

Manejo de la patología anorrectal urgente

Perea Sánchez, M. J.; Vega Blanco, J.; Becerra González, M.; Martín G. de Arboleya, R.; Molina García, D.; Cisneros Cabello, N.; Maldonado, V. H.; Rada Morgades, R.; Espinosa Gúzman, E.

Introducción

La patología anorrectal supone un motivo importante de consulta en el S. de urgencias. El conocimiento de su manejo en urgencias es básico para llevar a cabo una terapéutica correcta para conseguir la curación y evitar el desarrollo de complicaciones.

La proctalgia es el síntoma clínico más frecuente junto con la rectorragia y supuración perianal. Ante la presencia de alguno de estos síntomas, debemos hacer diagnóstico diferencial mediante una historia clínica y exploración física completa que en la mayoría de los casos nos dará el diagnóstico definitivo.

En el caso de los traumatismos y cuerpos extraños, aunque son infrecuentes, un manejo inadecuado puede conllevar consecuencias clínicas irreversibles que afecten a la evolución y posteriormente a la calidad de vida del paciente.

Haremos un repaso de los principales cuadros anorrectales urgentes y que hacer en cada caso para un manejo eficaz con las mínimas complicaciones posibles.

Abscesos anorrectales

Los abscesos anorrectales y las fístulas de ano representan manifestaciones diferentes de una misma patología.

El 90 % de los abscesos se explican por la teoría criptoglandular, debido a la obstrucción e infección de las glándulas a nivel de la línea pectínea. El resto de abscesos pueden ser manifestación de otras patologías: enfermedad inflamatoria, traumatismos o existencia de enfermedad neoplásica (Carcinoma, linfoma...) entre otras.

Por su localización en los espacios perirectales los clasificamos: Submucoso, interesfintérico, perianal, isquirrectal, supraelevador. (Fig1). El espacio postanal lo podemos dividir en

profundo entre el elevador del ano y el ligamento anocoxigeo y el superficial, por debajo de este (Fig 2).

Clínicamente, la existencia de proctalgia y fiebre va normalmente asociado a la presencia de un absceso. La existencia de síntomas urinarios como disuria o retención puede deberse a la existencia de un absceso interesfintérico o supraelevador, siendo estos los que presentan más dificultad diagnóstica ya que la inspección es anodina y no encontramos los hallazgos típicos de zona inflamada y fluctuante¹.

El tacto rectal, a veces difícilmente realizable por el dolor existente, puede poner de manifiesto la sensación de masa en el canal anal. Los abscesos supraelevadores a veces pueden palparse si realizamos un tacto vaginal².

En algunas ocasiones será necesaria la realización de pruebas complementarias como ecografía endoanal o TAC/ RNM si los hallazgos exploratorios no son definitivos o para orientar mejor el tratamiento quirúrgico a realizar.

Tratamiento

Principios Generales

El tratamiento debe ser siempre el drenaje urgente y precoz. El manejo conservador con antibióticos se ha comprobado que es ineficaz provocando a veces abscesos más complejos o incluso, aunque es excepcional, el desarrollo de una infección necrotizante.

El uso de tratamiento antibiótico tras el drenaje se recomienda en pacientes con celulitis importante, inmunosuprimidos, diabéticos, afectos de valvulopatía, portadores de prótesis valvular o en situación de sepsis grave.

Aunque algunos abscesos de pequeño tamaño pueden drenarse bajo anestesia local normalmente es necesaria la administración de anestesia regional o general y con el paciente en decúbito prono en navaja o lateral izquierda (Sim's) para un desbridamiento amplio y exploración anal¹.

La incisión será amplia, siempre en el sentido de las fibras musculares de los esfínteres y lo más cercano al canal anal para conseguir que la fístula subsecuente sea lo más corta posible. Se explorará la cavidad para desbridar tabiques y descartar

otros abscesos en su vecindad. Si una vez en quirófano no es posible localizar la cavidad, es preferible completar estudio con pruebas complementarias (Ecografía endoanal si fuese posible) que realizar incisiones innecesarias que puedan ser base de trayectos fistulosos posteriores.

Los abscesos de la fosa isquiorrectal y en herradura suelen tener su origen en el espacio postanal profundo. Para acceder a este espacio realizamos una incisión en línea media posterior entre el ano y el coxis rechazando el EAE y llegando a dicho espacio. A veces es posible localizar el orificio fistuloso interno (OFI) en línea media posterior y tutorizarlo. Posteriormente se realizan contraincisiones en ambas fosas isquiorrectales para su drenaje. (Técnica de Hanley)³.

