

---

# Patologia anorectal

---

PID\_00262552

Dra. Montserrat Planella

---

Temps mínim de dedicació recomanat: 2 hores

---



**Dra. Montserrat Planella**

Llicenciada en Medicina i Cirurgia per la Facultat de Medicina de Lleida, Universitat de Barcelona, 1992. Doctora en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Lleida, 2007. Professora associada assistencial del Departament de Medicina de la Universitat de Lleida. Metge adjunt del Servei de Digestiu de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida.

# Índex

<b>Introducció</b> .....	5
<b>Objectius</b> .....	6
<b>1. Patologia anal benigna</b> .....	7
1.1. Hemorroides .....	7
1.1.1. Definició .....	7
1.1.2. Funció .....	7
1.1.3. Malaltia hemorroidal .....	7
1.1.4. Classificació .....	7
1.1.5. Clínica .....	8
1.1.6. Tractament .....	9
1.2. Fístules .....	12
1.2.1. Definició .....	12
1.2.2. Etiologia .....	12
1.2.3. Classificació .....	12
1.2.4. Clínica .....	13
1.2.5. Diagnòstic .....	13
1.2.6. Tractament .....	14
1.3. Fissures .....	15
1.3.1. Definició .....	15
1.3.2. Etiologia .....	15
1.3.3. Clínica .....	15
1.3.4. Diagnòstic .....	15
1.3.5. Tractament .....	16
1.4. Prolapse anal .....	17
1.4.1. Definició .....	17
1.4.2. Etiologia .....	17
1.4.3. Clínica .....	17
1.4.4. Diagnòstic .....	17
1.4.5. Tractament .....	17
1.5. Prolapse rectal .....	18
1.5.1. Definició .....	18
1.5.2. Etiologia .....	18
1.5.3. Clínica .....	18
1.5.4. Diagnòstic .....	18
1.5.5. Tractament .....	18
1.6. Altres .....	18
1.6.1. Penjalls o replegaments cutanis hipertròfics .....	18
1.6.2. Papil·les anals hipertròfiques .....	19

<b>2. Malalties cutànies perianals.....</b>	<b>22</b>
2.1. Pruija anal .....	22
2.1.1. Etiologia .....	22
2.1.2. Diagnòstic etiològic .....	22
2.1.3. Tractament .....	22
2.2. Ràgades i erosions anals .....	23
2.3. Efectes secundaris dels esteroides tòpics .....	23
2.4. Patologia infecciosa. Condiloma anal .....	24
2.4.1. Etiologia .....	24
2.4.2. Presentació .....	24
2.4.3. Diagnòstic .....	25
2.4.4. Tractament .....	25
2.4.5. Altres patologies infeccioses .....	25
2.5. Altres .....	25
<b>3. Tumors anals.....</b>	<b>26</b>
3.1. Carcinoma .....	26
3.2. Melanoma .....	26
<b>4. Altres patologies anorectals.....</b>	<b>27</b>
4.1. Úlcera rectal solitària .....	27
4.2. Proctàlgia fugaç .....	28
4.3. Cossos estranys rectals .....	28
<b>Resum.....</b>	<b>29</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>31</b>



## **Introducció**

Els símptomes anorectals són freqüents i poden ser causats per un ampli espectre de patologies. Encara que la majoria d'aquestes són benignes, s'ha de mantenir la sospita de càncer colorectal i tots els pacients han de ser investigats apropiadament. La inspecció anal, el tacte rectal i l'anuscòpia rígida proporcionen la informació necessària per a una avaluació inicial correcta.

## **Objectius**

Els objectius que l'estudiant haurà d'assolir amb l'estudi d'aquest material són els següents:

- 1.** Conèixer les diferents formes de presentació de la patologia anorectal.
- 2.** Reconèixer les evidències de l'exploració física de la patologia anorectal.
- 3.** Conèixer el tractament mèdic de les patologies anorectals.
- 4.** Conèixer les indicacions de tractament quirúrgic d'aquestes patologies.

# 1. Patologia anal benigna

## 1.1. Hemorroides

### 1.1.1. Definició

Les hemorroides són estructures anatòmiques vasculars normals de la submucosa que contenen sinusoides sanguinis, múscul llis, teixit elàstic i connectiu.

### 1.1.2. Funció

Contribuir a la continència anal i a la capacitat de discriminar entre contingut gasós, líquid o sòlid.

### 1.1.3. Malaltia hemorroidal

Es refereix als símptomes que apareixen quan un procés patològic altera la funció o la posició normal de les hemorroides.

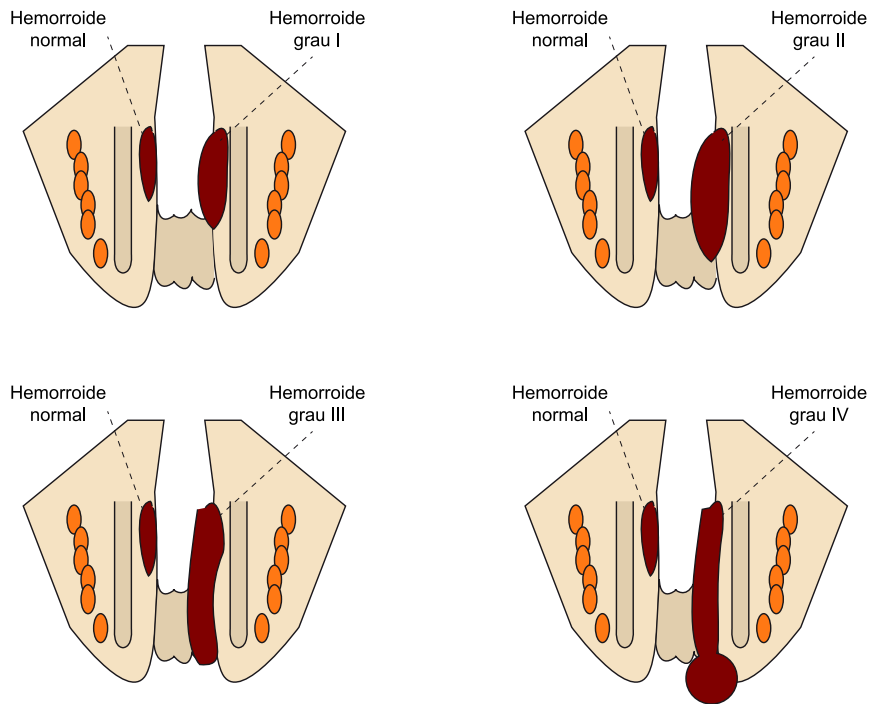
### 1.1.4. Classificació

Segons la seva posició per damunt o sota la línia pectínia les hemorroides es classifiquen en internes, externes i mixtes.

