

¿Se debe incluir la ecografía rectoanal como prueba diagnóstica del dolor anal crónico?

M. J. García Montes, F. Argüelles Arias, S. Jiménez Contreras, S. Sánchez Gey, F. Pellicer Bautista y J. M. Herrerías Gutiérrez

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

RESUMEN

Objetivo: evaluar el rendimiento de la ecografía rectoanal (ERA) en el estudio del dolor anal crónico idiopático (DACI).

Material y método: se trata de un estudio prospectivo y descriptivo en el que se han incluido 40 pacientes, 18 hombres y 22 mujeres, con edad media de 47 años, con clínica de dolor anal cróni-

co de al menos 3 meses de evolución. A todos los pacientes se les había realizado una colonoscopia completa, en la que no se encontró anomalía que justificara la clínica. Se excluyeron del estudio pacientes con fisura anal y con hemorroides internas de cualquier grado, enfermedad supurativa perianal y cirugía pélvica. Se utilizó un ecógrafo ALOKA ProSound SSD-4000 al que se conectó un transductor radial multifrecuencia ASU-67 (7,5 y 10 MHz).

Resultados: un paciente no toleró la exploración. En 8 pacientes (20% de los casos estudiados) se detectaron alteraciones en el estudio ecográfico: en 4 pacientes, 10% de los casos (1 hombre y 3 mujeres), hipertrofia del esfínter anal interno (EAI) y en 5 pacientes (4 mujeres y 1 hombre) rotura del complejo esfinteriano. En una mujer se observó rotura de EAI en canal alto e hipertrofia del mismo en el canal medio.

Conclusiones: la ecografía rectoanal es una prueba sencilla, económica y útil para el estudio de la patología rectoanal. Si bien, en la mayoría de los casos estudiados no se han detectado lesiones en el canal anal ni en la pared rectal, en un porcentaje no desdeñable de pacientes hemos observado engrosamiento del EAI, que podría considerarse posible causa del dolor anal. Por tanto, consideramos que la ecografía rectoanal debe ser incluida en el estudio del dolor anal crónico idiopático.

Palabras clave: Ecografía rectoanal. Dolor anal crónico idiopático. Hipertrofia del esfínter anal interno. Ecografía endoanal. Dolor anal.

INTRODUCCIÓN

El dolor anal crónico (DAC) es una patología frecuente en nuestro medio, constituyendo el 30-40% de los casos de consulta por dolor anal (1). El DAC se caracteriza por la presencia de dolor, generalmente intenso, profundo, localizado en el canal anal medio, con irradiación variable, que se agrava con la sedestación, y que generalmente no interrumpe el sueño ya que el dolor se alivia con el decúbito (2). Un porcentaje alto de pacientes tiene historia de cirugía anal previa, de partos distócicos, y muchos de ellos de trastornos psicológicos asociados (3,4). Existen algunas entidades que pueden incluirse dentro del DAC, como la proctalgia fúgax, la coccigodinia o síndrome del elevador del ano, el síndrome del periné descendente, dolor anal crónico idiopático y la neuralgia del pudendo.

El diagnóstico de DAC idiopático (DACI) se basa principalmente en la historia clínica, con la descripción del dolor y antecedentes personales y, de otra parte, en la ausencia de patología orgánica que lo justifique (5). Por ello, es importante descartar la presencia de enfermedad orgánica, como hemorroides, fisuras crónicas, enfermedad supurativa perianal y la endometriosis del tabique rectovaginal, entre otras patologías como causa de dolor rectoanal. En este sentido, la ecografía rectoanal (ERA) es una técnica de imagen que nos permite la visualización de las paredes rectales y canal anal. Está claramente definida su utilidad en la estadiación del cáncer anorrectal, el estudio de la incontinencia anal y la sepsis perianal (6,7).

