



RADIOLOGÍA EN IMÁGENES

La patología benigna de ano y recto con RM 3.0T. 2.^a Parte: patología inflamatoria ano-rectal. Anatomía postquirúrgica y complicaciones postratamiento

L. Herráiz Hidalgo*, R. Cano Alonso, J. Carrascoso Arranz, E. Alvarez Moreno y V. Martínez de Vega Fernández

Departamento de Diagnóstico por la Imagen, Hospital Universitario Quirón Madrid, Pozuelo de Alarcón, Madrid, España

Recibido el 19 de diciembre de 2011; aceptado el 5 de julio de 2012

Disponible en Internet el 24 de octubre de 2012

PALABRAS CLAVE

Recto;
Canal anal;
Resonancia magnética;
Fístula;
Tracto gastrointestinal inferior

KEYWORDS

Rectum;
Anal canal;
Magnetic resonance;
Fistula;
Lower gastrointestinal tract

Resumen La patología benigna anorrectal comprende una vasta cantidad de entidades de muy diversos orígenes, congénitas o adquiridas, inflamatorias o tumorales. Sin embargo, ha recibido menos atención en la bibliografía científica que el estudio de la patología tumoral maligna. En esta segunda entrega de la revisión basada en imágenes de la patología benigna anorrectal describimos la patología inflamatoria y fistulosa más frecuente, la anatomía posquirúrgica y las complicaciones secundarias al tratamiento quirúrgico o radioterápico de la patología anorrectal. © 2011 SERAM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

3.0T MRI with a high resolution protocol for the study of benign disease of the anus and rectum. Part 2: anorectal inflammatory disease. Postsurgical anatomy and complications after treatment

Abstract Benign anorectal disease comprises a broad group of processes with very diverse origins; these processes may be congenital or acquired as well as inflammatory or tumor related. However, benign anorectal disease has received less attention in the scientific literature than malignant disease. In this second part of this image-based review of benign anorectal disease, we describe the most common inflammatory and fistulous diseases, the postsurgical anatomy, and complications that can occur after surgical treatment or radiotherapy for anorectal disease. © 2011 SERAM. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lherrazh@gmail.com (L. Herráiz Hidalgo).

Introducción

Continuando con la revisión de la patología benigna anorrectal (AR) por resonancia magnética (RM) dedicamos esta revisión a la patología inflamatoria y posquirúrgica. Diagnosticar y describir correctamente la patología inflamatoria es esencial para el manejo quirúrgico y puede resultar en un cambio urgente de la actitud terapéutica.

El objetivo de esta revisión es repasar las principales entidades inflamatorias AR, en especial la patología fistulosa, recordar brevemente los métodos quirúrgicos más frecuentes en la patología AR, la anatomía posquirúrgica y las complicaciones posquirúrgicas y posactínicas más frecuentes de la región AR.

Patología inflamatoria anorrectal

Patología fistulosa y sepsis

La RM es la técnica de elección^{1,2} por su mayor sensibilidad y especificidad para detectar trayectos fistulosos³, valorar complicaciones y determinar la implicación de otros órganos, lo que la hace fundamental para la toma de decisiones prequirúrgicas⁴. Las fístulas y trayectos fistulosos se

delimitan mejor con imanes de 3.0T que de 1.5T, gracias a que la definición tisular y anatómica mejora con la potencia del campo⁵.

Las fístulas perianales suelen ser idiopáticas, secundarias a una infección crónica de las criptas intramurales anales (hipótesis criptoglandular)^{6,7}, pero también pueden relacionarse con la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), especialmente la enfermedad de Crohn, tuberculosis, trauma, radioterapia, neoplasias o infección pélvica¹. La elevada frecuencia de recidivas se atribuye sobre todo a la persistencia de trayectos o abscesos no resecados⁴.

Debe recordarse que: la RM detecta mejor que la exploración quirúrgica los trayectos y colecciones prequirúrgicas, lo que disminuye la tasa de recidivas⁷⁻⁹.