Les hemorroides internes, al seu torn, es classifiquen segons el grau de prolapse en:

- Primer grau: protrudeixen en el canal anal.
- Segon grau: sobresurten a través de l'orifici anal amb l'esforç, però es redueixen espontàniament.
- Tercer grau: protrudeixen a través de l'orifici anal amb l'esforç o espontàniament i requereixen reducció manual.
- Quart grau: el prolapse és permanent i no són reduïbles, encara que no estiguin encarcerades.

Figura 1. Classificació de les hemorroides internes



### 1.1.5. Clínica

#### Hemorroides externes

Observem pruija o humitat perianal i símptomes inflamatoris com eritema i edema cutanis per gratat o neteja vigorosa. La infecció és extremadament rara. Les hemorroides externes no causen dolor tret que es trombosin.

#### Hemorroides internes

Presenten rectorràgia indolora de sang vermella associada o no amb la deposició, en forma de degoteig o doll, pruija, cremor, sensació de pressió, dolor i secreció de moc. La clínica pot ser episòdica. Les hemorroides internes manquen d'innervació somàtica, per la qual cosa la presència de dolor sol relacionar-se amb la coexistència d'altres patologies anorectals.

#### Trombosi hemorroidal

Es manifesta com una massa dolorosa blavosa d'aparició sobtada i de consistència tova.

Figura 2. Hemorroide trombosada



Font: O. Gebbensleben, I. Hilger i H. Rohde (2009). Aetiology of thrombosed external haemorrhoids: a questionnaire study. Open Access article under CC-by-2.0

### 1.1.6. Tractament

#### Tractament mèdic

- **Fibra:** la nostra primera recomanació serà disminuir la consistència de la femta en cas necessari i tractar el restrenyiment. Recomanarem augmentar la ingesta de fibra en la dieta i/o administrar-ne suplementes (cervina, *psyllium*...) i augmentar la ingesta d'aigua. Es recomana una ingesta de 25-40 g/d de fibra. Per als pacients que no aporten aquesta quantitat de fibra amb la dieta, recomanem pautar agents formadors de bol fecal que són barats, es toleren bé i són efectius: actuen en absorbir líquid de la llum de l'intestí cap al bol de la femta. Una revisió de set estudis revela que la suplementació de fibra redueix el sagnat hemorroidal i altres símptomes relacionats amb les hemorroides. En cas de restrenyiment, s'aconsella afegir un laxant fins que l'augment de la ingesta de fibra faci el seu efecte (habitualment unes sis setmanes).
- **Neteja:** s'ha d'evitar l'excés de neteja i la humitat de la zona perianal, ja que poden afavorir lesions cutànies.
- **Tractament tòpic:** l'evidència de l'eficàcia dels tractaments tòpics en forma de pomades, cremes o gels és escassa. L'ús perllongat d'aquests tractaments pot produir irritació i maceració cutània, especialment les fórmules que contenen esteroides, que poden provocar atròfia cutània.
- **Flebotònics:** són un grup heterogeni de fàrmacs que s'usen en el tractament de les hemorroides de primer i segon grau, episodis de trombosi hemorroidal i com a adjuvant abans del tractament quirúrgic. Disminueixen la inflamació de l'endoteli vascular i normalitzen la permeabilitat capil·lar. La majoria són productes vegetals (flavonoides i saponides), però alguns, com el dobesilat de calci, són compostos sintètics. Estan comercialitzats per a la seva administració via oral (Daflon® 500 mg / 12 h durant 2 setmanes, Venoruton® sobres 1 g/dia, Doxium Fort® 500 mg 2 c/12 h). Una

revisió Cochrane del 2012 va demostrar que aquests fàrmacs milloraven significativament la pruija i el sagnat després d'hemorroidectomia quan es van comparar amb un control. No van demostrar eficàcia per al control del dolor, el dolor després de l'hemorroidectomia o la necessitat d'analgèsics en el postoperatori.

### **Tractaments quirúrgics ambulatoris**

- **Objectiu:** produir una fixació del coixí hemorroidal desplaçat en una posició més proximal i fisiològica.
- **Tipus:** esclerosi hemorroidal, lligada amb bandes elàstiques, fotocoagulació amb infrarojos, diatèrmia bipolar i electroteràpia. Els dos mètodes més utilitzats són la lligadura i la fotocoagulació.
- **Indicació:** únicament els usarem en el tractament d'hemorroides internes; els seus millors resultats s'obtenen en les de segon grau.

Una revisió Cochrane del 2005 va comparar la lligada amb el tractament quirúrgic i va concloure que la lligada amb bandes elàstiques és el tractament que cal elegir per a les hemorroides de segon grau, ja que obté resultats similars a l'hemorroidectomia però amb menys efectes secundaris.

- **Tractament quirúrgic:** solament entre el 5 i el 10% dels pacients amb malaltia hemorroidal requeriran tractament quirúrgic, que consisteix en l'escissió del paquet hemorroidal. Les dues tècniques més utilitzades són la de Ferguson i la de Millian-Morgan (figura 3).
  - Indicacions: fracàs del tractament no quirúrgic, hemorroides de grau IV i els casos amb component d'hemorroides externes.

Figura 3.



