacético o tricloroacético, inmunomodulación (imiquimod).

Inmunomoduladores: interferón alfa, inmunoterapia (vacunas).

Técnicas de ablación: electrofulguración, crioterapia, terapia con láser de CO₂, escisión quirúrgica.

La escisión quirúrgica tiene la ventaja de realizar una exploración completa bajo anestesia del conducto anal y el riesgo de estenosis es muy bajo.

La podofilina al 25% agente químico con acción citotóxica para las verrugas. Se puede tratar grandes áreas sin las complicaciones de un procedimiento quirúrgico. La desventaja es muy irritante para la piel sana. La podofilina tiene utilidad exclusivamente para lesiones perianales y de la piel adyacente. Su aplicación es una vez por semana siendo necesario lavar el sitio de aplicación 8 h después de la misma. Requiere de múltiples visitas para su aplicación cada 7 a 10 días.

Ácido bicloro y tricloro acético

Son agentes cauterizantes cáusticos y potentes queratolíticos que se han usado para el manejo de esta enfermedad. Después de su aplicación, penetran rápidamente y cauterizan la piel, queratina y otros tejidos. Su aplicación es sencilla y económica con la ventaja de poder aplicarse en el conducto anal, pero puede producir quemaduras intensas en piel sana.

La vacuna cuadrivalente para VPH se desarrolló contra los serotipos 6, 11, 16 y 18. Se realiza a partir de la proteína L1 que tiene la mayor capacidad antigénica en el

virus. La vacuna preventiva se aplica a mujeres de 11 a 26 años antes de iniciar la vida sexual activa o ya con vida sexual activa, mujeres con alteraciones en la citología vaginal, mujeres inmunocomprometidas, mujeres en periodo de lactancia menores de 15 años y personas con riesgo de infección. La vacuna tiene efectividad del 95 al 100%, comparado con otras terapias, tiene una efectividad de hasta 94%, erradicando las lesiones, teniendo aún mejor resultados asociada la lesión a su aplicación posterior a tratamiento quirúrgico de erradicación con una media de aparición de 4.6% en el primer año. La vacuna preventiva debe aplicarse en tres fases, la primera en la región deltoidea, un refuerzo 2 meses después de la primera y la tercera 6 meses después de la primera inyección. Se han sugerido dosis de refuerzo cada 2 años.

El imiquimod tópico al 5% no tiene ninguna acción antiviral ni tiene acción citolítica directa. Se aplica tres veces por semana antes de dormir y se lava durante el baño. Se continua hasta la erradicación de las lesiones o por 12 semanas teniendo un promedio para desaparecer las lesiones de 10 semanas.

Tratamiento quirúrgico

La aplicación de la crioterapia es sencilla y no requiere de equipos especiales. Tiene respuesta muy limitada para las lesiones perianales. Su aplicación genera mucha molestia y dolor siendo necesaria la aplicación de anestesia local.

La terapia con láser CO2 se relaciona con una efectividad que va del 88% al 95%. Se puede tener más control de la superficie y profundidad de la quemadura. La vaporización de las partículas viral el cirujano tiene el riesgo de inhalación de las mismas. Es una terapia muy cara y requiere equipo especializado.

La electrofulguración y escisión quirúrgica es el estándar de oro en el tratamiento de las lesiones. Se puede realizar en consultorio cuando son pocas lesiones con una aplicación mínima local de anestésicos o en la sala de operaciones cuando se encuentran asociadas a lesiones intra anales. La quemadura nunca debe llegar a la dermis o a la grasa subcutánea. (10,39)

CÁNCER COLORRECTAL

En México, el cáncer de colon ocupó el segundo lugar en las enfermedades del tubo digestivo de acuerdo con el Registro histopatológico de neoplasias del año 2000. Los registros reportaron 2,964 casos de cáncer de colon y recto lo que significa el 3% de todos los casos nuevos por neoplasias en el país.

El cáncer colorrectal (CCR) o adenocarcinoma colorrectal es un tumor maligno que se origina dentro de las paredes del intestino grueso, incluye los segmentos: ciego, colon ascendente, colon transverso, colon descendente, sigmoides y recto. El CCR no incluye los tumores en los tejidos del ano o del intestino delgado. Los adenomas son tumores benignos epiteliales que se consideran lesiones precancerosas. Los adenomas pueden tener diferentes grados de displasia o diferentes características histológicas: tubular, túbulo-vellosas, asociados con el aumento de potencial de malignidad. (40)

CÁNCER ANAL

Factores de riesgo para el cáncer anal incluyen género femenino, antecedentes de anogenital, verrugas, infección por VPH o infecciones de transmisión sexual, VIH positivo, múltiples parejas sexuales, coito anal, inmunosupresión crónica, trasplante de órganos, y consumo de tabaco. (41,42)

Factores de mal pronóstico incluyen género masculino, tamaño del tumor ≥ 5 cm, y enfermedad en nódulo linfático. Histológicamente, más del 90% del cáncer anal son carcinomas de células escamosas(SCC) (43)

Se demostró un índice reducido de sospecha de enfermedad maligna en los médicos de atención primaria, ya que los médicos no realizaron DRE en casi la mitad de los casos; solo ordenaron nuevas investigaciones en el 54% de las primeras visitas; y dieron diagnósticos erróneos de hemorroides en el 27% de las primeras visitas. Read et al sugirieron que la mayoría de los cánceres anales eran visibles o palpables durante algún tiempo antes del diagnóstico y, por lo tanto, sería

razonable una mayor vigilancia de los grupos de alto riesgo con inspección y palpación. (15)

También pueden manifestarse como cualquier combinación de una masa, úlcera no curativa, dolor, picazón, secreción, incontinencia fecal y fístula. El diagnóstico de cáncer anal se realiza mediante histología comprobada mediante biopsia. Las lesiones más avanzadas en el canal anal distal pueden extenderse a la piel en el margen anal. En raras ocasiones, los pacientes presentan linfadenopatía inguinal.

