

Patología anorrectal

Eva Domínguez Amillo, Jaime Rodríguez de Alarcón García

Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España

INTRODUCCIÓN

La patología de la región perianal es frecuente en la infancia, especialmente en los primeros años de vida y es un motivo de consulta relativamente habitual en atención primaria. Muchas de estas patologías pueden ser fácilmente manejadas inicialmente por el pediatra de atención primaria, sin embargo, es un área, en general, poco conocida.

Además, tanto la forma de presentación clínica como el manejo de estas patologías difieren ampliamente de las del adulto, por lo que, ante la necesidad de derivación al especialista, es importante asegurar siempre la atención por parte del cirujano pediátrico.

ABSCESO PERIANAL

El absceso perianal consiste en una inflamación o infección de las glándulas anales. Los cuerpos de estas glándulas se sitúan profundos a nivel de los esfínteres interno y externo del ano, y desembocan en las criptas de Morgagni (el punto más inferior que forman los pliegues mucosos de la línea pectínea o línea dentada).

El absceso perianal es la patología perianal más frecuente en la infancia. Se produce de forma mayoritaria en lactantes menores de 1 año (y sobre todo durante los primeros 6 meses de vida). Característicamente, más del 90% de los pacientes son varones. Esta presentación tan específica se cree que es debida al pico de producción de testosterona que existe en el recién nacido alrededor de los 1-3 meses, el cual causa un aumento de la secreción de las glándulas anales y su consecuente colonización por la flora intestinal¹.

Su aparición en niños mayores de 2 años es infrecuente y está relacionada, en muchos casos, con la enfermedad inflamatoria intestinal, estados de inmunosupresión, diabetes, enfermedades hematológicas o traumatismos anorrectales².

Clínicamente se caracteriza por la aparición de una tumorción inflamatoria a nivel de los bordes anales, inicialmente indurada y que puede progresar hacia la acumulación de pus y drenar espontáneamente.

Actitud

Ante un paciente con un absceso pequeño y con buen estado general, sin fiebre ni repercusión sistémica, la actitud debe ser conservadora, pautando baños de asiento, lo cual consigue la resolución espontánea en la mayoría de los casos².

Si el tratamiento conservador resulta insuficiente, está indicado el tratamiento antibiótico de amplio espectro, que cubra gérmenes Gram-positivos, Gram-negativos y anaerobios; de primera elección amoxicilina-clavulánico. Se pueden asociar analgésicos, como el paracetamol o el ibuprofeno en mayores de 6 meses para el tratamiento del dolor.

En caso de abscesos de gran tamaño, con fiebre o clínica sistémica, está indicada la derivación a urgencias hospitalarias para tratamiento antibiótico intravenoso o drenaje quirúrgico. El drenaje quirúrgico parece estar asociado a mayor riesgo de progresión a fistula perianal que el tratamiento conservador con antibiótico³ inclusive, por lo cual la tendencia actual es reservarlo para los casos refractarios o de gran extensión.

FÍSTULA PERIANAL

La fistula perianal es un trayecto anómalo crónico que, por el plano subcutáneo, comunica la glándula anal con la piel pe-

Cómo citar este artículo: Domínguez Amillo E, Rodríguez de Alarcón García J. Patología anorrectal. Form Act Pediatr Aten Prim. 2023;16(1):xx-xx.

rianal. La mayoría de las fístulas perianales aparecen tras uno o varios episodios de abscesos perianales como cronificación del trayecto de drenaje (quirúrgico o espontáneo) del absceso (alrededor del 10-20% de los abscesos acaban derivando en una fístula¹), aunque pueden aparecer como primera manifestación.

Al igual que en el caso de los abscesos perianales, su presencia en niños mayores puede estar asociada a la enfermedad de Crohn.

En la exploración física, se observará un orificio o pústula que drena contenido purulento, a ambos lados del orificio anal (es infrecuente que aparezcan en la línea media).

