



Complicaciones de la cirugía anorrectal

Luis Charúa Guindic*

* Jefe de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México.

Dirección para correspondencia:
Dr. Luis Charúa Guindic
Jefe de la Unidad de Coloproctología
Hospital General de México.
Dr. Balmis 148, Col. Doctores.
Delegación Cuauhtémoc. 06720. México,
D.F. Teléfono 5999-61-33. Ext. 1045.
luischarua@yahoo.com

Resumen

En esta revisión se exponen las complicaciones posoperatorias de la cirugía anorrectal como: el dolor excesivo, hemorragia, infección, retención urinaria, impacto fecal, estenosis anal, incontinencia fecal, fisura anal, fístula anal y colgajos cutáneos.

Palabras clave: Complicaciones en la cirugía anorrectal.

Abstract

Postoperative complications of anal and rectal surgery such as: excessive pain, hemorrhage, infection, urinary retention, fecal impaction, anal stenosis, anal incontinence, anal fissure, anal fistula and anal tags are described in this review.

Key words: Complications of anorectal surgery.

INTRODUCCIÓN

La cirugía anorrectal requiere el cumplimiento de principios quirúrgicos dictados por las características propias de esta región, que a su vez condicionan medidas posoperatorias también peculiares. Los requisitos de ambos períodos, trans y postoperatorio, se relacionan estrechamente entre sí para reducir al mínimo la posibilidad de complicaciones. Sin embargo, en ocasiones puede haberlas si el paciente no sigue al pie de la letra las indicaciones del cirujano.

En su mayor parte, estos principios están condicionados por la anatomía y fisiología de la región y por factores individuales; ellos son la existencia de una zona cutánea y una mucosa, la distribución local de la sensibilidad al dolor, la constante exposición de las heridas a las materias fecales y la estabilidad del sistema nervioso del enfermo.

El manejo cuidadoso y delicado de los tejidos, especialmente piel, es principio fundamental; todos los cortes, tracciones, etc., deben ser ejecutados con precisión y movimientos suaves, evitando a toda costa la brusquedad, violencia, traumatismos innecesarios y prisa.

Los pinzamientos para tracción deben ser reducidos al mínimo posible; pueden aplicarse en el fondo de la herida o en la piel que se reseca, pero no en la que va a conservarse.

La hemostasia de las heridas cutáneas se realiza satisfactoriamente en la mayoría de los casos por me-

dio de la compresión o con electrocauterio; cuando alguna de estas medidas son insuficientes se emplea el pinzamiento por medio de instrumental fino; los puntos se reservan para los vasos gruesos, especialmente arteriales. Tanto los pinzamientos como los puntos se aplican en el fondo de las heridas, no en la piel. Los puntos de hemostasia deben ser superficiales, para evitar la formación de elevaciones o depresiones, que favorecen la infección posoperatoria; los puntos de transfijión con catgut crómico (00 ó 000) son los más adecuados para este propósito. Cuando es posible, se evita la sutura en fibras musculares esfinterianas. La hemorragia de la porción mucosa de las heridas se cohibe siempre por medio de sutura, ya sea surgete continuo o puntos aislados, con catgut crómico.

La piel del conducto anal y la mucosa rectal son elásticas y exigen una cuidadosa medición de la extensión de tejido que va a researse, sin excederse para evitar que la retracción aumente la superficie de la herida; la cantidad de superficie reseca influye en grado importante en la frecuencia de complicaciones posoperatorias, puesto que a mayor resección, mayor dolor y mayores posibilidades de estenosis anal o rectal como secuela tardía. Esto no significa que la conducta contraria sea la correcta y se reseque sólo una mínima cantidad de tejido.

Todas las heridas deben ser regularizadas, con bordes bajos, esfumados, biselados y fondo plano, para que canalicen correctamente; si este principio

no se cumple, la infección, edema y dolor son su consecuencia.

Cuando es necesario reseca tejido en dos sitios muy próximos entre sí, es indispensable dejar un puente de piel y mucosa entre ambas heridas, aunque sea muy angosto. La unión de las dos heridas, constituyendo una sola, deja una superficie denudada muy amplia, que expone a diversas complicaciones, especialmente estenosis; esta regla es particularmente importante en los casos en que se hacen varias heridas, como en hemorroidectomía, fistulectomía o fistulotomía y hemorroidectomía, fisurectomía y hemorroidectomía, etc.

El aparato esfinteriano debe ser siempre manejado con delicadeza; su laceración o dilatación excesivas contribuyen en mayor o menor grado a acentuar el espasmo esfinteriano, con el consecuente aumento del dolor postoperatorio.

