

COLGAJO EN DIAMANTE COMO TRATAMIENTO DE UNA ESTENOSIS ANAL POST-HEMORROIDECTOMÍA. CASO CLÍNICO.

Becerra Ortiz RM, Angulo Morales FJ, Martín García-Almenta M.
Hospital Central de la Cruz Roja, Madrid.

CASO CLÍNICO

Mujer de 40 años, con los antecedentes personales de migraña y un parto por vía vaginal con episiotomía. No refería historia previa de incontinencia anal. Fue vista en nuestra consulta en enero de 2017 por presentar proctalgia y prolapso hemorroidal de varios años de evolución, junto con rectorragia coincidiendo con las deposiciones, de cuantía variable.

En la exploración física presentaba una hemorroide externa-interna grado III-IV a las 7 horas en posición de litotomía, y otras dos hemorroides grado II a las 5 y 11 horas.

El esfínter anal era normotónico y no se apreciaron otras lesiones en la región perianal ni en el canal anal, al tacto rectal. Se solicitó una rectosigmoidoscopia, visualizándose hemorroides internas y externas congestivas.

Fue intervenida en junio de 2017, en posición de navaja, realizándose una hemorroidectomía tipo Milligan-Morgan de 3 los paquetes hemorroidales, con electrocoagulación, ligando los pedículos hemorroidales con sutura reabsorbible trenzada de 3/0 y preservación de los puentes cutáneo-mucosos. Recibió el alta hospitalaria a las 24 horas de la intervención, sin presentar complicaciones postoperatorias inmediatas.

Fue revisada en la consulta a los 13 días de la intervención, donde refería dolor anal intenso y rectorragia escasa con las deposiciones. En la exploración presentaba los lechos de la hemorroidectomía en fase de cicatrización, sin otras alteraciones. El resultado de la biopsia fue de dilataciones varicosas hemorroidales.

En la revisión después de un mes tras la intervención, continuaba quejándose de dolor anal intenso con las deposiciones, palpándose una estenosis a unos 2 cm del margen anal al realizar el tacto rectal. Se le dieron recomendaciones para facilitar las deposiciones.

Fue vista nuevamente dos semanas después, precisando ingreso hospitalario durante 24 horas para control del dolor anal y la administración de enemas de limpieza, por presentar dolor abdominal secundario por falta de evacuación completa de las heces.

En esta ocasión se palpaba claramente una zona de estenosis, que impresionaba de ser circunferencial y de estar a 1-2 cm del margen anal. La estenosis permitía el paso de un dedo, aunque con dolor intenso.

Se probó inicialmente con dilataciones manuales progresivas, explicándosele a la paciente la forma de proceder. Sin embargo, por falta de colaboración de la paciente se descartó esta opción. Se optó por tanto por la reintervención quirúrgica, que se realizó a los 4 meses de la primera cirugía.

En la intervención se apreció una estenosis anal a expensas de la cicatriz cutánea a las 10 horas en decúbito prono, que se extendía unos 2 cm hacia el interior del canal anal, coincidiendo con la zona de la ligadura previa del pedículo hemorroidal.

Se realizó una resección de la cicatriz y un colgajo de avance cutáneo en forma de diamante, fijándolo con puntos sueltos de hilo reabsorbible trenzado de 4/0 (Figuras 1, 2 y 3).

Sin presentar complicaciones postoperatorias inmediatas, recibió el alta hospitalaria 24 horas después. Se mantuvo durante 10 días el tratamiento con Metronidazol 500 mg cada 8 horas, Dexketoprofeno 25 mg y Metamizol 575 mg cada 8 horas, Lactulosa y Parafina cada 12 horas.

Se citó en nuestra consulta 1 semana después de la intervención, presentando un hematoma alrededor de la herida cutánea perianal, que se trató de forma conservadora (Fig. 4). El tacto rectal se realizaba sin dificultad y la paciente podía hacer las deposiciones sin dolor. A los 15 días tras la intervención, se le retiraron los puntos cutáneos, sin que la herida presentase signos de infección, habiendo desaparecido el hematoma perianal.

En la revisión un mes después de la cirugía, la herida cutánea estaba completamente cicatrizada y la paciente continuaba haciendo las deposiciones sin dolor anal ni abdominal (Fig. 5). A los 5 meses tras la intervención, continuaba encontrándose asintomática y satisfecha con el resultado, por lo que recibió el alta definitiva en nuestra consulta.

