

Proctología práctica

José Manuel Correa Roveló



Editorial Alfíl

PROCTOLOGÍA PRÁCTICA

Proctología práctica

José Manuel Correa Roveló

Profesor Titular del Curso de Cirugía General, Universidad “La Salle”.
Director General de Cirugía, Hospital y Fundación Clínica Médica Sur.
Vicepresidente del Consejo Mexicano de Especialistas en Enfermedades
del Colon y del Recto, A. C.

Co-editores

Jesús Alberto Bahena Aponte

Residente de Cirugía General,
Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Rafael Avendaño Pradel

Residente de Cirugía General,
Hospital y Fundación Clínica Médica Sur.

Víctor Visag Castillo

Residente de Cirugía General,
Hospital y Fundación Clínica Médica Sur.

José Mancera Andrade

Asistente Voluntario, Dirección General de Cirugía,
Hospital y Fundación Clínica Médica Sur.

Juan Antonio Moreno Cruz

Cirujano Colorrectal, Colegio Mexicano de Especialistas
en Coloproctología, A. C.



**Editorial
Alfil**

Proctología práctica

Todos los derechos reservados por:
© 2010 Editorial Alfíl, S. A. de C. V.
Insurgentes Centro 51–A, Col. San Rafael
06470 México, D. F.
Tels. 55 66 96 76 / 57 05 48 45 / 55 46 93 57
e-mail: alfil@editafil.com

ISBN 978–607–8283–86–6

Dirección editorial:
José Paiz Tejada

Editor:
Dr. Jorge Aldrete Velasco

Revisión editorial:
Irene Paiz, Berenice Flores

Revisión médica:
Dr. Diego Armando Luna Lerma

Ilustración:
Alejandro Rentería

Diseño de portada:
Arturo Delgado

Impreso por:
Impresiones Editoriales FT, S. A. de C. V.
Calle 15 Manz. 42 Lote 17, Col. José López Portillo
09920 México, D. F.
Octubre de 2009

Esta obra no puede ser reproducida total o parcialmente sin autorización por escrito de los editores.

La información contenida en esta publicación representa las opiniones del autor y no necesariamente las del laboratorio patrocinador.

Los autores y la Editorial de esta obra han tenido el cuidado de comprobar que las dosis y esquemas terapéuticos sean correctos y compatibles con los estándares de aceptación general de la fecha de la publicación. Sin embargo, es difícil estar por completo seguros de que toda la información proporcionada es totalmente adecuada en todas las circunstancias. Se aconseja al lector consultar cuidadosamente el material de instrucciones e información incluido en el inserto del empaque de cada agente o fármaco terapéutico antes de administrarlo. Es importante, en especial, cuando se utilizan medicamentos nuevos o de uso poco frecuente. La Editorial no se responsabiliza por cualquier alteración, pérdida o daño que pudiera ocurrir como consecuencia, directa o indirecta, por el uso y aplicación de cualquier parte del contenido de la presente obra.

Colaboradores

Rafael Avendaño Pradel

Residente de Cirugía General, Hospital y Fundación Clínica Médica Sur.

Capítulos 4, 18

Jesús Alberto Bahena Aponte

Residente de Cirugía General, Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Capítulos 1, 2, 3, 5, 11, 12, 19, 20, 21

José Manuel Correa Rovelo

Profesor Titular del Curso de Cirugía General, Universidad “La Salle”. Director General de Cirugía, Hospital y Fundación Clínica Médica Sur. Vicepresidente del Consejo Mexicano de Especialistas en Enfermedades del Colon y del Recto, A. C.

Capítulos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21

José Mancera Andrade

Asistente Voluntario, Dirección General de Cirugía, Hospital y Fundación Clínica Médica Sur.

Capítulos 7, 8, 9, 14, 17

Antonio Moreno Cruz

Cirujano Colorrectal, Colegio Mexicano de Especialistas en Coloproctología, A. C.

Capítulos 15, 16

Víctor Visag Castillo

Residente de Cirugía General, Hospital y Fundación Clínica Médica Sur.