Los abscesos interesfíntéricos deben drenarse vía endoanal con marsupialización de los bordes.

La realización de una fistulotomía en la misma intervención cuando se localiza el OFI es un punto controvertido. Existen numerosos estudios que comparan recurrencia y presencia de incontinencia entre drenaje y drenaje con fistulotomía sin conseguir datos estadísticamente significativos. De manera general, siempre y cuando el cirujano tenga suficiente experiencia, la fistulotomía se puede realizar en los casos de fístulas transesfíntéricas bajas donde se localice OFI excepto: enfermedad de Crohn, pacientes VIH, ancianos, fístulas transesfíntéricas altas y mujeres con fístulas anteriores y cicatrices de episiotomía previas⁴.

Los abscesos del espacio supraelevador, son raros y debemos determinar previamente su origen ya que el tratamiento será diferente:

Si se determina un origen pélvico, secundario a una diverticulitis, enfermedad de Crohn o apendicitis, debe drenarse a través del recto o por vía abdominal dependiendo del cuadro clínico que lo haya provocado. Una opción menos agresiva es plantear drenaje percutáneo por Radiología Intervencionista siempre que sea posible.

Si procede de absceso interesfíntérico el drenaje debe realizarse vía endoanal para evitar una fístula supraesfíntérica posterior.

Si es un absceso isquiorrectal debe drenarse a través de espacio perianal para evitar en este caso una fístula extraesfíntérica. (Fig 3).

Situaciones especiales

Infección necrotizante anorrectal

Es un cuadro infrecuente y suele deberse a retraso diagnóstico, gérmenes muy virulentos o la existencia de patología de base (diabetes, enfermedad renal, absceso recurrente...).

El tratamiento quirúrgico debe ir acompañado de una correcta reanimación con fluidoterapia y antibióticos de amplio espectro. Se debe realizar un desbridamiento amplio hasta encontrar tejido sano. La realización de una colostomía es un tema controvertido. Se recomienda su realización si existe perforación rectal, cuando el EA este muy afectado, si existe incontinencia o si el paciente esta inmunocomprometido.

Enfermedad de Crohn

Es relativamente frecuente (23-62 %) y puede ser la primera manifestación de la enfermedad incluso años antes de que se

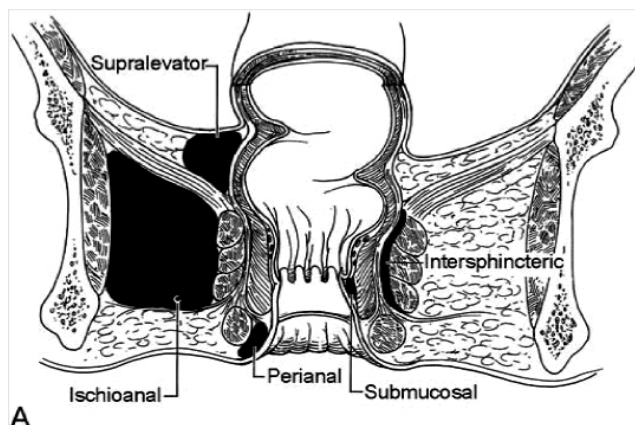


Figura 1.— Clasificación de los abscesos anales según su localización.

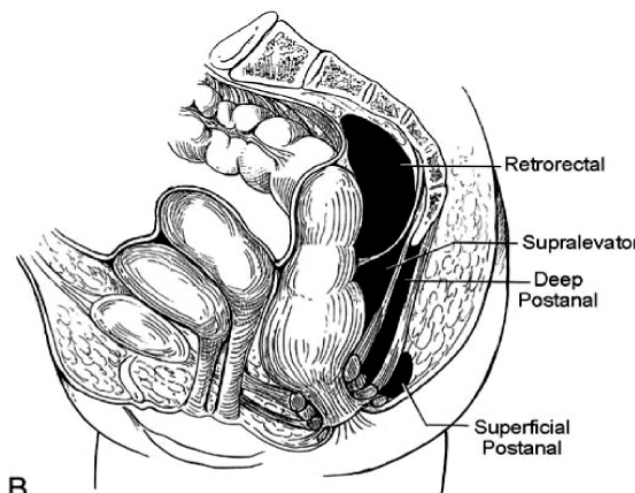


Figura 2.— División del espacio postanal.

