

# DOLOR ANAL, PERIANAL Y PERINEAL

Christian Cock Hernández\*

## RESUMEN

---

El dolor anal, perianal y perineal son entidades patológicas (síndromes) que se presentan de manera esporádica en nuestro medio y que representan una causa de consulta a veces difícil, pero muy interesante para el médico general y para el especialista (cirujanos, gastroenterólogos, internistas, etc.). El artículo presenta datos referentes a la etiología, la clínica, métodos diagnósticos y medidas terapéuticas médico-quirúrgicas del manejo del paciente con dolor anal, perianal o perineal, entidades que son difíciles de tratar.

**Palabras clave:** Dolor anal, proctalgia, síndromes de dolor anal, dolor perineal, dolor perianal.

## ABSTRACT

---

Anal, perianal and perineal pain are sporadic pathological entities (Syndromes). They represent a difficult but a very important consultation cause for medical doctors and specialists (surgeon, gastroenterologists, physicians, etc). The article has notes about etiology, clinical features, diagnostic and medical surgical therapeutic measures related to anal, perianal or perineal pain those presenting difficult for treatment.

**Key words:** Anal pain, proctalgia, anal pain syndromes, perineal pain, perianal pain.

\* *Médico Especialista en Cirugía General, Universidad Pontificia Bolivariana, con estudios en Enfermedades y Cirugía de Colon y recto, Cleveland Clinic Florida. U.S.A*

*Separatas: Apartado Aéreo 075299, Medellín, Colombia, Sur América.*

## INTRODUCCIÓN

En algunas oportunidades es difícil concluir o definir determinado diagnóstico o síndrome teniendo síntomas y signos bizarros o ambiguos por la historia clínica. No se escapan de ello el dolor anal, el dolor perianal y el dolor perineal, entidades que generan angustia en nuestros pacientes, a quienes frecuentemente se tildan de hipocondríacos, histéricos o hasta esquizofrénicos y a quienes de forma habitual se les envía tranquilizantes injustificadamente y sin control.

El dolor anal, el perianal o el perineal se deducen fácilmente cuando durante la inspección y palpación anorrectal detectamos patologías como fístulas, abscesos, hemorroides trombosadas y/o cáncer a dicho nivel. Nos vemos en dificultades cuando el examen físico completo y los métodos diagnósticos rutinarios fallan y no podemos encontrar causa aparente del problema.

En general, vemos que este tipo de pacientes son constantemente remitidos de un médico a otro y que han recibido múltiples manejos médicos y quirúrgicos sin fortuna. ¿Qué hago con este paciente?...

Existen diferentes síndromes definidos en el transcurso de los años y que se han realizado a nivel mundial que ayudan a enfocar los pacientes que padecen alguna de las patologías en mención, los cuales analizaremos de una forma detallada y objetiva.

## SÍNDROMES

Podemos resumir los síndromes de dolor anal, perianal y perineal. Ver tabla 1.

### Coxigodinia

Quien definió y estudió este síndrome por primera vez, en el año de 1859, fue el escocés James Young Simpson y desde entonces esta entidad ha tomado múltiples denominaciones.

Los pacientes aquejan un dolor dirigido al sacro y al coxis, que se explican por espasmos de la musculatura y de los tejidos blandos adyacentes o a la porción pubococcígea de los elevadores del ano. Algunos autores basados en este concepto lo denominan como el síndrome del elevador (1).

Otros pacientes definen el dolor como cierta molestia a nivel anorrectal que puede irradiarse a la espalda o a los glúteos y que dicha sensación dolorosa empeora al adquirir la posición de sentados (2,3).

Varios estudios, y con grandes series, demuestran que la mayoría de estos pacientes son de sexo femenino, principalmente en la década de los cincuenta años (2,3).

La presentación de la coxigodinia se asocia al trauma directo por caídas o luego de la infancia (4).

Por examen físico y al tacto rectal se puede palpar un coxis tenso o duro y doloroso o a veces con gran movilidad (5)

Tratamiento: La mayoría de los pacientes se benefician con terapia de antiinflamatorios no esteroideos o con bloqueos regionales anestésicos. Las soluciones neurolíticas que a estos últimos se adicionan (alcohol, fenol) sobre los nervios anocóxigeos proporcionan un efecto de analgesia permanente (4,6).