Capítulos 6, 10, 13

Contenido

Prólogo	IX
1. Anatomía del recto	1
<i>Jesús Alberto Bahena Aponte, José Manuel Correa Roveló</i>	
2. Historia clínica	3
<i>José Manuel Correa Roveló, Jesús Alberto Bahena Aponte</i>	
3. Exploración proctológica	5
<i>José Manuel Correa Roveló, Jesús Alberto Bahena Aponte</i>	
4. Abscesos anorrectales	11
<i>Rafael Avendaño Pradel, José Manuel Correa Roveló</i>	
5. Prolapso rectal	15
<i>José Manuel Correa Roveló, Jesús Alberto Bahena Aponte</i>	
6. Prurito anal	21
<i>José Manuel Correa Roveló, Víctor Visag Castillo</i>	
7. Proctitis posradiación	23
<i>José Mancera Andrade, José Manuel Correa Roveló</i>	
8. Diagnóstico diferencial de sangrado transanal	29
<i>José Mancera Andrade, José Manuel Correa Roveló</i>	
9. Ultrasonido transanal	33
<i>José Mancera Andrade, José Manuel Correa Roveló</i>	
10. Enfermedad pilonidal	39
<i>Víctor Visag Castillo, José Manuel Correa Roveló</i>	

11. Enfermedad hemorroidal	47
<i>Jesús Alberto Bahena Aponte, José Manuel Correa Rovelo</i>	
12. Cáncer de recto	55
<i>Jesús Alberto Bahena Aponte, José Manuel Correa Rovelo</i>	
13. Tumores retrorrectales	61
<i>Víctor Visag Castillo, José Manuel Correa Rovelo</i>	
14. Condilomatosis perianal	67
<i>José Mancera Andrade, José Manuel Correa Rovelo</i>	
15. Fístula anorrectal	73
<i>Antonio Moreno Cruz, José Manuel Correa Rovelo</i>	
16. Incontinencia anal	81
<i>Antonio Moreno Cruz, José Manuel Correa Rovelo</i>	
17. Dermatitis perineales	87
<i>José Mancera Andrade, José Manuel Correa Rovelo</i>	
18. Enfermedades de transmisión sexual	101
<i>Rafael Avendaño Pradel, José Manuel Correa Rovelo</i>	
19. Pólipos colorrectales	107
<i>Jesús Alberto Bahena Aponte, José Manuel Correa Rovelo</i>	
20. Cuerpos extraños en el recto	113
<i>José Manuel Correa Rovelo, Jesús Alberto Bahena Aponte</i>	
21. Manejo de la fisura anal	117
<i>José Manuel Correa Rovelo, Jesús Alberto Bahena Aponte</i>	
Índice alfabético	123

Prólogo

La práctica de la proctología es vieja y hasta plena de anécdotas; sus orígenes son tan humildes que entre ellos se cuenta que los primeros proctólogos eran llamados “lavativeros”, como si se tratara desde esa época de una actividad desdeñada donde pocas personas y con escasa capacidad intelectual la llevaban a cabo. Hoy en día, en pleno siglo XXI, persiste esta creencia, y parece ser que quienes estudiamos esta rama de la medicina no fuimos capaces de hacer otra especialidad clínica o quirúrgica de mayor renombre o lucidez, al parecer más por nuestras limitaciones que por la importancia que reviste la especialidad por sí misma, como todas las ramas de la apasionante vocación y profesión llamada medicina humana.

Este trabajo lo realizamos en un esfuerzo por contribuir a que nuestros colegas, que “dicen” saber manejar la patología anorrectal, se percaten de la trascendencia que tiene hacer buenos diagnósticos y mejores prácticas quirúrgicas anorrectales, y sin duda reconozcan que existe una especialidad que poco a poco ha roto los paradigmas existentes sólo en la mente humana y que ha ido ocupando un lugar preponderante en la cotidianidad profesional. Dígase si no, ahora los cirujanos colorrectales hacemos primero cirugía general, después entrenamiento en colon y recto con cirugía laparoscópica, y simultáneamente endoscopia del tubo digestivo bajo.

Los Autores

Anatomía del recto

Jesús Alberto Bahena Aponte, José Manuel Correa Roveló

El recto es la porción terminal y fija del intestino grueso. Está cubierto parcialmente por peritoneo y no tiene mesenterio. La porción inferior del recto se continúa con el conducto del ano (figura 1–1).

El recto comienza por delante del nivel de la tercera vértebra sacra, mide aproximadamente de 12 a 17 cm de longitud, sigue la curva del sacro y el cóccix y termina 3 a 4 cm por delante y por debajo de la punta del cóccix, girando en dirección posteroinferior para transformarse en el conducto anal. El músculo puborrectal forma un asa en la unión del recto y del conducto anal, que determina un ángulo anorrectal de 90°.

