

1 2oj

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE PROCTOLOGO

PRESENTA EL DOCTOR

JOSE ANGEL VILCHIS URIBE

"COLGAJOS CUTANEOS ANALES:

CORRELACION CLINICO PATOLOGICA"

ASESOR

DR. OCTAVIO AVEDAÑO ESPINOZA

Handwritten signature

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

Handwritten signature

SECRETARIA DE SALUD

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO



MEXICO D.F. 1987.

DIRECCION DE ENFERMERIA E
INVESTACION CIENTIFICA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS DE POSTGRADO EN PROCTOLOGIA

DR. JOSE ANGEL VILCHIS URIBE

"COLGAJOS CUTANEOS ANALES:

CORRELACION CLINICO - HISTOPATOLOGICA".

ASESOR: DR. OCTAVIO AVEDAÑO E.

QUIERO DEDICAR ESTE TRABAJO A LAS
PERSONAS QUE LO HAN HECHO POSIBLE.

A MIS PADRES:

MARTIN Y SOLEDAD

A MI ESPOSA:

DELIA ELIZABETH

A MI HIJO:

JOSE ANGEL

A MI MAESTRO:

DR. OCTAVIO AVENDAÑO E.

INTRODUCCION


En el estudio de la enfermedad hemorroidaria llama la atención que los colgajos cutáneos merezcan tan poca importancia, al grado que la terminología tan variada que utilizamos para designarlos esté referida meramente a su descripción con sinónimos tales como colgajos cutáneos, redundancias cutáneas, excrecencias cutáneas y aún diversos autores suelen referirse a ellos como hemorroides viejas o antiguas. (9, 11, 12, 18, 19.)

Quizá la poca importancia que les es conferida, esté en relación con su sintomatología que es inconstante y muy variable es una patología con dos manifestaciones clínicas diferentes: una es la aparición espontánea de tumoraciones en la piel anal, pudiendo coincidir estas con la enfermedad hemorroidaria, con el antecedente o no de trombosis hemorroidaria. (11, 12.)

El segundo tipo de colgajos cutáneos está referido como complicación tardía de la cirugía anorrectal, tanto en las técnicas cerradas como abiertas, si bien en las primeras son más frecuentes (16, 12).

Es de hacerse notar, que el rango de presentación de los colgajos cutáneos como complicación postoperatoria puede considerarse muy elevado, siendo cerca del 20% - dependiendo de los autores como una cifra en promedio. (4, 6, 12, 15.)

Por otra parte, debe tenerse en cuenta que en muchas ocasiones la mera presencia de los colgajos es el motivo de la consulta proctológica puesto que pueden ser sintomáticos; ésta situación condiciona entonces un tratamiento que frecuentemente es quirúrgico (4,6,7,9.) y en el caso específico de los colgajos postoperatorios, es determinante la impresión del mismo paciente en el sentido de considerar su tratamiento como deficiente o incompleto. Aún en tratándose de colgajos asintomáticos ocasionalmente es el mismo Cirujano quien indica la resección de los mismos, mas que nada para tranquilidad propia. (4, 7,12).



OBJETIVOS

El principal objetivo de este trabajo consiste en proponer una definición anatomopatológica de los colgajos cutáneos espontáneos y su posible significación clínica.

Llevar a cabo un estudio prospectivo del cuadro clínico que presenten los pacientes con esta patología, como un segundo paso para tratar de integrar una correlación clínicopatológica del cuadro representativo de su historia natural.

Establecer las características propias de los colgajos cutáneos espontáneos como medida para integrarlos o excluirlos de una misma entidad patológica.

Proponer en su caso el manejo adecuado, sea este Médico o cuando fuere quirúrgico la técnica que pudiera ser la mas adecuada.

Como objetivo global, tratar de integrar todos los conceptos anteriormente expuestos para evaluarlos imparcialmente y como resultado de ello, proponer la nomenclatura mas adecuada para la patología motivo del trabajo, como medida para evitar confusiones semánticas que fundamentalmente pudieran presentarse con la terminología de técnicas plásticas; en el caso de colgajos porque dan idea de injertos o bien de rotación. En el caso de los postoperatorios porque hablando quirúrgicamente representan un defecto en el cierre de heridas, lo que se conoce en la literatura como "orejas de perro", mala y bárbara traducción de "dog - ears", "skin tags", "anal skin tags".