El tratamiento de ASCC depende de la etapa de la enfermedad y puede comprender quimioterapia, radioterapia (RT) o cirugía. (44)

Los tumores del margen anal pueden tratarse por escisión quirúrgica sola, a diferencia de los tumores del canal anal, que tienen un peor pronóstico y se tratan con quimiorradioterapia definitiva. (45)

1.2 Antecedentes específicos

Se realizó una búsqueda sobre correlación diagnóstica de envió y diagnóstico definitivo en la consulta externa de cirugía de colon y recto encontrando datos interesantes sobre estudios realizados acerca de la relación en cuanto a características clínicas y tiempo de evolución.

Se realizó un estudio para investigar las características clínicas, los resultados del tratamiento y la angustia psicológica en pacientes con dolor anal idiopático crónico. El estudio se realizó en pacientes remitidos al tercer hospital de Hangzhou para el dolor anal crónico desde enero de 2010 hasta diciembre de 2014. Se registraron datos demográficos, historia clínica, fisiología anorrectal y datos de imágenes radiológicas de todos los pacientes. El resultado del tratamiento se observó en los pacientes tratados y seguidos durante más de 6 meses en la unidad actual. Noventa y seis pacientes con edad media de 45,1 años (rango, 17-82) fueron estudiados. Setenta y un pacientes (74.0%) tenían dolor anorrectal funcional (FARP). El 92,7% (89/96) de los pacientes informaron síntomas de alteración psicológica. Los pacientes con FARP mostraron una mayor depresión que los pacientes sin FARP ($P < 0.05$). Además, las pacientes femeninas tenían más probabilidades de tener depresión que los pacientes masculinos ($P < 0,05$). La tasa global de éxito del tratamiento del dolor fue del 55,2% (53/96). El resultado del tratamiento del dolor fue mejor en pacientes sin FARP que en pacientes con FARP ($(2 = 3,85, P < 0,05)$).

(46)

En un estudio prospectivo, observacional, establecido en Francia, se incluyeron todos los pacientes que consultaron a su médico general durante 2 días de consulta. Los síntomas anales, ya sea espontáneamente revelados o no, fueron colectados y evaluados sistemáticamente. Para pacientes sintomáticos, se evaluaron los obstáculos al examen anal. Se recogió el diagnóstico del médico general y se propuso sistemáticamente una visita proctológica en caso de síntomas anales. Si se consultó al proctólogo, se recogió su diagnóstico.

Desde octubre de 2014 hasta abril de 2015, 57 médicos generales incluyeron a 1061 pacientes. La prevalencia de síntomas anales fue de 15.6% (IC 95%: 14-18). Sin embargo, el 85% de estos pacientes no compartieron espontáneamente sus síntomas con sus médicos, a pesar de una calificación de incomodidad de 3 de cada 10 (rango 1–5). Aunque el 65% de los pacientes aceptaron un examen anal, no se propuso en el 45% de los casos con síntomas anales. La realización del examen se asoció con una tasa de diagnóstico significativamente mayor del 76% en comparación con el 20% ($p < 0,001$). Los diagnósticos de proctólogos y médicos generales fueron consistentes en 14 de 17 casos.

El 2,3% de los pacientes consultan a los médicos de forma espontánea para una queja anal. Sin embargo, después del interrogatorio dirigido a los pacientes, el 15,6% (IC 95% = 14 a 18) de los pacientes adultos tiene un síntoma anal. A pesar del impacto en la calidad de vida, que provoca molestias y dolor, estos síntomas rara vez se declaran.

En el 60,1% de los casos, los médicos de cabecera no diagnostican los síntomas anales notificados. Es de destacar que la realización de un examen anal se asocia con una tasa de diagnóstico 3.8 veces mayor. Sin embargo, el examen no es suficientemente propuesto por los médicos. Cuando se propone, es aceptado por los pacientes dos tercios del tiempo. Para romper el tabú y mejorar el manejo, se podría proporcionar mejor información sobre los síntomas anales tanto a los pacientes como a los profesionales. (47)

En un estudio con 198 médicos y 216 estudiantes de medicina. La precisión diagnóstica fue del 53.5% y para el grupo control fue del 21.9% ($p < .001$). Los cirujanos tuvieron la precisión general más alta con un 70.4%, mientras que todos los otros grupos tuvieron una precisión de $< 50\%$. Los médicos identificaron correctamente los condilomas y el prolapso rectal con mayor frecuencia y las patologías hemorroidales con menor frecuencia. Las patologías se identificaron correctamente en el 4.1% de los sujetos y se diagnosticaron incorrectamente en 20.2%. No hubo correlación entre los años de experiencia y la precisión diagnóstica ($P = NS$).

La precisión diagnóstica de las afecciones patológicas anales benignas comunes fue subóptima en todas las especialidades clínicas estudiadas. Aunque la mayoría de las especialidades tenían una precisión diagnóstica promedio que era significativamente mejor que la de los estudiantes de medicina, la precisión general era inferior al 50% para todas las especialidades, excepto la de cirugía y la medicina de emergencia. Esta mala presentación puede deberse en parte a la falta de exposición a estas condiciones en algunos entornos clínicos. Se espera que los cirujanos generales, internistas, médicos de emergencia y ginecólogos traten este tipo de problemas. Se estima que 2.5 millones de pacientes por año realizan visitas al médico para el tratamiento de las hemorroides. Algunos estudios estiman que el 50% de la población tiene hemorroides agrandadas patológicamente a la edad de 50.6. Seguramente, muchos de estos pacientes acuden a proveedores de atención primaria, como internistas y ginecólogos. Se pueden esperar quejas hemorroidales en aproximadamente el 19% de una consulta de ginecología y el 46% de una práctica de obstetricia. Las publicaciones que describen el diagnóstico y el tratamiento de estas afecciones han aparecido en revistas convencionales de estas especialidades. (13)

En otro estudio se analizaron retrospectivamente los registros médicos de 100 pacientes consecutivos con trastornos anorrectales observados en la Clínica Colorrectal del Centro Médico de la Universidad del Sur de California, Los Ángeles, durante un período de cuatro meses de mayo a agosto de 1996. Todos estos pacientes fueron atendidos inicialmente en el Departamento de Emergencias, se diagnosticaron sus afecciones y luego fueron remitidos a la Clínica Colorrectal. Sus registros médicos fueron analizados por la exactitud del diagnóstico. Entre los 100 registros médicos revisados, 83 (83%) casos fueron diagnosticados correctamente y 17 (17%) diagnosticados incorrectamente. Los diagnósticos correctos por categorías de diagnóstico específico fueron los siguientes: quiste pilonidal, 7 (100%) de 7; absceso, 32 (91%) de 35; hemorroides, 37 (88%) de 42; recto prolapsado, 1 (50%) de 2; fisura anal, 3 (43%) de 7; condilomas, 1 (33%) de 3; y finalmente, cáncer anorrectal, 0 (0%) de 2.

