

## Editorial

# Un ecógrafo en la consulta de proctología: la ayuda al “dedo ilustrado”

En este número de la *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, el Dr. García-Montes y cols. (1) nos plantean una pregunta muy atractiva: ¿Se debe incluir la ecografía rectoanal como prueba diagnóstica del dolor anal crónico? Tras un interesante estudio contestan afirmativamente y concluyen en que es una exploración valiosa. Nosotros, pensando sobre ello, hemos querido valorar esta prueba entre las disponibles para la semiología proctológica.

Aunque en la actualidad se disponen de numerosas pruebas complementarias que ayudan en el proceso diagnóstico de la patología anorrectal, como son la rectosigmoidoscopia, la manometría, la ecografía rectoanal o la resonancia magnética, no hay duda que el tacto rectal ha sido y es el examen diagnóstico más valioso para el coloproctólogo en la consulta. En numerosas ocasiones el tacto rectal en manos experimentadas sigue determinando la actitud a seguir y constituye muchas veces la base sobre la que se decide la mejor opción terapéutica (2). Añadir a este “dedo ilustrado” una imagen ecográfica del entorno esfinteriano se hace pues muy atractivo.

Pero el dolor anal es el síntoma más frecuente por el que consultan los pacientes al proctólogo y la primera pregunta que uno se hace es si es factible hacer una buena ecografía rectoanal con un ano dolorido. La respuesta a esta pregunta es que se puede hacer de la misma forma que se hace un tacto rectal, con delicadeza. Cuando se evalúa el rechazo inicial del paciente a la realización de un tacto rectal se comprueba que hasta un 59,4% de los pacientes consideran la prueba como aceptable antes de ser realizada, pero que esta cifra se eleva hasta un 91,5% tras finalizar la misma ( $p < 0,001$ ). Además el dolor percibido en una escala analógica visual es de 1,69 con un rango entre 0 y 10 (siendo 0 la ausencia de dolor y 10 el máximo dolor), contrariamente a la creencia generalizada de los pacientes de que es una prueba siempre dolorosa, y más del 96% de los mismos recomendarían la prueba a un amigo que necesitase un examen rectal (3,4). Más aún, en una serie personal pudimos comprobar que todos los enfermos remitidos por dolor anal aceptaron la realización de la ecografía rectoanal una vez informados, y esta se pudo completar sin incidencias en todos los casos (5). Con estas cifras podemos considerar que la prueba no está verdaderamente obstaculizada por las molestias que produce.

Desde una postura escéptica podríamos decir que la exploración física mediante la visualización de la región perianal y el tacto rectal suelen ser suficientes, en manos de médicos con experiencia en este campo, para hacer un diagnóstico preciso e iniciar el tratamiento adecuado en un buen número de casos de dolor anal. Entonces, ¿para qué necesitamos un ecógrafo en la consulta? Las causas más frecuentes de dolor son los procesos orgánicos como la fisura, la trombosis hemorroidal o el absceso perianal. Sin duda estas patologías son fácilmente reconocibles mediante un examen rutinario en la consulta, pero en estos casos, si disponemos de la ecografía rectoanal, nos ayudará a conocer datos tan importantes como si la fisura se acompaña de hipertrofia del esfínter anal interno, las dimensiones y posición exacta de los trombos o la

## Editorial

localización y extensión de los abscesos perianales. Sin duda estos datos son claves a la hora de tomar una decisión terapéutica, como por ejemplo realizar una esfinterotomía o localizar la mejor zona de drenaje de un absceso (6).