MATERIAL Y METODOS

De la consulta de Servicio de Coloproctología del Hospital General de México de la Secretaría de Salud, fueron seleccionados al azar 25 pacientes en quienes se efectuó un estudio proctológico inicial completo, sin importar ni edad ni sexo para integrar el grupo de estudio de trabajo.

No debe juzgarse entonces en términos de frecuencia o incidencia de esta patología dentro de la especialidad, si no que fue la mera presencia de los colgajos cutáneos la que motivo su resección quirúrgica dentro del acto operatorio dado como parte de otra cirugía anorrectal.

Fueron enviados a estudio anatomopatológico como colgajos cutáneos, por separado de la pieza operatoria en cuestion, y recabado el informe de cada uno de ellos de microscopía.

Posteriormente dichos pacientes se sometieron a un interrogatorio controlado sobre la existencia de los colgajos, como dolor e inflamación local y persistente, sangrado transanal, dificultad para la higiene adecuada posterior a las evacuaciones mal olor, sensación de humedad, anal o manchado de ropa todo o anterior que revistiera una severidad suficiente para conducirlos o solicitar atención medica o bien en el caso de no presentar síntomas, la mera presencia de los colgajos fuera el motivo de su atención Médica.

En la selección de los pacientes, influyó básicamente el antecedente enfermedad hemorroidaria, con el presedente de una trombosis hemorroidaria, y en el caso de que el paciente fuera mujer, con los antecedentes obstétricos de embarazo, parto y su relación durante su evolución con estos.

Se procedió a completar el expediente clínico de estos 25 pacientes, con historia clínica completa, examen físico y se recabó la batería de exámenes preoperatorios como son biometría hemática grupo sanguíneo y factor Rh, tiempo de protrombina y parcial de tromboplastina, examen general de orina V.D.R.L. química sanguínea y en aquellos mayores de 45 años rutinariamente se obtuvo la valoración clínica de la función cardiopulmonar. Con lo anterior se integra el manejo inicial de todo enfermo en el Servicio de Coloproctología.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

Fueron excluidos de este grupo aquéllos pacientes que ya hubieren sido operados de cirugía anorrectal, los que tuviesen alguna otra enfermedad importante simultáneamente o en quienes existiera una contraindicación formal para Cirugía.

Se excluyeron también aquellos expedientes deficientes o faltos de la documentación correcta y completa, que impidieran una interpretación adecuada.

Es conveniente hacer en este punto una aclaración pertinente en el sentido de que no ha proyectado ni es el objetivo de este trabajo, conferirle una calidad matemática exacta al análisis de los resultados.

DESCRIPCION CLINICA.

Los colgajos cutáneos son formaciones de la piel anal, de consistencia blanda, los que generalmente presentan cambios discretos de pigmentación por aumento o disminución en relación con el resto de la piel del ano.

Presentan gran variedad en cuanto a localización tamaño y forma durante la inspección estática, pero durante la inspección dinámica conservan las mismas características sin variación lo que permite diferenciarlas de las hemorroides externas, lo que aumentan de volumen con la maniobra de valsava.

Estas formaciones causan síntomas propios como dolor, prurito, humedad, dificultad para la higiene después de las evacuaciones por efecto mecánico, y presentan sintomatología por el hecho de que conservan la sensibilidad somática íntegramente.

(FOTOS CLINICAS 1, 2, 3, 4).



FOTO 1

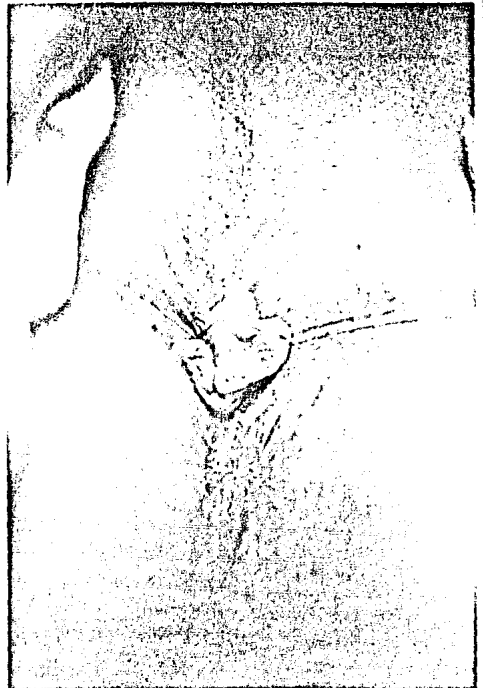


FOTO 2



FOTO 3

FOTO 4



RESULTADOS.