Una evaluación objetiva de los registros médicos podría argumentar lo contrario porque se encontró un diagnóstico correcto en el 83% de los pacientes. Además, podría argumentarse que los tres diagnósticos más comunes en esta serie se realizaron correctamente en el 90% de los pacientes. Sin embargo, el argumento a favor de los especialistas se encuentra en el 17% de los pacientes que fueron evaluados incorrectamente. La profundidad de los diagnósticos erróneos en esta serie, sin embargo, se encuentra entre las enfermedades de señal como el condiloma o la enfermedad francamente maligna que podría hacer un intervalo prolongado a la referencia del especialista si no es potencialmente mortal. (48)

En un estudio prospectivo de nuevos pacientes que acuden a una clínica quirúrgica colorrectal para la evaluación de quejas anorrectales durante un período de 3 años. Los participantes realizaron una evaluación inicial y registraron los resultados de sus exámenes, el diagnóstico y el plan de tratamiento. Se realizó una evaluación por parte de un cirujano colorrectal del personal, y los resultados fueron comparados por un revisor independiente.

Se incluyeron un total de 236 evaluaciones de pacientes. La precisión del diagnóstico de derivación fue significativamente mejor cuando se originó en un cirujano que en todas las otras fuentes de derivación (91.7% versus 59.1%, $P [0.031]$). Las afecciones más comunes fueron las hemorroides internas (25%), las fisuras anales (22%) y las hemorroides externas (19.5%). Las hemorroides internas se diagnosticaron con más frecuencia como hemorroides externas (58%). Las fisuras anales se pasaron por alto el 38% del tiempo y, en la mayoría de los casos, se diagnosticaron hemorroides internas (45%). Los residentes también demostraron dificultades para identificar la trombosis en las hemorroides externas, con una tasa de error del 45%. Los estudiantes de medicina y residentes tuvieron un diagnóstico primario general correcto de 69.5%; sin embargo, hubo una mejora significativa en la precisión del diagnóstico de estudiantes de medicina e internos a residentes de nivel superior (62.9% versus 81.2%, $P [0.003]$). Planes de tratamiento médico acordados entre residente y personal en un 74%, el tratamiento quirúrgico se acordó en 62% y, en general, los residentes tuvieron el diagnóstico correcto y el plan de

tratamiento correspondiente en 44%. Se propusieron procedimientos complementarios adicionales en 66 pacientes con residentes que indicaron el complemento correcto en 79%. Los complementos omitidos con mayor frecuencia fueron la ecografía endorrectal (34%) y la colonoscopia (28%). (49)

Durante un período de 1 año, los estudiantes de medicina fueron asignados al azar a un grupo que asistió a la clínica, y uno que no lo hizo. Ambos grupos mostraron imágenes de seis condiciones anorrectales benignas comunes. La precisión diagnóstica general, así como la precisión diagnóstica para cada una de estas condiciones se evaluaron prospectivamente para ambos grupos.

Diecinueve estudiantes asistieron a la clínica y 17 no. La precisión diagnóstica general fue de 80.6% para los estudiantes que asisten a la clínica y 43.1% para los estudiantes que no asisten. ($p < 0.05$) En el grupo que asistió, la precisión diagnóstica fue significativamente mayor para las hemorroides internas prolapso (73.6% versus 35.2%, $p < 0.05$), hemorroides externas trombosadas (73.6% versus 17.6%, $p < 0.05$) fisura (100% versus 47%, $p < 0.05$), y etiquetas anales (68.4% versus 11.7%, $p < 0.05$). (50)

Los estudiantes de medicina se asignaron al azar a uno de dos grupos: un grupo de control que recibió una enseñanza estándar y un grupo de intervención que recibió una enseñanza estándar más una matrícula adicional con un voluntario de examen digital rectal (DRE). La enseñanza estándar implicaba una conferencia de 30 minutos y una DRE práctica en un modelo de simulación. El grupo de intervención además observó a un tutor que demostraba DRE en un voluntario, y luego realizó un DRE ellos mismos bajo supervisión. Antes y después de la enseñanza, ambos grupos completaron una encuesta compuesta de tres preguntas. El criterio de valoración principal fue la confianza en la realización de un DRE, que se evaluó de acuerdo con la suma de las puntuaciones de las tres preguntas.

En total, 48 estudiantes fueron asignados al azar, 22 para el grupo control y 26 para el grupo de intervención. Los grupos se emparejaron bien antes de enseñar DRE ($P = 0.76$) Después del tutorial de DRE, los estudiantes en el grupo de intervención tenían más confianza en saber las indicaciones de DRE ($P = 0.001$), más confiados

en su técnica para realizar DRE ($P < 0.001$) y más confiados en su capacidad para evaluar los hallazgos con precisión en DRE ($P < 0.001$). La medida de resultado primaria, la confianza general (la suma de las puntuaciones de las tres preguntas) en la realización de la DRE, fue significativamente mejor en el grupo de intervención (puntuación 10/15 frente a 14/15; $P < 0,001$).

El presente estudio mostró que el uso de voluntarios humanos para enseñar DRE mejora la confianza de los estudiantes. Los estudiantes en ambos grupos de este estudio fueron pareados en términos de número de DRE realizados previamente, confianza en la realización de un DRE y confianza en evaluar con precisión los hallazgos de un DRE. No es sorprendente que el número de DRE realizados previamente fuera bajo (mediana de 0) con un rango de 0 a 1, y con solo cuatro de los 48 estudiantes que habían realizado previamente un DRE. La confianza también se calificó baja para ambas preguntas (mediana de 1). Cabe señalar que estos estudiantes se encontraban en el año 2, y no habían tenido ninguna enseñanza formal previa de DRE. (51)

Se realizó un estudio con un total de 652 profesores, becarios, residentes de medicina y estudiantes de medicina de último año completaron un cuestionario sobre su uso de los DRE.