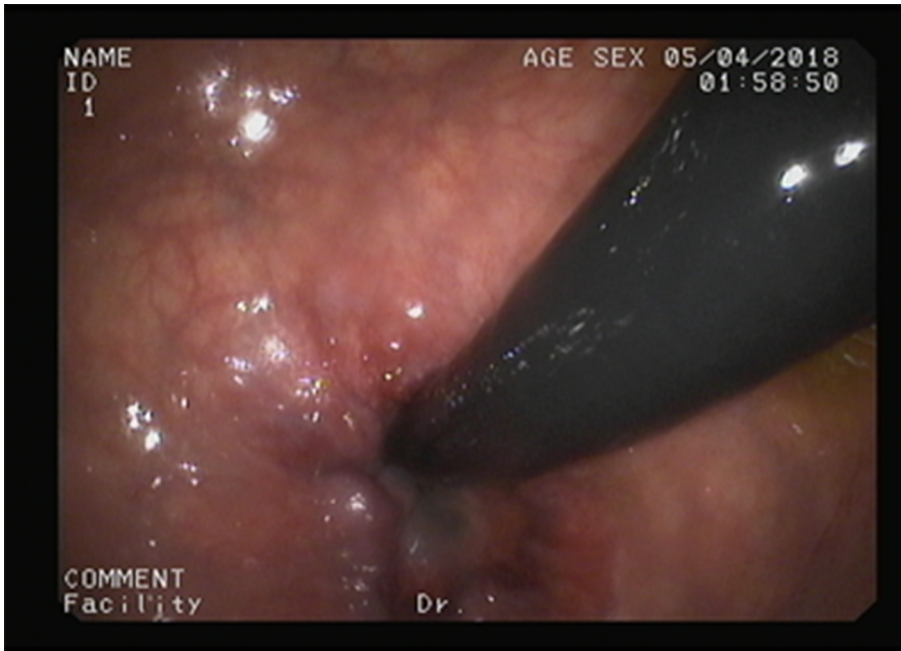
[https://openi.nlm.nih.gov/detailedresult.php?img=pmc3840836\\_ircmj-15-488-g001&query=hemorrhoidectomy&req=4&npos=26](https://openi.nlm.nih.gov/detailedresult.php?img=pmc3840836_ircmj-15-488-g001&query=hemorrhoidectomy&req=4&npos=26). Open Access.

- **Tractament de la trombosi hemorroidal:** l'objectiu principal és calmar el dolor. En les primeres 24-72 hores es pot realitzar l'extracció del coàgul de manera ambulatoria, la qual cosa millora ràpidament el dolor.

### Cas clínic

Dona de 58 anys que pateix, des de fa cinc anys, episodis de rectorràgies de sang vermella no barrejada amb la deposició en forma de gotes o doll al final d'aquesta. Assegura ingesta correcta de fibra, s'ha automedicat amb una pomada que ha comprat a la farmàcia i amb un venotònic pautat pel metge de família, però sense millora. En la inspecció anal no s'observen hemorroides externes, però protrueixen internes en sol·licitar esforç defecatori, i el tacte rectal és normal. No disposem d'anuscopi rígid en la consulta i, donada l'edat, se sol·licita colonoscòpia. S'observen hemorroides internes en fer retrovisió en ampul·la rectal. Quin tractament aconsellariu a aquesta pacient?

Figura 4. Hemorroides internes



Font: Imatge pròpia

**Recordeu:**

La lligada amb bandes elàstiques és un tractament ambulatori efectiu i segur en el tractament de les hemorroides de segon grau.

## 1.2. Fístules

### 1.2.1. Definició

Comunicació anormal entre el canal anal o el recte i la pell perianal. És la forma més comuna d'infecció perineal.

### 1.2.2. Etiologia

La majoria es deu a una infecció criptoglandular. Les glàndules anals penetren en l'esfínter anal a diferents profunditats. L'obstrucció de les glàndules provoca supuració, que tendeix a estendre's cap a la pell i, segons el trajecte que adopti, determina el tipus de fístula. El diagnòstic diferencial de la fístula criptoglandular el farem amb la malaltia de Crohn, quist pilonidal, limfogranuloma veneri, actinomicosi, tuberculosi i la hidroadenitis supurativa.

### 1.2.3. Classificació

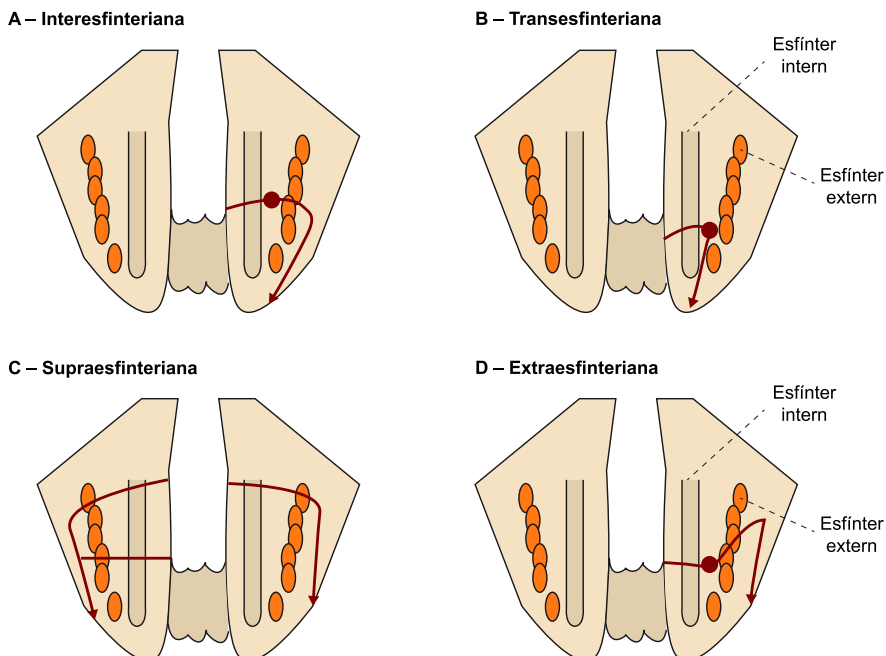
En funció del trajecte fistulós i la seva relació amb l'esfínter anal segons la classificació de Parks:

- 1) Interesfinterianes: representen el 70% i solen associar-se a abscess perianal; l'orifici extern, si està present, se situa al canal anal.
- 2) Transesfinterianes: representen el 25% i es formen a partir abscessos isquioanals. La fístula rectovaginal és un tipus de fístula transesfinteriana.



- 3) Supraesfinterianes: representen el 5% i sorgeixen a partir d'abscessos de supraelevadors.
- 4) Extraesfinterianes: són rares i la seva etiologia inclou la malaltia de Crohn, neoplàsies, traumatismes...

Figura 5. Tipus de fístules anal. Classificació de Parks



Les fístules també podem classificar-les en simples (inclouen les interesfinterianes i les transesfinterianes no complexes) i complexes (supraesfinterianes, extraesfinterianes, fístules que afecten a més del 30% de l'esfínter extern, fístules en pacients amb incontinència, presència de múltiples trajectes, fístules rectovaginals, fístules recurrents, fístules de la malaltia de Crohn, fístules secundàries a infeccions com la tuberculosi i el HIV, radiació o neoplàsies).

#### 1.2.4. Clínica

Sol haver-hi història de drenatge episòdic anal o perianal de pus, sang o líquid serós, i pot haver-hi dolor.

#### 1.2.5. Diagnòstic

Inspecció anal, exploració sota anestèsia, anuscòpia, rectosigmoidoscòpia, ecoendoscòpia, ressonància magnètica i tomografia.

