

Resúmenes Seleccionados – Cirugía Orificial

Dr. Luis Díaz, MAAC, MSACP

1. Estudio comparativo de la esfinterotomía lateral y aplicación local de Diltiazem Gel al 2% en el tratamiento de la fisura anal crónica.

C M G, Babu P, Rao KS. J Clin Diagn Res. 2014 Oct;8(10):NC01-2.

Introducción: Las fisuras anales crónicas son frecuentes en la práctica clínica habitual. Tradicionalmente el tratamiento es quirúrgico. Los avances en la comprensión farmacológica del esfínter anal interno han dado lugar a enfoques más conservadores en el tratamiento. En este estudio se evaluaron alivio sintomático, curación y efectos secundarios de la topicación con diltiazem gel al 2% vs la esfinterotomía lateral interna en el tratamiento de la fisura anal crónica.

Método: Estudio prospectivo dividiendo aleatoriamente a 60 pacientes con fisura anal crónica en grupo 1 (gel de diltiazem) y Grupo 2 (esfinterotomía lateral interna) con 30 pacientes en cada grupo. Los pacientes fueron seguidos en intervalos semanales durante seis semanas consecutivas y cada dos semanas para los 3 meses siguientes.

Resultados: La fisura curó completamente en el 88% de los pacientes del grupo 1 y en el 100% del grupo 2. La duración media requerida para la curación de la fisura fue 5 semanas en el grupo 1 y 3,6 semanas en el grupo 2. El 78% de los pacientes estaban libres de dolor en el Grupo 1 y el 85% de los pacientes en el Grupo 2. Ningún paciente presentó efecto secundario.

Conclusion: EL Diltiazem tópico debe ser considerado como tratamiento de primera línea en la fisura anal crónica. La esfinterotomía lateral interna debe reservarse para los pacientes con recaída y fracaso terapéutico al tratamiento farmacológico previo.

Comentario: Las acciones terapéuticas en la fisura anal se focalizan en romper el ciclo de dolor-espasmo-isquemia responsable del desarrollo de esta patología. Las opciones quirúrgicas de dilatación (no recomendada actualmente) y la esfinterotomía pueden desarrollar incontinencia permanente pos operatoria como complicación lo que no sucedería con el tratamiento médico.

2. Desarterialización hemorroidal con mucopexia versus hemorroidectomía: evaluación y seguimiento de 3 años de un ensayo controlado aleatorio.

Denoya P, Tam J, Bergamaschi R. Tech Coloproctol. 2014 Nov;18(11):1081-5.

Antecedentes: Un ensayo controlado aleatorio mostró que los pacientes con hemorroides internas grado III y IV tuvieron alivio sintomático más allá de los 3 meses de seguimiento después de la desarterialización con mucopexia o hemorroidectomía aunque con menor dolor postoperatorio después de la primera. El presente estudio tuvo como objetivo comparar la recurrencia hemorroidal y las complicaciones crónicas a los 3 años de seguimiento.

Método: Estudio realizado en 40 pacientes con hemorroides internas grado III o IV previamente inscrito en un ensayo aleatorio que comparaba la desarterialización versus la hemorroidectomía. La recurrencia se definió como hemorroides internas diagnosticadas por anoscopía. Las complicaciones crónicas fueron eventos adversos relacionados con la cirugía. Las medidas de los resultados incluyeron resultados reportados por los pacientes y la calidad de vida medida por el cuestionario abreviado del dolor (BPI), SF-12 y las encuestas para incontinencia fecal.

Resultados: Con una mediana de seguimiento de 36 (27-43) meses, 13 pacientes (32,5%) se perdieron durante el seguimiento. En el Reporte Informado por el Paciente no sugirieron diferencia entre desarterialización y la hemorroidectomía en persistencia de síntomas, que ocurrió en 1 (8,3%) frente a 2 (13,3%) de los pacientes ($p = 0,681$) y en la recurrencia de los síntomas, que se produjo en 6 (50%) frente a 4 (26,7%) de los pacientes ($p = 0,212$). Se observó la recurrencia por anoscopía en 2 (13,3%) vs. 1 (6,7%) de los pacientes ($p = 0,411$), todos con enfermedad de grado IV. Un paciente en cada brazo requirió reintervención ($p = 0,869$). No se observaron complicaciones crónicas en el brazo desarterialización mientras que ocurrieron en 2 (13,3%) en hemorroidectomía ($p = 0,189$) que incluyeron herida abierta ($n = 1$), fisura anal ($n = 1$) e incontinencia fecal ($n = 1$). Hubo una tendencia hacia un mayor reporte de recurrencia informada por los paciente que recurrencia real constatada por anoscopía (10 vs 3, $p = 0,259$). No hubo diferencia en la BPI, SF-12 y en el cuestionario de calidad de vida para la incontinencia fecal.

Conclusion: Las tasas de recurrencia nodifirieron significativamente a los 3 años de seguimiento y ocurrieron en pacientes con hemorroides grado IV. Las complicaciones crónicas ocurrieron sólo después de la hemorroidectomía.