De los 25 pacientes del estudio, son 10 del sexo femenino y 15 del sexo masculino (60%), con edades que varían desde los 15 años, a los 73, con una media aritmética de 33 años, y la gran mayoría de estos se encuentra en el grupo de los 21 a los 40 años de edad, siendo los mas sintomáticos también.

En todos los casos fué posible obtener la historia clínica completa y directa, insistiendo en la aparición de al menos un episodio precedente de trombosis hemorroidaria, aún cuando la enfermedad hemorroidaria no estuviera sintomática, dado que en todos los pacientes fué consistente el hecho de padecerla.

Todos los pacientes fueron sometidos a resección quirúrgica de los colgajos.

En 20 de los pacientes (80%) se encontró el hábito intestinal alterado: 14 de ellos (56%) hacia la constipación y los 6 restantes con materia fecal disminuída de consistencia.

En solo 17 pacientes (68%) fué relatado el dolor anal en cualquiera de sus modalidades como prurito, ardor, dolor pungitivo tipo cuerpo extraño o estacamiento como un componente importante, si bien casi siempre referido durante el episodio agudo de la trombosis hemorroidal, en tanto que 8 de ellos aun insistiéndoseles negaron el haber padecido dolor alguno ni siquiera durante el período de trombosis hemorroidaria.

Todas las mujeres que tuvieron embarazo, cursaron con trombosis hemorroidaria durante el puerperio inmediato; tres del total de diez sin este antecedente, completan el grupo, pero sí presentaron trombosis. TABLA UNO.

NOTA ACLARATORIA: EL ASTERISCO * significa que son pacientes con trombosis durante el puerperio.

El signo ' significa que no hubo embarazo, en mujeres.

Los hallazgos histopatológicos más consecuentes fueron

1.- Fibrosis predominante	25 pacientes = 100%.
2.- inflamación aguda y cronica	25 pacientes = 100%
3.- papilomatosis	15% = 60%
4.- hiperqueratosis	12 pacientes = 48%.

(ver detallado en tabla núm. dos.)

TABLA 1.

<u>CASO</u> <u>NUM.</u>	<u>EDAD</u>	<u>SEXO</u>	<u>TROMBO</u> <u>SIS.</u>	<u>HEMORROI</u> <u>DES.</u>	<u>ALT</u> <u>HAB</u>	<u>INT</u>	<u>TX</u> <u>QX</u>	<u>DOLOR</u>
1	49	M	+	+	----		+	+
2	28	M	+	+	cons		+	+
3	73	M	+	+	----		+	====
4	37	M	+	+	cons		+	+
5	34	M	+	+	diarr		+	====
6	48	M	+	+	diarr		+	+
7	19	F	+	+	cons		+	+
8	25	F	+	+	diarr		+	+
9	22	F	+	+	cons		+	+
10	15	M	+	+	cons		+	+
11	35	F	+	+	cons		+	+
12	21	F	+	+	cons		+	+
13	32	F	+	+	cons		+	+
14	30	F	+	+	cons		+	+
15	45	M	+	+	diarr		+	+
16	56	F	+	+	diarr		+	+
17	24	M	+	+	diarr		+	+
18	20	M	+	+	cons		+	====
19	24	M	+	+	diarr		+	+
20	35	M	+	+	cons		+	+

<u>CASO</u> <u>NUM.</u>	<u>EDAD</u>	<u>SEXO</u>	<u>TROMBO</u> <u>SIS.</u>	<u>HEMORROI</u> <u>DES.</u>	<u>ALT</u> <u>HAB</u>	<u>INT</u>	<u>TX</u> <u>QX</u>	<u>DOLOR</u>
21	28	F	+	+	===		+	===
22	28	M	+	+	===		+	===
23	17	F	+	+	===		+	===
24	38	M	+	+	cons		+	===
25	44	F	+	+	cons		+	===

TABLA NUM. 2 HALLAZGOS HISTOPATOLOGICOS.