Con la ERA se pueden explorar tanto el recto como el canal anal. Es la prueba más efectiva para explorar el complejo esfinteriano en su totalidad, observándose el esfínter anal interno (EAI), un anillo hipoecoico con un grosor de 1 a 3 mm según la edad y sexo de paciente y el esfínter anal externo (EAE) que se observa como una capa ecogénica formada por el esfínter anal externo (EAE) de 5 a 8 mm de espesor (8).

OBJETIVOS

El dolor anal crónico idiopático (DACI) es una patología poco estudiada con una alta incidencia en la población general, sobre todo entre mujeres. En la mayoría de los casos no se halla causa que lo justifique y, por consiguiente, dificulta la indicación de un tratamiento eficaz. Nos proponemos con este estudio, evaluar el rendimiento de la ecografía rectoanal, en el estudio del DACI.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio prospectivo y descriptivo desde el año 2005 hasta junio de 2008, en el que se incluyeron 40 pacientes, 18 hombres y 22 mujeres, con edad media de 47 años, con dolor rectoanal crónico de origen desconocido en el momento de ser aceptados en este estudio y con una evolución de más de 3 meses. A todos los pacientes se les realizó una anamnesis completa, colonoscopia hasta ciego, exploración anal y tacto rectal, eco de abdomen y resonancia nuclear magnética (RNM) pélvica. En algunos pacientes se realizó una manometría anorrectal y en las mujeres se realizó consulta a Ginecología.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes diagnosticados de hemorroides complicadas, fisura anal, enfermedad supurativa perianal y papilas anales hipertróficas (Tabla I).

Tabla I. Criterios de selección de los pacientes

| <i>Criterios de inclusión</i> | <i>Criterios de exclusión</i> |
|--|--|
| Pacientes mayores de 18 años de edad y con clínica de dolor anal más de tres meses de duración | Pacientes con diagnóstico de hemorroides |
| | Pacientes con fisura anal |
| | Pacientes con enfermedad supurativa perianal |
| | Pacientes con papilas anales hipertróficas |

Se utilizó un ecógrafo ALOKA ProSound SSD-4000 con un transductor ecográfico radial multifrecuencia (7,5 y 10 MHz) ASU-67. Para realizar la ecografía rectoanal se indicaba la instilación de un microenema de limpieza, 2 horas previas a la realización de la exploración. El paciente se exploraba en una camilla en decúbito lateral izquierdo con las rodillas flexionadas. En primer lugar procedimos a realizar la inspección y el tacto rectal, incluida la exploración de la sensibilidad y el tono del complejo esfinteriano. A continuación introducimos el transductor ecográfico, previamente cubierto por una funda de látex y lubricado, hasta el recto, para lentamente retirarlo conforme obtenemos imágenes de la pared rectal y canal anal. Las exploraciones fueron realizadas por un único explorador.

Se ha seguido siempre la misma sistemática: visualización de las paredes del recto descartando lesiones a ese

nivel y posibles focos endometriósicos en el tabique rectovaginal; del canal anal alto, explorando músculo puborrectal y EAI; del canal anal medio, con medición del EAI; y del canal anal bajo con medición del EAE. Las medidas del EAI se hicieron siempre en canal anal medio, a las 9 y 6 horarias. Consideramos, siguiendo los criterios de Santoro (9) normalidad del grosor del EAI entre 1 a 3,5 mm en el hombre y de 1,2 a 2,9 mm en la mujer. El grosor del EAE normal se sitúa entre 2,6 a 8 mm en el hombre y de 3 a 8,5 mm en la mujer (10). Por tanto, consideramos como patológico un engrosamiento homogéneo del EAI superior a 3,5 mm.