Actitud

Aunque tradicionalmente se ha considerado que el tratamiento de las fístulas perianales es quirúrgico, como ocurre en el adulto, la tendencia actual en el lactante es la actitud expectante, dado que hasta el 60% pueden tener una resolución espontánea durante el primer año de vida⁴.

Aquellos casos que presenten episodios de infección recurrente, o en los que la fístula no se haya resuelto en 12-18 meses, deberán ser remitidos a cirugía pediátrica para valoración quirúrgica. El tratamiento quirúrgico consiste en tutorizar la fístula y abrir la piel y el tejido subcutáneo del trayecto anómalo en toda su longitud (fistulotomía) y dejar que los tejidos cicatricen por segunda intención. Dado que los abscesos y fístulas en el lactante suelen ser superficiales, esta técnica puede realizarse con un riesgo bajo de daño al esfínter anal y provocar incontinencia. Otra técnica alternativa es la colocación en el trayecto de la fístula de una banda de silicona elástica (setón) que se tensa de forma progresiva cada varios días y va cerrando la fístula. En los casos más complejos, como pueden ser los pacientes con enfermedad de Crohn, pueden utilizarse técnicas como la ablación por láser CO₂, los pegamentos biológicos o los *flaps* de avance.

FISURA PERIANAL

La fisura perianal consiste en una solución de continuidad del epitelio escamoso anal que se extiende de forma longitudinal desde la unión mucocutánea hasta el margen anal, que ocurre por desgarro de la mucosa producido por estreñimiento o heces voluminosas o duras. Es frecuente en el lactante, especialmente al producirse la introducción de la alimentación complementaria, dado que las heces cambian a una consistencia más firme y es habitual en esta época el estreñimiento. El dolor durante la defecación provoca miedo y conducta retenti-

va, y genera además un espasmo involuntario del esfínter, empeorando el estreñimiento y agravando consecuentemente la fisura. La hipertonia del esfínter causa una peor vascularización de la mucosa y dificulta su curación. La localización más frecuente de las fisuras, la línea media posterior, coincide por ello con el área peor vascularizada del canal anal.

El diagnóstico es clínico, apareciendo dolor con la defecación y sangrado escaso, siendo la fisura perianal la causa de hematoquecia leve más frecuente en la infancia. Durante la exploración observaremos la solución de continuidad de la mucosa, de forma radial, y como ya hemos dicho, típicamente en la línea media dorsal. Es frecuente, en caso de fisuras crónicas, la aparición de un mamelón mucoso adyacente a la fisura o *tag* cutáneo^{2,5}, en ocasiones llamado “hemorroide centinela”, término erróneo, dado que no se trata de una estructura vascular, sino de una hipertrofia mucosa producida por la inflamación crónica de la zona. Este *tag* cutáneo es frecuentemente el motivo de consulta inicial y su presencia debe hacernos dirigir la anamnesis hacia la presencia de estreñimiento crónico.

Actitud

La mayoría de las fisuras anales en el lactante curan espontáneamente una vez resuelto el estreñimiento, por lo que la actitud principal irá encaminada a las modificaciones dietéticas y a reblandecer las heces mediante el uso de laxantes emolientes. Para el alivio local son aconsejables los baños de asiento con agua tibia, dado que el calor hace cierto efecto vasodilatador y relajante de la musculatura local. También puede aplicarse lubricante con o sin anestésico tópico para aliviar el dolor con la defecación.

En los casos refractarios es útil la aplicación de nitroglicerina tópica al 0,2%. La nitroglicerina actúa como vasodilatador local, favoreciendo la cicatrización mucosa. Hay que tener en cuenta que en la mayoría de las pomadas con nitroglicerina comercializadas para adultos, esta se encuentra a una concentración del 0,4% (4 mg/g), por lo que en muchos casos su dispensación debe ser vía fórmula magistral.