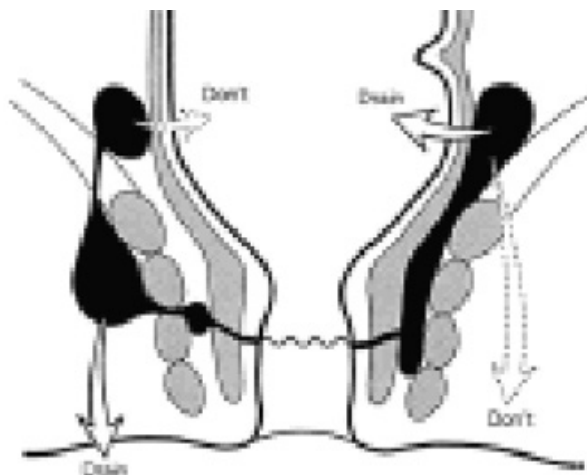


Figura 3.— Drenaje de absceso supraelevador dependiendo de su etiología.

inicien las manifestaciones digestivas, por lo que a veces su diagnóstico puede ser complejo. Las múltiples lesiones en piel y mucosa anal y múltiples fístulas nos debe hacer pensar en la posible existencia de esta enfermedad.

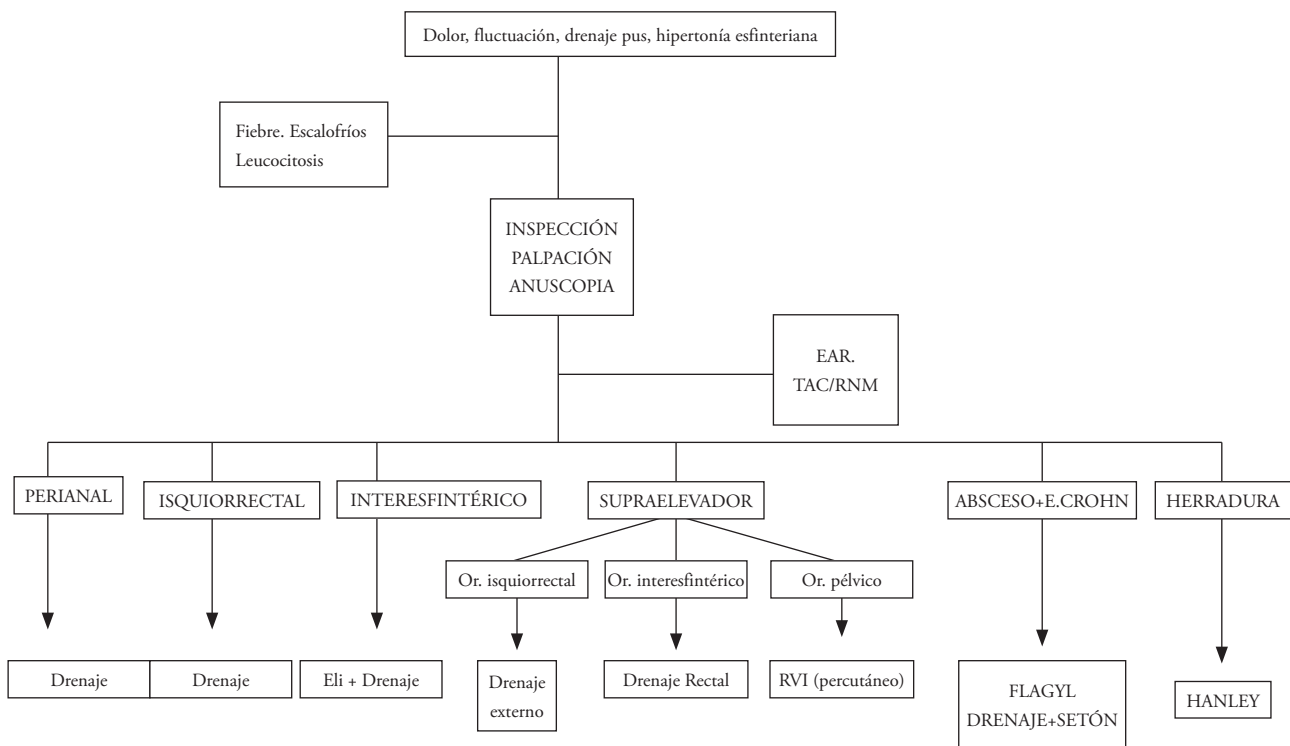


Figura 4.— Algoritmo diagnóstico terapéutico de los abscesos anales.

Los abscesos ischioanales son los más frecuentes. No siguen como norma la teoría criptoglandular. Un 70 % de los casos están asociados a una fístula anal (transesfintérica hasta en un 47 % de los casos). Siempre está indicado su drenaje. La incisión debe ser lo mas pequeña posible y lo más cercana al ano ante la posibilidad de desarrollar posteriormente una fístula⁶. La colocación de sedales en todos los trayectos que localicemos nos permite un control adecuado de la infección minimizando las posibles complicaciones con una técnica muy agresiva.