RESULTADOS

Realizamos la prueba en todos los pacientes salvo en un 1 caso, debido a que la introducción de la sonda producía intenso dolor. En 8 pacientes (20% de los casos estudiados) detectamos alteraciones en el estudio ecográfico. Se observó hipertrofia del EAI en 4 pacientes; un hombre de 25 años de edad y 3 mujeres de 25, 55 y 67 años, respectivamente (Tabla II). Cuando detectamos la hipertrofia del EAI, insistimos en los antecedentes familiares de dolor anal crónico idiopático, y ninguno de los pacientes presenta antecedentes de dolor anal. A la paciente con hipertrofia esfinteriana de mayor tamaño se le propuso toma de biopsias para descartar hipertrofia hereditaria pero lo ha declinado. Las cifras obtenidas en estas mediciones, fueron superiores a los 3,5 mm pero no superaron los 5 mm, con la excepción del objetivado en una mujer de 55 años de edad, que alcanzó los 5,5 mm. Destacamos que en el 50% de nuestros casos, ambas mujeres, existía un síndrome ansioso depresivo, por estrés familiar. En dos de los cuatro casos con hipertrofia del EAI se inició tratamiento con diazepam 10 mg al día, observándose mejoría tras 3 meses de tratamiento. A los 4 pacientes se les realizó manometría anorrectal observándose un incremento de la presión basal del canal anal en 3 de los 4 casos.

Tabla II. Hallazgos ecográficos en los pacientes estudiados

| Paciente | Hipertrofia EAI | Rotura EAI | Lesión PBR | Antecedentes |
|-------------|-----------------|------------|------------|----------------------|
| H (25 años) | X | | | |
| M (37 años) | X | | | S. ansioso depresivo |
| M (67 años) | X | X | X | S. ansioso depresivo |
| M (55 años) | X | | | |
| H (63 años) | | X | | Hemorroidectomía |
| M (68 años) | | X | | Obstétricos |
| M (55 años) | | X | | Obstétricos |
| M (40 años) | | X | X | Obstétricos |

EAI: esfínter anal interno; PBR: músculo puborrectal.

Otras anomalías ecográficas detectadas, que expone en la tabla II, sin relación con la patología objeto de estudio en este trabajo, fueron interrupciones del complejo esfinteriano en tres mujeres, por causa obstétrica, y en un paciente sexo masculino, por hemorroidectomía, sin causar incontinencia fecal hasta la fecha. Una mujer de 67 años de edad con hipertrofia del EAI, tenía lesiones cicatriciales en el PBR y rotura esfinteriana alta, por parto distócico. Estos casos fueron derivados para completar estudio por parte de Ginecología sin detectarse otras patologías distintas a las reseñadas ni precisar tratamiento (Figs. 1-4).

DISCUSIÓN

La ERA es una técnica muy útil en la patología anal y rectal con unas indicaciones muy claras como son: estadiación del cáncer rectal y del canal anal, la sepsis perianal y en la incontinencia anal (11). El objetivo de este estudio, meramente descriptivo, es determinar la utilidad de esta prueba en el dolor anal crónico para descartar orgánicidad, fundamentalmente la presencia de sepsis perianal (trayectos fistulosos no abiertos al exterior o abscesos) y el engrosamiento del esfínter anal interno (12). Creemos, como se ha demostrado en algunos estudios (13), que se debe descartar la presencia de endometriosis del tabique rectovaginal, especialmente si existen antecedentes personales de endometriosis (14).

En nuestra serie se observan alteraciones en un 20% de los casos analizados (8 pacientes). En 4 pacientes (un hombre y 3 mujeres) detectamos hipertrofia del esfínter anal interno (EAI) y en 5 pacientes (4 mujeres y 1 hombre) rotura del EAI. Sin duda, la rotura del EAI no justifica los cuadros de dolor anal crónico, pero creemos que la hipertrofia del EAI debe ser tenida en cuenta como posible causa del dolor anal. Hemos considerado como límite de normalidad los 3,5 mm de grosor según los criterios de Santoro (9). No obstante, se conoce que existe variación del grosor de los esfínteres en función del sexo (15) y, sobre todo, de la edad, aumentando el mismo con los años (16,17). La mayoría de los autores consideran que un engrosamiento del EAI por encima de 3,5 mm a cualquier edad o sexo debe ser considerado patológico (18).

