

Lesiones Fibroepiteliales del Canal Anal: Alternativa Terapéutica con Ligadura de Bandas Elásticas

Julia Pérez Pereyra¹, Oscar Frisancho Velarde¹, Edwin Ruíz Barahona¹, Américo Palomino²

RESUMEN

Las lesiones fibroepiteliales del canal anal producen tenesmo y sensación anal de cuerpo extraño; cuando crecen se prolapsan o sangran. Éstas lesiones generalmente son extirpadas quirúrgicamente. Presentamos una técnica no cruenta usando ligadura con bandas elásticas. Realizada en el Departamento del Aparato Digestivo, del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (EsSALUD), de Lima-Perú. El estudio realizado entre junio del 2000 a junio del 2007 se incluyó a 16 pacientes con fibroepitelioma anal: 6 varones y 10 mujeres, de edad promedio 44 años (rango: 21-75 años) y 44% entre 20 a 29 años. Ellos se presentaron con tumor anal 100%, prolapso 50%, dolor anal 28% y sangrado leve intermitente 12%. Las lesiones eran de aspecto polipoide y de tamaño variable (1-5 cms). La técnica se inicia inyectando xilocaina al 2% a la lesión, luego se la tracciona –con una pinza- a través del anillo del equipo que contiene la banda elástica y finalmente se libera la liga dejando un margen de seguridad de 5 a 10 mm encima de la piel. Se tomaron biopsias de 11 lesiones, el estudio confirmó la presencia de diez fibroepiteliomas y un epitelio escamoso. Las lesiones involucionaron por necrosis isquémica en los días subsiguientes. Los pacientes solo requirieron -las primeras horas- medicación analgésica oral; solo un paciente presentó fisura anal aguda. La alternativa no quirúrgica que presentamos es ambulatoria, efectiva y exenta de complicaciones mayores.

PALABRAS CLAVE: pólipo fibroepitelial de ano, fibroepitelioma anal, endoligadura

Rev Gastroenterol Perú; 2008; 28: 37-42

ABSTRACT

When fibroepithelial lesions of the anal canal increase in size and bleed, they can produce tenesmus and a sensation of a foreign body in the anus. Generally, these lesions are surgically excised. We present an original non-surgical technique using rubber band ligation. In the Gastroenterology Department of the “Edgardo Rebagliati Martins” National Hospital (EsSALUD) between June 2000, and June, 2007, 16 patients with anal fibroepithelioma were included: 6 men and 10 women, with an average age of 44, aged between 21 to 75, and 44% aged 20 to 29. All of these patients (100%) had anal tumors, 50% had prolapsus, 28% had anal pain and, 12% intermittent slight bleeding. The lesions had a polypoid appearance and sizes ranged from 1-5 cm.

The technique consists in injecting 2% Xylocaine to the lesion, which is then retracted with surgical tweezers through the ring of the device holding the rubber band, which is then released leaving a safety margin of 5 to 10 mm over the skin. Biopsies of 11 lesions were taken and their analysis confirmed that there were 10 fibroepitheliomas and squamous epithelium. There was involution of the lesions due to ischemic necrosis in subsequent days. Patients only required oral analgesics for the first hours after procedure; only one patient presented an acute anal fissure.

This non-surgical alternative performed on outpatient basis has proved to be effective and exempt from further complications.

KEYWORDS: fibroepithelial polyp of the anus, anal fibroepithelioma, internal ligation

1 Departamento del Aparato Digestivo, Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins” (HNERM), EsSALUD, Lima - Perú.

2 Servicio de Anatomía Patológica (HNERM).

INTRODUCCIÓN

Las papilas anales son repliegues de piel, que aparecen en la línea dentada a nivel de la base de las columnas de Morgagni; se desarrollan originando papilas hipertróficas en respuesta a la inflamación crónica⁽¹⁾. El acúmulo -con el tiempo- de abundante tejido fibroso permite que adopten formas polipoides⁽²⁻³⁾.

En la práctica clínica, no es raro el hallazgo de esta lesión. Éstas lesiones elevadas pueden producir diversas molestias: sensación de cuerpo extraño anal, tenesmo y eccema perianal; cuando crecen pueden prolapsarse o sangrar esporádicamente por el roce mecánico⁽⁴⁻⁷⁾.