El siguiente esquema hace referencia al algoritmo diagnóstico –terapéutico que seguimos en nuestro hospital. (Fig 4)

Resumen práctico

QUE HACER	QUE NO HACER:
Siempre drenaje precoz.	Fistulotomía de urgencia si cirujano poco experimentado o duda de la proporción de esfínter afecto.
Buscar orificio interno siguiendo teoría criptoglandular y referenciar trayecto con sedal si se localiza	Esperar fluctuación para realizar drenaje.
Drenaje endoanal de abscesos interesfintéricos	Forzar la existencia de OFI .

Fisura anal

Herida longitudinal en el canal anal distal a la línea dentada. La incidencia no se conoce con exactitud pero es un cuadro bastante frecuente que ocurre sobre todo en adultos de edad media. El 90 % de los casos se sitúa en línea media posterior (típicas) aunque también puede localizarse el línea media anterior o en ambos aunque es mucho menos frecuente.

La presencia de fisura de otras localizaciones (atípicas) siempre nos debe hacer sospechar la existencia de una enfermedad subyacente como enfermedad de Crohn tuberculosis, VIH, sífilis, cáncer anal...

Según el tiempo de evolución, se dividen en agudas (se resuelven en 4-6 semanas) y crónicas (6-8 semanas).

Tratamiento

Medidas conservadoras.

La terapia conservadora se ha consolidado como un tratamiento eficaz y seguro por lo que hoy se considera el primer escalón de tratamiento⁷.

En las fisuras agudas de poco tiempo de evolución se ha demostrado que el tratamiento conservador puede curar hasta un 87 % de los casos. Estas medidas van encaminadas a disminuir la presión del esfínter anal: Reblandecer el bolo fecal, baños de asiento con agua templada y pomadas con anestésicos locales utilizadas siempre de manera autolimitada para disminuir el dolor agudo. (Lidocaína, corticoides)⁸.

La hipertonia esfinteriana establecida es el factor determinante para la mala respuesta a las medidas conservadoras. Los tratamientos tópicos asocian menor tasa de curación que la cirugía pero están indicados como primer paso por el riesgo de incontinencia posterior que asocia la cirugía⁹. Principalmente son: Nitroglicerina, antagonistas del calcio y la toxina botulínica.

La Nitroglicerina se administra en forma de pomada al 0,2 %. Actúa como neurotransmisor en la relajación muscular, de manera que disminuye la Presión de reposo del esfínter anal interno (EAI). Aunque los primeros estudios realizados obtuvieron muy buenos porcentajes de curación, las últimas revisiones muestran unas tasas que no llegan al 50 %. Su principal efecto adverso es la cefalea.

Los Antagonistas del calcio (Diltiacem, Nifedipino) actúan inhibiendo la entrada de los iones de calcio en las células musculares de manera que también disminuye la Presión de reposo del esfínter. Múltiples estudios ponen de manifiesto una efectividad similar a la nitroglicerina pero con menos efectos adversos^{10,11}.

La Toxina Botulínica inhibe la liberación de Acetilcolina, bloqueando la placa motora. Se obtiene un efecto máximo en la primera a la tercera semana y va desapareciendo progresivamente hasta recuperar el tono muscular previo al tratamiento. Los mejores resultados se han obtenido con dosis altas y con reinyecciones.

En nuestro ámbito no tiene indicación para las fisuras anales y solo se contempla en el contexto de un ensayo clínico o como medicamento de uso compasivo¹².

Tratamiento quirúrgico.

La esfinterotomía lateral interna (ELI) es la técnica más aceptada en el tratamiento de la fisura anal que no responde al tratamiento conservador. Se asocia a una baja tasa de recurrencia y de incontinencia postoperatoria, lo que hace que se considere el «gold standard» en el tratamiento de la fisura. Una revisión reciente de la Crochrane¹³ concluye que no existen diferencias significativas entre la esfinterotomía abierta y cerrada con respecto a la recurrencia y el porcentaje de incontinencia aunque estudios posteriores ponen de manifiesto la asociación entre la extensión de la esfinterotomía y la aparición de incontinencia o la disminución de recurrencias¹⁴. De manera general suele realizarse una sección hasta la línea dentada o con la misma longitud que la fisura (aprox. 1 cm). Se ha demostrado que la sección por encima de la línea dentada y en pacientes con factores de riesgo (edad avanzada, múltiparas, cirugía previa, ausencia de hipertonia) se asocia a una mayor tasa de incontinencia.