Este engrosamiento del EAI se ha descrito en algunos casos de proctalgia fúgax. En el estudio de Gracia Solanas se evalúa mediante eco endoanal a 15 pacientes con criterios clínicos de proctalgia fúgax determinándose un engrosamiento de más de 3,5 mm en el esfínter anal interno en 5 casos (19). El diagnóstico de un engrosamiento del EAI como causa del dolor anal permite realizar un tratamiento eficaz en este tipo de enfermos. Así en el estudio anteriormente descrito estos pacientes se benefician de un tratamiento más agresivo como es la esfínterotomía (19). En el estudio de Sánchez Romero y cols. (20) a 5 pacientes con proctalgia fúgax se les trata con toxina

botulínica encontrando mejoría todos ellos. Hay que destacar que en ninguno de ellos la ERA detectó hipertrofia del esfínter anal. En otro estudio de 198 pacientes con proctalgia fúgax la ERA no detecta lesiones en ninguno de los pacientes estudiados (21). Sin embargo, en el estudio de Pascual y cols. (22) se estudiaron a pacientes con dolor anal sin y con intervención quirúrgica previa. Es de destacarse que en este estudio más del 50% de los pacientes tenían hipertrofia esfinteriana, siendo el hallazgo ecográfico más frecuente asociado a proctalgia espontánea.

Ya han sido descritos varios casos de hipertrofia hereditaria del esfínter anal interno mostrándose la ERA como la técnica más sensible y específica (23-28). Es una entidad muy rara pero cuyo tratamiento médico o quirúrgico hace mejorar a la mayoría de los pacientes. También se ha descrito hipertrofia del esfínter anal en niños con estreñimiento crónico (29). En el estudio de Christiansen y cols. (5) se realiza un estudio ultrasonográfico en 18 pacientes, 13 mujeres y 5 hombres, con dolor anal crónico, demostrándose en 12 casos alguna alteración ecográfica. En 5 casos se observan áreas hiperecoicas en el esfínter anal interno, en 3 casos zonas hipoeoicas en el externo, en 3 alteraciones ecográficas en los dos esfínteres y en 1 solo caso se observó engrosamiento del esfínter anal interno. Creemos que estos hallazgos son debidos a los antecedentes quirúrgicos de los pacientes ya que la mayoría de ellos habían sido sometidos a algún tipo de intervención coloproctológica (es característico, por ejemplo, que

en pacientes sometidos a dilataciones de ano se observen áreas hipoeoicas en el esfínter anal interno por lo que sus hallazgos no son superponibles a los nuestros).

Sin duda, nuestro estudio posee varias limitaciones: por un lado, no disponemos de un seguimiento clínico de todos los pacientes analizados, aunque sí de los pacientes con engrosamiento del EAI. Se ha realizado una manometría anorrectal en estos casos objetivándose un aumento de la presión del canal anal que apoya la idea de que este engrosamiento puede inducir dolor anal. Sin embargo, nuestra intención es simplemente valorar si la eco endoanal puede jugar algún papel en esta patología, de carácter benigno, pero muy incapacitante para algunos enfermos, con una disminución importante de su calidad de vida y con un consumo alto de recursos sanitarios.

Nuestra conclusión es que la ERA es una prueba sencilla, cómoda, rápida, económica y útil para la exploración rectoanal. Y aunque aportamos una serie limitada de pacientes con DAC creemos que la ERA debe ser tenida en cuenta para descartar organicidad en esta patología, sobre todo, un engrosamiento esfinteriano que se beneficiará sin duda alguna de un tratamiento médico o quirúrgico, logrando la mejoría del paciente, que suele estar abocado a sufrir sin remedio este dolor. El porcentaje de pacientes que presentan esta hipertrofia no es alto, pero dado que se trata de una prueba económica y sencilla de realizar, entendemos que debe ser tenida en cuenta en este tipo de pacientes.