Entre otras alternativas se citan: crioterapia, termocoagulación y radiofrecuencia o la ci-

**TABLA 1. Tipos de dolor anal, perianal y perineal (9,13,17,20).**

Síndrome	Edad	Sexo	Dolor	Sitio	Hora	Lo agrava	Lo mejora	Clínica
*Proctalgia fugax	adulto joven	M	súbito ½ hora	canal anal	+noche	estrés	'stretch anal' flexión piernas	int. irritable timidos
*Coxigodinia	adult	F	continuo vago	sacro anal	varía	sentado defecar		espasmo elevadores
*S. Perineo descendido	varía	F	de leve a severo	periné ano	+tarde	erguido caminar	decúbito	constipación hábito irreg.
*Neuralgia perineal idiopática	~58	F	ardor continuo	anal	+día	sentado	decúbito	cirugía previa desc. periné
*Ano fantasma		MóF	inter- mitente	periné	varía	sentado		escisión anorrectal

rugía (4,7). La manipulación del coxis o coxigectomía se ha realizado con resultados pobres (8). Algunos cirujanos sólo indican la extracción ósea en casos de luxación o fractura (9).

### **Proctalgia fugax**

Síndrome denominado así por Thaysen en 1935 y MacLennan en 1977.

En la actualidad, se trata de una patología relativamente bien definida, pero de origen aún oscuro.

Es más común en pacientes de sexo masculino y por lo general se manifiesta en la edad adulta temprana, cesando espontáneamente en la mitad de la vida (10). Los síntomas se presentan a cualquier hora, siendo predominante en la noche e iniciando de forma súbita, progresando hasta ser un dolor cólico severo con sensación de discomfort por encima del esfínter anal externo. En general, dura aproximadamente treinta minutos. El paciente localiza el dolor más hacia el lado izquierdo y refiere mejoría al flexionar las piernas y al sentarse en el piso. El dolor se exagera con la

defecación. No hay afección directa sobre el hábito intestinal, pero la proctalgia se presenta con una mayor incidencia en pacientes que sufren de síndrome de intestino irritable (11).

No existe hasta hoy un consenso que defina la etiología específica de esta entidad patológica, sin embargo, se han propuesto varios factores causales, entre otros, neuropatía, infección, estasis sanguínea, anafilaxis, espasmos puborrectal y pubocoxígeos (lo confunden con el síndrome del elevador) (13), aún el factor congénito, detectando cambios hereditarios a nivel estructural y anatómico del esfínter anal (12), etc.

Tratamiento: Los resultados son controvertidos y difíciles. Siempre se deben descartar enfermedades orgánicas serias o que indiquen malignidad (14).

Se recomiendan baños de asiento tibios cuando se presenta el dolor, masajes en los elevadores del ano (1) o el 'stretch perineal', de preferencia en casos de pacientes con diagnóstico evidente de una neurosis, con mejoría en el transcurso de unas semanas (9).

Si existe un dolor pertinaz, se sugieren relajantes musculares no narcóticos para evitar fenómenos de adicción, nitritos sublinguales, sulfato de quinina, métodos de hipnosis, etc. (9).

El avance más reciente para el tratamiento de la proctalgia fugax es la manipulación anorrectal con estimulación electrogalvánica y unos instrumentos diseñados para tal fin, con resultados exitosos hasta de un 60-70% en los pacientes (9,15,16).

### **Síndrome del perineo descendido**

El dolor perianal es lo patognomónico de este síndrome (17). Se observa en pacientes con enfermedades crónicas, en desnutridos, multíparas, en pacientes con constipación crónica o con prolapso rectal temprano. Se presenta, en general, por el daño o la fatiga de los músculos pélvicos (elevadores del ano) (9). Se manifiesta a cualquier edad y es preponderante en el sexo femenino.

Estos pacientes acusan dolor lancinante hacia el perineo posterior después de la evacuación, algunas veces con prolapso de la mucosa rectal anterior. Dicho dolor aumenta con la posición erguida y mejora con el decúbito. Puede haber tenesmo e incontinencia rectal.

El examen demuestra que el perineo desciende por debajo del plano de las tuberosidades isquiáticas durante el reposo o al tratar de sostener la evacuación (17,18).

Tratamiento: El dolor a veces mejora al organizar o corregir el hábito intestinal. En general, se formulan dietas, laxantes naturales, supositorios, enemas que prevengan la constipación.

El reparo del piso pélvico (rectopexia sacra y/o perineorrafias) puede hacerse necesario en caso de prolapso e incontinencia fecal (19).

### **Neuralgia perineal**

El dolor perianal y perineal idiopático crónico (o neuralgia perineal) es casi exclusivo de pacientes del sexo femenino (80%). Es común y heterogéneo y se presenta en una edad promedio de 58 años (20).