La limpieza de la sangre que escurre al recto durante una operación es también principio importante; es irritante y tiende a aumentar las molestias posoperatorias.

Todas las anomalías presentes en cada caso deben ser tratadas, aunque algunas no sean el motivo de la operación ni responsables de manifestación clínica alguna. Los casos que sufren un solo tipo de lesión son raros, lo frecuente es la combinación de varias: hemorroides e hipertrofia papilar, fístula anorrectal y hemorroides, fisura anal con hemorroides y papila hipertrófica, y otras; estos casos requieren hemorroidectomía y papilectomía, fistulectomía o fistulotomía y hemorroidectomía, etc., en un solo tiempo quirúrgico.

Al final de toda operación anorrectal, los médicos de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, colocamos una canalización de tipo Penrose de un $\frac{1}{4}$ de pulgada, alojado en la ámpula rectal hasta el exterior; esta canalización se deja para extraer la sangre que no haya sido retirada durante la operación o el escaso sangrado de la mucosa rectal en los sitios de sutura y se retira al día siguiente. Nunca deben utilizarse tubos gruesos o taponamiento intrarrectal, que son de extracción extraordinariamente dolorosa y utilidad nula.

Las complicaciones inmediatas más frecuentes son: dolor excesivo, hemorragia, infección, retención urinaria e impacto fecal; las tardías son estenosis anal, incontinencia fecal, fisura anal y fístula subcutánea.

Dolor excesivo

Es un síntoma de difícil apreciación y valoración, por las frecuentes y grandes variaciones de la sensibilidad al dolor de cada enfermo; se considera como compli-

cación en los casos en que la administración de analgésicos continúa siendo necesaria al término de la primera semana postoperatoria, en que el dolor ya debe ser moderado o leve.

Puede considerarse como la complicación más frecuente. Sus causas pueden resumirse como sigue: resección excesiva, heridas defectuosas e infección concomitante, estreñimiento o diarrea, impacto fecal, nerviosidad del enfermo y gran sensibilidad del dolor.

Su tratamiento es difícil y exige el máximo cuidado de las heridas, normalización del funcionamiento intestinal, analgesia adecuada^{1,2} y psicoterapia superficial acompañada o no de medicación tranquilizante. En algunos casos, puede haber necesidad de reintervención quirúrgica, probablemente por la presencia de un absceso en la herida quirúrgica.

Hemorragia

Puede ser inmediata o tardía

La hemorragia inmediata se presenta en las primeras horas postoperatorias en enfermos en que la hemostasia ha sido defectuosa, especialmente de vasos arteriales, que se retraen rápidamente y no es posible localizar para ligarlos; en otros enfermos, se trata de hemorragia en capa. Su tratamiento consiste en la ligadura por transfixión del vaso sangrante, que puede hacerse en la cama del enfermo si la hemorragia procede de una herida externa; en caso contrario, el enfermo debe ser llevado nuevamente a la sala de operaciones.³ Si el sangrado es en capa requiere un nuevo apósito de compresión. La electrofulguración puede ser suficiente.

La hemorragia tardía es también llamada secundaria, ocurre de 6 a 12 días de la operación y sólo se presenta en casos en que se ha practicado hemorroidectomía. Es una hemorragia muy profusa causada por la ligadura defectuosa de un pedículo hemorroidario, con formación de un muñón demasiado grande, que se necrosa y desprende y deja abierto el vaso sanguíneo. El tratamiento consiste en la ligadura del vaso sangrante a través de un espejo operatorio en la sala de operaciones.⁴

Retención urinaria

Es una complicación frecuente, al grado de que en algunas publicaciones, alcanza el 50%,^{5,6} pero puede considerarse que en general es mucho menor.⁴ Sus causas son varias: espasmo del esfínter uretral a causa del dolor posoperatorio, distensión vesical por exceso de líquidos parenterales durante la intervención y en las horas siguientes,⁷ deambulación

tardía; en pacientes senectos con hipertrofia prostática, suele existir el antecedente de problemas miccionales, que se exageran con la operación. Para prevenir esta complicación se debe aplicar analgesia no esteroidea y levantar al paciente a deambular a las 6 a 8 horas de la intervención. Debe aclararse que la retención urinaria es más rara en la mujer. El sondeo vesical debe realizarse a las 8 a 10 horas si no ha habido micción espontánea o cuando haya signos de globo vesical.

