



Caso 39: Dolor Anorrectal

- **Queja principal**

- Varón de 29 años se presenta en vehículo particular con dolor anal

- **Signos vitales**

- FC: 94 PA: 116/82 FR: 18 SaO₂: 99% T: 37,3°C Peso: 75 kg

- **Apariencia del paciente**

- El paciente se ve moderadamente incómodo y acostado de lado.

- **Evaluación primaria**

- Vía aérea: habla normalmente con oraciones completas
 - Respiración: sin dificultad respiratoria, pulmones limpios
 - Circulación: piel cálida, pulsos distales 2+

- **Acción**

- Ubique al paciente en el monitor.
 - Coloque una vía intravenosa periférica.
 - Glucometría : 94 , si se solicita.

- **Historia**

- Fuente: Paciente
 - Padecimiento actual: Es un hombre de 29 años que acude al servicio de urgencias con 6 días de dolor anal que empeora progresivamente. El dolor es sordo, constante, no irradiado y de intensidad 8/10. El dolor se describe como un dolor sordo y constante. Los síntomas mejoran con paracetamol y baños tibios, pero empeoran con sentarse y la defecación. Esta mañana, sintió algo mojado en su ropa interior y notó una mancha, lo que motivó su visita al servicio de urgencias de hoy. Refiere síntomas similares hace 10 años y en ese momento le realizaron un procedimiento en el servicio de urgencias con resolución de los síntomas. Niega fiebre, sangrado rectal, secreción rectal o traumatismo reciente en el recto. No mantiene relaciones sexuales anales receptivas.
 - Antecedentes médicos: enfermedad de Crohn
 - Antecedentes quirúrgicos: "cirugía" en urgencias hace 10 años
 - Alergias: ninguna
 - Medicamentos: recientemente completó un ciclo de corticosteroides
 - Historia social: Niega alcohol, tabaquismo o drogas. Sexualmente activo únicamente con parejas femeninas. Utiliza condones constantemente.

- Antecedentes familiares: enfermedad de Crohn (En la hermana mayor)
- **Examen físico**
 - **General:** Despierto y alerta, de buen aspecto, malestar moderado secundario al dolor.
 - Examen de otorrino de órganos de los sentidos (ORL) normal
 - Cuello: normal
 - Pecho: no sensible
 - Corazón: normal
 - Pulmones: normales
 - Abdomen: normal
 - **Rectal:** (*obligatorio, debe preguntar por detallea) Masa fluctuante de 1,5 cm x 2 cm cerca del borde anal. Sin eritema, calor, induración ni drenaje purulento activo. No hay evidencia de hemorroides externos o desgarros anales. El tacto rectal revela un tono normal sin dolor a la palpación, sangre macroscópica ni masas palpables. Las heces son negativas para la sangre oculta.
 - Genitourinario: normal
 - Extremidades: normales
 - Espalda: normal
 - Neurológico: normal
 - Piel: normal
 - Linfático: normal
- **Mensaje del instructor:** los estudiantes deben discutir los diagnósticos diferenciales.
- **Acción**
 - Solicitar laboratorios (opcional)
 - Hemograma completo, panel metabólico básico, TP/INR, TPT
 - Ordenar medicamentos
 - Analgesia por vía oral (p. ej., paracetamol, ibuprofeno, hidrocodona/acetaminofeno)
 - Considere la analgesia IV/IM (p. ej., ketorolaco, morfina, hidromorfona)
- **Respuesta/Resultados:**
 - Reevaluación del paciente y repetición de signos vitales:
 - Signos vitales después de administrada la analgesia: FC: 86 PA: 116/80
 - El paciente informa una mejoría en los síntomas pero todavía siente dolor anal.
 - Signos vitales si no se administra analgesia: **FC: 101 PA: 122/86** (Indicación: administrar analgesia)
 - [Caso 39 Resultados de laboratorio](#) (si se solicita, normal)