DISCUSION

La estenosis anal es el estrechamiento anormal del canal anal que se puede producir por diferentes circunstancias. Esta alteración es poco frecuente pero muy incapacitante (1). Se desarrolla cuando un tejido cicatricial restrictivo sustituye al anodermo, ocasionando un canal anal rígido y estrecho. Aunque hay descritas diferentes causas para la estenosis del canal anal, como los traumatismos, los tratamientos con radioterapia, las enfermedades venéreas o el uso crónico de laxantes, la causa principal de esta alteración es la realización previa de una hemorroidectomía, siendo en los adultos el factor desencadenante en el 90% de los casos (2)

La estenosis del canal anal es una entidad clínica que se puede clasificar en congénita, primaria o secundaria (según el origen); aguda o crónica (por duración, reversibilidad); anatómica o funcional (según la etiología); leve, moderada o severa (según la severidad); y baja, media o alta (en función del nivel de afectación). Para las estenosis moderadas, se recomienda un manejo conservador empleando laxantes emolientes y/o suplementos de fibra. Se pueden utilizar dilatadores anales digitales o mecánicos de manera periódica, así como la realización de una esfinterotomía. No obstante, el uso inapropiado y crónico de laxantes puede ayudar a disminuir la dilatación fisiológica regular del canal anal, los dilatadores pueden llegar a fisurarlo, precipitando por sí mismos la necesidad de cirugía, o la esfinterotomía puede tener un corto efecto (3,4). Para pacientes con una estenosis moderada-severa, la reconstrucción quirúrgica es necesaria, consistiendo en transferir bien la mucosa rectal, bien la piel perianal al canal anal para restaurar la elasticidad y sustituir el anodermo rígido (5).

Dentro de las opciones de tratamiento quirúrgico está el colgajo en diamante, descrito por Caplin y Kodner. (6) Esta técnica quirúrgica consiste en la incisión sobre el tejido cicatricial, dejando un defecto con forma de diamante. Ese colgajo está diseñado para cubrir la porción intra-anal del defecto. El colgajo se moviliza con el mínimo perjuicio para preservar la integridad del pedículo vascular subcutáneo. Este colgajo se sutura a los bordes del defecto del canal anal mientras que zona de donde se extrajo este tejido, se cierra de forma lineal.

Aunque no existan estudios randomizados que avalen la superioridad de una técnica quirúrgica sobre otra, y queda a la experiencia del cirujano y su práctica clínica habitual decidir cuál emplear en cada caso, se ha demostrado que el colgajo en diamante es una técnica bien estandarizada y con una alta tasa de éxito para el tratamiento de la estenosis anal causada por una hemorroidectomía previa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Casadesus D et al. Treatment of anal stenosis: a 5-year review. ANZ J Surg. 2007; 77: p. 557-559
2. Gülen M. Surgical treatment of anal stenosis with diamond flap anoplasty performed in a calibrated fashion. Dis Colon Rectum. 2016; 59: p. 230-235.
3. Brisinda G et al. Surgical treatment of anal stenosis. World J Gastroenterol. 2009; 15: p. 1921-1928
4. Katdare MV. Anal stenosis. Surg Clin North Am. 2010; 90: p. 137-145
5. Liberman H. How I do it: anal stenosis. Am J Surg. 2000; 179: p. 325-329

6. Caplin DA, Kodner IJ. Repair of anal stricture and mucosal ectropion by simple flap procedures. *Dis Colon Rectum*. 1986; 29: p. 92-94

IMÁGENES



FIGURA 1. Dibujo del colgajo sobre la piel perianal, con forma de diamante.



FIGURA 2. Se muestra el avance del colgajo cutáneo y los puntos de sutura en la zona más proximal.



FIGURA 3. Resultado final una vez cerrada completamente la herida quirúrgica.



FIGURA 4. Aspecto del hematoma alrededor de la herida quirúrgica.

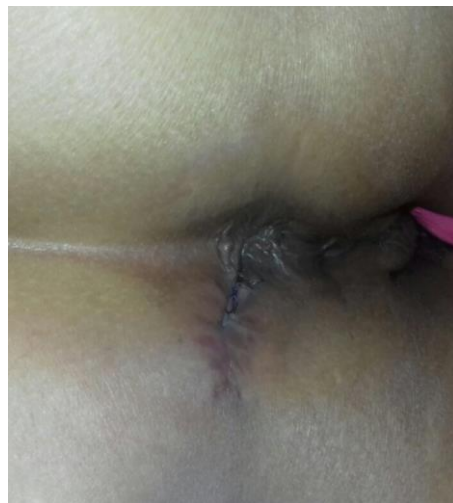


FIGURA 5. Aspecto de la herida completamente cerrada, al mes de la intervención.