Infección

En todas las cirugías anorrectales existe infección muy leve que debe considerarse como heridas contaminadas, ya que la profundidad de la infección no es más allá de 3 a 4 mm; esto no es perjudicial sino benéfico, porque estimula la granulación de las heridas. La infección que ya no es leve se manifiesta por edema de los bordes de las heridas y producción de pus en el fondo, y en casos severos, por formación de abscesos. Su causa es la ausencia de canalización satisfactoria.

Está estrechamente relacionada con el dolor excesivo y requiere el mismo tratamiento, y en caso de absceso, debridación.

Impacto fecal

Es una complicación poco frecuente que se presenta posterior a hemorroidectomía. Suele formarse a los 7 u 8 días después de la operación y por lo regular se asocia a dolor anal intenso. Se identifica por medio de un tacto rectal, como una gran masa fecal, de consistencia semidura o dura, que llena el ámpula rectal; todo enfermo con evacuaciones escasas y deseos continuos de defecar, es sospechoso de sufrir un impacto fecal y obliga a practicar una exploración digital.

Su tratamiento consiste en la aplicación de microenemas como el citrato de sodio con laurilsulfoacetato de sodio (Microlax®) o el sorbitol (Clyss go®); su acción evacuante en el recto es por efecto directo sobre las heces. Estos buenos resultados, sin embargo, no siempre se obtienen con tal sencillez; el impacto suele producir trastornos de la sensibilidad de la mucosa rectal e impedir el reflejo normal de la defecación, a lo que se agrega el traumatismo excesivo de las heridas y la producción de intenso dolor por las maniobras de fragmentación digital, y se hace casi imposible el vaciamiento voluntario del recto. En ocasiones puede ser necesaria la extracción digital en la sala de urgencias bajo sedación o en quirófanos bajo anestesia.⁸ Ya vacío el recto, el enfermo suele reanudar su función intestinal en forma normal.

Estenosis anal

Sus causas más frecuentes son la resección excesiva de tejido, diarrea prolongada y falta de dilatación.⁹ Se manifiesta tardíamente, ya terminada la cicatrización; se descubre con facilidad por medio de un tacto digital, que encuentra un anillo fibroso generalmente situado a nivel de la línea anorrectal.

Su tratamiento consiste en la sección del tejido fibroso en todo su espesor; la incisión puede ser anterior y posterior o en los cuatro cuadrantes: anterior, posterior, derecho e izquierdo, de acuerdo con el grado de estrechamiento. En el período posoperatorio son necesarias las dilataciones digitales frecuentes, iniciadas a las 48 horas de la operación y continuadas cada tercer día, hasta la cicatrización completa.¹⁰

La estenosis anal también puede resolverse con técnicas más complicadas como la anoplastia de V en Y¹¹ o el avance(s) de colgajo(s) cutáneo(s).^{12,13}

Incontinencia fecal

Es la complicación más seria y molesta para el enfermo. El anillo anorrectal es una estructura compuesta por el asa profunda del esfínter anal externo, el músculo puborrectal, y fibras del músculo longitudinal del recto y del esfínter interno. Su funcionamiento normal requiere de integridad anatómica y neurológica local, regional y central. El daño a cualquiera de estas estructuras traerá como consecuencia diferentes grados de incontinencia y esto se puede presentar en enfermos que se sometieron a tratamiento quirúrgico para corregir una fístula anal o en los pacientes que se les practicó una esfinterotomía como parte del tratamiento de la fisura anal crónica.

La incontinencia fecal se ha clasificado como total o parcial. En el primer caso la retención de gases y materias fecales sólidas o líquidas es imposible; en el segundo, el enfermo puede controlar la expulsión de heces sólidas, pero no de gases y heces líquidas o semilíquidas.¹⁴ También la podemos clasificar como mayor o menor. La primera es la que corresponde a la total, y la menor, a la parcial.

El manejo para corregir la incontinencia fecal puede ser conservador o quirúrgico.

Dentro de los tratamientos conservadores está la retroalimentación biológica o biofeedback;¹⁵ consiste básicamente en enseñar al paciente a contraer en forma eficaz el esfínter anal externo y el anillo anorrectal; en consecuencia, mejora la fuerza y la duración de la contracción anal, la coordinación esfintérica asociada a la distensión rectal y logra mejorar la sensibilidad rectal. La retroalimentación es una técnica laboriosa que carece de

efectos secundarios, pero que precisa de un alto nivel de motivación y colaboración por parte del paciente.