Figura 6. Orificis fistulosos perianals

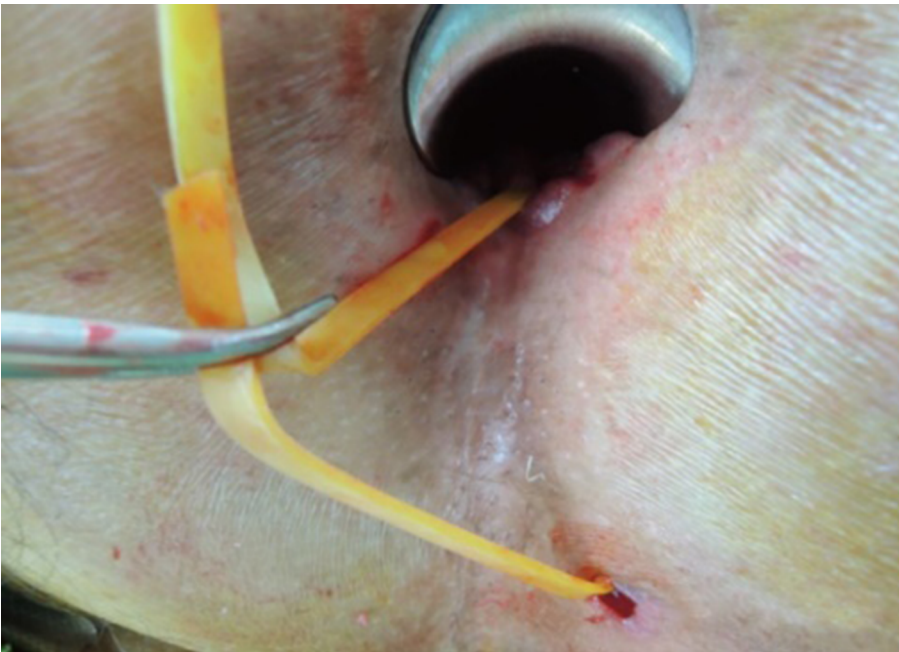


Font: [https://openi.nlm.nih.gov/detailedresult.php?img=pmc3456871\\_ayu-33-85-g002&query=anal+fistula&req=4&npos=224](https://openi.nlm.nih.gov/detailedresult.php?img=pmc3456871_ayu-33-85-g002&query=anal+fistula&req=4&npos=224). Open Access.

### 1.2.6. Tractament

Quirúrgic. El tipus de cirurgia depèn del tipus de fistula. L'objectiu del tractament és l'eliminació de la fistula amb preservació de la funció esfinteriana anal i prevenció de la recurrència. El tractament més comú és la fistulotomia. Les fistules complexes amb abscessos requereixen la col·locació de sedenys previ al tractament quirúrgic definitiu.

Figura 7. Sedenys en una fístula complexa



[https://openi.nlm.nih.gov/detailedresult.php?img=pmc3548146\\_jksc-28-309-g003&query=anal+fistula+seton&req=4&npos=13](https://openi.nlm.nih.gov/detailedresult.php?img=pmc3548146_jksc-28-309-g003&query=anal+fistula+seton&req=4&npos=13). Open access

Els sedenys s'utilitzen per facilitar que un tracte fistulós dreni abans de la intervenció quirúrgica de la fistula i també poden usar-se per impedir el tancament de qualsevol part de la fistula, com a tractament perllongat per prevenir la formació d'abscessos recurrents en casos com la malaltia de Crohn perineal, fistules múltiples, fracàs de tractament quirúrgic o quan el pacient té contraindicacions per a la cirurgia.

### 1.3. Fissures

#### 1.3.1. Definició

La fissura anal és una esquerda, un tall, una ruptura de l'anus que es produeix distalment a la línia pectínia. Són més comunes en adults joves, tant en homes com en dones.

#### 1.3.2. Etiologia

És desconeguda, però solen produir-se amb el pas de femta dura pel canal anal, que trenquen l'anoderm i causen espasme de l'esfínter intern. L'espasme provoca isquèmia de la mucosa, la qual cosa retarda la cicatrització. La majoria de les fissures anals es produeixen en la línia mitjana posterior, del 10 al 15% en la part anterior, i menys de l'1% ocorren en posició lateral. Es consideren cròniques quan no es resolen en 6-8 setmanes.

#### 1.3.3. Clínica

Les fissures provoquen dolor intens amb la defecació i rectorràgies de sang vermella després de la deposició. També poden provocar espasmes anals, que condicionen dolor que apareix, en ocasions, unes hores després de la deposició.

#### 1.3.4. Diagnòstic

Figura 8. Fissura anal aguda



Font: Imatge pròpia

En la inspecció anal s'observa, en el marge anal, una ulceració en forma de fus de fins a 2 cm de longitud i 1,5 cm d'ample, i en el fons s'observen les fibres de l'esfínter anal intern. En les fissures cròniques, sol haver-hi una papil·la anal hipertròfica en la vora interna i un pòlip sentinella en l'extrem extern. En general, les fissures anals agudes són tan doloroses que no és possible fer una inspecció anal, un tacte rectal o una anuscòpia sense anestèsia local: la injecció d'aproximadament 1 ml de lidocaïna, primer en la perifèria de la fissura i després a la base, redueix el dolor, la qual cosa permet l'exploració correcta.

### Diagnòstic diferencial

Ha d'establir-se amb la malaltia de Crohn, sífilis, herpes, carcinoma i infecció per virus de la immunodeficiència humana, especialment en les fissures de localització lateral.