Las lesiones fibroepiteliales del ano generalmente son extirpadas quirúrgicamente⁽⁸⁾, mediante exéresis con bisturí, electrocauterio o ablación por radiofrecuencia.

En el presente trabajo presentamos una alternativa no quirúrgica usando bandas elásticas. Ésta técnica permite el tratamiento ambulatorio, con anestesia local y sin riesgo de complicaciones mayores.

MATERIALES Y MÉTODOS.

Se incluyeron en el estudio aquellos pacientes con hallazgo proctoscópico de lesión elevada en canal anal, que acudieron al Departamento del Aparato Digestivo, Servicio de Gastroenterología III, del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (EsSALUD), de Lima-Perú.

Los pacientes fueron reclutados de junio de 2000 a junio del 2007. En una ficha especial se registró la edad, género, síntomas y signos, localización y características de la lesión, y se registraron las complicaciones presentadas. Los pacientes fueron plenamente informados del procedimiento como una alternativa al tratamiento quirúrgico.

Se usó un equipo aplicador de bandas elásticas de acero, de 183mm de longitud, con un anillo distal de 14mm de diámetro al que se adaptaban las bandas elásticas a través de un cono (figura 1). Los anillos elásticos eran contráctiles y tenían 1mm de diámetro y 2.5mm de grosor.

Fig 1a.



Fig 1b.



Figura 1: Material empleado: (a) anuscopio, equipo de ligadura y cono. En (b) se muestra el anillo distal del equipo con una banda elástica instalada.

El método terapéutico empleado, se detalla en la secuencia de la figura 2 (a-d). El paciente es colocado en posición decúbito lateral izquierdo, luego se expone la lesión anal y se le inyecta en su extremo distal 1 a 2cc de xilocaína al 2% sin epinefrina.

Fig 2a.



Fig 2b.



Fig 2c.



Fig 2d.



Figura 2: Técnica empleada: (a)exposición de la lesión, (b)inyección de adrenalina, (c)tracción de la lesión a través del anillo del equipo, (d) banda elástica liberada en su extremo distal.

Posteriormente, con una pinza de tracción vascular (tipo Allis) se desliza la lesión a través del anillo del equipo, finalmente se libera la banda elástica en su extremo proximal (casi adyacente a su base de implantación).

El diseño del instrumento que usamos nos permitió elegir el área donde liberar la liga. Se debe dejar un tallo residual encima de la piel (margen de seguridad de aproximadamente 5 a 10mm); si se libera la banda elástica al ras de la base de implantación, el fenómeno de necrosis avascular puede comprometer a la piel perianal.

La lesión sin flujo sanguíneo se esclerifica lentamente por necrosis isquémica y se desprende algunos días después, en un proceso de involución avascular similar al de las hemorroides o el cordón umbilical ligados⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Antes de reintroducir digitalmente la lesión ligada, se tomó una biopsia con una pinza de proctoscopia con forceps grande (figura 3, a y b); las muestras fueron procesadas por el Servicio de Anatomía Patología del HNERM.

Fig 3a



Fig 3b



Figura 3: (a) toma de biopsia del extremo distal y (b)regreso de la lesión a su posición original.

Los pacientes fueron informados que en las primeras horas podían presentar tenesmo y dolor; si el dolor era leve a moderado -los dos primeros días- usamos paracetamol oral 500mg; y si era severo, paracetamol 500 mg asociado a tramadol 50 mg, vía oral dos o tres veces al día.

A todos los pacientes se les indicó una dieta con suplemento de fibra y líquidos para evitar el estreñimiento, adicionalmente se recetó a algunos pacientes (con antecedente de estreñimiento) Lactulosa 15cc tid; asimismo se les hizo hincapié en que deben evitar por un mes el consumo de: alcohol, aspirina o comidas con ají.

A los pacientes se les realizó un control anuscópico 4 semanas después, en ésta sesión generalmente observamos un residuo asintomático del tallo (figura 4).