<u>CASO</u>	<u>PAPILOMA</u> <u>TOSIS</u>	<u>HIPERQUE</u> <u>RATOSIS</u>	<u>ACANTO</u> <u>SIS</u>	<u>FIBRO</u> <u>SIS</u>	<u>TROMBO</u> <u>SIS</u>	<u>INFLAMA</u> <u>CION</u>
1				++		C
2	++	++	++	++		C
3			++	++		C
4	++	++		++		C
5	++	++		++		A-C
6				++		C
7	++			++		C
8	++			++		C
9	++		++	++		C
10				++		C
11	++			++		C
12		++		++		C
13		++		++		C
14	++			++		C
15			++	++		A-C
16	++	++		++		C
17	++		++	++	++	A-C
18	++	++		++		C
19	++	++	++	++	++	C
20		++		++		C

<u>CASO</u>	<u>PAPILOMA</u>	<u>HIPERQUE</u>	<u>ACANTO</u>	<u>FIBRO</u>	<u>TROMBO</u>	<u>INFLAMA</u>
	<u>TOSIS.</u>	<u>RATOSIS.</u>	<u>SIS.</u>	<u>SIS.</u>	<u>SIS.</u>	<u>CION.</u>

21	++			++		C
22		++		++		C
23	++	++		++		C
24	++			++	++	A-C
25		++		++		C

COMENTARIOS.

Es muy sugestivo que el paralelismo que encontramos entre la patología motivo del trabajo y la enfermedad hemorroidaria sea tan obvio, tanto por su alta incidencia dentro de la población abierta como por la distribución dentro de los grupos etarios: es excepcional en niños y en ancianos y presenta mayores síntomas e incidencia dentro de los grupos económicamente activos, en los que una adecuada valoración clínica es el método mas eficaz para una detección oportuna de patologías neoplásticas en nuestros pacientes.

Llama la atención el hecho de que el Médico permanezca ignorante del cuadro clínico y del manejo adecuado de la enfermedad hemorroidaria, tanto en período agudo como durante la remisión o bien durante el período tardío de la reперación o las secuelas.

Hay que recordar que es muy fácil para el Humano, acostumbrarse a estar enfermo o convivir con su patología, si la enfermedad le permite largos períodos asintomáticos en los que el tratamiento Médico y los remedios caseros han ganado popularidad, puesto que en la historia natural de la enfermedad hemorroidaria de períodos de quiescencia mas abundantes que los de agudización de la sintomatología.

Este hecho tal vez sea el responsable de la pérdida de un seguimiento efectivo y a largo plazo de la mayoría de los pacientes hemorroidarios y/o con colgajos cutáneos y no nos permite apreciar la existencia de esta patología en su prevalencia real dentro de la población.

En todos los pacientes fue posible encontrar el antecedente de trombosis hemorroidaria con una evolución espontánea hacia la reparación con colgajos cutáneos tardíamente quedando como testigos del cuadro de crisis hemorroidaria aguda.

Todos los pacientes recibieron tratamiento quirúrgico como definitivo, puesto que los métodos alternos en las hemorroides externas no son operantes.

El discreto predominio de los hombres sobre las mujeres de 3:2 o 15:10, no significa en absoluto, dado que necesitaríamos de un estilo lineal muy amplio para determinar la frecuencia de enfermedad hemorroidaria en hombres y mujeres, y de estos la frecuencia de trombosis hemorroidaria para así tener una idea clara de los eventos que influyen en la aparición de los colgajos.

El hecho de que el hábito intestinal se encuentra alterado en la mayoría de los pacientes (80%) concuerda por lo referido por los diversos autores en el sentido de que es muy frecuente que la crisis hemorroidaria aguda sea simultánea o consecuente con un período severo de estreñimiento o diarrea.