En promedio, se realizaron 41 DRE por año. El número anual de exámenes se asoció con años de experiencia y tipo de especialidad. Las tasas de rechazo de pacientes fueron más bajas entre los profesores de gastroenterología (GI) y más altas entre los médicos de atención primaria. Las tasas de rechazo se correlacionaron negativamente con el nivel de comodidad del médico al realizar un DRE. Más gastroenterólogos utilizaron métodos sofisticados para detectar afecciones anorrectales, y los gastroenterólogos tenían más confianza en su diagnóstico. La confianza en hacer un diagnóstico con un DRE se asoció fuertemente con el número de DRE realizados anualmente.

En conclusión, estos hallazgos demuestran que el DRE está infrautilizado en la práctica clínica. Además, la mayoría de los estudiantes de medicina no estaban adecuadamente capacitados para realizar un DRE, y la mayoría de los médicos no

se sentían cómodos al realizar un DRE. Juntas, estas observaciones subrayan la necesidad de mejorar el conocimiento y la capacitación de la DRE, especialmente entre los médicos jóvenes, antes de que se convierta en un arte perdido. (52)

El objetivo general de este estudio fue determinar la concordancia entre los diagnósticos de envío y definitivos en patología anorrectal.

2. Planteamiento del Problema

Se ha observado que existe discordancia entre el diagnóstico inicial y final de los padecimientos coloproctológicos, por lo que ésta retrasa su tratamiento desde el primer contacto hasta el envío con el médico especialista en colon y recto. Por lo que surge la duda de cuáles son los padecimientos más comunes y la correlación existente entre su envío y su resolución final de los mismos.

Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la concordancia entre el diagnóstico de envío y el diagnóstico definitivo en patología anorrectal en la UMAE Hospital de Especialidades de Puebla del IMSS?

3. Justificación

A pesar del gran número de pacientes que se encuentran con problemas anales y rectales en nuestro medio, tiende a haber falta en la comprensión de la atención de la salud en esta parte del cuerpo humano y por parte del personal médico desconocimiento en las características clínicas y protocolo de las patologías coloproctológicas. Por ello, desafortunadamente, se realizan diagnósticos y al mismo tiempo tratamientos incorrectos. Además de que se agrava por estigmas asociados con el padecimiento mismo, que cohibe al paciente y desalientan la búsqueda de ayuda y atención adecuada.

4. Material y Métodos

Tipo de estudio.

Estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo, retrolectivo, unicéntrico y homodémico. La información se recopiló del expediente clínico de la población incluidos en el estudio. El estudio se realizó en el Hospital de Especialidades de Puebla Centro Médico Nacional General de División Manuel Ávila Camacho del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de Puebla, en el periodo comprendido del año 2016-2018.

Pacientes.

Se incluyeron los expedientes clínicos de la población de la consulta externa de la especialidad de cirugía de colon y recto atendidos en el Hospital de Especialidades de Puebla, con expediente clínico completo, se eliminaron aquellos pacientes que perdieron seguimiento y se excluyeron los de pacientes con expediente clínico incompleto.

Procedimientos.

El marco muestral y universo de trabajo estuvo integrado por expedientes de pacientes durante los años 2016 a 2019 tratados en la consulta externa de cirugía de colon y recto del Hospital de Especialidades de Puebla. Muestra finita dada por el total de pacientes en el periodo de estudio.

Análisis estadístico.

El muestreo fue no probabilístico a conveniencia del investigador, para eliminar sesgo de selección.

Estrategia de trabajo.

Se recibieron 417 pacientes de primera vez, de ellos se excluyeron a 17 pacientes por no cumplir los criterios de inclusión y se eliminó un total de 48 pacientes por abandonar el seguimiento en tercer nivel. Se revisaron 352 expedientes que se incluyeron en la muestra. El tiempo estudiado fue desde el diagnóstico de envío hasta el diagnóstico definitivo por el especialista en cirugía de colon y recto.

Los datos obtenidos de cada expediente (variables) fueron analizados respecto sintomatología, diagnóstico de envío y definitivo.

Para presentar los resultados se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión. Para valorar la concordancia se utilizó el coeficiente de Kappa de Cohen, en el programa estadístico SPSS v. 23 para Windows.

Los recursos humanos estuvieron dados por los investigadores participantes en el estudio, los materiales incluyeron papelería, computadora, software, lápices, pluma, hojas de papel y los financieros estuvieron dados por los investigadores principal y asociados al proyecto, así como la unidad médica e institución participantes en el estudio.

Este estudio cumplió con los lineamientos éticos siguientes: fue aprobado por los comités locales de investigación y ética en investigación en salud de la Unidad Médica participante, fue diseñado de acuerdo con los lineamientos anotados en los siguientes códigos:

Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación, para la salud, Títulos del primero al sexto y noveno 1987, con atención especial al artículo 17, en donde se declara además a este estudio como “sin riesgo para los participantes”.

Norma Técnica No. 313 para la presentación de proyectos e informes técnicos de investigación en las instituciones de Atención a la Salud.

Reglamento federal: título 45, sección 46 y que tiene consistencia con las buenas prácticas clínicas.

Declaración de Helsinki: Principios éticos en las investigaciones médicas en seres humanos, con última revisión en Escocia, octubre 2000.

Principios éticos que tienen su origen en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, titulado: “Todos los sujetos en estudio firmarán el consentimiento informado acerca de los alcances del estudio y la autorización para usar los datos obtenidos en presentaciones y publicaciones científicas, manteniendo el anonimato de los participantes”.

NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012. Donde se ha establecido que el sujeto en investigación tiene derecho de retirar su pleno consentimiento de continuar en el grupo de estudio en el momento solicitado. Cuando esto suceda, se debe seguir con el cuidado de la salud del sujeto para tener la certeza de que no se produjo daño alguno relacionado con la intervención de la investigación.