Comentario: La cifra de recidiva en diferentes series de PPH en hemorroides grado 3 a 4, van desde un 4% como la de Racalbuto con seguimiento de 4 años hasta Kairaluoma de 23% a 1 año. Mientras que la desarterización hemorroidal reporta 6 a 8 % de recidiva del prolapso a un año de seguimiento.

3. Dolor anal crónico idiopático. Evaluación de los resultados diagnóstico-terapéuticos en una unidad de referencia de coloproctología

Armañanzas L, Arroyo A, et al. *Cir Esp*. 2015 Jan;93(1):34-8.

Introducción: El dolor anal crónico idiopático (DACI) sigue siendo en la actualidad un diagnóstico de exclusión, cuyo estudio y manejo permanece carente de un protocolo estandarizado. El objetivo del presente estudio es evaluar los resultados obtenidos con el protocolo diagnóstico-terapéutico establecido en nuestro servicio.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de DACI en la Unidad de Coloproctología del Hospital General Universitario de Elche entre 2005 y 2011.

Resultados: Se evaluaron 57 pacientes con diagnóstico de dolor anal crónico (DAC) por trastornos funcionales anorrectales (TFAR). Tras la aplicación del protocolo diagnóstico establecido, se llegó a un diagnóstico en 43 casos (75%), incluyendo 22 casos de síndrome del periné descendente, 12 proctalgiás fugax, 2 neuritis pudendas, 7 de coccigodinia; en 14 casos se realizó un diagnóstico de exclusión de DACI. Entre las medidas terapéuticas empleadas en los pacientes con DACI, el biofeedback combinado con medidas conservadoras mejoró la sintomatología en el 43% de los casos, valorándose la neuroestimulación de raíces sacras en pacientes resistentes a otros tratamientos.

Conclusión: Mediante una protocolizada anamnesis, exploración física y con ayuda de pruebas complementarias pudo especificarse el diagnóstico de DAC por TFAR, reduciéndose el diagnóstico de exclusión de DACI al 25% de los casos. Las medidas conservadoras junto con el biofeedback consiguieron una mejoría de los síntomas en más del 40% de los casos de DACI. En el resto de pacientes debe valorarse de forma individualizada la neuroestimulación de raíces sacras.

Comentario: Es la presencia de dolor en el área anal, rectal y/o perineal de forma crónica (durante los últimos 3 meses y que se inició hace más de 6 meses) sin que se aprecie ninguna causa orgánica que lo justifique. Podemos distinguir al menos 3 formas funcionales (Criterios de Roma III): dolor anorrectal y perineal crónico inespecífico, síndrome del elevador del ano y proctalgia fugax. Pero también existen otras 2 formas a tener en cuenta, no funcionales ya que existe un daño sobre las estructuras musculares o neurológicas: síndrome del periné descendente y neuropatía pudenda. Aunque en cada síndrome tiene características distintivas, es frecuente que en algunos pacientes los límites entre una forma u otra no estén del todo claros.

4. Resonancia magnética y la evaluación clínica en la enfermedad de Crohn perianal: ganancia y límites.

Garros A, Siproudhis L, et al. *DigDis hígado*. 2014 Dec; 46 (12): 1072-6.

Antecedentes: La evaluación de la enfermedad de Crohn perianal sigue siendo un reto. La Organización Europea de Colitis y Crohn (ECCO) recomienda a la resonancia magnética (RM) como el patrón de oro, pero tanto la precisión como las ventajas diagnósticas continúan siendo limitados en comparación con la evaluación clínica sistemática. El objetivo de este estudio fue definir su valor diagnóstico real.

Método: Se realizó un análisis retrospectivo de una base de datos prospectivos desde 2006 al 2012 de pacientes con enfermedad de Crohn perianal evaluados por resonancia magnética y examen clínico. En cada visita ambulatoria se registró la actividad perianal (Índice de Actividad de enfermedad) y el fenotipo perianal (clasificación Cardiff-Hughes). Las RM fueron interpretadas de acuerdo a la clasificación de Cardiff-Hughes y Van Assche.

Resultados: En total se evaluaron 70 pacientes con 122 evaluaciones combinadas. Las imagen radiológicas fallaron en demostrar ulceraciones superficiales en 20/21 pacientes (95%) y ulceraciones severas en 13/15 pacientes (87%). Fracasó para diagnosticar la estenosis anal (n = 21, 100%). En las lesiones fistulizante, la concordancia entre los dos métodos fue 71/122 (58%) en la evaluación de las fistulas complejas. La evaluación clínica subestimó 44/68 (65%) de fistulas múltiples o con tractos ramificados. El examen clínico no pudo diagnosticar la mitad de los abscesos radiológicos.

Conclusiones: Las actuales directrices de la ECCO deben aplicarse con cierta cautela debido a la baja sensibilidad de la RM para el diagnóstico de la enfermedad perianal no fistulizante. Combinando las evaluaciones clínicas y de resonancia magnética mejora la precisión diagnóstica.