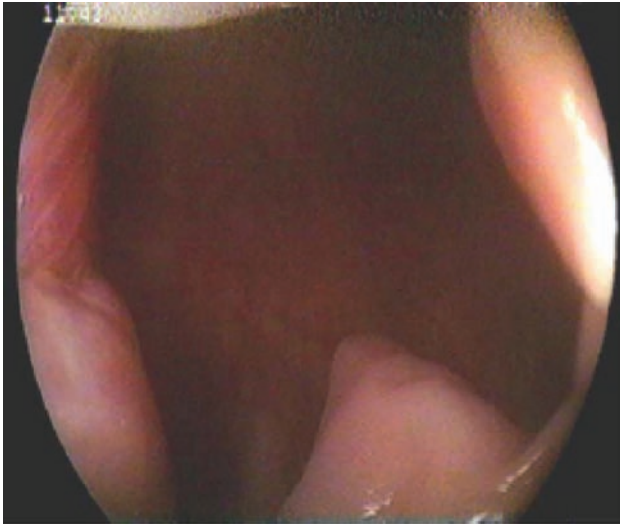


Figura 4. Control de la zona de exéresis a las 4 semanas.

RESULTADOS

El estudio incluyó a 16 sujetos, seis varones (37.5%) y diez mujeres (62.5%). La edad promedio de los pacientes fue de 44 años con un rango de 21 a 75 años; en el grupo etáreo comprendido entre los 20 a 29 años estuvo el 44% de los pacientes (Tabla 1).

Tabla 1: Edad y sexo.

Edad (años)	Masculino	Femenino	Total
20-29	3	4	7
30-39	0	1	1
40-49	0	0	0
50-59	0	3	3
60-69	2	1	3
70-79	1	1	2
Total	6	10	16
Porcentaje	37.5%	62.5%	100%

Los pacientes acudieron por presentar tumoración palpable en canal anal (100%), prolapso (50%), dolor perianal (25%) y sangrado (12.5%); tumor mas prolapso en el 50%. (Tabla 2)

Tabla 2: Síntomas y signos.

Síntoma o signo	Casos	Porcentaje
Tumor	16	100%
Prolapso	8	50%
Dolor	4	25%
Sangrado	2	12%

El examen anuscópico demostró el hallazgo de lesiones elevadas rosado pálidas, de tamaño variable (entre 1 a 5cm) (Tabla 3), y con aspecto polipoide, nodular, bilobulado o multinodular (Tabla 4).

Tabla 3: Tamaño de las lesiones

Tamaño (mm)	Casos
<10	2
10 a 19	6
20 a 29	2
30 a 39	2
40 a 49	2
50 a +	2

Tabla 4: Aspecto de las lesiones

Aspecto	Casos
Polipoide	7
Nodular	6
Multinodular	2
Bilobulado	1

Se tomaron biopsias de 11 lesiones. El resultado anatómopatológico fue de lesión anal fibroepitelial en 10 pacientes (figura 5); y de epitelio escamoso en uno.

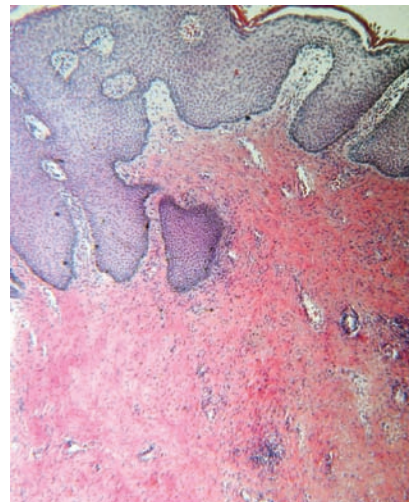


Figura 5a. Anatomía patológica: a mediano aumento, epitelio escamoso sin mayores alteraciones, que reviste un núcleo fibroso más denso (colagenizado).

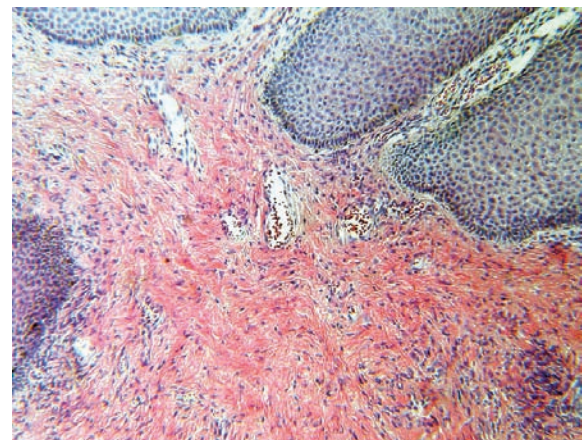


Figura 5b: Anatomía patológica: a mayor aumento: confirma la naturaleza colagenizada del área subepitelial, con áreas de densidad variable, núcleos alargados de fibroblastos, algunos vasos sanguíneos de pared delgada y grupos dispersos de células inflamatorias.

