

Tratamiento secuencial para la proctalgia fugaz. Resultados a medio plazo

J. A. Gracia Solanas, J. M. Ramírez Rodríguez, M. Elía Guedea, V. Aguilera Diago y M. Martínez Díez

Sección de Coloproctología. Servicio de Cirugía General "B". Hospital Clínico Universitario. Zaragoza

RESUMEN

Introducción: la proctalgia fugaz (PF) es una patología benigna, autolimitada, caracterizada por dolor anorrectal intenso, a intervalos frecuentes, sin causa orgánica aparente. Su etiología no está clara, a pesar de ser conocida desde hace un siglo y existen pocos artículos publicados sobre esta patología, con escaso número de pacientes, aplicando tratamientos variados con mayor o menor fortuna. El propósito de este trabajo ha sido estudiar a una serie de pacientes aquejados de esta patología y aplicar a todos ellos un tratamiento de manera secuencial en dependencia de su respuesta al mismo.

Material y métodos: realizamos un estudio descriptivo prospectivo de pacientes aquejados de dolor perianal brusco, < 30 min de duración, sin lesión orgánica concomitante ni intervención previa perianal desde 1996-2002 en nuestro Servicio, sometiéndoles a un tratamiento de manera secuencial, basado en 3 escalones terapéuticos (1. información, baños de asiento, tranquilizantes; 2. nifedipino 10 mg sublingual, o nitroglicerina tópica 0,1% en el momento de la crisis; y 3. esfinterotomía lateral interna si hipertrofia del esfínter anal interno y no mejoría con los otros escalones). Definimos mejoría significativa cuando se producía un importante distanciamiento de los episodios (disminución nº crisis a la mitad) y/o disminución del dolor en un 50%.

Resultados: quince pacientes con un seguimiento medio de 4 años. Mediante ecografía endoanal se pudo demostrar la existencia de hipertrofia del esfínter anal interno (EAI) en 5 casos. Tras la aplicación del escalón 1 mejoraron 7 pacientes y curó 1 paciente; con el escalón 2 mejoraron 3 pacientes y 1 curó, y se aplicó el escalón 3 a 3 pacientes que

presentaban hipertrofia del EAI mejorando 1 y curando otro paciente.

Conclusión: la curación de la PF no siempre es factible, pero sí es posible aliviar los síntomas, así como su frecuencia. Casi el 50% de los pacientes de nuestra serie mejoró con el escalón 1 del tratamiento. Un tercio de nuestros pacientes presentaban hipertrofia del EAI. La ecografía endoanal ayudará tanto a descartar lesiones orgánicas concomitantes como a diagnosticar una hipertrofia del EAI, que se beneficiaría de una esfinterotomía lateral interna.

Palabras clave: Dolor anal. Proctalgia fugaz. Hipertrofia esfinteriana. Esfinterotomía.

INTRODUCCIÓN

El dolor anorrectal y perineal se ha descrito asociado a variadas enfermedades fácilmente reconocibles como hemorroides, fístulas, fisuras, abscesos, y neoplasias, si bien también puede darse bajo circunstancias en las que no está demostrado un desorden orgánico y cuya fisiopatología es desconocida. La proctalgia fugaz se incluye en un principio dentro de otros desordenes funcionales que causan dolor anorrectal y perineal, sin causa orgánica aparente, como son la coccigodinia, el síndrome del elevador del ano, vulvodinia y la neuralgia perineal. Aunque el término proctalgia fugaz fue introducido hace casi un siglo, su etiología sigue sin estar clara. La proctalgia fugaz es una enfermedad benigna, autolimitada, caracterizada por episodios de dolor anorrectal intenso que ocurre a intervalos frecuentes y que puede llegar a afectar hasta al 14% de la población. Es frecuente que los pacientes que la sufren no consulten al médico (1). El diagnóstico se fundamenta en sus características clínicas y en la ausencia de otras patologías que puedan ser responsables del dolor. Se han probado con mayor o menor fortuna varios tratamientos, muchos de ellos empíricamente.

Existen pocos artículos publicados en la literatura sobre proctalgia fugaz, con un número escaso de pacientes, aplicando tratamientos variados con mayor o menor éxito.

El propósito de este trabajo ha sido estudiar a una serie de pacientes aquejados de esta patología y aplicar a todos ellos un tratamiento de manera secuencial en dependencia de su respuesta al mismo.

MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos un estudio descriptivo prospectivo de los pacientes aquejados de proctalgia fugaz desde enero de 1996 hasta enero de 2002 en nuestro servicio. Las pruebas diagnósticas realizadas a todos ellos fueron: historia clínica, inspección perineal, tacto rectal, anoscopia, rectoscopia y ecografía endoanal.

Los criterios de inclusión para este estudio fueron: dolor de comienzo brusco, de duración menor de 30 min y limitado al canal anal.