- **Mensaje del instructor:** discutir el plan de tratamiento y las posibles técnicas de Incisión y drenaje.
- **Acción**
 - Actualizar al paciente sobre el diagnóstico y el plan de manejo.
 - El paciente afirma que su Incisión y drenaje anteriores hace 10 años fue increíblemente dolorosa a pesar de la anestesia local y solicita sedación para el procedimiento.
 - Realizar la lista de verificación de sedación previa al procedimiento
 - Confirmar que no haya alergias a medicamentos ni uso reciente de drogas/alcohol.
 - Conciliación de medicamentos (para evaluar las interacciones entre medicamentos)
 - Historia personal o familiar de reacción adversa a la anestesia.
 - Hora de la última ingesta oral
 - Examen (vía aérea, cabeza, cuello, cardiovascular, pulmonar)
 - Plan post-sedación (¿Existe una forma segura y confiable para que el paciente regrese a casa? ¿El paciente requiere ingreso para observación por eventos adversos?)
 - Realizar la lista de verificación (lista de chequeo) de sedación del procedimiento
 - Discutir los riesgos/beneficios del procedimiento y la sedación y obtener el consentimiento.
 - Monitorización cardiovascular continua (incluyendo oximetría de pulso y CO₂ al final de la espiración)
 - Enfermero +/- Técnico registrado presente al lado de la cama
 - Fuente de oxígeno disponible (cánula nasal, sin reinhalación, máscara con válvula de bolsa)
 - Succión
 - Medicamentos disponibles y en dosis adecuadas; haga que otro personal confirme la dosis.
 - Si el tiempo lo permite, discutir los medicamentos de sedación aceptables para procedimientos con los estudiantes.
 - Líquidos intravenosos presentes y colgados para pasar los medicamentos.
 - Equipos y complementos para vía aérea definitiva, incluidos agentes de inducción y paralizantes, presentes y cercanos.
 - Realizar incisión y drenaje
 - Si el tiempo lo permite, solicite que el alumno describa cómo realizaría el procedimiento.
 - Reevaluar al paciente después del procedimiento de sedación para regresar al estado mental inicial.
 - Paciente de alta

- Proporcionar seguimiento ambulatorio, instrucciones sobre el tratamiento posterior (baños de asiento, reblanecedores de heces, control de heridas, higiene)
 - Proporcionar precauciones de re ingreso (empeoramiento de los síntomas o signos de infección)
 - Proporcionar receta para amoxicilina + clavulanato o ciprofloxacina + metronidazol, (considerar la primera dosis en el servicio de urgencias)
- **Diagnóstico**
 - Absceso perianal (sin complicaciones)
 - **Acciones críticas**
 - Control de dolor
 - Examen rectal
 - Evaluación de las vías respiratorias antes del procedimiento de sedación.
 - Realizar Incisión y drenaje.
 - Evaluar el retorno a la línea de base previa al procedimiento después de la sedación
 - Discutir el plan de tratamiento y las precauciones de regreso.
 - **Guía del instructor**
 - Este es un caso de absceso perianal en un paciente que presenta dolor anorrectal. El paciente presenta dolor cerca del ano y evita la presión directa sobre las nalgas (glúteos) en un intento de aliviar los síntomas. Las claves críticas de la historia clínica incluyen empeoramiento del dolor al sentarse y defecar, antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal y tratamiento reciente con corticosteroides. Las acciones importantes incluyen un examen rectal completo. El dolor debe tratarse con analgesia adecuada. Los pacientes con absceso perianal sin evidencia de complicaciones y sin comorbilidades significativas que puedan afectar la cicatrización de la herida deben someterse a Incisión y drenaje en el departamento de emergencias. Algunos pacientes pueden requerir sedación durante el procedimiento debido a la naturaleza dolorosa del procedimiento, y los estudiantes deben poder describir cómo prepararse y realizar la sedación. Después de una Incisión y drenaje exitosa con retorno a la línea de base previa al procedimiento, este paciente puede ser dado de alta con seguimiento ambulatorio y se puede considerar la derivación a un cirujano dado su historial de enfermedad inflamatoria intestinal y mayor riesgo de formación de tractos fistulosos. Los antibióticos empíricos se le pueden dar para disminuir el riesgo de formación de fistulas.
 - **Puntos de enseñanza del caso**
 - El diferencial diagnóstico para el dolor anorrectal incluye abscesos anorrectales además de otras fuentes de inflamación anorrectal que incluyen hemorroides internas, hemorroides externas, hemorroides trombosadas, proctitis, prostatitis, retención de cuerpos extraños (por ejemplo, juguetes sexuales), perforación e infección necrotizante