Se trata de un dolor continuo perianal y anal de varios meses de evolución. El 80% de los pacientes lo definen como sitio exacto en el canal anal, irradiado al sacro, glúteos, la pelvis o el abdomen. Es dolor que se empeora al sentarse y se mejora con el decúbito. No hay efecto sobre la defecación.

Una descripción exacta es “como sentarse en una bola” en el canal anal, dolorosa intensamente o con sensación de quemadura. No se presenta en las noches.

Los pacientes pueden tener antecedentes previos de cirugía de pelvis, columna lumbar o del ano, como histerectomía, reparos vaginales, rectales, hemorroidectomía o laminectomía lumbosacra para ciáticas. Algunos que han presentado enfermedad lumbociática se les ha realizado mielografía (20) y a otros se les ha realizado ‘stretch anal máximo’, refiriendo, en general, agravamiento del cuadro clínico (20).

En todas las pacientes, el examen anorrectal, incluyendo la endoscopia y exámenes ginecológicos o neurológicos son normales. El coxis y los elevadores se palpan normales por tacto rectal y más de la mitad presentan cierto grado de perineo descendido. No se presenta incontinencia fecal y los estudios de manometría rectal no presentan alteración.

Hipótesis: Radiculopatías o compresiones nerviosas sacras (4), trastornos de la personalidad (20), lesión de nervios pudendos (21), isquemia de nervios pélvicos o sacros (22, 23), debilidad o laxitud de la musculatura del piso pélvico (17).

Tratamiento: No hay mejoría con los analgésicos comúnmente usados (20). Con resultados variables y más para pacientes

psiquiátricos, han servido los antidepresivos tricíclicos y los anticonvulsivantes (24).

El dolor mejora temporalmente con el bloqueo anestésico local de pudendos, sosteniéndose más la analgesia cuando se le adicionan esteroides. La anestesia de la cauda equina produce anestesia dolorosa en estos pacientes (25).

Los estudios con estimulación eléctrica de la medula espinal no son concluyentes (25).

No existen estudios precisos y completos que hablen de mejoría a través de la acupuntura o de terapias alternativas.

Se deduce que la terapéutica en estos pacientes es de por sí difícil y que, mientras se aclara su etiología, el tratamiento estará limitado.

Se presentan, entonces, graves problemas de índole familiar, social y laboral, pues muchos de los pacientes con estas neuralgias se tornan casi inválidos o inhábiles, limitados a sus camas y sin poder obtener mejoría alguna. En este nivel se hace imperativa la ayuda y el manejo conjunto con el psiquiatra (29).

Algunos estudios mencionan y recomiendan la simpatectomía lumbar, con resultados debatidos (26). Otros sugieren la aplicación de guanetidina en los nervios pudendos, con resultados favorables (42% de pacientes sin dolor durante cuatro meses.) (27).

### **Ano fantasma**

La descripción de esta entidad es parecida a la del miembro fantasma luego de las

amputaciones de extremidades realizadas por los cirujanos vasculares u ortopedistas.

Los síntomas o deaferentización que resulta de la sensación de tener el ano se presenta en el 12% de los pacientes después de procedimientos con escisión anorrectal.

Dichos casos aquejan sensación de quemadura o de ardor en el perineo luego de tales cirugías. El sentarse exacerba el dolor, que se presenta siempre de manera espontánea (28).

Tratamiento: No hay beneficio con los analgésicos comunes y el bloqueo de nervios periféricos puede exacerbar el dolor. El tratamiento más efectivo hasta el momento son los anticonvulsivantes, el bloqueo simpático lumbar (28) o simples

medidas como masajes locales o el uso de cojines o almohadillas suaves.

A manera de conclusión, y analizando cada uno de los distintos síndromes, vemos que es necesario el manejo de los mismos por grupos interdisciplinarios de médicos a nivel de consulta u hospitalario, si el caso lo amerita (29).