#### 1.3.5. Tractament

- **Tractament mèdic:** la majoria de les fissures anals agudes es resolen sense necessitat de tractament quirúrgic. Quan la fissura es cronifica, la curació és més difícil d'aconseguir.
  - Objectius: 1. Eliminar la patologia subjacent responsable de la formació de la fissura (alleujament del restrenyiment i l'esforç, evitar altres causes de trauma anal). 2. Aconseguir la relaxació de l'esfínter anal intern per millorar el flux sanguini i permetre la curació. 3. Reduir els símptomes de la fissura (sagnat i dolor).
  - Mesures higiènico-dietètiques: s'aconsella augmentar la ingesta de fibra, l'ús de laxants estovadors de femta si és necessari i fer banys de seient amb aigua calenta durant uns 10 minuts, que han demostrat disminuir el dolor i la hipertonia de l'esfínter anal.
  - Nitrats tòpics. Pomada de nitroglicerina (Rectogesic®): l'òxid nítric és un neurotransmissor en l'esfínter anal intern. L'alliberament d'òxid nítric provoca la relaxació de l'esfínter anal intern, la qual cosa millora el flux de sang cap a la fissura i promou la seva curació. La presentació més recomanada és la pomada de nitroglicerina al 0,2-0,4% aplicada tòpicament dues o tres vegades al dia durant 4-6-8 setmanes. S'han descrit taxes de curació del 88%; no obstant això, la recurrència tardana és comuna. L'efecte secundari més freqüent és la cefalea per vasodilatació.
  - BloCADORS dels canals de calci: tòpics i orals actuen de manera similar als nitrats, però sense provocar cefalea. Són més efectius i tenen menys efectes secundaris administrats de manera tòpica. Les pautes recomanades són la pomada de nifedipina al 0,3-0,5% tres vegades al dia i la de diltiazem al 2% tres vegades al dia durant 4-6-8 setmanes. L'efecte secundari principal és la pruija i la coïssor. No estan comercialitzades, sinó que se sol·liciten en fórmula magistral.
  - Toxina botulínica: la injecció de toxina en l'esfínter anal intern s'ha associat a taxes de curació superiors a placebo, però no hi ha un con-

#### Contingut complementari

La cefalea sovint limita l'adherència al tractament. Si recomanem al pacient un analgèsic suau i disminuir la dosi de nitroglicerina al principi, millora molt l'acceptabilitat. La pomada es dosa posant-ne una determinada extensió en un dit de guant abans d'aplicar-la. Simplement hem d'explicar al pacient que en lloc dels 2,5 cm recomanats posi l'extensió que toleri.

sens sobre el dosatge, la manera i el lloc d'administració, el nombre d'injeccions o l'eficàcia.

- Tractament quirúrgic: indicat per al tractament definitiu de les fissures anals cròniques quan fracassa el tractament mèdic. La tècnica d'elecció és l'esfinterotomia lateral. La complicació principal és la incontinença anal.

## **1.4. Prolapse anal**

### **1.4.1. Definició**

Consisteix en eversió de la mucosa i submucosa anal a través del canal anal cap a l'exterior. Pot ser des de parcial, si afecta a part de la circumferència, fins a total, si està afectada per complet. Pot ser reductible o permanent i encarcarar-se.

### **1.4.2. Etiologia**

Complicació de malaltia hemorroidal crònica severa, restrenyiment crònic o postquirúrgic.

### **1.4.3. Clínica**

Aparició d'una massa de mucosa de color vermell pàl·lid a causa de l'obstrucció vascular, de consistència ferma, que a la palpació és prima i que té plecs radials. Per contra, en el prolapse rectal la mucosa és més gruixuda i els plecs són circulars. Pot causar incontinença, símptomes per irritació de la mucosa, secrecions i sagnat.

### **1.4.4. Diagnòstic**

S'estableix per inspecció anal. Si el prolapse no és permanent, s'ha de provocar sol·licitant al pacient que intenti maniobra defecatòria.

### **Diagnòstic diferencial**

Amb qualsevol entitat que provoqui massa o creixements en la línia anus-cutània: prolapse rectal, pòlips i tumors anorectals prolapsats, berruga acuminada...

### **1.4.5. Tractament**

En els prolapses crònics, irreductibles o encarcarats, el tractament és quirúrgic. Els prolapses reductibles es poden tractar amb escleroteràpia.

## **1.5. Prolapse rectal**

### **1.5.1. Definició**

És la intussuscepció de la paret rectal. Pot ser extern, quan es produeix la protrusió de la paret rectal a través de l'orifici anal, o intern, quan es produeix en la ampulla rectal. En dones es pot acompanyar de prolapse genitourinari. Pot afectar nens, generalment menors de 3 anys.

### **1.5.2. Etiologia**

Defectes congènits del teixit connectiu o de la musculatura esfinteriana, embaràs, traumatismes perineals, restrenyiment...

### **1.5.3. Clínica**

En el prolapse extern: aparició d'una massa de mucosa gruixuda i de plects circulars. Sol provocar incontinència, sensació constant de necessitat defecatòria, sensació de cos estrany i dolor. L'observació endoscòpica d'eritema de la paret anterior del recte o la presència d'una úlcera rectal solitària han de suggerir la possibilitat d'un prolapse intern.

### **1.5.4. Diagnòstic**

Del prolapse extern s'estableix per inspecció anal. El prolapse intern es pot estudiar amb el defecograma.

### **Diagnòstic diferencial**

Prolapse anal, pòlips i tumors anorectals prolapsats.

### **1.5.5. Tractament**

Quirúrgic.

## **1.6. Altres**

### **1.6.1. Penjalls o replegaments cutanis hipertròfics**

Són protuberàncies fibrocutànies en l'anell anal extern que, a diferència de les hemorroides, no s'omplen de sang amb l'esforç defecatori. Són tous, mòbils, pediculats i de grandària variable. Es desenvolupen després d'episodis de trom-

bosi hemorroïdal, fissures o processos inflamatoris anals. Solen ser asimptomàtics, però en ocasions provoquen pruija i problemes d'higiene. En aquests casos el tractament és la resecció quirúrgica.

Figura 9. Penjalls cutanis



Font: Imatge pròpia

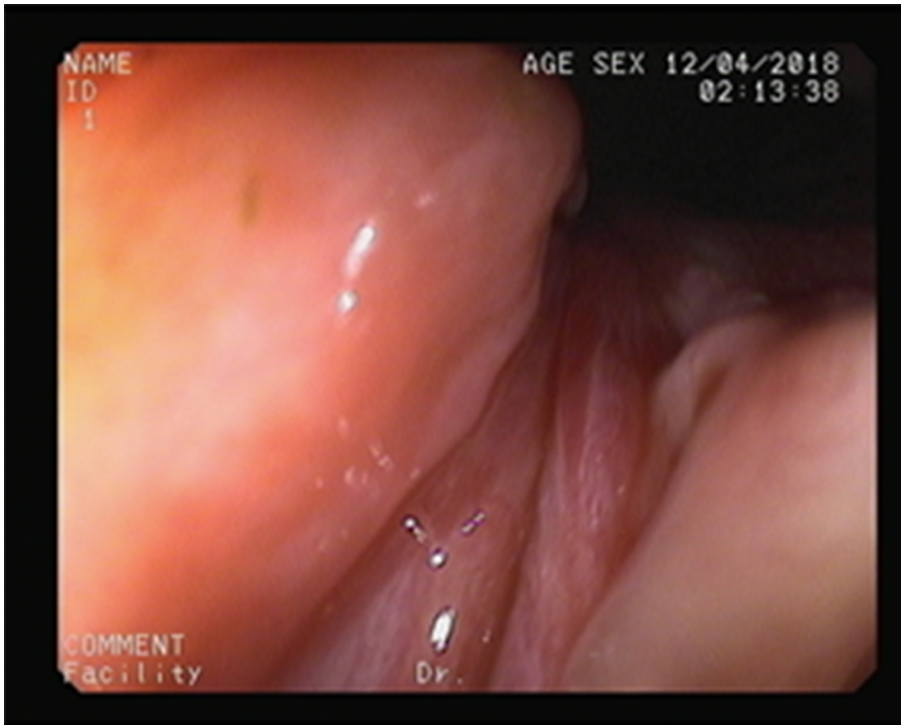
### 1.6.2. Papil·les anals hipertròfiques