Además, se apegó en los principios básicos de la bioética: Autonomía, Beneficencia, No maleficencia y Respeto, haciendo énfasis especial a la confidencialidad de los datos de los pacientes dada que es el principal método de obtención de datos del presente estudio.

No se procedió al llenado de consentimiento informado debido a que los datos fueron recolectados directamente del expediente clínico, sin embargo, en todo momento se conservó el anonimato de los pacientes participantes y los resultados fueron utilizados únicamente con fines científicos.

5. Resultados

Se incluyeron 352 expedientes de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, de los cuales 193 fueron del género masculino (54.8%) y 159 fueron del género femenino (45.2%), la edad promedio fue de 47.84 (mínimo 18, máximo 84) años.

Respecto al tiempo de inicio de los síntomas y su primera consulta médica, la media fue de 17.31 (mínimo 0, máximo 312) meses.

Con respecto a los síntomas, 218 pacientes presentaron rectorragia (61.9%), seguido del dolor, el resto de las frecuencias se muestran en la *tabla 1*. En cuanto al diagnóstico de envío, el más frecuente fue la enfermedad hemorroidal (45.7%), seguido de la fístula anal (15.6%), el resto de las frecuencias se muestra en la *tabla 2*. Para el diagnóstico definitivo, el diagnóstico más frecuente fue la enfermedad hemorroidal (31.3%), seguido de la fisura anal (30.4%), el resto de las frecuencias se muestra en la *tabla 3*. La enfermedad con mayor concordancia diagnóstica de envío es la fisura anal, sin embargo, es el mayor diagnóstico definitivo respecto al envío de enfermedad hemorroidal. La concordancia estadística mediante el coeficiente de Kappa de Cohen fue del 40.2%, la distribución de síntomas por género, diagnósticos de envío y definitivos se muestran en gráficos 1,2 y 3.

Tabla 1: Síntomas comunes

	Frecuencia	%
Rectorragia	218	61.9
Sensación de cuerpo extraño	173	49.1
Dolor	163	46.3
Secreción	94	26.7
Cambios en los hábitos intestinales	77	21.9
Prurito	39	11.1
Tenesmo	10	2.8

Abreviaturas: %=porcentaje.

Tabla 2: Diagnósticos de envío

	Frecuencia	%
Enfermedad hemorroidal	161	45.7
Fístula anal	55	15.6
Rectorragia	35	9.9
Absceso anal	33	9.4
Fisura anal	25	7.1
Condilomatosis	17	4.8
Estreñimiento	4	1.1
Dolor anal	4	1.1
Prolapso	3	0.9
Enfermedad diverticular	3	0.9
Pólipo	3	0.9
Proctitis	3	0.9
Tumor	2	0.6
Incontinencia	1	0.3
Cáncer anal	1	0.3
Otros	1	0.3
Granuloma	1	0.3
Total	352	100

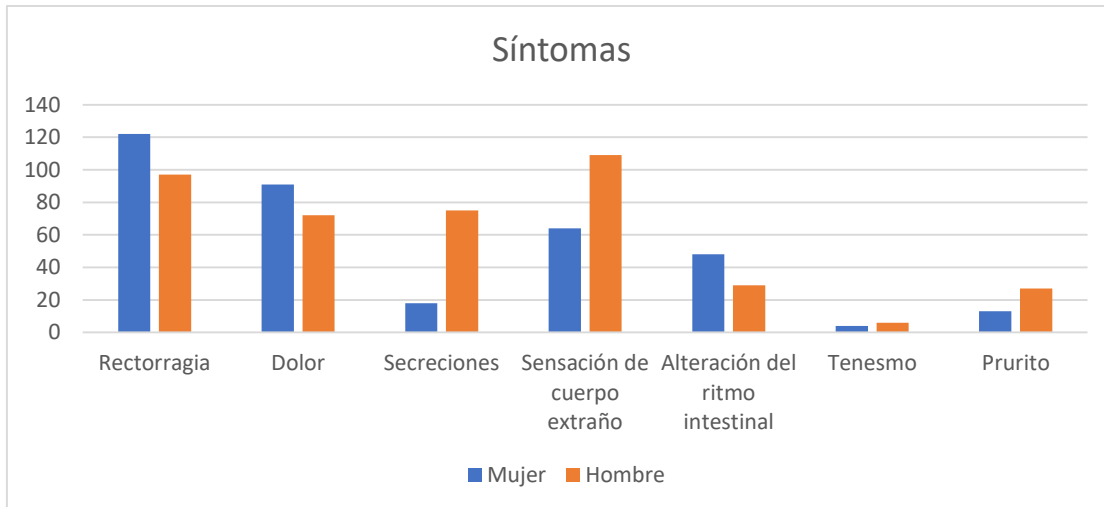
Abreviaturas: %=porcentaje.

Tabla 3: Diagnósticos definitivo

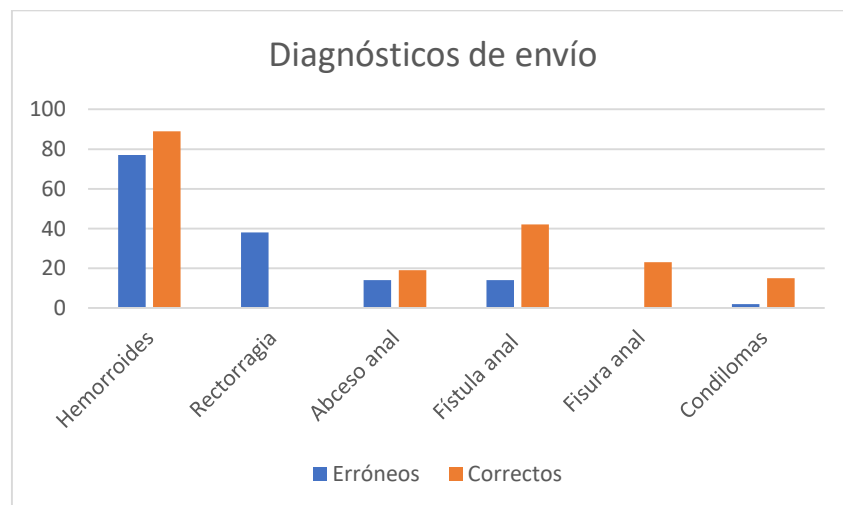
	Frecuencia	%
Enfermedad hemorroidal	110	31.3
Fisura anal	107	30.4
Fístula anal	72	20.5
Absceso anal	24	6.8
Condilomatosis	22	6.3
Cancer anal	8	2.3
Rectorragia	2	0.6
Proctitis	2	0.6
Cancer de recto	2	0.6
Otros	1	0.3
Dermatosis	1	0.3
Síndrome de intestino irritable	1	0.3
Total	352	100

Abreviaturas: %=porcentaje.