La fisurectomía con asociación de otro procedimiento (esfinterotomía, colgajo de avance, tratamiento tópico) no esta recomendada como tratamiento de elección. Es una alternativa en los casos que se requiera biopsia de la fisura por sospecha de patología subyacente¹².

Los colgajos de avance no han demostrado mayor eficacia que la esfinterotomía; técnicamente son más difíciles de realizar y su principal complicación es la necrosis del colgajo. Por ello solo se recomienda su realización en pacientes con recurrencia o persistencia de la fisura anal tras esfinterotomía, fisura anal sin hipertonia esfinteriana o cuando se asocie estenosis anales. Nyam et al. llevaros acabo un estudio de 21 casos y 18 meses de

seguimiento donde concluyeron que el colgajo de avance era una buena alternativa terapéutica en este tipo de fisuras¹⁵.

La dilatación anal se ha utilizado clásicamente como tratamiento de la fisura anal. Ha sido muy criticada por el daño esfinteriano difuso que ocasiona con altas tasas de incontinencia por lo que en la actualidad está en desuso¹².

Fisura anal y Enfermedad de Crohn.

Afecta aproximadamente a un 30 % de los pacientes. Siempre debemos ser lo más conservadores posibles ya que las complicaciones en estos pacientes se exacerban debido a su patología de base. El control adecuado de la enfermedad soluciona en un 50 % los casos de alteraciones anorrectales. Si tras esto, persiste la fisura se puede plantear la realización de un esfinterotomía limitada. Actualmente no existe evidencia del uso de relajantes de uso tópico para el tratamiento en estos pacientes⁸.

Resumen práctico

QUE HACER	QUE NO HACER
Tratamiento conservador inicial.	Dilatación anal
ELI: dolor intenso/ mala respuesta a tratamiento conservador.	ELI extensas en pacientes con factores de riesgo
Si ELI previa: tratamiento conservador y derivar a coloproctología	

Patología hemorroidal urgente

En el Servicio de Urgencias los cuadros de proctalgia causados por patología de origen hemorroidal son producidos por trombosis hemorroidal externa, prolapso y prolapso hemorroidal trombosado.

La trombosis hemorroidal externa aparece como una tumoración perianal muy dolorosa. El pico máximo de dolor aparece a las 48-72 horas del inicio del cuadro y es en este periodo donde se indica el tratamiento quirúrgico. Pasado este tiempo el dolor comienza a remitir por lo que solo se recomienda tratamiento conservador con analgésicos, baños de asiento con agua tibia y suplementos de fibra ya que el tratamiento quirúrgico no aporta beneficio pasado este tiempo¹⁶.

El tratamiento quirúrgico en estos casos consistirá en la extracción total del coágulo con una pequeña incisión bajo anestesia local o la realización de hemorroidectomía según las circunstancias locales. La herida puede cerrarse aunque es preferible su cierre por segunda intención ya que disminuye la posibilidad de un episodio de retrombosis¹.

El prolapso corresponde clínicamente a hemorroides grado IV con edema importante que las hacen dolorosas. En estos casos, el tratamiento es principalmente conservador con medidas higiénico- dietéticas, tratamiento local mediante apósitos con manitol para disminuir el edema y tratamiento antiinflamatorio-analgésico para el dolor. Se puede asociar la toma de algún venotónico aunque no existe evidencia sobre su beneficio¹².

El prolapso hemorroidal puede acompañarse de trombosis debido a que existe una dificultad para el retorno venoso. En estos casos está indicada la realización de una hemorroidectomía aunque existe controversia sobre si se debe realizar de urgencias ya que esta tiene más índice de complicaciones y yatrogenia.

En cuanto a la técnica a realizar, hay muchos estudios que comparan la hemorroidectomía abierta con la cerrada con resultados similares, aunque se recomienda la técnica abierta sobre todo en los casos donde exista necrosis¹⁷.

Otra posibilidad es reducir las hemorroides bajo anestesia local y realizar una técnica de ligadura con bandas. Ramussen et al. llevó a cabo un estudio randomizado comparando esta técnica y la hemorroidectomía abierta con buenos resultados y con tendencia a una mejor recuperación en los casos de ligadura con bandas¹⁸.

La realización de anopexia circular para el tratamiento del prolapso hemorroidal tromboso se ha valorado en diferentes estudios^{19, 20}. Uno de los más recientes concluye que la anopexia circular es una técnica segura para la hemorroidectomía de urgencias y que al igual que en cirugía programada tiene beneficios a corto plazo (menos dolor postoperatorio con recuperación más temprana)²¹.