Se excluyeron los pacientes que presentaban lesiones orgánicas concomitantes o intervenciones previas perianales.

Para poder realizar una adecuada evaluación, establecimos el número mínimo de crisis en 1 al mes.

Se desarrolló un protocolo terapéutico secuencial acorde a la literatura (búsqueda en Medline de tratamientos empleados por otros autores) basado en 3 escalones de tratamiento (Tabla I) de tal manera que si el paciente no mejoraba, y él así lo solicitaba, se pasaba al siguiente escalón terapéutico: escalón 1: información, baños de asiento, tranquilizantes; escalón 2: nifedipino 10 mg sublingual, o nitroglicerina tópica 0,1% (fórmula magistral de farmacia) en casos de hipotensión, durante las crisis; escalón 3: esfinterotomía lateral interna de la totalidad del EAI, prolongándola unos milímetros proximal a la línea pectínea, comprobándose esta mediante ecografía endoanal en la 1ª revisión en consultas, siempre que existiera hipertrofia de esfínter anal interno (EAI). Se entendió como hipertrofia del EAI un grosor del EAI > 3,5 mm (2).

Tabla I. Tratamiento secuencial

Escalón 1	Informar al paciente de la benignidad del cuadro Baños de asiento Tranquilizantes y relajantes orales
Escalón 2	Nifedipino 10 mg sublingual o Nitroglicerina 0,1% tópica, en la crisis
Escalón 3	Esfinterotomía lateral interna EAI

Si el paciente no notaba mejoría a los 3 meses tras la aplicación de un escalón, se pasaba al siguiente.

A todos los pacientes se les pidió cumplimentar la EAV durante las crisis así como marcar el momento de la misma en un calendario.

Se estimó que el paciente había mejorado cuando se producía un importante distanciamiento de los episodios (disminución del número de crisis del 50%) y/o disminución significativa del dolor (disminución del dolor medido mediante EAV del 50%).

El seguimiento fue llevado a cabo en nuestras consultas al mes, a los 3 meses, a los 6 meses y luego anualmente. La situación actual de los enfermos se obtuvo mediante contacto telefónico.

RESULTADOS

El número total de pacientes de este estudio asciende a 15 (11 mujeres, 4 hombres) con un seguimiento medio de 4 años (rango 2-6 años). La media de edad de estos pacientes es de 46 años (36-60).

Los síntomas del cuadro se pueden ver en la tabla II.

Tabla II. Síntomas

Dolor anorrectal:	-De aparición súbita -Carácter variable: punzante, urente, opresivo -No irradiado
Autolimitado:	-Duración segundos a minutos
Recurrente:	-De carácter nocturno predominantemente -Puede darse 3-4 veces/semana

Las características del dolor (Tabla III) eran: predominio nocturno en el 73,3% (n = 11) con una intensidad media de 8 (rango 6-9), valorada por los pacientes con una escala analógica visual (EAV). La duración media de los síntomas fue de 17 meses (4-42). El número de crisis era de 2/semana (rango 1/día -1/mes).

Tabla III. Características del dolor

Tiempo medio de la clínica:	17 meses (4-42)
Intensidad del dolor (EAV):	8 (6-10)
Duración media del dolor:	15 min (5-20)
Nº de crisis:	2 sem (1/día-1/mes)
Aparición del dolor:	Nocturno (73,3%)
Hipertrofia EAI:	5 pacientes (33,3%)

Mediante tacto anal y ecografía endoanal se pudo descubrir en 5 pacientes una hipertrofia del esfínter interno del ano (EAI).

Tras la aplicación del escalón 1 del tratamiento secuencial se obtuvo mejoría en todos los pacientes (disminución del dolor anal a una intensidad EAV: 5,4 con rango 3-8); si bien sólo cumplieron los criterios de mejoría significativa 7 de ellos (media dolor anal: 3,4 rango 3-4;

media nº crisis 1/semana) y resolución del cuadro en 1 de ellos. Se aplicó el escalón 2 del tratamiento a 7 pacientes (a 5 se les administró nifedipino SL y a 2 de ellos nitroglicerina tópica dado que tenían antecedentes de labilidad tensional) mejorando todos ellos (intensidad dolor anal EAV: 4 con rango 2-7; media nº crisis 3/ mes), cumpliendo nuestros criterios de mejoría 3 de ellos (media dolor anal: 3) y resolución del cuadro en 1 paciente. Como efectos indeseables de este escalón terapéutico 1 paciente desarrolló cefalea leve (20%) y 2 pacientes desarrollaron rubor facial (40%) cuando se administró nifedipino, que no requirió de su suspensión, no apareciendo ningún caso de cefalea por nitroglicerina a la concentración usada. Se aplicó el escalón 3 del tratamiento a 3 pacientes que presentaban una hipertrofia del EAI y que no habían experimentado mejoría con la aplicación de los anteriores escalones terapéuticos, mejorando la sintomatología en 1 caso con una intensidad dolor anal EAV: 4, con resolución completa en los otros 2 pacientes (Tabla IV).