Una paciente con prótesis valvular mitral –que usaba warfarina- recibió antibioticoprofilaxis y disminuyó sus índices de anticoagulación. las primeras 48 horas⁽¹¹⁾. En ésta paciente no se tomó biopsia.

Respecto a las complicaciones, una paciente desarrolló fisura anal, la cuál requirió tratamiento quirúrgico 3 meses después.

DISCUSIÓN

Las lesiones fibroepiteliales son benignas, se considera que son de naturaleza hiperplásica reactiva del tejido conectivo subepitelial de la mucosa anal. Éstas lesiones están formadas por epitelio escamoso y tejido conectivo, contienen células estromales con propiedades de diferenciación fibroblástica y miofibroblástica⁽¹⁻³⁾.

Algunos autores consideran que las células estromales de los pólipos anales fibroepiteliales responden a la injuria local con una gran capacidad reparadora y regenerativa. Los estudios de inmunohistoquímica son intensamente positivos para vimentina, lo que demuestra su diferenciación fibroblástica⁽³⁾.

El diagnóstico clínico diferencial debe tener presente a otras lesiones elevadas del canal anal como condiloma, papiloma, papila hipertrófica o pólipo del recto distal; existen otras lesiones como el “pólipo fibroide inflamatorio”, el “pólipo cloacogénico inflamatorio” (de la zona anal transicional) y el “pólipo inflamatorio mioglandular” solo son plenamente identificadas por el estudio histológico^{(6) (12) (13)}.

El método quirúrgico usado habitualmente en el manejo de pólipos fibroepiteliales, consiste en cortarlas con bisturí o electrocauterio hasta su eliminación⁽⁸⁾; puede usarse también la ablación por radiofrecuencia y electrocoagulación métodos que combinan corte y coagulación de tejidos⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Éstos métodos quirúrgicos son eficaces, pero implican usar anestesia general, uso de relajantes musculares para aliviar el espasmo y mayor tiempo de cuidados post quirúrgicos.

Nosotros creemos que el tratamiento de ligadura con banda es un método sencillo y eficaz que puede aplicarse de manera ambulatoria en el manejo de lesiones fibroepiteliales del canal anal.

La xilocaína inyectada provoca un efecto anestésico local que facilita el procedimiento, protege al paciente del dolor durante las primeras horas posteriores a la ligadura.

La tasa de complicaciones es baja. En los 16 casos reportados sólo un paciente desarrolló fisura anal, ésta complicación se presentó debido a la colocación de la banda elástica en la base de implantación de la lesión elevada.

Si la banda elástica toma contacto con la base de la lesión, el fenómeno de necrosis isquémica puede extenderse y dañar la piel perianal adyacente, produciendo una fisura aguda. La fisura aguda puede evitarse si la banda es colocada

encima de la base de implantación, dejando un pequeño tallo remanente de 5 a 10mm como margen de seguridad..

El ligador tipo Barron no es útil para los fibroepiteliomas, porque es un ligador de succión que libera “ciegamente” la banda en la base de la lesión; a diferencia de nuestro instrumento que permite elegir el área de ligadura, aspecto fundamental para dejar un espacio entre la liga y la piel perianal^{(9) (10)}.

No recomendamos la sección -con bisturí- de la lesión por encima de la banda elástica, porque la liga puede soltarse y provocar sangrado del tallo residual; tampoco el corte con asa de electrocoagulación porque la corriente eléctrica se transmite a la piel de la base del canal anal.

CONCLUSIONES

- 1.- El método de ligadura con banda elástica es un tratamiento eficaz de las lesiones fibroepiteliales del canal anal.
- 2.- El procedimiento ambulatorio y la anestesia local disminuyen notablemente los costos del procedimiento. La reincorporación laboral es casi inmediata, en promedio a las 48 horas.
- 3.- Las complicaciones son menores (tenesmo y dolor) y pueden ser manejadas con medicación analgésica oral; la fisura anal puede presentarse si la banda elástica se deja en la base de implantación de la lesión. Recomendamos dejar un tallo residual como margen de seguridad de 5 a 10mm entre la liga y la piel perianal.
- 5.- Debe tomarse una biopsia amplia, para identificar histológicamente la lesión anal.
- 6.- Luego de la ligadura no recomendamos la sección de la lesión -con bisturí u otros- porque el tallo libre puede facilitar la expulsión de la banda elástica, aumentando el riesgo de sangrado. La involución global por necrosis isquémica es mas segura.
- 7.- En pacientes con trastornos de incontinencia o alteraciones de la coagulación el beneficio es doble porque el daño tisular está focalizado.