Resumen práctico

QUE HACER	QUE NO HACER
Ser conservadores a la hora de realizar hemorroidectomía de urgencias	Hemorroidectomía amplia en situación aguda de inflamación y edema

Traumatismos anorrectales y cuerpos extraños

Los traumatismos anorrectales pueden ser debidos a procesos muy diversos, desde traumatismos penetrantes (arma blanca, arma de fuego, empalamiento...) o cerrados (accidente de tráfico, explosión) a lesiones yatrogenas tras procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Debemos mantener un alto índice de sospecha para no pasar por alto una lesión extraperitoneal. La realización de un tacto rectal y una rectosigmoidoscopia urgente tienen una sensibilidad cercana al 90 %. A pesar de ello se recomienda la realización de pruebas complementarias siempre y cuando la situación clínica del paciente lo permita (Radiografías, TAC con contraste hidrosoluble y, en determinados casos, arteriografía y urografía).

La clasificación más conocida es la de la Asociación Americana de Cirujanos de Trauma denominada Rectum Injure Scale (RIS)¹².

- I: a) Contusión/Hematoma sin devascularización.
b) Laceración parcial de la pared.
- II: Lesión completa de la pared < del 50 % de la circunferencia.
- III: Lesión completa de la pared > del 50 % de la circunferencia.
- IV: Lesión completa de la pared con extensión al perine.

V: Devascularización de un segmento de recto.

El manejo de los traumatismos anorrectales ha cambiado de manera significativa a lo largo de la historia. Los principios básicos de manejo son cuatro: Derivación del contenido fecal, drenaje presacro, lavado del recto y reparación transanal cuando sea posible.

La realización de una colostomía ha sido uno de los pilares del tratamiento. Se ha debatido mucho sobre el tipo de colostomía. De manera general se reservará la colostomía terminal en aquellos casos que exista gran destrucción rectal que requiera resección. En el resto, se puede realizar una colostomía en asa. Recientemente se han publicado artículos de tratamiento sin realización de colostomía en casos seleccionados con buenos resultados^{22,23}.

El drenaje presacro y el lavado del muñón distal es un punto controvertido ya que existen resultados muy contradictorios en los numerosos estudios realizados. Solo estaría indicada si existen lesiones no reparadas que puedan causar contaminación de los espacios pararectales o si existe gran destrucción de esta zona¹.

En las lesiones anales accesibles vía transanal está indicada la reparación primaria con muy buenos resultados²⁴.

La reparación rectal primaria en la mayoría de la veces técnicamente difícil y a veces imposible. Además, para su realización, es necesario la disección de la cavidad peritoneal con la consecuente contaminación lo que puede resultar desfavorable para la evolución del cuadro. Estaría indicado hacerlo cuando se asocien otras lesiones pélvicas (próstata, vasos ilíacos...) que sea necesario reparar y cuando la lesión es extraperitoneal baja¹.

Actualmente no existe gold Standard en el tratamiento de los traumatismos. Se debe individualizar cada caso teniendo en cuenta la situación clínica del paciente, extensión de la lesión y la experiencia del cirujano.

Resumen práctico

QUE HACER	QUE NO HACER
Conocer el grado de lesión rectal y presencia de lesiones asociadas siempre que la situación clínica del paciente lo permita.	Reparación primaria del recto siempre inicialmente
Control de daños: Limpieza de tejidos afectados. Drenaje de cavidades.	Drenaje insuficiente de cavidades.
Colostomía cuando no se consiga un buen aislamiento del contenido fecal.	
Reparación primaria de lesiones anales accesibles	

Cuerpos extraños anorectales

Una de las clasificaciones más utilizadas es la descrita anteriormente para los traumatismo anales de la ASCRA dependiendo de la lesión rectal que ha causado el cuerpo extraño(RIS). La mayoría de las lesiones provocadas por cuerpos extraños son grado I-II.

Otra clasificación lo divide en voluntarios, donde se distingue los sexuales o no sexuales (body paking) y los involuntarios que ocurre normalmente en niños o enfermos mentales.

En la exploración normalmente se puede palpar el objeto en el tacto rectal. Debemos de tener especial atención con el estado del esfínter anal, sobre todo en los pacientes sin episodios previos y en los casos que haya sido involuntario. En los casos que no haya daño esfinteriano este presentará hipertonia secundaria al espasmo muscular. Siempre será conveniente realizar un estudio manométrico del esfínter anal posteriormente¹.

Lo primero que debemos descartar es la presencia de perforación, sobre todo las extraperitoneales, ya que puede pasar desapercibida clínicamente.