La porción terminal del recto muestra una dilatación anterior conocida como ampolla rectal, la cual que es muy distensible.¹

En general, el recto presenta tres flexuras curvas en su trayecto sacrococcígeo. La porción terminal se angula en dirección posterior, para unirse al conducto anal. Se observan invaginaciones de la capa mucosa y submucosa, y de gran parte de la capa circular muscular, denominadas pliegues transversos del recto o valvas de Houston.^{1,2}

IRRIGACIÓN DEL RECTO

Las arterias rectales se anastomosan libremente entre sí. La prolongación de la arteria mesentérica inferior —denominada arteria rectal superior— irriga la porción terminal del colon sigmoidees y la parte superior del recto.

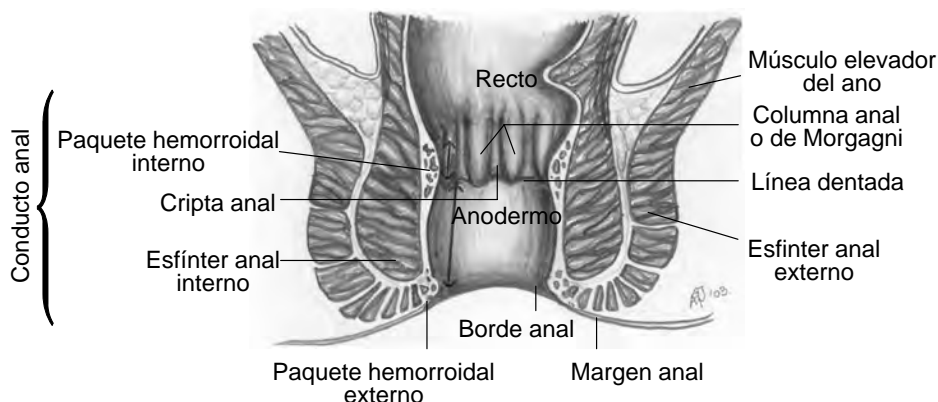


Figura 1–1. Esquema anatómico de la región anorrectal.

Las dos arterias rectales medias, ramas de las arterias ilíacas internas, irrigan las porciones media e inferior del recto.

Las dos arterias rectales inferiores, ramas de las arterias pudendas internas, se originan en las fosas isquioanales e irrigan la parte inferior del recto.^{1,3}

Drenaje venoso del recto

El recto drena a través de las venas rectales superior, media e inferior, que poseen múltiples anastomosis entre ellas.

Inervación del recto

El plexo rectal medio representa una rama del plexo hipogástrico inferior. De este plexo emergen directamente entre cuatro y ocho nervios para el recto. Los nervios parasimpáticos proceden de los nervios S1, S3 y S4, uniéndose al plexo hipogástrico inferior.

REFERENCIAS

1. **Helad RJ, Moran BJ:** Embryology and anatomy of the rectum. *Semin Surg Oncol* 1998; 15:66–71.
2. **Milligan ET:** The surgical anatomy and disorders of the perianal space. *Proc Roy Soc Med* 1943;36:365.
3. **Oh C, Kart AE:** Anatomy of the external sphincter. *Br J Surg* 1972;59:717.

Historia clínica

José Manuel Correa Roveló, Jesús Alberto Bahena Aponte

Los síntomas que con mayor frecuencia llevan a los pacientes a la consulta coloproctológica incluyen el cambio reciente en la función de la evacuación, la hemorragia y el dolor anorrectal.

El interrogatorio —parte primera y fundamental de todo examen médico— orienta generalmente sobre la topografía de la lesión y en muchos casos sobre su naturaleza.

En el trastorno del ritmo de la evacuación interesa el estado funcional anterior a la alteración actual y el cambio reciente.

Mediante la anamnesis debe investigarse la cantidad de sangre evacuada, sus características, el ritmo de evacuación y la sintomatología relacionada.

El carácter del dolor, su intensidad, duración y localización, así como su relación con la defecación, esfuerzos o movimientos, proveerán datos importantes que pueden llegar a ser diagnósticos por sí mismos.

Los síntomas menos frecuentes, aunque muy útiles, son el prurito, el ardor, la supuración, el prolapso, la incontinencia, la diarrea y el estreñimiento.

La presencia de sangre mezclada o separada de la materia fecal obligará a extremar los medios diagnósticos. Aun cuando se descubra en estos enfermos la presencia de hemorroides sangrantes, deben descartarse otras posibles fuentes de hemorragia en el colon y el recto. No hay excusa para obviar una investigación exhaustiva en el enfermo sangrante, y es necesario recordar la variedad y frecuencia de las enfermedades coloproctológicas que causan hemorragia, como hemorroides, carcinoma, pólipos, angiodisplasias, enfermedad diverticular, fisuras anales y colitis inespecíficas y específicas, entre otras.