Me parece dudoso que 8 de los 25 pacientes o al menos no recuerden haber sufrido dolor alguno ni siquiera durante la crisis hemorroidaria; puede atribuírsele considero a falta de memoria, ya que en su mayoría estos pacientes presentan una evolución clínica de años y es muy factible que hubieran olvidado o bien recordado si efectivamente hubo cuadro doloroso.

El puerperio parece no tener una relación definitiva en la provocación de la crisis hemorroidaria aguda, si bien en todos los pacientes femeninos con embarazo estuvo presente; esto lo confirma la presencia de mujeres jóvenes sin antecedentes obstétricos en el grupo de estudio.

En cuanto a los hallazgos microscópicos de los especímenes enviados para su estudio existen hallazgos consistentes en los 25 casos (100%) como son el hecho de que el cuadro predominante sea una fibrosis, lo que clínicamente puede ser interpretado como una regeneración o sea, la última fase de la cicatrización.

Esta fibrosis es muy significativa, pero no clasifica alas piezas enviadas como fibromas.

La inflamación como evento histopatológico estuvo presente entodos los especímenes enviados para estudio, en sus dos modalidades: como inflamación cronica en los 25 casos o el 100 %, mientras que componente agudo de inflamación solo estuvo presente en cuatro pacientes (20%). La inflamación tiene definición histológica, que no siempre corresponde al concepto clínico homónimo.

Los datos de trombosis solo estuvieron presentes en tres casos (15%), dato que no califica la agudización de los hallazgos anteriores.

La papilomatosis encontra en 15 pacientes (60%) y la hiperqueratosis en 12 pacientes (48%) son cambios consistentes y consecutivos a una inflamación aguda. Por lo anterior podemos tomar como el cuadro histopatológico característico de los colgajos cutáneos como fribosis severa con inflamación crónica.

Personalmente, el motivo de esta tesis resulta importante, si consideramos que previamente está comprobación no existe entre la correlación histopatológica de como se componen los colgajos y que es lo que representa o como deben ser interpretados. Todo se reduce a meras observaciones y en el hecho de que sean unas formaciones patológicas tan comunes, no nos eximen de saber su naturaleza.

Es una patología muy accesible y se presta fácilmente como sujeto de investigación clínica muy básica tal vez pero es una investigación original.

El tema en sí no es original puesto que ha de tocarse obligadamente en tratándose de patología hemorroidaria, si no que es factible el abordar el tema prospectiva y abiertamente, con la gran ventaja de que puede ser a comprobación en cualquier momento y lugar.

En realidad, si existieran algunos puntos de debate, sería estos muy limitados, dado que en su mayoría consisten en información nueva en cuanto a definición histológica, quedando solo el aspecto interpretativo de lo que clínicamente pudiera significar. Con todo lo anterior expuesto, me atrevo a efectuar un enunciado final de la tesis, y es: Que los colgajos cutáneos anales, son la secuela tardía de una trombosis hemorroidaria, no constituyen parte del tejido hemorroidario activo, si no que representan la porción crónicamente fibrosado, y en realidad son un defecto en la cicatrización, que deforman la piel anal por fibrosis.

CONCLUSIONES.

Una vez finalizado el trabajo, las conclusiones más obvias también son importantes .