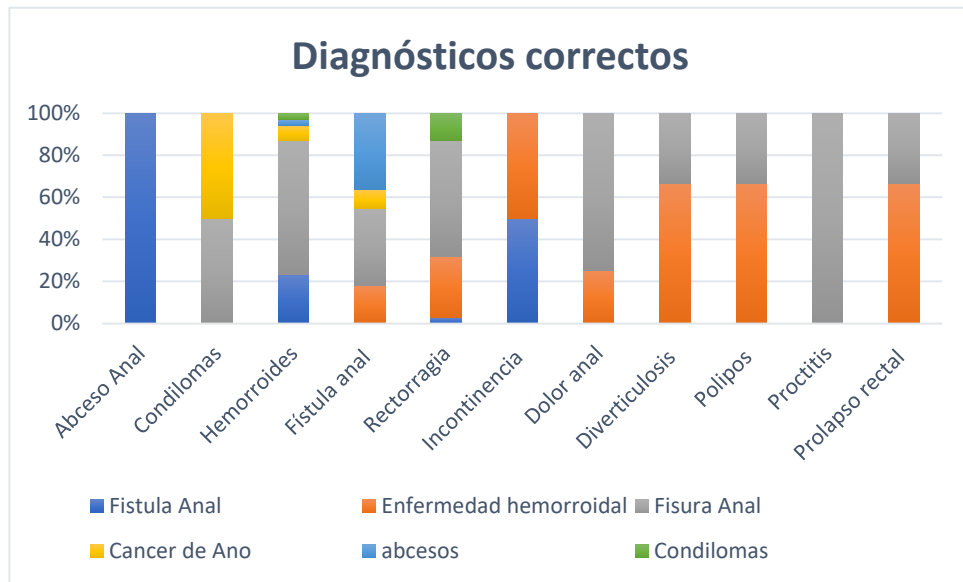
Gráfica 1: Muestra síntomas principales de atención por sexo.



Gráfica 2: Muestra error diagnóstico por diagnóstico de envío.



Gráfica 3: Muestra diagnósticos correctos por diagnósticos de envío.



6. Discusión

A pesar del hecho de que innumerables pacientes sufren problemas anales, tiende a haber una falta de comprensión de la atención de salud anal. Desafortunadamente, esto conduce a diagnósticos y tratamientos incorrectos. Este problema se ve agravado por el estigma asociado con el sufrimiento de los problemas anales, que desalienta a los pacientes a buscar ayuda y obtener la atención adecuada.

Las patologías anorrectales son variables, incluyen condiciones benignas y malignas. Identificar síntomas principales del paciente es clave: el dolor, el sangrado, prurito, historia de prolapso de los tejidos, el exceso de tejido y el drenaje son algunos de los síntomas más comunes de la enfermedad anal subyacente

El motivo de atención de la consulta externa se da principalmente por rectorragia, sensación de cuerpo extraño y dolor, respectivamente; siendo la rectorragia con una frecuencia de hasta 61.9% en nuestro estudio. Algo similar si se compara con estudios mundiales. (46)

El retraso en la atención médica desde el inicio de los síntomas es en promedio de hasta 17 meses, esto a pesar de la incomodidad de los síntomas debido a que no son fáciles de compartir incluso en la primera visita con el médico de primer o segundo nivel de atención. Comparando con un estudio desde octubre de 2014 hasta abril de 2015, 57 médicos generales incluyeron a 1061 pacientes. La prevalencia de síntomas anales fue de 15.6% (IC 95%: 14-18). Sin embargo, el 85% de estos pacientes no compartieron espontáneamente sus síntomas con sus médicos, a pesar de una calificación de incomodidad de 3 de cada 10 (rango 1–5); por lo cual se retrasa la atención médica hacia las patologías referentes al ano. (47)

La precisión diagnóstica en nuestro estudio es de 40.2%, comparados con estudios que reportan hasta un error de 60.1%, igualando este porcentaje. En un estudio con 198 médicos y 216 estudiantes de medicina. La precisión diagnóstica fue del 53.5% y para el grupo control fue del 21.9% ($p < .001$). Los cirujanos tuvieron la precisión

general más alta con un 70.4%, mientras que todos los otros grupos tuvieron una precisión de <50%. (47, 13)

Es necesario resaltar que el principal diagnóstico de envío es de pacientes con enfermedad hemorroidal, con una concordancia del 53% con respecto a su principal diagnóstico diferencial la fisura anal; principalmente enviado por dolor, siendo incluso menor que algunos reportes mundiales donde se reporta una concordancia por esta patología de hasta 88%. Comparado en un estudio donde se incluyeron un total de 236 evaluaciones de pacientes. La precisión del diagnóstico de derivación fue significativamente mejor cuando se originó en un cirujano que en todas las otras fuentes de derivación (91.7% versus 59.1%, P [0.031]). Las afecciones más comunes fueron las hemorroides internas (25%), las fisuras anales (22%) y las hemorroides externas (19.5%). (48. 49)

Posterior a la enfermedad hemorroidal, la segunda casa de atención en el diagnóstico definitivo es la fisura anal, la cual comparte hasta 30.4% de la atención total en la consulta externa de cirugía de colon y recto.