Són lesions situades en la línia pectínia, d'aspecte berrugós o poliploide, blanquinoses, llises, mòbils i toves. Poden aconseguir diversos cm de grandària. Es produeixen per processos inflamatoris o microtraumes reiterats a l'àrea de les papil·les anals i criptes. Solen ser asimptomàtiques, però les de gran grandària poden provocar dolor, molèsties anals, tenesme rectal, etc.; en aquest cas, es poden operar.

#### Cas clínic

Home de 58 anys amb història de restrenyiment crònic i que va consultar fa dos mesos per dolor intens amb la deposició i rectorràgia en forma de gotes al final d'aquesta. Es va practicar inspecció anal, sense aconseguir identificar lesió per intens dolor. Es va practicar rectoscòpia després d'injecció de lidocaïna i es va observar una fissura en comissura posterior. Es va pautar tractament laxant i tòpic amb pomada de nitroglicerina durant vuit setmanes, amb el qual va quedar asimptomàtic.

Figura 10. Imatge endoscòpica de fissura anal aguda

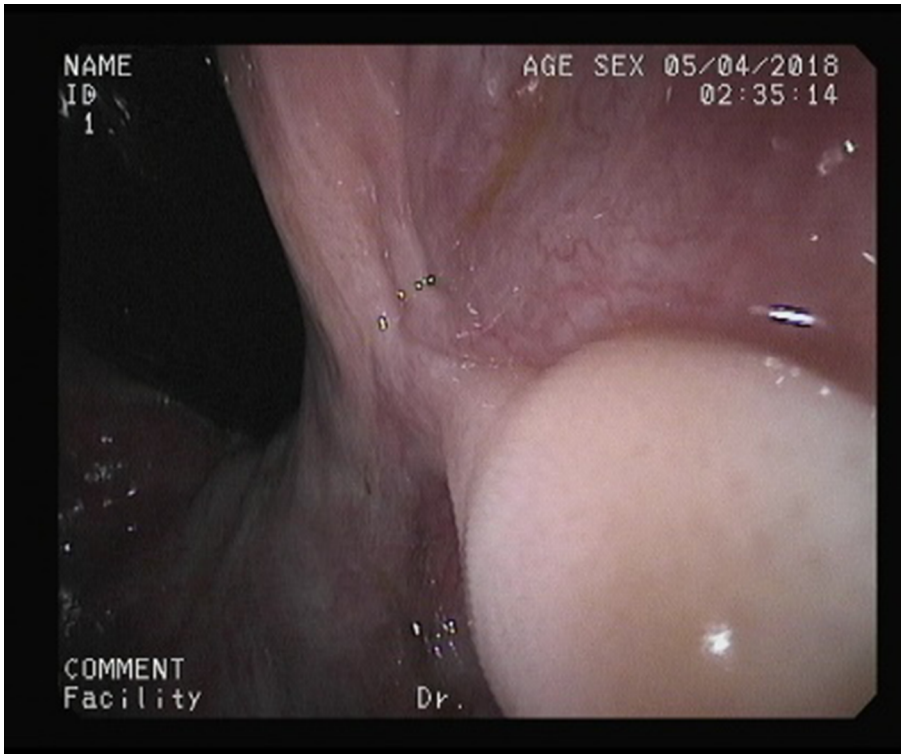


Font: Imatge pròpia

Als dotze mesos el pacient acudeix de nou per notar l'aparició ocasional d'un nòdul no dolorós en l'anus. Refereix que ha presentat diversos episodis de dolor similar a l'inicial i que s'ha automedicat amb la mateixa pomada que la primera vegada. La inspecció anal és normal i el tacte rectal detecta una formació polipoide que sembla dependre de marge anal intern. Es practica endoscòpia i s'observa en retrovisió rectal.



Figura 11. Imatge endoscòpica de papil·la anal hipertròfica



**Recordau:**

La majoria de les fissures anals es resolen amb tractament mèdic: mesures higiènicodietètiques + tractament tòpic.

Font: Imatge pròpia

## 2. Malalties cutànies perianals

### 2.1. Pruija anal

#### 2.1.1. Etiologia

És un símptoma molt comú i pot ser primària idiopàtica o secundària a múltiples patologies dermatològiques, infeccioses, sistèmiques, mecàniques i proctològiques (taula 1). Cal descartar paràsits com a causa molt freqüent i tractable. Independentment de l'etiologia, pot autoperpetuar-se a causa de lesions cròniques pel gratat fins i tot si la patologia inicial causant de la pruija s'ha tractat. Quan la pruija es torna crònica, l'àrea perianal es liquenifica. Sovint és de predomi nocturn, per la qual cosa interfereix en el descans.

Taula 1. Causes de pruija anal secundària

<i>Patologia sistèmica</i>	Diabetis mellitus. Hiperbilirubinèmia. Leucèmia. Anèmia aplàstica. Patologia tiroïdal.
<i>Patologia dermatològica</i>	Psoriasi. Dermatitis seborreica. Intertrigen. Neurodermatitis. Malaltia de Bowen. Dermatitis atòpica. Lliquen pla. Dermatitis de contacte.
<i>Infeccions</i>	Eritrasma. Intertrigencandidiàsic. Virus herpes simple. Virus del papil·loma humà. Enterovirus. Sarna. Abscés bacterià local. Gonorrea. Sífilis.
<i>Patologia proctològica</i>	Hemorroides, fissures, prolapse anorectal, neoplàsies.
<i>Uns altres</i>	Diarrea crònica. Incontinència anal. Sabons, desodorants, perfums. Neteja excessivament vigorosa. Tovallolletes a base d'alcohol. Fàrmacs (colquicina, quinidina). Aliments (cafè, te, tomàquet, xocolata...). Psicògen.