- 1.- Fué factible llevar a cabo éste trabajo de tesis por ser muy accesible el material de estudio, la técnica y la disponibilidad del archivo del Servicio.
- 2.- Por tratarse de una patología tan común, fue factible el llevar a cabo el estudio en forma prospectiva.
- 3.- Se llega a una conclusión concreta y definida en cuanto al problema a tratar.
- 4.- Los colgajos cutáneos son pues, considerados como una secuela tardía de un episodio de una trombosis y no constituyen parte del tejido hemorroidario activo si no representa una parte del cronica^omente fibrosado.
- 5.- Finalmente agradecer al Hospital General de México, y especialmente a mi maestro DR. OCTAVIO AVENDA]O, por la oportunidad de cursar bajo su tutela la Residencia en Proctología.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- BANOV J. Jr. Anorectal wound healing. A comparación of the value of antibiotics agents and nitrofurazone. Dis. Col. rectum 1962, 5: 291 - 294.
- 2.- BURKITT D. Fiber as a prospective against gastrointestinal disease. Am. J. Gastroenterol. 1984, 79: 249 - 252.
- 3.- BURKITT D.P. Varicose veins, DVT and hemorrhoids. Epidemiology and suggested aetiology. Br. Med. J. 1972, 2: 556 - 561.
- 4.- CEEVE U. & HUBENS A. The effect of Lord's proccedure on anal pressure. Dis. Col. Rectum 1979, 22: 483 - 485.
- 5.- CHEN HWU' W. Urgent hemorrhoidectomy for hemorrhoidal crisis. Dis. Col. Rectum 1982, 25: 122 - 124.
- 6.- GOLDEBERG S.M. Fundamentos de cirugía anorrectal. Primera edición MEXICO ED. LIMUSA Cap. 6 pp 103. ISBN 0- 397 - 504179. 1986.
- 7.- GOLIGHER J.C. Surgery of the anus, rectum and colon. Thrid Ed. 1975 LONDON. BAILLIERE & TINDALL 1975 pp 133 ISBN 0- 0720-0519 - 3.

- 8.- HODEDADI J. et al. The Whitehead operation for advanced haemorrhoids. Dis. Col. Rectum 1979, 22:238 - 240.
- 9.- JACOBS D.M. et al The relationship of hemorrhoids to portal hypertension. Dis. Col. Rectum 1980, 23: 567 - 569.
- 10.- LAWRENCE A.E. & MURRAY A.J. Histopathology of prolapsed and thrombosed hemorrhoids. Dis. Col. Rectum 1962, 5:56-61.
- 11.- MacLeod J.H.L. A method of proctology. 1st. Ed. Maryland USA HARPER & ROW 1979 pp 34. ISBN 0-06-141571-5.
- 12.- MacLeod J.H.L. et al: Rational approach to treatment of hemorrhoids based on a theory of aetiology. Arch. Surg. 1983, 118:29-32.
- 13.- MEDWEL S.J. & FRIEND W.G. Outpatient anorectal surgery. Dis. Col. Rectum 1979, 22:480-482.
- 14.- MINVELLE J. et al: A closed technique in anorectal surgery. Dis. Col. rectum 1969, 6:40-41.
- 15.- NOTHINGER F. Indikationen and grenzen der chirurgischen behandlung von hemorrhoiden. PRAXIS 1982. 71:193-195.

- 16.- RAUSIS C. & ARNOLD J. Indications et limites de la cryochirurgie des hémorroïdes. PRAXIS 1992, 71: 181 - 185.
- 17.- SABINSTON D.C. Textbook of Surgery 12th. Edition PHILADELPHIA 1981 W.B. SAUNDERS & CO. pp 1124-1126 ISBN..
- 18.- SCHOETZ D.J.: Complicaciones de las intervenciones anorrectales Clin. Quir. NA. 1983. 6: 1243 - 1251.
- 19.- SCHWARTZ S.I. et al Principles of Surgery. 2nd. Edition NEW YORK MC. GRAW HILL 1974. ISBN O -07-055723-3.
- 20.- SIM A.J.W. et al: Three Year follow-up study on the treatment of first and second degree hemorrhoids by sclerosant injection or rubber band ligation. Surg. Gynaecol. Obst. 1981, 152:534-536.
- 21.- SYMPOSIUM: Anorectal surgery: Hemorrhoids. Dis. Col. Rectum 1980 23: 211 - 222.
- 22.- TKANO M. Anoderm - preserving hemorrhoidectomy. Dis. Col. Rectum 1980, 23: 544 - 549.
- 23.- TERAMOTO Tet al: Hypertrophy of the external anal sphincter in hemorrhoids, a histometric study. GUT 1981, 22: 45 - 48.

24.- THOMPSON W.H.F. The nature of haemorrhoids. Br. J. Surg.
1975 62: 542 - 552.

25.- WHITEHEAD W. The surgical treatment of hemorrhoids. Br.
J. 1882, 1: 148 - 150.

INDICE.

	PAG.
1.- Introducción	1
2.- Material y Métodos.	2
3.- Resultados	4
4.- Comentarios	12
5.- Conclusiones	20
6.- Bibliografía.	21