En la actualidad de los 15 pacientes están asintomáticos 4 pacientes, 8 pacientes tienen alguna crisis leve y esporádica (1/ 6 meses) y sólo 3 pacientes siguen presentando crisis dolorosas con regularidad (1/mes).

Tabla IV. Mejoría de los síntomas/curación

	Nº pac.	Mejoría	Curación
Escalón 1	15	7	1
Escalón 2	7	3	1
Escalón 3	3	1	2

DISCUSIÓN

La proctalga fugaz es un problema con expresión clínica nada constante dadas las diferencias en la periodicidad y duración de las crisis, lo que hace difícil englobar a estos pacientes en un grupo común. Es una patología extraordinariamente frecuente, pero afortunadamente la mayoría de los pacientes que la sufren, presentan episodios esporádicos (1-2 al año o menos), por lo que no suelen demandar consulta médica (1), de ahí que los pacientes que fueron remitidos a nuestras consultas presentaran una media de 2 crisis por semana, motivo por el que no se pudo utilizar el número de crisis como criterio de exclusión para este estudio.

Aunque la clínica de la proctalga fugaz es bien conocida desde hace casi un siglo, su etiología no está clara y su manejo terapéutico sigue siendo difícil, con pocos casos recogidos en la literatura.

Han aparecido varias teorías para explicar su fisiopatología: alteraciones de la morfología y función del esfínter anal interno (3), ya que parece existir una forma hereditaria que cursa con hipertrofia del mismo (4,5). También se han descrito casos asociados al síndrome de colon irritable (6) en el que parece estar implicada una excesiva liberación de serotonina que provocaría una excesiva hiper-

motilidad e hipersensibilidad visceral (7). Otras teorías relacionan a la proctalga fugaz con factores psicológicos (8).

El diagnóstico se basa en sus características clínicas y en la ausencia de otras patologías que puedan ser responsables del dolor. La exploración física, así como la rectoscopia y anoscopia son normales en estos pacientes. La ecografía endoanal o la RNM puede ser normal o demostrar la existencia de una hipertrofia del EAI, por lo que se beneficiarían *a priori*, de la esfinterotomía lateral interna (como ocurre en la forma hereditaria). La manometría anorrectal puede demostrar un incremento del tono del EAI con una ausencia de relajación del mismo de carácter paroxístico en algunos pacientes (3).

El diagnóstico diferencial del dolor anorrectal debe hacerse con causas orgánicas de dolor local como hemorroides, fisura anal, fístulas perineales, abscesos, neoplasias, compresión de nervios sacros (8), y procesos ginecológicos (9).

Para su tratamiento se han probado con mayor o menor fortuna múltiples terapias: fármacos colinérgicos (10), calcio antagonistas (11), toxina botulínica A (12), fármacos adrenérgicos (13) (salbutamol inhalado en el momento de la crisis), lidocaína intravenosa (14), baños de asiento (15), nitroglicerina tópica (16), *biofeed-back*, dilatación digital y esfinterotomía lateral interna para aquellos casos que cursan con hipertrofia del EAI (4,5), así como terapias psicossomáticas (17).

En nuestra serie, presentamos un número pequeño pero nada despreciable de casos a los que se le ha aplicado un tratamiento secuencial con un seguimiento mínimo de 2 años. Dado el escaso número de pacientes sólo se pudo realizar un estudio descriptivo, a pesar de saber que lo ideal sería un ensayo de casos y controles, y por lo tanto no se pudo analizar su significación estadística, por lo que no es posible la generalización de los resultados. La curación no siempre se logra, pero sí es posible aliviar parcialmente los síntomas, así como su frecuencia. Casi el 50% de los enfermos de nuestra serie mejoró con el escalón 1 del tratamiento, mostrándose satisfechos, no requiriendo por tanto pasar al siguiente escalón terapéutico. Por esto podemos concluir que lo más importante en el manejo de esta patología es tranquilizar al paciente sobre la misma, ya que aprenden a convivir con su dolor, tolerándolo mejor. En nuestra serie, 5 pacientes del total (33,3%) presentaban una hipertrofia del esfínter anal interno diagnosticada ecográficamente. En 3 de ellos se realizó una esfinterotomía quirúrgica, obteniendo mejoría de la sintomatología. Por ello creemos (sin olvidar las limitaciones que se derivan de una serie tan corta de pacientes) que la ecografía endoanal sería de utilidad primeramente para descartar otra patología que justifique el cuadro y en segundo lugar para detectar pacientes con hipertrofia esfinteriana quienes se beneficiarían de una esfinterotomía si no existe respuesta a los tratamientos conservadores.