Dentro de la literatura colorrectal para nosotros disponible, esta es una revisión precisa y exacta para enfocar el paciente que nos consulta por proctalgia. Todo ello nos ayudará a manejar lo más objetivamente posible este tipo de paciente, que está en una situación, como es lógico, bastante incómoda y que no deja de ser también un grave problema para sus familiares y por supuesto para nosotros como médicos tratantes. ■

## REFERENCIAS

- (1) Grant, S.R.; Salvati, E.P.; Rubin, R.J. Levator syndrome: an analysis of 316 cases. *Dis Colon Rectum*. 1975;18: 161-163.
- (2) Thiele, G.H. Coccygodynia: cause and treatment. *Dis Colon Rectum*. 1963;6: 422-436.
- (3) Thiele, G.H. Coccygodynia: the mechanism of its production and its relationship to anorectal disease. *Am J. Surg*. 1950;79: 110-116.
- (4) Evans, P.J.D.; Lloyd, J.W.; Jack, T.M. Cryoanalgesia for intractable perineal pain. *J Roy Soc Med*. 1981;81: 804-809.
- (5) Bucknill, T. M. Disorders of the sacrum and coccyx. *Practitioner*. 1981;222: 77.
- (6) Mehta, M. Intractable pain, W. B. Saunders, London. 1973.
- (7) Albrektsson, B. Sacral Rhizotomy in cases of anococcygeal pain. *Acta Orthop Scand* 1981;52: 187-190.
- (8) Hodge, J. Clinical management of coccygodynia. *Med Trial Techn Quart*. 1979;25:277.
- (9) Corman, M. Colon and Rectal Surgery, J. B. Lippincott Co., UK. 1989;982-983.
- (10) Abrahams, A. Proctalga fugax. *Lancet*. 1935: ii,444.
- (11) Thompson, W.G.; Heaton, K.W. Proctalga fugax. *J Roy Coll Phys*.1980;14: 247-248.
- (12) Kamm, M.A.; Hoyle, A.V.; Burleigh, D.E. et al. A newly identified hereditary internal anal sphincter myopathy which causes proctalga fugax and constipation. *Gastroenterology*. 1991;100: 805-810.
- (13) Thompson, J. P. S.; Nicholls, R.J.; Williams, C.B. *Colorectal Disease*, William Heinemann, London. 1981;126.
- (14) Goligher, J. *Surgery of the anus, rectum and colon*, 5th. edn, Baillière Tindall, London. 1982; 1159.
- (15) Sohn, N.; Weinstein, M.A.; Robbins, R.D. The levator syndrome and its treatment with high voltage electrogalvanic stimulation. *Am J Surg*. 1982;144: 580-582.
- (16) Oliver, G.C.; Rubin, R.J.; Salvati, E.P.; Eisenstat, T.E. Electrogalvanic stimulation in the treatment of levator syndrome. *Dis Colon Rectum*. 1985; 28: 662-663.
- (17) Parks, A.G.; Porter, N.H.; Hardcastle, J.D. The syndrome of the descending perineum. *Proceed Roy Soc Med* 1966;59: 477-482.
- (18) Oettle, G.J.; Roe, A.M.; Bartolo, D.C.C.; Mortensen, N.J. Mc. C. What is the best way of measuring perineal descent? A comparison of radiographic and clinical methods. *Br J Surg*. 1985;72: 999-1001.
- (19) Nichols, D.H. Retrorectal levatoroplasty for anal and perineal proplapse. *Surg Gynecol Obstet*. 1982;154: 251-254.
- (20) Neill, M.E.; Swash, M. Chronic perianal pain: an unsolved problem. *J Roy Soc Med* 1982;75: 96-101.
- (21) Loh, L.; Nathan, P.W. Painful peripheral states and sympathetic blocks. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1978;41: 661-671.
- (22) Snooks, S.; Croft, R.J. Defaecation claudication: a cause of rectal pain? *J Roy Soc Med*. 1989;82: 371-372.
- (23) Percy, J.P.; Neill, M.E.; Parks, A.G.; Swash, M. Electrophysiological study of motor nerve supply of pelvic floor. *Lancet*. 1981; ii, 16-17.
- (24) Drinkwater, J.E.; Blunden, R.M.; Jenkins, R.; Foster, J.M.G. Psychological characteristics of cronic perineal pain patients. *Pain*. 1987; Suppl. 4, S61.
- (25) Krainik, J. U.; Thoden, U. Dorsal column stimulation. In *Textbook of pain* (eds. P.D. Wall and R. Melzack), Churchill Livingstone, Edinburg, 1984;704.

- (26) Mc Quay, H.J. Common conditions in the pain clinic. In Anaesthesia (eds. W. S. Nimmo and G. Smith), Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1989; 1214.
- (27) Hannington-Kiff J.G. Intravenous regional sympathetic block with guanetidine. Lancet. 1974;i,1019.
- (28) Boas, R. A. Painful anus syndrome. Pain. 1981; Suppl. 1, S259.
- (29) Pither, C.E. Treatment of persistent pain: behavioral methods give good results. Brit Med J 1989; 299, 1239.