de la piel/tejidos blandos. Es importante obtener una historia sexual en pacientes que presentan dolor anal.. En este caso, se prefiere el diagnóstico de absceso perianal no complicado debido a la ausencia de fiebre y leucocitosis, un examen físico tranquilizador que incluye ausencia de induración o trayecto fistuloso y la ubicación del absceso en el borde anal. Generalmente, estos pacientes pueden ser dados de alta con analgesia sin receta, baños de asiento, dieta rica en fibra y/o ablandadores de heces para ayudar a aliviar el dolor.

- **¿Qué otros tipos de abscesos anorrectales se pueden encontrar en el departamento de emergencias?**

- Isquierrectal
 - Ubicado fuera del esfínter
 - Los pacientes presentan dolor intenso.
 - Puede estar indurado si es superficial, difícil de diagnosticar si es profundo
 - La ecografía es útil para identificar abscesos y guiar el drenaje.
 - Los abscesos superficiales se pueden drenar en el servicio de urgencias.
 - Los abscesos más profundos requieren drenaje quirúrgico.
 - Los pacientes pueden tener fiebre o leucocitosis; Estos pacientes deben ser tratados con antibióticos (p. ej., amoxicilina-ácido clavulánico o ciprofloxacina/metronidazol)
- Interesfinteriano
 - Ubicado profundo al esfínter externo e inferior al elevador del ano.
 - Se desplaza internamente, lejos del esfínter anal, y puede presentarse como una masa rectal.
 - A menudo se confunde con una hemorroide interna trombosada.
 - Los pacientes presentan presión rectal constante y dolor punzante que empeora al sentarse o defecar.
 - Los pacientes pueden tener fiebre o leucocitosis.
 - El examen físico muestra linfadenopatía inguinal; El examen rectal revela una masa dolorosa con eritema, induración con drenaje asociado.
 - El tratamiento es el manejo quirúrgico.
- Supraelevador
 - Ubicado profundo al esfínter externo superior al elevador del ano.
 - Se presenta con dolor perianal y glúteo con signos sistémicos de infección (fiebre, leucocitosis, etc.)
 - Los factores de riesgo incluyen obesidad, diabetes, enfermedad inflamatoria pélvica, diverticulitis y enfermedad de Crohn.
 - El tratamiento es el manejo quirúrgico emergente.
- Postanal
 - Ubicado profundo al esfínter externo, inferior al elevador del ano y posterior al recto.
 - Se presenta con dolor rectal y coccígeo constante que no cambia con la posición.

- Generalmente se presenta con signos de enfermedad sistémica.
 - A menudo carece de drenaje anal y se pasa por alto en la presentación inicial; regresa cuando comienza a drenar del ano
 - Requiere manejo quirúrgico

- **¿Cómo distinguen la anamnesis y el examen físico un absceso perianal simple de un absceso anorrectal más complicado que requiere tratamiento adicional?**
 - En cuanto a los factores históricos que deberían ameritar el tratamiento antibiótico inmediato y/o la consulta quirúrgica incluyen lo siguiente:
 - Diabetes
 - Infección por VIH u otros estados inmunocomprometidos.
 - Infección de tuberculosis
 - Malignidad
 - Enfermedad sistémica (antibióticos)
 - Celulitis suprayacente (antibióticos)
 - Es probable que el examen rectal en abscesos más complejos revele lo siguiente:
 - Induración dentro del recto.
 - Incapacidad para tolerar el examen.