Correspondencia:

Julia Pérez Pereyra
Juliper54@hotmail.com
Venezuela.

BIBLIOGRAFÍA

1. GUPTA PJ. A study of hypertrophied anal papillae and fibrous polyps associated with chronic anal fissures. Rom J Gastroenterol 2004; 13:103-107.
2. GROISMAN G, POLAK-CHARCON S. Fibroepithelial Polyps of the Anus: A Histologic, Immunohistochemical, and Ultrastructural Study, Including Comparison With the Normal Anal Subepithelial. Am J Surg Pathol 1998;22(1):70-76.
3. SAKAI Y, MATZUKUMA S. CD34+ stromal cells and hyalinized vascular changes in the anal fibroepithelial polyps. Histopathology 2002; 41:230-235.

4. GUPTA PJ. A study of the symptomatology of hypertrophied anal papillae and fibrous anal polyps. *Bratisl Lek Listy* 2005; 106:30-33
5. KUSUNOKI M, HORAI T, SAKANOUÉ YY, YANAGI H, YAMAMURA T, UTSUNOMIWA J. Giant hypertrophied anal papilla, Case report. *Eur J Surg* 1991;157:491-492.
6. GÓMEZ NAVARRO E, DEL RÍO MARTÍN JV, SARASA CORRAL JL, MELERO CALLEJA E. Myoglandular inflammatory polyp located in the distal end of the rectum. *Rev Esp Enferm Dig* 1994; 85:45-46.
7. PAIKOS D, MOSCHOS J, TZILVES D, KOULAOUZIDIS A, KOUKLAKIS G, PATAKIOUTA F, KONTODIMOU K, TARPAGOS A, KATSOS I. Inflammatory fibroid polyp or Vanek's tumour. *Dig Surg* 2007; 24:231-233.
8. GUPTA PJ. Removal of hypertrophied anal papillae and fibrous polyps improves outcome of anal fissure surgery. *Indian J Surg* 2004;66:164-8.
9. KOMBOROZOS VA, SHREKAS GJ, PISSIOTIS CA. Rubber Bands Ligation in Symptomatic Internal Hemorrhoids: Result of 500 cases. *Digestive Surgery* 2000; 17:71-76
10. BERNAL JC, ENGUIX M, LOPEZ GARCÍA J. et al. Ligadura con banda elástica de las hemorroides en una Unidad de Coloproctología: estudio prospectivo. *Rev Esp En ferm Dig* 2005; 97:38-45
11. VAN OS EC, KAMATH PS, GOSTOUT CJ, HEIT JA. Gastroenterological procedures among patients with disorders of hemostasis: evaluation and management recommendations. *Gastrointestinal Endoscopy* 1999;50:536-543.
12. VAN GOSSUM A, PENY MO, ZALEMAN M. Giant fibrous polyp of the anal canal. *Am J Gastroenterol* 1994; 89:438-441.
13. LOBERT PF, APPELMAN HD. Inflammatory cloacogenic polyp. A unique inflammatory lesion of the anal transitional zone. *Am J Surg Pathol* 1981; 5:761-766.
14. OTSUJI E, FUJIYAMA J, TAKAGI T, ITO T, HAGIWARA A, NAITO K, IWAMOTO A, YAMAGISHI H. Transanal excision of a large rectal polyp assisted by transsacral manipulation of the rectum. *Dis Colon Rectum* 2004; 47:1420-1422.
15. SAKAMOTO T, KATO H, OKABE T, OHYA T, IESATO H, YOKOMORI T AND HAGA SS. A large inflammatory fibroid polyp of the colon treated by endoclip-assisted endoscopic polypectomy: A case report. *Dig Liver Dis* 2005;37:968-972.
16. LEUNG KK, YUSUF TE. External polypectomy of a large anal canal polyp. *Gastrointest Endosc* 2007; 66:603-604.