Si el paciente se encuentra estable y el objeto esta en la ampolla rectal se procederá a su extracción bajo anestesia. A veces, si se encuentra proximal, se puede dejar en observación hasta que se pueda extraer vía transanal²⁵.

El uso de enemas o favorecedores del transito es un tema controvertido ya que existe un riesgo teórico de empeorar la agresión rectal, causar perforación o movilizar el objeto proximalmente.

Siempre que sea posible se realizara una extracción transanal. Los objetos cortantes siempre deberán extraerse bajo visión directa con un rectoscopio.

En el caso de los «body paking» no esta recomendado el uso de utensilios que puedan romper las bolsas.

Cuando el objeto extraño se localiza en colon sigmoideo, es más probable la necesidad de laparotomía para hacer avanzar el cuerpo extraño y realizar su extracción transanal. Cuando esto no sea posible esta indicado la realización de una colotomía para extraer el cuerpo extraño. Hay estudios en la literatura que describen el uso de la laparoscopia para hacer avanzar el cuerpo extraño distalmente ^{26, 27}.

Resumen práctico

QUE HACER	QUE NO HACER
Extracción transanal siempre que sea posible	Uso de utensilios que puedan dañar la mucosa rectal.
Observación si buena situación clínica en objetos extraíbles vía transanal	
.Cirugía urgente si cuadro de obstrucción o riesgo de perforación intestinal.	

Rectorragia

Supone aproximadamente un 0,7 % de las urgencias. La mayoría de las rectorragias son de origen colónico. La patología anorrectal supone el 11 % de las rectorragias pero son muchas las patologías que pueden causar sangrado a través del ano. Las más frecuentes son:

- Enfermedad diverticular: supone el 40 % de las rectorragias. Normalmente es un divertículo el causante del sangrado que suele ceder de manera espontánea. En 10-20 % el sangrado es continuo.
- Angiodisplasia: 1-4 % de los casos. El resangrado es muy frecuente (85 %). La angiografía nos da el diagnóstico de certeza además de permitir llevar a cabo medidas terapéuticas (embolización, inyección de vasoconstrictor).
- Enfermedad inflamatoria intestinal: Suelen ser causa de sangrado leve acompañado con otras manifestaciones (cambios en hábito intestinal, dolor abdominal)
- Neoplasias.
- Colitis isquémica: es causa infrecuente de sangrado profuso.
- Otras: coagulopatía (menos de 20.000 plaquetas), origen en intestino delgado o en el tracto gastrointestinal alto (10-15 %).

Lo primero que debemos valorar es la estabilidad hemodinámica del paciente para comenzar lo antes posible con las medidas de resucitación si fuese necesario. La colocación de una SNG descartará que el sangrado proceda del tracto intestinal superior.

La historia clínica del paciente nos orienta hacia la posible etiología. El tacto rectal y la anoscopia son imprescindibles para descartar el origen anorrectal del sangrado. Aunque es raro que esta patología sea causa de rectorragia importante, la presencia de un sangrado hemorroidal con repercusión hemodinámica obliga a realizar una hemorroidectomía de urgencias. Si la exploración física no nos da el diagnóstico está indicada la realización de una colonoscopia que posee una sensibilidad del 74-89 % para encontrar el sitio de sangrado y en un 67 % de los pacientes consigue el control del sangrado²⁸.

La realización de una angiografía está indicada en caso de que la colonoscopia no sea diagnóstica o si por algún motivo no se ha podido realizar. Tiene una sensibilidad del 40-78 %; se pueden llevar a cabo medidas terapéuticas mediante embolización o inyección intraarterial de sustancias vasoconstrictoras con alto índice éxito (93-91 % respectivamente).

Si tras todo ello no hemos conseguido localizar el origen del sangrado y el paciente esta hemodinamicamente estable se procederá a la realización de otros nuevos estudios que puedan facilitarnos el diagnóstico (gammagrafía, cápsula endoscópica...) aunque se salen del tema de este estudio.

En el caso de un sangrado profuso con repercusión hemodinámica y ante la imposibilidad de controlar el sangrado con medidas conservadoras estará indicada la realización de una laparotomía con resección del segmento intestinal afecto. En los casos donde no conozcamos el origen del sangrado la realización de una colonoscopia intraoperatoria puede darnos el diagnóstico.

Si ha sido imposible localizar el origen del sangrado, se realizará una colectomía total/subtotal puesto que eliminamos

de esta manera las principales causas de sangrado (enfermedad diverticular, angiodisplasia).