#### 2.1.2. Diagnòstic etiològic

Sempre s'ha de practicar una inspecció anal, un tacte rectal i una anusrectoscòpia. Se sol·licitaran les exploracions necessàries per descartar les causes secundàries no proctològiques. En ocasions, és necessari practicar una biòpsia cutània.

#### 2.1.3. Tractament

La qualitat de l'evidència dels tractaments de la pruija anal és baixa i hi ha pocs estudis rigorosos per establir una pauta de tractament. La majoria dels tractaments es basen en l'experiència i l'opinió d'experts.

El tractament inicial de la pruija secundària és el de la patologia identificada.

El tractament de la pruija anal idiopàtica es basa en:

- Mesures generals
  - Evitar el gratat, ja que pot augmentar l'excoriació i irritació cutània.
  - Evitar l'excés d'higiene i l'ús de sabó, particularment els perfumats. S'aconsella usar aigua tèbia, i l'àrea no s'ha de fregar vigorosament.
  - Evitar l'ús de tovalloletes, utilitzar paper higiènic sense perfum humitejat amb aigua tèbia. Evitar la humitat, assegurar l'assecat de la zona fins i tot amb assecadors de cabell.
  - S'aconsella l'ús de roba interior de cotó ampla per permetre la ventilació natural.
  
- Tractaments tòpics
  - Ungüent d'òxid de zinc.
  - S'ha suggerit que la capsaïcina, un component del xili, podria ser eficaç com a tractament tòpic a causa de la seva capacitat per inhibir la histamina, però no hi ha dades concloents.
  - Hi ha estudis que suggereixen l'eficàcia de l'aplicació tòpica de tacrolimús.
  - Els esteroides tòpics poden ser útils en el tractament de la pruija anal. No obstant això, no han d'utilitzar-se durant més de dues setmanes perquè el pacient cessi el gratat i per permetre la cicatrització de les lesions cutànies.
  - S'ha descrit la utilització de tractaments intradèrmics amb injecció de diverses substàncies (blau de metilè, bupivacaïna) en casos de pruija refractària.
  
- Tractaments sistèmics
  - Els antihistamínics sedants o els antidepressius tricíclics poden ser útils en el tractament de la pruija anal idiopàtica.

## 2.2. Ràgades i erosions anals

Són lesions cutànies erosionades secundàries a traumatismes, processos inflamatoris, irritació mecànica o ús perllongat d'esteroides tòpics. Provoquen un dolor més lleu que el de la Fs. Se n'ha de tractar la causa i es poden utilitzar tractaments tòpics amb solucions de nitrat de plata i zinc.

## 2.3. Efectes secundaris dels esteroides tòpics

En la pràctica clínica és freqüent que el pacient acudeixi a la consulta havent realitzat tractaments perllongats amb esteroides tòpics. Enumerem els efectes secundaris d'aquests:

- Efecte antiproliferatiu: atròfia d'epidermis, dermis i teixit subcutani; estries; retard en la cicatrització de les ferides.
- Efectes vasculars: telangiectàsi, púrpura, equimosi.
- Alteració de la resposta immunològica: candidiasi, impetigen, folliculitis, herpes, virus del papil·loma.
- Uns altres: acne perianal, hipertricosi, canvis de pigmentació, efectes sistèmics per absorció sistèmica.

## 2.4. Patologia infecciosa. Condiloma anal

### 2.4.1. Etiologia

El condiloma anal és una de les infeccions de transmissió sexual més freqüent. Està causat pel virus del papil·loma humà, del qual s'han identificat més de setanta subtipus. El virus pot ser transmès per contacte sexual, autoinoculació o contacte amb materials infectats. El seu període d'incubació generalment és de 2-3 mesos, però pot ser de fins a vint mesos. Els tractarem generalment en col·laboració amb el dermatòleg i el coloproctòleg.

Figura 12. Condiloma anal



Font: Imatge cedida pel Servei de Dermatologia H.O. Arnau de Vilanova. Lleida.

### 2.4.2. Presentació

Els condilomes són formacions papil·lomatoses o filiformes que típicament afecten als plecs humits del cos, com la regió anogenital. Es poden estendre a recte i uretra. Els de petita grandària solen ser asimptomàtics, però quan creixen poden provocar pruija i molèsties anals. La progressió de les lesions durant anys pot provocar un tumor destructiu, el tumor de Buschke-Löwenstein.

### 2.4.3. Diagnòstic

Es realitza per inspecció anal i s'ha de realitzar una anusrectoscòpia per descartar lesions al canal anal i extensió rectal. S'han de descartar altres malalties de transmissió sexual.

### Diagnòstic diferencial

Berrugues vulgars, malaltia de Bowen, sífilis secundària, mol·lusc contagiós, malaltia de Paget i líquen pla.

### 2.4.4. Tractament

Atès que el condiloma anal pràcticament manca de remissió espontània, pot malignitzar-se i es transmet sexualment, es recomana el tractament de les lesions al més aviat possible. El tractament depèn de la localització i de la grandària de la lesió.

- Lesions de grandària petita o moderada: criocirurgia, aplicació tòpica de podofil·lí o àcid tricloroacètic. La taxa de fracàs és del 25%.
  - El 2010, l'FDA va aprovar la crema d'imiquimod per al tractament de les berrugues genitals i del condiloma acuminat.
  - El tractament tòpic amb *sinecatechins* (*camelliasinensis*, extracte del te verd) també és efectiu.
- Lesions de grandària gran: solen requerir tractament quirúrgic. S'han utilitzat, per reduir la grandària del tumor abans de la cirurgia, teràpies amb interferó o quimioteràpia, ja sigui intralesional, tòpiques o sistèmiques, la qual cosa facilita l'escissió quirúrgica. L'ús de la radioteràpia és controvertit. La teràpia amb làser de CO<sub>2</sub> s'ha aplicat amb èxit.
- Vacunació: mentre que la vacuna pot prevenir el desenvolupament de berrugues en aquelles persones que no estan infectades, sembla tenir poc efecte en els qui estan infectats. Les dades suggereixen que no s'ha d'utilitzar per tractar infeccions actives.

### 2.4.5. Altres patologies infeccioses

La pell perianal pot veure's afectada per múltiples patologies infeccioses que no tractarem: berrugues vulgars, sífilis, mol·lusc contagiós, herpes simple i zòster, tinya, càndida...

### 2.5. Altres

Únicament esmentarem: acne, líquen, psoriasi invertida i Behçet, entre d'altres.