Algunas veces la exploración física no revela ninguna patología y el diagnóstico requiere investigar algo más. El *dolor anorrectal funcional* se encuadra dentro del marco de las *alteraciones funcionales gastrointestinales*, en concreto es una de las *alteraciones funcionales anorrectales*, junto con la incontinencia y las alteraciones de la defecación (7). Su prevalencia en la población general se estima entre un 3 y un 14% (8,9), dependiendo de las series estudiadas y su diagnóstico requiere de la exclusión de una causa orgánica mediante exámenes físicos, endoscópicos y radiológicos. Son muy pocos los pacientes que consultan al médico por este tipo de dolor, menos del 15% de los que lo padecen, ya que los ataques son autolimitados y con una frecuencia baja, aproximadamente uno al mes (la media anual es de 13 con un rango entre 1 y 180) (8). Existen dos tipos de dolor anorrectal funcional: la proctalgia crónica y la proctalgia fugax. La primera se caracteriza por ser un dolor vago, sordo o una sensación de presión alta en el recto, que generalmente empeora con la sedestación. Su prevalencia se encuentra alrededor de 6,6% de la población y parece ser algo más frecuente en mujeres y en personas de edad media (30-60 años). Si es posible reproducir el dolor mediante la palpación selectiva del músculo puborrectal, el cuadro se denomina *síndrome del elevador del ano (levator ani syndrome)*. Si no es posible reproducir el dolor mediante maniobras de tacto rectal, el dolor se clasifica como *dolor funcional anorrectal inespecífico (unspecified functional anorectal pain)* y muchos autores lo asocian a estrés, tensión y ansiedad (10). La proctalgia fugax consiste en la aparición de un dolor intenso y repentino en el ano, que puede durar de segundos a minutos, y desaparece por completo. Su prevalencia se estima entre un 8 y un 18% de la población, con una distribución similar entre ambos sexos. Para establecer cualquiera de los dos diagnósticos, proctalgia crónica o fugax, es imprescindible la presencia de síntomas en los últimos tres meses. Pero también se deberían descartar otras patologías. Existe un tipo de hipertrofia esfinteriana hereditaria que cursa con dolor anal compatible con proctalgia fugax y estreñimiento denominada miopatía hipertrófica del esfínter anal interno (11). Este diagnóstico sólo se puede sugerir con seguridad mediante la medición ecográfica del grosor del esfínter anal interno. Para confirmar el diagnóstico es necesaria una biopsia que demuestre vacuolización de las células musculares lisas. En los pacientes con hipertrofia esfinteriana que no respondan a tratamiento médico habría que descartar esta patología, ya que su tratamiento es quirúrgico, mediante esfinterotomía lateral interna. Para esto la ecografía endorrectal es imprescindible y nos da una medida exacta de los anillos esfinterianos.

Otra cuestión extraordinariamente importante en la consulta de proctología es el dolor postoperatorio. En nuestra experiencia (5), la mayoría de los pacientes que consultaron por dolor anal postoperatorio prolongado habían sido operados de fisura anal. Durante la exploración clínica se observaba una persistencia de la fisura y el hallazgo más frecuente cuando se practicaba una ecografía fue la presencia de una esfinterotomía incompleta. Con este dato se puede aventurar un tratamiento definitivo. Por otra parte, cuando la ecografía nos muestra cavidades o abscesos subfisurarios tras una esfinterotomía lateral interna por fisura anal, aun con esfinterotomía correcta, nos planteamos su limpieza y puesta a plano como forma de aliviar el dolor crónico postoperatorio.

Una cuestión de gran importancia para nosotros es que esta exploración debe hacerla el del "dedo ilustrado". Se ha podido demostrar que cuando la ecografía endo-

## Editorial

anal es practicada por radiólogos y no por clínicos expertos en patología anorrectal el rendimiento de la ecografía rectoanal bajaba significativamente. Así, por ejemplo, cuando se trata de localizar el orificio interno en una fístula, si la exploración la hacía un radiólogo el rendimiento estaba entre 48-60% de las fístulas estudiadas (12,13). Sin embargo, cuando lo hacía un experto en cirugía colorrectal se pudo definir en más del 95% (6).

Otro asunto no menor sería el coste de la exploración. Aunque es rápida y consume pocos fungibles, el coste actual del equipamiento, especialmente los modelos más avanzados en 3D, hace que no sea fácil conseguir un ecógrafo en exclusiva para nuestras consultas de coloproctología. Por ello aconsejamos ir a fórmulas que permitan compartir recursos utilizando modelos multifuncionales. Será fácil defenderlo si a las posibilidades diagnósticas de la ecografía rectoanal en el dolor anal le sumamos las bien establecidas en el manejo de la incontinencia fecal, la fístula perianal y la estadificación del cáncer de recto y ano (14).

Para concluir, podemos decir que la ecografía endoanal presenta una alta rentabilidad diagnóstica en los pacientes con dolor anal y las molestias que produce pueden asimilarse a las de un tacto rectal. Además, su eficacia y su disponibilidad en la consulta la convierten en la primera prueba a realizar en casos de diagnóstico incierto y también como ayuda complementaria al diagnóstico cierto. En definitiva, un “dedo ilustrado” con un ecógrafo cerca hará aún más ilustrados los diagnósticos y más eficaces los planteamientos terapéuticos en los pacientes proctológicos.

### AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestros colegas María del Carmen Martínez Puente y José Antonio Pascual Montero de la Unidad de Coloproctología de la Clínica Centro de Madrid su contribución permanente en el campo de la ecografía proctológica.

D. García-Olmo<sup>1</sup> e I. Pascual Migueláñez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sección de Cirugía Colorrectal. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid. <sup>2</sup>Unidad de Coloproctología. Clínica Centro. Madrid. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Infanta Sofía. Madrid