- **¿Cuáles son las situaciones en las que es apropiada una derivación ambulatoria a una clínica quirúrgica para el tratamiento de los abscesos perianales?**
 - Historia de absceso perianal previo.y/o alto riesgo de formación de tractos fistulosos
 - Historia de enfermedad de Crohn con abscesos perianales previos no complicados

- **¿Cuál es el abordaje para la incisión y drenaje de abscesos perianales simples en el servicio de urgencias?**
 - Realice una incisión lineal o elíptica (en cruz no se considera superior)
 - Haga una incisión lejos del borde anal y manténgala superficial para evitar el esfínter.
 - Haga disección sin rodeos en paralelo a la piel una vez que el bisturí corte por debajo del nivel de la piel.. Rompa las loculaciones suavemente con un dedo o suavemente con un hemostato.
 - Puede considerar un drenaje en bucle o un empaque

- **¿Son necesarios los antibióticos para los pacientes con abscesos anorrectales?**
 - La evidencia reciente respalda los antibióticos empíricos para los pacientes que reciben Incisión y drenaje de un absceso perianal o perirrectal, ya que reduce la probabilidad de formación de fístulas.
 - Los antibióticos empíricos no reducen la tasa de recurrencia del absceso.
 - El curso debe consistir en 4-5 días de amoxicilina clavulanato o ciprofloxacina + metronidazol.

- Es de destacar que las pautas de la Sociedad Estadounidense de Cirugía Colorrectal (ASCRS) recomiendan antibióticos empíricos después de la incisión y drenaje sólo en pacientes que tienen celulitis circundante sustancial, signos de infección sistémica, diabetes, valvulopatía cardíaca o inmunosupresión.

- **Atribuciones**

- **Autor:** Dr. Ben Wagner
- **Editor(es):** Dra. Jacqueline Le,Dra. Natasha Wheaton
- **Editor en jefe:**Dr. A.S. Dra. Dana Loke, Dra. Kristen Grabow Moore
- **Traducción al Español:** Dr. Luis Vargas
- **Editor al Español:** Dr. Leonardo Alonso
- **Referencias:**
 - Berberian JG, Burgess BE.Capítulo 85: Trastornos anorrectales. En: Judith E. Tintinalli, O. John Ma, et al, editores. Medicina de emergencia de Tintinalli: una guía de estudio completa (9^a ed). Nueva York: McGraw-Hill; 2020.
 - WC Coates.Capítulo 86: Trastornos del anorrecto. En: Ron Walls, Robert Hockberger, Marianne Gausche-Hill et al, editores. Medicina de emergencia de Rosen: conceptos y práctica clínica (9^a ed). Filadelfia: Elsevier, Inc; 2018.
 - O'Connor RE, Sama A, Burton JH, Callaham ML, House HR, Jaquis WP, Tibbles PM, Bromley M, Green SM; Colegio Americano de Médicos de Emergencia. Sedación y analgesia procesal en el departamento de emergencias: recomendaciones para la acreditación, los privilegios y la práctica de los médicos. Ann Emerg Med. Octubre de 2011; 58(4):365-70.
 - McGee M. Absceso y fistula [Internet]. [consultado el 4 de mayo de 2017]. Bannockburn: Sociedad Estadounidense de Cirujanos de Colon y Recto; 2020 [consultado el 4 de mayo de 2017].Disponible de:<https://www.facsrs.org/patients/disease-condition/abscess-and-fistula-0>
 - Bleday R. Absceso perianal y perirrectal [Internet]. A hoy. Consultado el 29 de agosto de 2022. Martin Weiser M et al (Ed).

Caso 39 Resultados de laboratorio

Panel Metabólico Básico:

Na	138 mEq/L
K	4,0 mEq/L
CL	104 mEq/L
CO ₂	24 mEq/L
BIEN	15 mg/dL
Cr	0,9 mg/dL
Gluc	86 mg/dL

Hemograma completo:

GB	8,2 x 10 ³ /uL
Hb	14,1 g/dL
Hct	42,5%
Plt	285x10 ³ /uL

Panel de coagulación:

PT	13,1 segundos
INR	1.0
PTT	28 seg

Panel de función hepática:

AST	32 U/L
ALT	14 U/L
Alk Phos	90 U/L
Bili T	1,1 mg/dL
bili D	0,3 mg/dL
lipasa	40 U/L
Albúmina	4,0 g/dL

[Volver al caso](#)