Otros tratamientos alternativos útiles en adultos, aunque menos usados en pediatría incluyen las pomadas con antagonistas del calcio (diltiazem o nifedipino) por su acción de relajación de la hipertonia esfinteriana, o la inyección de toxina botulínica, la cual provoca una esfinterotomía química transitoria. Los tratamientos quirúrgicos clásicos en adultos como la esfinterectomía lateral interna o la fistulotomía raramente son necesarios en niños.

En el caso de fisuras atípicas, múltiples o refractarias a varios tratamientos, especialmente en el niño mayor, debe conside-

rarse la exclusión de patologías asociadas como la enfermedad inflamatoria intestinal, inmunodeficiencias o malignidad⁵.

HEMORROIDES

Las hemorroides consisten en dilataciones de los plexos vasculares anales y son muy poco frecuentes en niños. Prácticamente siempre son hemorroides externas, las cuales se localizan en el tercio distal del conducto anal y están cubiertas por anodermo, por lo que son visibles externamente como tumorações azuladas en la unión mucocutánea de consistencia blanda. El factor predisponente más importante es, de nuevo, el estreñimiento y los periodos prolongados de asiento en el inodoro para la defecación, ya que se produce un aumento de la presión sobre estos plexos vasculares. La clínica que producen se da en el contexto de un episodio de trombosis, produciendo dolor perianal, picazón y, en ocasiones, sangrado.

Las hemorroides internas se producen muy raramente en niños y suelen ocurrir en pacientes con hipertensión portal. Dado que se producen por encima de la línea dentada, presentan inervación visceral, por lo que no suelen ser dolorosas. Clínicamente se presentan como episodios de sangrado y solo son visibles a la exploración rutinaria en sus grados más avanzados cuando se prolapsan a través del canal anal.

Actitud

La evolución de las crisis hemorroidales en contexto de trombosis de hemorroides externas es autolimitada, resolviéndose el cuadro espontáneamente en 5-7 días. Como tratamiento sintomático podemos indicar baños de asiento y medidas para el manejo del estreñimiento. Pueden ser útiles también las pomadas analgésicas, aunque siempre como tratamiento limitado al contexto de la crisis hemorroidal. En caso de detectarse el cuadro de trombosis en las primeras 48-72 h, puede realizarse la trombectomía, que es la incisión y extracción del coágulo, aunque, dado que es una técnica invasiva, se practica muy raramente en niños.

En el caso de las hemorroides internas, a parte del tratamiento del estreñimiento y el manejo de la hipertensión portal, pueden ser necesarias técnicas quirúrgicas como la ligadura con banda elástica, el tratamiento ablativo con láser o la hemorroidectomía, cuando las medidas conservadoras son insuficientes².

PROLAPSO RECTAL

El prolapso rectal consiste en la protrusión de la mucosa rectal a través del ano. Es un proceso relativamente frecuente y normalmente autolimitado, que aparece más frecuentemente en la franja de 1-3 años de edad. Aunque de causa desconocida, ciertas consideraciones anatómicas propias de la primera infancia actúan como factores predisponentes. Un recto más vertical, un coxis más plano, un colon sigmoide más móvil, junto con la debilidad de la musculatura pélvica propia de esta edad y una fijación débil de la submucosa rectal a la muscular subyacente, facilitan la aparición del prolapso^{2,6}. El esfuerzo deposicional y los periodos de tiempo prolongados sentado en el baño asociado al estreñimiento o la hipermotilidad asociada a los episodios de diarrea suelen precipitar la aparición del prolapso rectal.

Debido a que los factores anatómicos tienden a mejorar con la edad, en la mayoría de los niños es un proceso autolimitado que suele desaparecer antes de los 4 años. La gran mayoría de los pacientes son niños sanos, aunque pacientes con otras patologías pueden ser más propensos al prolapso. Entre ellas la fibrosis quística (hasta el 20% de los pacientes con fibrosis quística sufren prolapso rectal), las patologías neurológicas que cursan con hipotonidad pélvica como el mielomeningocele, la malnutrición, las colagenopatías o la presencia de pólipos rectales que actúan como cabeza de prolapso. El prolapso es más común en países en vías de desarrollo debido a la mayor incidencia de malnutrición, parásitos intestinales y episodios de diarrea⁶.