Según el trayecto, las fístulas se dividen en 4 tipos, que por orden de mayor a menor frecuencia son: interesfinteriano, transesfinteriano, supraesfinteriano y extraesfinteriano⁷ (fig. 1).

El «interesfinteriano» supone entre el 45-60% de los trayectos fistulosos^{7,9,10}. El espacio interesfinteriano es una barrera anatómica para la extensión a la fosa isquiorrectal.

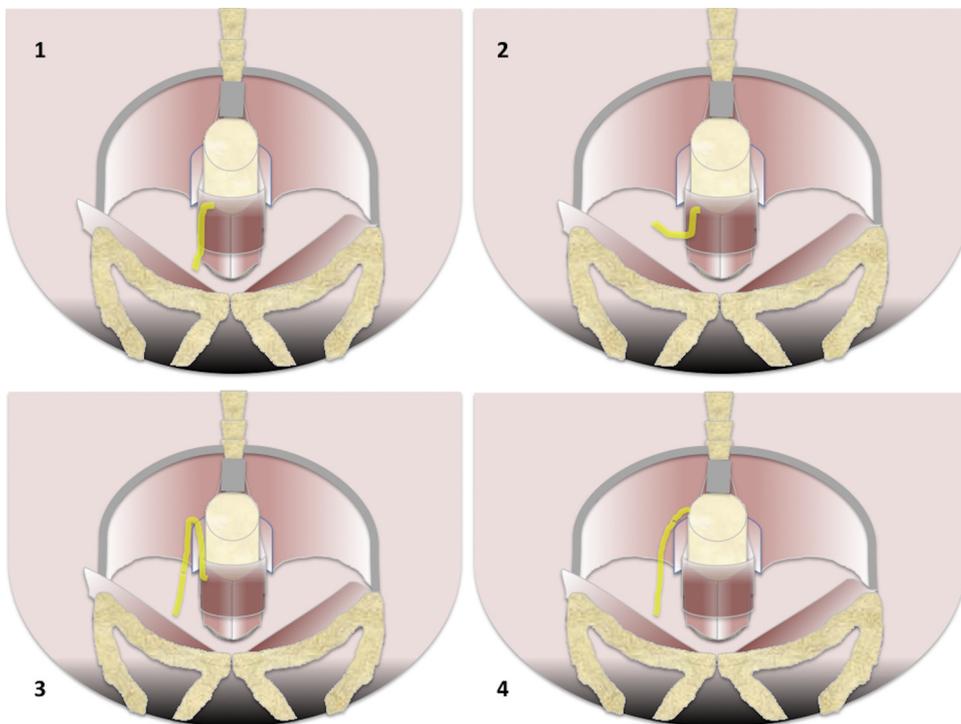


Figura 1 Tipos de fístulas en la clasificación de Parks. 1) Interesfinteriana (45%). El trayecto de la fístula cursa caudalmente a lo largo del espacio interesfinteriano a la piel o al periné, completamente confinado por el esfínter externo, al que nunca perfora. Respeto los espacios de la fosa isquiorrectal e isquioanal. 2) Transesfinteriana (30%). Perfora el esfínter anal externo extendiéndose a la fosa isquiorrectal o isquioanal y, a través de ellas, puede prolongarse caudalmente al periné o a la piel, anteriormente a la vagina o vejiga, o incluso cranealmente al músculo elevador del ano. 3) Supraesfinteriana (20%). Diseca el espacio interesfinteriano hasta el espacio supraelevador sobre el músculo puborrectal y perfora al elevador del ano para alcanzar la fosa isquiorrectal e isquioanal, y desde allí la piel o el periné. 4) Extraesfinteriana (5%). No se origina en la región perianal, sino que se produce por extensión caudal de un foco de infección del espacio supraelevador. Se caracteriza porque el espacio interesfinteriano está respetado. En una fístula extraesfinteriana se debe buscar un proceso purulento pélvico que atravesase caudalmente al músculo elevador del ano.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4245351>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4245351>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)