



Preguntas 3^{er} cuatrimestre 2008

21. En el tratamiento médico de la fisura anal se debe conseguir:

- ☐ a) Corregir el estreñimiento si lo hubiese
- ☐ b) Corregir las diarreas especialmente las que se presentan en forma crónica
- ☐ c) Evitar la ingesta de ácidos y picantes
- ☐ d) Evitar la ingesta de alcohol
- ☐ e) Todas las anteriores
- ☐ f) Ninguna de las anteriores

22. Métodos como la inyección sub-fisuraria de clorhidrato doble de quinina urea al 5%, o de ácido fólico en solución oleosa al 5%, presentan una moderada acción de beneficio en especial para el "dolor fisurario". Sin embargo cuando se trata de fisuras anales crónicas y hasta en fisuras agudas, con técnicas no bien realizadas pueden presentarse como complicación:

- ☐ a) Espasmos musculares
- ☐ b) Abscesos sub-fisurarios
- ☐ c) Esclerosis anales
- ☐ d) Apergaminamiento de la mucosa
- ☐ e) Hemorragia aguda
- ☐ f) Necrosis mucoso-muscular

23. Los principales objetivos en la realización de una cirugía que trate de corregir una fisura anal, es conseguir:

- ☐ a) Suprimir el espasmo y aumentar el tono esfinteriano
- ☐ b) Suprimir el espasmo y resecar la fisura
- ☐ c) Suprimir el espasmo, resecar la fisura y aumentar la elasticidad del ano
- ☐ d) Resecar la fisura y dilatar el ano
- ☐ e) Ninguna de las anteriores

24. ¿El método de tratamiento más antiguo para la fisura anal y que fue propuesto por Recamier (1838), es el método de?...

- ☐ a) La esclerosis anal

- ☐ b) La resección de la fisura
- ☐ c) La dilatación anal
- ☐ d) La escisión con plastia cutánea
- ☐ e) La electrofulguración del lecho fisurario

25. Fisuras anales infectadas y complicadas con abscesos anales "sub-fisurarios" deberían ser tratados quirúrgicamente. En estos casos además de la esfinterotomía interna, se debe realizar:

- ☐ a) Dilatación anal bidigital
- ☐ b) Resección en bloque del o de los colgajos cutáneos y la fisura con una inevitable sección del fascículo sub-cutáneo del esfínter externo
- ☐ c) Sección completa del esfínter interno con sección parcial del fascículo sub-cutáneo del esfínter externo
- ☐ d) Esclerosis sub-fisuraria
- ☐ e) Drenaje y limpieza quirúrgica del lecho fisurario
- ☐ f) Escisión con plastia cutánea

26. Fisuras anales simples que son tratadas quirúrgicamente. Más valor pronóstico tiene la esfinterotomía lateral interna, que la misma resección de la fisura anal.

- ☐ Verdadero
- ☐ Falso

27. La escisión con plastia cutánea como tratamiento quirúrgico de una fisura anal, ha sido descrito por Hughes (1953), Samson y Stewart (1970), y Ruiz Moreno (1968), es utilizado especialmente cuando existen:

- ☐ a) Fisuras anales con estenosis, especialmente producidas o subsecuentes a pérdidas de sustancia
- ☐ b) Fisuras anales simples
- ☐ c) Fisuras anales infectadas y con abscesos sub-fisurarios
- ☐ d) Fisuras anales acompañadas de hemorroides grado III-IV
- ☐ e) Ninguna de las anteriores

28. ¿Las esfinterotomías posteriores son procedimientos quirúrgicos que se realizan para el tratamiento de la fisura anal, en esta posición no es del todo aconsejable su realización, sin embargo se pueden realizar “posteriores”, especialmente cuando?...

- ☐ a) La fisura está en el cuadrante posterior
- ☐ b) Posterior a una fisurectomía como tratamiento y procedimiento sub-mucoso cerrado
- ☐ c) Posterior a un procedimiento de dilatación anal previa
- ☐ d) La fisura es profunda y hay que hacerlo detrás de ella

29. Para la realización de esfinterotomías laterales se han usado varias técnicas y variantes quirúrgicas, unas se hacen con el esfínter a la vista y otras a modo de “tenotomía sub-cutánea”. Relacione mediante flechas la técnica descrita a la izquierda, con el procedimiento que le corresponde y que está descrito del lado derecho.

- | | |
|------------------------------|---|
| a) Técnica de Park's | 1) Abordaje del esfínter tras movilización del colgajo cutáneo arciforme, esfinterotomía y sutura del colgajo a su posición inicial |
| b) Técnica de Ray o de Sarle | 2) Abordaje radial del esfínter sobre el borde inferior del esfínter interno, esfinterotomía y sutura del colgajo a su posición inicial |
| c) Técnica Notaras | 3) Introducción del bisturí de por el surco interesfintérico, y sección de dentro hacia afuera del esfínter interno |
| d) Técnica de Hoffmann | 4) Introducción del bisturí por el surco interesfintérico y sección de fuera hacia dentro del esfínter interno |

RESPUESTAS.....?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4

30. “La Leiomiectomía” con anoplastia mucosa, es un buen procedimiento quirúrgico para el tratamiento de la fisura anal, entre sus beneficios está que acorta el tiempo de hospitalización y el proceso cicatrizal se realiza más rápidamente. Se trata de realizar una exéresis triangular de la fisura anal con resección

de sus bordes, papila subyacente y mucosa intermedia sub-pectínea. La sección esfinteriana es mínima al número de fibras que sobrepasan debajo del grosor de las fibras del esfínter externo “sub-cutáneo”, seguidos de un despegamiento y sutura de la mucosa a los labios del esfínter seccionado, haciendo una verdadera plastia mucosa. ¿Esta técnica fue originalmente descrita por?