La reparación quirúrgica del defecto anatómico muscular (esfinteroplastia) ha demostrado resultados buenos a excelentes en la mayoría de los pacientes que presentan una masa residual muscular adecuada. Los resultados de esta técnica se han reportado como buenos a excelentes en más del 90% de los casos.¹⁶

Fisura anal

Sus causas principales se desconocen, pero la infección, resección extensa de piel y el espasmo esfinteriano excesivo pueden jugar un papel importante. En algunos casos, el tratamiento médico con pomadas analgésicas o cicatrizantes, sediluvios, conservación de la función intestinal normal, medicación tranquilizante o psicoterapia superficial, logran la cicatrización, pero sólo después de uno o dos meses. En otros, es necesario el tratamiento quirúrgico, similar al de una fisura anal no postoperatoria.

Fístula anal

La produce la infección por heridas irregulares y bordes cutáneos elevados, mal cuidados en el período postoperatorio o por una cicatrización en falso, desencadenada por una rápida cicatrización, formando un puente mucocutáneo o cutáneo, desarrollando una fístula superficial. En este último caso se puede resolver en el consultorio bajo anestesia local; de no ser así, es mejor atenderla en quirófanos como cualquier otra fístula de origen criptoglandular.

Colgajos cutáneos

Es una secuela postoperatoria relativamente común, principalmente después de una hemorroidectomía. Por lo regular son asintomáticos, pero para algunos pacientes representa una verdadera molestia ya que pueden pensar que es una recurrencia de la enfermedad o simplemente que no fueron atendidos correctamente. El cirujano tiene la obligación de tranquilizar al paciente y explicar la etiología del trastorno para disipar sus dudas. La extirpación quirúrgica está indicada solamente si desencadenan molestias como el prurito anal crónico, la incapacidad para asearse adecuadamente y en casos muy seleccionados por estética.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kilbride M, Morse M, Senagore A. Transdermal fentanyl improves management of postoperative hemorrhoidectomy pain. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 1070.
2. Goldstein ET, Williamson PR, Larach SW. Subcutaneous morphine pump for postoperative hemorrhoidectomy pain management. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 439.
3. Rosen L, Sipe P, Stasik JJ et al. Outcome of delayed hemorrhage following surgical hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 743.
4. Bleday R, Pena JP, Rothenberger DA et al. Symptomatic hemorrhoids: current incidence and complications of operative therapy. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 477.
5. Petros JG, Bradley TM. Factors influencing postoperative urinary retention in patients undergoing surgery for benign anorectal disease. *Am J Surg* 1990; 159: 474-6.
6. Deen IK, Wong WD. *Hemorrhoidal Surgery*. In Hicks CT, Beck ED, Opelka GF, Timmcke EA. *Complications of Colon & Rectal Surgery*. Ed. Williams & Wilkins. Baltimore 1996: 164-5.
7. Bailey HR, Ferguson JA. Prevention of urinary retention by fluid restriction following anorectal operations. *Dis Colon Rectum* 1976; 19: 250.
8. Deen IK, Wong WD. *Hemorrhoidal Surgery*. In Hicks CT, Beck ED, Opelka GF, Timmcke EA. *Complications of Colon & Rectal Surgery*. Ed. Williams & Wilkins. Baltimore 1996: 166.
9. Goldberg SM, Gordon HP, Nivatvongs S. *Fundamentos de cirugía anorrectal*. Complicaciones de la cirugía anorrectal: su prevención y tratamiento. México, D. F. Ed. Limusa 1990: 377-8.
10. Avendaño EO. *Proctología*. México, D. F. Ed. Impresiones Modernas 1968: 103-5.
11. Ramanujan PS, Venkatesh KS, Cohen M. Y-V anoplasty for severe anal stenosis. *Contemp Surg* 1988; 3: 62-68.
12. Christensen MA, Pitsch RM, Cali RL, Blatchford GJ, Thorson AG. "House" advancement pedicle flap for anal stenosis. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 201-203.
13. Caplin DA, Kodner IJ. Repair of anal stricture and mucosal ectropion by simple flap procedures. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 92.
14. Avendaño EO. *Proctología*. México, D. F. Editorial Impresiones Modernas 1968: 96-102.
15. Awad R, Decanini C, Camacho S, Córdova VH, Camelo AL, Santiago R, Martínez P, Chi-Lem DMI. Retroalimentación biológica y su aplicación clínica. *Rev Med Hosp Gen Mex* 1994; 57: 54-9.
16. Fang DT, Nivatvongs S, Herman et al. Overlapping sphincteroplasty for acquired fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 720-22.