Comentario: Clínicamente no es posible diferenciar fistulas simples de complejas. La RM permite identificar infecciones clínicamente silentes y valorar la presencia de complicaciones que indiquen agresividad de la enfermedad perianal modificando la actitud quirúrgica hasta en un 15% de los casos. Las fistulas y abscesos pueden persistir con remisión clínica condicionando recidivas posteriores. Se sospecha que muchos pacientes no corrigen completamente sus alteraciones basados en pruebas por imágenes, aunque hayan desaparecido todos los datos clínicos. Éste hecho indica que pese al cese del drenaje de abscesos, los tractos fistulosos persisten en diferentes grados de inflamación residual que pueden causar recurrencias. La retirada de los sedales debe realizarse cuando los datos de abscesificación e inflamación del trayecto fistuloso hayan desaparecido siendo recomendable la realización de una nueva imagen previa a la retirada del sedal. Se reserva el término “cierre fistuloso” para fistulas sin drenaje externo y sin datos de actividad en las pruebas de imagen.

5. Tratamiento y resultado de la enfermedad de Paget perianal: 6 décadas de experiencia institucional.

Perez DR, Trakarnsanga A, et al. Dis Colon Rectum. 2014 Jun;57(6):747-51.

Antecedentes: La enfermedad de Paget perianal (adenocarcinoma intraepitelial) es infrecuente y a veces difícil de diagnosticar por sus síntomas inespecíficos. Frecuentemente es una enfermedad no invasiva pero recidivante a nivel local. La enfermedad invasiva puede realizar metástasis en lugares distantes.

Objetivo: El propósito de este trabajo es revisar el diagnóstico, manejo y los resultados de los pacientes con enfermedad de Paget perianal.

Diseño: Se revisaron todos los casos de la enfermedad de Paget perianal registrados en las bases de datos institucionales del Centro de Cáncer Memorial Sloan-Kettering entre 1950 y 2011. Se investigaron los factores clínico-patológicos buscando factores asociados con la recurrencia y la supervivencia.

Método: Sesenta y cinco pacientes con enfermedad de Paget perianal fueron incluidos en el estudio (35 mujeres [54%]; media de edad al momento del diagnóstico 66 años [rango, 60-72 años], 41 con enfermedad invasiva / 24 con enfermedad no invasiva). El 56% con enfermedad invasiva eran hombres. Las medidas incluyeron media de seguimiento, estado de la enfermedad, recurrencia local y a distancia, sitios de recurrencia, supervivencia específica de la enfermedad, supervivencia global y modalidad de tratamiento.

Resultados: El 95% de los pacientes eran sintomáticos en el momento de la presentación con enfermedad invasiva y el 87% con enfermedad no invasiva. Los síntomas más frecuentes fueron prurito y sangrado. La duración de los síntomas fue mayor en los pacientes con enfermedad invasiva (12 meses; rango: 4-18 meses) versus no invasivas (3,5 meses; rango: 1-10 meses). Se observaron tumores malignos sincrónicos no relacionadas con la enfermedad primaria en 5 pacientes con la enfermedad invasiva y en 3 con enfermedad no invasiva. La enfermedad no invasiva se trató con escisión local amplia y la enfermedad invasiva con una escisión local ampliada (n = 32, 78%) o resección abdominoperineal (n = 9, 22%). Cuarenta y un pacientes (27 invasivos y no invasivos 14) requirieron múltiples operaciones para lograr la desaparición tumoral. En las personas con la enfermedad invasiva, la media del tiempo hasta la recurrencia fue de 5 años, y la tasa de supervivencia específica del tumor media fue 10 años.

Conclusiones: La enfermedad de Paget perianal se asocia con síntomas inespecíficos que frecuentemente retrasa el diagnóstico. La escisión local amplia con márgenes negativos es el tratamiento de elección. La resección abdominoperineal debe ser considerada para la enfermedad invasiva. La recurrencia local es frecuente; el seguimiento incluye proctoscopia periódica y examen digital. La enfermedad invasiva puede metastatizar en lugares distantes; el seguimiento debe incluir el examen de los ganglios linfáticos inguinales y la obtención de imágenes de hígado y pulmones.

Comentario: La localización extramamaria de la enfermedad de Paget es una rara entidad que suele afectar a pacientes de raza blanca, más hombres que mujeres, entre 60 y 70 años. La localización más frecuente es la vulva, le siguen las localizaciones perianal, escrotal, axilar, todas zonas corporales donde existen glándulas apocrinas, estando estas últimas asociadas en la etiopatogenia de la enfermedad. Sin embargo, últimamente se postula que la enfermedad tiene su origen de forma primaria en la epidermis, ya que según algunas series clínicas se puede demostrar un carcinoma de origen en dichos anexos cutáneos en un 50 a 86% si la ubicación es perianal.