El error diagnóstico es la falta de exploración física y los conocimientos básicos sobre la patología del ano y estos hallazgos demuestran que el tacto rectal está infrautilizado en la práctica clínica. Además, la mayoría de los estudiantes de medicina no estaban adecuadamente capacitados para realizarla y la mayoría de los médicos no se sentían cómodos al realizar tacto rectal. Juntas, estas observaciones subrayan la necesidad de mejorar el conocimiento y la capacitación, especialmente entre los médicos jóvenes, antes de que se convierta en un arte perdido. (50)

7. Conclusiones

La patología anorrectal es un reto diagnóstico en el primer nivel de atención, con una concordancia moderada en nuestro estudio, misma que se refleja en la literatura mundial, esto debido principalmente a la falta de conocimiento de estas patologías y a la omisión de la exploración física.

8. Propuestas

Con base a los resultados obtenidos se propone realizar un entrenamiento y capacitación a los médicos de primer y segundo niveles de atención, así como difundir las guías de práctica clínica (GPC) para mejorar la identificación de la patología anorrectal.

8. Bibliografías

1. Tupe CL, Pham T Van. Anorectal Complaints in the Emergency Department. *Emerg Med Clin North Am* [Internet]. 2016;34(2):251–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.emc.2015.12.013>
2. Pawlowski J, Jones III WE. Radiation Therapy, Anal Cancer [Internet]. *StatPearls*. 2019 [cited 2019 Sep 11]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30726027>
3. Salati SA. Anal Cancer : A Review. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2012;6(2):206–30.
4. Cirujanos AE de. *Manual AEC de proctología para atención primaria*. Luis RRJ, editor. España: Asociación Española de cirujanos; 2014.
5. Bach HH, Wang N, Eberhardt JM. Common anorectal disorders for the intensive care physician. *J Intensive Care Med*. 2014;29(6):334–41.
6. Wu Y, Dabhoiwala NF, Hagoort J, Shan JL, Tan LW, Fang BJ, et al. 3D topography of the young adult anal sphincter complex reconstructed from undeformed serial anatomical sections. *PLoS One*. 2015;10(8):1–15.
7. Siccardi MA, Bordoni B. Anatomy, Abdomen and Pelvis, Perineal Body [Internet]. *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2019 [cited 2019 Sep 11]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30726030>
8. Kumar L, Emmanuel A. Internal anal sphincter: Clinical perspective. *Surgeon* [Internet]. 2017;15(4):211–26. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.surge.2016.10.003>
9. Siccardi MA, Bordoni B. Anatomy, Abdomen and Pelvis, Ischioanal Fossa [Internet]. *StatPearls*. 2018 [cited 2019 Sep 11]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30571008>
10. Chang J, Mclemore E, Tejrjian T. Anal Health Care Basics. *Perm J*. 2016;20(4):74–80.
11. Foxx-Orenstein AE, Umar SB, Crowell MD. Common anorectal disorders. *Gastroenterol Hepatol*. 2014;10(5):294–301.
12. Kraemer M, Kara D, Rzepisko M, Sayfan J. A simple tool to evaluate common disorders: validation of a “proctological symptom scale.” *Int J Colorectal Dis*. 2015;30(5):679–82.
13. Grucela A, Salinas H, Khaitov S, Steinhagen RM, Gorfine SR, Chessin DB. Prospective analysis of clinician accuracy in the diagnosis of benign anal pathology: Comparison across specialties and years of experience. *Dis Colon Rectum*. 2010;53(1):47–52.
14. Cocorullo G, Tutino R, Falco N, Fontana T, Salamone G, Licari L, et al. Rectal bleeding and prolapse... not always benign diseases rather anal cancer. The importance of a correct decision making since primary care. *G di Chir*. 2016;37(3):133–5.
15. Chiu S, Joseph K, Ghosh S, Cornand RM, Schiller D. Reasons for delays in diagnosis

- of anal cancer and the effect on patient satisfaction. *Can Fam Physician*. 2015;61(11):e509–16.
16. American Academy of Family Physicians. DA, Jarrett D. Preventive Health Care for Men Who Have Sex with Men. *Am Fam Physician* [Internet]. 2015;91(12):844–51. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2015/0615/p844.html>
 17. Trompetto M, Clerico G, Cocorullo GF, Giordano P, Marino F, Martellucci J, et al. Evaluation and management of hemorrhoids: Italian society of colorectal surgery (SICCR) consensus statement. *Tech Coloproctol*. 2015;19(10):567–75.
 18. Bouchard D, Pigot F. [Anal acute pain]. *Rev Prat* [Internet]. 2017 [cited 2019 Sep 11];67(2):148–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30512847>
 19. Davies D, Bailey J. Diagnosis and Management of Anorectal Disorders in the Primary Care Setting. *Prim Care - Clin Off Pract* [Internet]. 2017;44(4):709–20. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pop.2017.07.012>
 20. Wroblewska L, Kitada T, Endo K, Siciliano V, Stillo B, Saito H, et al. HHS Public Access. 2016;33(8):839–41.
 21. Saad RC. Anorectal Functional Disorders: Towards a Better Diagnosis and Treatment. *Arq Gastroenterol*. 2019;56(1):1–2.
 22. Lezak B, Varacallo M. Anatomy, Bony Pelvis and Lower Limb, Foot Veins [Internet]. *StatPearls*. 2019 [cited 2019 Sep 11]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31194435>
 23. Gudur A, Shanmuganandamurthy D, Szep Z, Lucas Poggio J. An update on the current role of high resolution anoscopy in patients with anal dysplasia. *Anticancer Res*. 2019;39(1):17–23.
 24. Morton M, Melnitchouk N, Bleday R. Squamous cell carcinoma of the anal canal. *Curr Probl Cancer* [Internet]. 2018;42(5):486–92. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.currproblcancer.2018.11.001>
 25. Cho SD, Groves E, Lao V V. History of high-resolution anoscopy. *Clin Colon Rectal Surg*. 2018;31(6):336–46.
 26. Rajab TK, Bordeianou LG, Von Keudell A, Rajab H, Zhou H. Digital rectal examination and anoscopy. *N Engl J Med*. 2018;378(22):30–2.
 27. Lohsiriwat V. Anorectal emergencies. *World J Gastroenterol*. 2016;22(26):5867–78.
 28. Davis KG, Orangio GR. Basic science, epidemiology, and screening for anal intraepithelial neoplasia and its relationship to anal squamous cell cancer. *Clin Colon Rectal Surg*. 2018;31(6):368–78.
 29. Ciombor KK, Ernst RD, Brown G. Diagnosis and Diagnostic Imaging of Anal Canal Cancer. *Surg Oncol Clin N Am*. 2017;26(1):45–55.
 30. Leeds IL. Anal cancer and intraepithelial neoplasia screening: A review. *World J Gastrointest Surg*. 2016;8(1):41.
 31. London S, Tichauer MB. Anoscopy [Internet]. *StatPearls*. 2019 [cited 2019 Sep 11]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29083587>
 32. Bharucha AE, Lee TH. Anorectal and Pelvic Pain. *Mayo Clin Proc* [Internet].