### **3. Tumors anals**

#### **3.1. Carcinoma**

Els tumors epitelials malignes són molt menys freqüents que les neoplàsies colorectals. Els carcinomes de canal anal distal i perianals són més freqüents en homes, mentre que els de canal anal proximal ho són en dones. Poden ser múltiples. El factor de risc més establert és la infecció pel VPH.

#### **3.2. Melanoma**

Són tumors que poden aparèixer a qualsevol regió que contingui melanòcits i, per tant, poden desenvolupar-se a la regió perianal. Són poc freqüents. Cal sospitar-ho davant qualsevol lesió pigmentada.

## 4. Altres patologies anorectals

### 4.1. Úlcera rectal solitària

És una lesió ulcerada crònica de causa desconeguda però que es pot associar a trastorns de la defecació. S'ha relacionat amb esforços defecatoris excessius, amb prolapse rectal i contracció paradoxal del sòl pelvià, amb traumatismes per autodigitació, amb l'ús de supositoris d'ergotamina i després de radioteràpia. S'ha suggerit que en la patogènia intervé un procés d'isquèmia local que condueix a ulceració. La ulceració pot intensificar encara més el desig de defecar i l'esforç, la qual cosa provoca canvis en el flux sanguini local i ulceració crònica.

És més freqüent en dones. Sol manifestar-se per rectorràgia, expulsió de moc i tenesme rectal. Pot tenir una grandària d'1 a 5 cm i es localitza, en la majoria dels casos, en la paret anterior del recte, uns 7-10 cm per sobre de la línia pectínia. En un terç dels casos és múltiple i pot tenir aparença poliploide en el 25% dels pacients. El diagnòstic diferencial inclou la malaltia inflamatòria intestinal, neoplàsia, colitis isquèmica, ulceració induïda per medicaments, traumatismes i infeccions, inclosa l'amebiasi i la sífilis secundària.

El diagnòstic s'estableix per endoscòpia amb presa de biòpsies. En l'anatomia patològica s'identifica una substitució fibromuscular de la làmina pròpia per col·lagen i de fibres musculars llises derivades de la *muscularis mucosae*. La *muscularis* sovint està hipertrofiada, i les seves fibres estan en continuïtat amb la làmina pròpia. No hi ha un augment significatiu de cèl·lules inflamatòries.

Figura 13. Imatge endoscòpica d'úlceres rectals solitàries



Font: [https://openi.nlm.nih.gov/detailedresult.php?img=pmc3444426\\_1471-230x-12-72-1&query=solitary+ulcer&req=4&npos=10](https://openi.nlm.nih.gov/detailedresult.php?img=pmc3444426_1471-230x-12-72-1&query=solitary+ulcer&req=4&npos=10). Open Access.

Els pacients asimptomàtics poden no requerir cap tractament, i en alguns pacients es resol espontàniament. El tractament inclou millorar els hàbits intestinals, consumir una dieta rica en fibra, usar laxants formadors de bol, tractaments tòpics (els esteroides i aminosalicílics no són efectius, els ènemes de sucralfat han estat efectius en sèries de petita grandària), *biofeedback* i tractament quirúrgic: inclou l'extirpació de l'úlcer, resecció anterior baixa, resecció anterior amb rectopèxia, colostomia i rectopèxia laparoscòpica sense resecció, però falten estudis aleatoritzats per establir una recomanació.

S'ha utilitzat tractament endoscòpic amb gas argó per a casos amb hemorràgia.

#### 4.2. Proctàlgia fugaç

És un dolor continu, amb sensació de contracció dolorosa, intens i espontani localitzat a la regió anorectal. Solen aparèixer a la nit i la seva durada varia dels 30 segons als 20-30 minuts, amb una periodicitat variable entre dies i mesos. La seva causa és desconeguda. No existeixen lesions orgàniques o anatòmiques. El tractament inclou mesures locals amb aplicació local de fred o calor i pressió digital anal. S'ha atribuït a un espasme de l'esfínter anal i, per aquest motiu, s'han assajat tractaments mèdics amb relaxants de fibra muscular llisa, com a inhalacions de salbutamol durant les crisis o nitroglicerina sublingual.

#### 4.3. Cossos estranys rectals

Els cossos estranys poden arribar al recte per via digestiva alta (aliments no digeribles, com ara espines, ossos, dentadures, etc.) o per via anal en accidents, intencionadament en pràctiques sexuals, transport de drogues... Es poden extreure per via endoscòpica però en ocasions és necessari el tractament quirúrgic.



## Resum

A manera de resum, en els punts següents es repassen els símptomes proctològics més freqüents i les entitats amb les quals s'ha de realitzar el diagnòstic diferencial:

- Dolor: trombosi hemorroïdal, fissura, abscess, fístula, malaltia de Crohn perianal, trastorns funcionals del sòl pelvià, proctàlgia fugaç.
- Sagnat: hemorroides, fissura, fístula, neoplàsies rectals i anals, colitis de qualsevol etiologia, prolapse anal i rectal.
- Pruija: hemorroides internes, fístula, paràsits, incontinència, condiloma, prolapse rectal, pruija idiopàtica, papil·la anal hipertròfica, dermatitis.
- Massa: hemorroides prolapsades o trombosades, abscessos, carcinoma anal, pòlip o papil·la anal prolapsada, *tags* cutanis, prolapse rectal i condiloma.



## Bibliografia

Ansari, P. (2016). Pruritus Ani. *Clin Colon Rectal Surg.*, 29, 38-42.

Dimarino, A. J. (2010). *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management.* (10a. ed). Elsevier. ISBN: 978-1-4557-4692-7.

Pfenninger, J. L. i Zainea, G. G. (2001). Common anorectal conditions: Part II. Lesions. *Am Fam Physician.* , 64, 77-88.

Pfenninger, J. L. i Zainea, G. G. (2001). Common anorectal conditions: Part I. Symptoms and complaints. *Am Fam Physician.* , 63, 2391-2398.

Rakinic, J. i Poola, V. P. (2014). Hemorrhoids and fistulas: new solutions to old problems. *Curr Probl Surg.* , 51, 98-137.

Scheinfeld, N. (2013). Update on the treatment of genital warts. *Dermatol Online J.* , 19, 18559.

Stein, I. (2003). *Anorectal and colon diseases. Textbook and color atlas of proctology.* Springer. ISBN: 3-540-43039-3.

Tupe, C. L. i Pham, T. V. (2016). Anorectal Complaints in the Emergency Department. *Emerg Med Clin North Am.* , 34, 251-270.