- ☐ a) Eisenhamner
- ☐ b) Gabriel
- ☐ c) Buie
- ☐ d) Golinger
- ☐ e) Moreno González
- ☐ f) Hughes

31. La fisura anal es una enfermedad muy común del ano, se encuentra generalmente revestida de una piel muy fina con gran resistencia a curarse, su base es:

- ☐ a) La parte más inferior y sub-cutánea del esfínter externo
- ☐ b) Las fibras musculares del esfínter externo
- ☐ c) Las fibras musculares del esfínter interno
- ☐ d) Las condensaciones fibrosas en la línea de criptas
- ☐ e) Las condensaciones fibrosas en el plano sub-mucoso del canal anal
- ☐ f) Ninguna de las anteriores

32. La “hemorroide centinela” o la tumefacción de la piel en el extremo inferior de una “fisura anal”, es producido por edema linfático o por infecciones ligeras, es por lo tanto un proceso que tiene la siguiente característica...

- ☐ a) Persiste luego incluso que las fisuras han cicatrizado a base de tratamiento médico
- ☐ b) Es un proceso de piel que tiende a malignizarse en forma de un CA escamocelular
- ☐ c) Es una lesión que sangra muy frecuentemente
- ☐ d) Es una lesión que rara vez llega a la fibrosis
- ☐ e) Ninguna de las anteriores

33. ¿La hemorroide centinela, la papila anal hipertrófica y los bordes indurados de una fisura anal, pueden infectarse, supurar y forman generalmente pequeños abscesos que son de cuál de los siguientes tipos.....?

- ☐ a) Abscesos izquio-rectales
- ☐ b) Abscesos peri-anales
- ☐ c) Abscesos pelvi-rectales
- ☐ d) Abscesos sub-cutáneos
- ☐ e) Abscesos sub-mucosos

34. Miles confundió la fibrosis del esfínter interno, con el "anillo de tejido fibroso", sin embargo en lo que guarda relación con la fisura anal, "sí" se produce una contracción y hasta una fibrosis con espasmo del esfínter interno. El esfínter externo puede esporádicamente intervenir en una contracción asociada al dolor que produce la fisura anal.
- ☐ Verdadero
☐ Falso
35. La tendencia de la fisura a presentarse generalmente en el plano medio y posterior se puede explicar por:
- ☐ a) Debido a la forma elíptica del borde inferior del esfínter externo
☐ b) La probabilidad que existe que la parte inferior del esfínter interno tenga un soporte más débil en la porción posterior
☐ c) Que la parte inferior del esfínter interno tenga un soporte más débil en los planos anteriores
☐ d) Que la piel sea más propensa a hendirse en las zonas anterior y posterior
☐ e) Todas las anteriores
☐ f) Ninguna de las anteriores
36. El rasgo más notable de una fisura anal crónica está dada por:
- ☐ a) El constante estreñimiento que tienen los pacientes que la padecen
☐ b) La diarrea constante, no siempre crónica
☐ c) El gran espasmo esfinteriano que provoca un dolor característico
☐ d) La hemorragia siempre presente en mayor o menor escala
☐ e) La infección subsecuente
☐ f) La formación de abscesos y fístulas
37. El mejor argumento de sustentación para los que creen que el "espasmo esfintérico" tiene gran importancia etiológica en la génesis de una fisura anal, se basa en el hecho que la simple división parcial o total del esfínter interno va seguida de un alivio de dolor y hasta de la cicatrización y curación de la fisura anal
- ☐ Verdadero
☐ Falso
38. La teoría de Charles Ball de Dublín (1908), respecto a la etiología de la fisura anal, se basa en que:
- ☐ a) Se produce un desgarramiento de la válvula anal, generalmente por el paso de una masa fecal dura, que produce una herida mucosa lineal, desde la línea pectinada, hasta el orificio anal
☐ b) Se produce la infección de la cripta y el músculo esfinteriano interno generalmente en el plano anterior, en el borde superficial
☐ c) El estreñimiento crónico seguido de una hipertrofia papilar idiopática, que no ha cedido en forma espontánea, ni al tratamiento clínico
☐ d) El espasmo del complejo esfinteriano, la contractura forzada del elevador del ano, producen una debilidad de la mucosa anal
☐ e) Ninguna de las anteriores
39. Dentro de los procesos patológicos de las fisuras anales, se reconocen los "primarios" y los "secundarios". Estos últimos son el resultado de todas las siguientes entidades nosológicas excepto una..... señale la falsa...
- ☐ a) Enfermedad de Verneuil
☐ b) Proctocolitis ulcerativa idiopática
☐ c) Secuela de intervenciones anales menores
☐ d) Rectocolitis inespecíficas
☐ e) Enfermedad de Crohn de localización anal
☐ f) Secuela de hemorroidectomías
☐ g) Dilataciones anales forzadas
40. Dentro de la sintomatología de la fisura anal lo que más alarma, llama la atención y es el principal motivo por el que el paciente acude donde el proctólogo es por:
- ☐ a) El tenesmo rectal
☐ b) El dolor defecatorio y post-defecatorio
☐ c) La secreción y el prurito anales
☐ d) La tumefacción local
☐ e) La hemorragia
☐ f) Los síntomas urinarios como disuria y tenesmo vesical

Respuestas 1er cuatrimestre 2008

- | | |
|---------------|-----------|
| 11. a | 16. b |
| 12. Verdadero | 17. g |
| 13. Verdadero | 18. b |
| 14. a | 19. h |
| 15. e | 20. Falso |