2016;91(10):1471–86. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.08.011>

33. Wald A, Bharucha AE, Cosman BC, Whitehead WE. ACG clinical guideline: Management of benign anorectal disorders. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2014;109(8):1141–57. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2014.190>
34. Diagnóstico y tratamiento de la fisura anal en el adulto. México: Secretaría de Salud; 26/marzo/2015.
35. Jamshidi R. Anorectal Complaints: Hemorrhoids, Fissures, Abscesses, Fistulae. *Clin Colon Rectal Surg*. 2018;31(2):117–20.
36. CENETEC. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad hemorroidal en la adultez Guía de Referencia rápida. Cenetec. 2009.
37. Secretaría de Salud. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la fístula anal en el adulto. México: Secretaria de Salud; 2013.
38. Diagnóstico y tratamiento del absceso anal en pacientes pediátricos y adultos en los tres niveles de atención. México: Secretaría de Salud; 2013.
39. Diagnóstico y tratamiento de la condilomatosis anal en pacientes pediátricos y adultos en los tres niveles de atención. México: Secretaría de Salud; 27 de junio del 2013.
40. Cisneros R. , Reyes G RR. Guía de Práctica Clínica Detección Oportuna y Diagnóstico de Evidencias y Recomendaciones. *Cat Maest Guías Práctica Clínica*. 2009;IMSS-145-0:50.
41. Julie DR, Goodman KA. Advances in the Management of Anal Cancer. *Curr Oncol Rep*. 2016;18(3):1–12.
42. Aggarwal A, Duke S, Glynne-Jones R. Anal cancer: Are we making progress? *Curr Oncol Rep*. 2013;15(2):170–81.
43. Eng C, Ahmed S. Optimal management of squamous cell carcinoma of the anal canal: Where are we now? *Expert Rev Anticancer Ther*. 2014;14(8):877–86.
44. Ghosn M, Kourie HR, Abdayem P, Antoun J, Nasr D. Anal cancer treatment: Current status and future perspectives. *World J Gastroenterol*. 2015;21(8):2294–302.
45. Durot C, Dohan A, Boudiaf M, Servois V, Soyer P, Hoeffel C. Cancer of the anal canal: Diagnosis, staging and follow-up with MRI. *Korean J Radiol*. 2017;18(6):946–56.
46. Mao W, Liao X, Wu W, Yu Y, Yang G. The clinical characteristics of patients with chronic idiopathic anal pain. *Open Med*. 2017;12(1):92–8.
47. Tournu G, Abramowitz L, Couffignal C, Juguet F, Sénéjoux A, Berger S, et al. Prevalence of anal symptoms in general practice: A prospective study. *BMC Fam Pract*. 2017;18(1):1–7.
48. Hofstetter WL, Ly P, Anthone G, Ortega AE, Vukasin P, Beart R.W. J. Prevalence and distribution of anorectal misdiagnoses [1]. *West J Med*. 1998;168(6):549.
49. Miller S, Sohn V, Causey MW, Martin M, Brown T, Steele S. That’s why it’s a 5-year program: Resident acquisition of anorectal disease management competence. *J Surg*

Res [Internet]. 2012;173(2):187–92. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jss.2011.05.048>

50. Spanos CP, Tsapas A, Abatzis-Papadopoulos M, Theodorakou E, Marakis GN. Medical student recognition of benign anorectal conditions: The effect of attending the outpatient olorectal clinic. *BMC Surg*. 2014;14(1):1–5.
51. Patel MI, Kakala B, Beattie K. Teaching medical students digital rectal examination: a randomized study of simulated model vs rectal examination volunteers. *BJU Int*. 2019;
52. Wong RK, Drossman DA, Bharucha AE, Rao SS, Wald A, Morris CB, et al. The digital rectal examination: A multicenter survey of physicians' and students' perceptions and practice patterns. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2012;107(8):1157–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2012.23>

9. Anexos

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre NSS	Sexo	Edad actual	Síntomas	Tiempo de dx de envío	Dx en consulta externa	Dx por el servicio de Coloproctología
1.-						
2.-						
3.-						
4.-						
5.-						
6.-						
7.-						
8.-						
9.-						
10.-						
11.-						
12.-						
13.-						
14.-						
15.-						
16.-						
17.-						
18.-						
19.-						
20.-						

CONSENTIMIENTO INFORMADO

No aplica por ser un estudio de revisión de expedientes en el cual sólo se tomaron datos demográficos y estadísticos de los expedientes de los pacientes incluidos en el estudio.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: _____

Patrocinador externo (si aplica): _____

Lugar y fecha: _____

Número de registro: _____

Justificación y objetivo del estudio: _____

Procedimientos: _____

Posibles riesgos y molestias: _____

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: _____

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: _____

Participación o retiro: _____

Privacidad y confidencialidad: _____

En caso de colección de material biológico (si aplica): NO APLICA

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: _____

Investigador responsable: _____

Colaboradores: _____

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

Cronograma de actividades

GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDAD	Junio Agosto 2019	Septiembre 2019	Octubre Noviembre 2019	Diciembre 2019
Elaboración de protocolo				
Registro del protocolo ante el Comité de Investigación				
Recolección de datos				
Organización de Información				
Captura de datos				
Análisis de datos				
Interpretación de resultados				
Publicación de proyecto				