

## PROCTALGIA AGUDA PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA URGENTE

Las causas de proctalgia aguda son variadas. Aunque la mayor parte corresponden a procesos orgánicos, también algunas tienen una etiología funcional. En todos los casos hay que intentar establecer un diagnóstico y ser muy cuidadosos con la exploración clínica, suficiente en la mayoría, pero que puede incrementar el dolor.

- a) Los **abscesos anorrectales** producen un dolor a veces agudo (cuando son perianales) y otras gravativo como sensación de peso o dolorimiento en el área isquiorrectal. Habitualmente se asocian a los clásicos signos inflamatorios, pero en ocasiones, sobre todo en los isquiorrectales o en los interesfintéricos (endoanales), pueden no apreciarse signos flogóticos, quizás cierto malestar general, hipertermia o cuadro seudogripal. Ante un absceso anorrectal hay que efectuar drenaje. Los antibióticos no están indicados pues demoran el drenaje y favorecen la extensión de la sepsis al no alcanzar el antibiótico el foco infeccioso. Únicamente se deben administrar en diabéticos graves y/o inmunodeprimidos. (Este proceso se trata específicamente en otra guía).
- b) Si el dolor es como de desgarró, postevacuación, frecuentemente con un intervalo libre, y a veces intensísimo, acompañado o no de escasa rectorragia, y con el antecedente frecuente bien de esfuerzo evacuatorio o de cuadro diarreico, debemos hacer una muy cuidadosa exposición de los rafe posterior y anterior del ano, intentando tranquilizar al paciente y sin maniobras bruscas, para observar la **fisura anal**, el diagnóstico más probable. La recomendación: Baños de agua templada, ablandadores de heces (laxantes de volumen), y una crema que relaje el esfínter (nitroglicerina/diltiazem). La esfínterotomía interna urgente tiene mínimas indicaciones en la actualidad.
- c) La **trombosis hemorroidal externa** aparece tras un esfuerzo físico o evacuatorio generalmente, produce un intenso dolor y el paciente refiere la aparición de una tumoración perianal, generalmente pequeña, dura y negruzca, correspondiente al coágulo sanguíneo. No deben de haber necesariamente antecedentes de hemorroides. En caso de ser muy intenso el dolor, y solamente durante las primeras 48 horas de la aparición, podemos efectuar la excisión de la hemorroide (no incisión), posiblemente bajo anestesia local y en el mismo gabinete de exploración, mediante una incisión elíptica sobre la lesión que la desteché, impidiendo así la retrombosis. Medidas como los baños de asiento tibios, AINEs, y laxantes basados en fibra pueden prescribirse se drene o no el hematoma.
- d) El **prolapso hemorroidal trombosado** supone la exteriorización de paquetes hemorroidales (uno o varios) debido a su trombosis, dificultad de retorno venoso y edema subsecuente, en pacientes que habitualmente tienen patología hemorroidal de base. A la exploración puede haber una tumoración perianal muy dolorosa, que puede variar en tamaño hasta uno muy voluminoso, de color morado o negruzco (incluso en raras ocasiones gangrenoso). Esta tumoración no es habitualmente reductible, pero si hay mucha superficie mucosa expuesta, puede intentarse hacerlo poniendo compresas húmedas con suero glucosado hipertónico, que actuará reduciendo el edema. El prolapso hemorroidal trombosado es sólo excepcionalmente una indicación quirúrgica (únicamente en el caso en el que exista necrosis evidente o signos sépticos, podrá efectuarse una hemorroidectomía siendo muy cuidadosos con la preservación de puentes cutaneomucosos para evitar estenosis). Habitualmente el tratamiento es reposo relativo con tratamiento postural y medidas similares a las comentadas previamente.

- e) La **proctalgia fugaz** es, como su nombre indica un proceso doloroso de rápida evolución. Lo típico es que sea nocturna, despierte al paciente como un dolor que va aumentando en intensidad paulatinamente, ubicado no en el margen anal sino más alto en el recto y en ocasiones intensísimo, lo que alarma mucho al paciente. El dolor cesa en pocos minutos por lo general, persistiendo durante un rato algo más somordo. No hay relación alguna con la evacuación. Dadas sus típicas características, el diagnóstico se hace habitualmente por la anamnesis, y la exploración física excluye otro tipo de patología. No se requieren tampoco exploraciones complementarias. Se trata de una contractura muscular del suelo pélvico, más frecuente en sujetos ansiosos. No tiene tratamiento, aunque cuando es repetitivo (impredecible su aparición), el sujeto puede hacer un baño de asiento templado o tomar un analgésico, que no alcanzarán a hacer efecto hasta que haya cesado espontáneamente el dolor. Asegurar al paciente que tiene un problema funcional es suficiente.
- f) El **prolapso rectal completo** puede, muy rara vez, incarcerarse, produciendo la lógica proctalgia y la aparición de una masa exteriorizada por ano, a veces muy llamativa, de color rojo vinoso. Hay que intentar la reducción manual, suave, con buena lubricación, e idealmente tras aplicar compresas mojadas con agua azucarada o suero glucosado hipertónico que actuará sobre la gran superficie mucosa expuesta reduciendo, a veces “milagrosamente” el edema y facilitando su reducción. Caso de que exista una estrangulación y necrosis, se requerirá la cirugía.
- g) Los **tumores anales o rectales** que invaden el esfínter, pueden ser muy dolorosos aunque no se tratan de una proctalgia aguda, por lo que no se comentarán.

#### Bibliografía:

1. Herold A, Lehur P, Matzel KE, O’Connell PR (Eds). Coloproctology. 2008. Berlín. Springer-Verlag.
2. Ortiz H. Guía de cirugía colorrectal. Asociación Española de Cirujanos. Ed. Arán. Madrid. 2011.
3. Schein M, Rogers PN, Assalia A (Eds). Schein’s common sense emergency abdominal surgery. Heidelberg. Springer-Verlag 2010.
4. Wolff B et al, Eds: The ASCRS Textbook of Colon and rectal Surgery. Springer-Verlag Eds, New York, 2007.

Valencia, a 10 de noviembre de 2013