El prolapso rectal aparece como una masa rojiza oscura protruyente por el ano, normalmente indolora, aunque puede ocasionar malestar o sangrado por erosión de la mucosa. Causa normalmente una gran alarma a los cuidadores, quienes normalmente consultan de forma urgente. En la mayoría de los casos se reduce de manera espontánea, aunque en ocasiones puede requerir su reducción manual urgente.

Actitud

Ante un paciente que acude a consulta con una historia de episodio de prolapso, la actitud será conservadora con modificaciones dietéticas o tratamiento con laxantes para aliviar el estreñimiento. Se debe recomendar evitar el tiempo prolongado sentado en el inodoro. En la mayoría de los pacientes que no asocien otros síntomas, y especialmente si relatan una historia previa de estreñimiento o episodio de diarrea, no está indicada la realización de pruebas diagnósticas.

En caso de otros síntomas —como sangrado rectal—, puede estar indicada la realización de una colonoscopia para descartar pólipo rectal. En casos recidivantes que no respondan al tratamiento del estreñimiento, puede ser útil descartar otras patologías, como la presencia de parásitos en heces o la malnutrición. Es extremadamente inusual, debido al *screening* neonatal, que el diagnóstico de fibrosis quística se produzca a raíz de episodios de prolapso, aunque su despistaje puede estar justificado en algunos casos de prolapso recidivante asociado a malnutrición⁶.

Dada su tendencia a la autorresolución con el tiempo, el prolapso rectal raramente será susceptible de tratamiento quirúrgico, reservándose para los pacientes con prolapsos altamente recidivantes de largo tiempo de evolución o que asocien dolor, sangrado o ulceración. Otro factor a tener en cuenta será la frecuencia de episodios que requieran reducción manual, especialmente si esta es dificultosa. Las patologías asociadas y la edad mayor de 4-5 años pueden predisponer a optar por el tratamiento quirúrgico. Las técnicas más comúnmente empleadas son la escleroterapia (inyección submucosa por encima de la línea dentada de una sustancia esclerosante como etilalcohol, dextrosa o suero salino que induce una reacción inflamatoria con la consecuente fibrosis de la pared rectal a los tejidos circundantes), o la sacrorrectopexia (fijación de la pared del recto a la fascia sacra ya sea mediante abordaje laparoscópico o por vía abierta por abordaje sagital posterior)⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Coran AG, Caldamone A, Adzick NS, Krummel TM, Laberge JM, Shamberger R. *Pediatric Surgery*. 7.ª edición. Amsterdam: Elsevier; 2012.
2. Peter SD. *Holcomb and Ashcraft's pediatric surgery*. 7.ª edición. Amsterdam: Elsevier; 2020.
3. Christison-Lagay ER, Hall JF, Wales PW, Terluk A, Goldstein AM, Ein SH, et al. Nonoperative management of perianal abscess in infants is associated with decreased risk for fistula formation. *Pediatrics*. 2007;120:e548-e552.
4. Watanabe Y, Todani T, Yamamoto S. Conservative management of fistula in ano in infants. *Pediatr Surg Int*. 1998;13:274-6.
5. Puri P. *Pediatric Surgery, Vol. 2. General Pediatric Surgery, Tumors, Trauma and Transplantation*. Berlín: Springer Nature; 2021.
6. Rentea RM, St Peter SD. Pediatric Rectal Prolapse. *Clin Colon Rectal Surg*. 2018;31:108-116.
7. Rentea RM, St Peter SD. Pediatric Rectal Prolapse. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*. 2018;31:108-16.