Resumen práctico

QUE HACER	QUE NO HACER
Reanimación y exploración anal para descartar patología anorrectal como causa del sangrado	Omitir la exploración anorrectal.
Colonoscopia diagnóstica y terapéutica como primer escalón de actuación.	Realizar laparotomía de manera precipitada sin conocer la etiología del sangrado siempre que te lo permita la situación clínica del paciente.
Laparotomía urgente +/- colonoscopia intraoperatoria si no se localiza el origen	

Bibliografía

- Bruce G. Wolff (2007) The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. 13:192-214.
- Golberg SM, Gordon PH, Nivatvongs S. Essentials of Anorectal Surgery. Philadelphia: JB Lippincott; 1980: 100-127.
- Oxford Textbook of Surgery (3-Volume Set) 2nd edition (January 15, 2000): by Peter J. Morris (Editor), William C. Wood (Editor) By Oxford Pres.
- Malik A.I, Nelson R.L Surgical management of anal fistulae: a systematic review. Colorectal Disease 10: 420-430.
- Fazio VW, Church JM, Delaney CP. Current therapy in colon and rectal surgery. Philadelphia, Penn: Elsevier Mosby; 2005.
- Philip H. Gordon, Santhat Nivatvongs Principles and Practice of Surgery for the colon, rectum and anus (2007).
- Orsay C, Rakinic J, Perry WB, et al. Practice Parameters for the management of anal fissures. Disease Colon and Rectum 2004; 47 (12): 2003-7.
- Bruce G. Wolff (2007) The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery 12:178-191.
- Nelson RL. Non surgical therapy for anal fissure. Cochrane Data Base Syst Rev 2009; (2): CD003431.
- Kocher HM et al. Randomized clinical trial assessing the side effects of glyceryl trinitrate and diltiacem in the treatment of chronic anal fissure. Br J Surg 2002; 89 (4): 413-7.
- Bielecki K et al. A prospective randomized trial of Diltiacem and Gliceryldinitrate ointment in the treatment of chronic anal fissure. Colorectal Dis 2003; 5 (3): 256-7.
- Parrilla P, Landa J.L (2009). Cirugía AEC. 55: 565-571.
- Nelson RL. Operative procedures for fissure in ano. Cochrane Data Base Syst Rev 2009; (2): CD002199.
- Garcia- Granero E et al. The ideal lateral internal esfinterotomy: clinical and endosonography evaluation following open and closed internal anal esfinterotomy. Colorectal Disease 2009; 11(5): 502-7.
- Nyam DCNK et al. Island advancement flaps in the management of anal fissures. Br J Surg 2005; 82 (3): 326-8
- Corman ML. Hemorrhoids. In : Brown b McMillan e, LaPlante MM, editors. Colon and rectal Surgery. 5th edition. NY. Lippincott. 2002 177-248
- Eu KW et al.. Comparasion of emergency and elective haemorrhoidectomy. Br J Surg 1994; 81: 308-310.
- Ramussen el al. Emergency haemorrhoidectomy compared with incision and banding for the treatment of acute strangulated haemorrhoids. A prospective randomized study. Eur J Surg 1991; 157: 613-4.
- Kang JC et al. Emergency Stapled haemorrhoidectomy for haemorrhoidal crisis. Br J Surg 2005; 92:1014-1016.
- Brown S.R et al. Stapled mucosectomy for acute thrombosed circumferentially prolapsed piles: a prospective randomized comparison with conventional haemorrhoidectomy 2001. Colorectal Disease 3, 175-178.
- Wong J.C.H. et al. Stapled Technique for acute Thrombosed Hemorrhoids: A Randomized, Controlled Trial with Long- Term Results. Diseases Colon and Rectum 2008; 51: 397-403.
- Velmaos GC el al. Operative Management of civilian rectal gunshot wounds: simple is better. World J Surg 2000; 24:114-118.
- Mc Grath V et al. Rectal trauma: management based of anatomic distinctions. Am Surg 1998; 64: 1136-1141.
- Levine JH et al. Management of selected rectal injures by primary repair. Am J Surg 1996; 172: 575-579.
- Lake JP et al. Management of retain colorectal forein bodies: predictors of operative intervention. Dis Colon and Rectum 2004; 47: 1694-98.
- Berghoff KR et al. Laparoscopic- assisted rectal foreign body removal: report a case. Dis Colon and Rectum 2005. 48:1975
- Rispoli G. et al. Removal of foreign body from the distal colon using a combined laparoscopic and endoanal approach: report of a case. Dis Colon and Rectum 2000; 43:1632
- A. Herold; P-A Lehur; KE Matzel, PRO O'Connell editors. Coloproctology. Springer 2008.