

Dolor anal crónico funcional y neuropático, ¿Cómo debe actuar un cirujano?

Chronic functional and neuropathic anal pain: How should a surgeon respond?

de la Vega Olías MC

Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.

RESUMEN

El dolor anal crónico es una condición médica que afecta aproximadamente al 11,5% de la población, afectando a hombres como a mujeres por igual. Esta afección puede ser incapacitante y tiene un impacto significativo en la calidad de vida de quienes la padecen¹.

Uno de los principales desafíos en el diagnóstico del dolor anal crónico es su naturaleza compleja. El diagnóstico se basa principalmente en la exclusión de otras patologías que puedan causar el dolor. Razón por la que estos pacientes a menudo deben someterse a múltiples pruebas y consultas con varios especialistas antes de llegar a un diagnóstico definitivo.

Esto no solo afecta físicamente a los pacientes, sino también psicológicamente. Tanto los pacientes como los facultativos que los atienden experimentan un estado de ansiedad debido a la incertidumbre y la dificultad para identificar la causa subyacente del dolor. Esta ansiedad puede complicar aún más el tratamiento y manejo del dolor.

Debido a la complejidad del dolor anal crónico, se recomienda un abordaje multidisciplinar que implique a gastroenterólogos, coloproctólogos, urólogos, ginecólogos, psicólogos y fisioterapeutas

para poder llegar a un diagnóstico certero con un correcto enfoque terapéutico que pueda abolirlo o, al menos, aliviarlo.

Conclusión: El dolor anal crónico es una afección desafiante tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud. Su diagnóstico complicado y el impacto psicológico que provoca subrayan la importancia de un enfoque multidisciplinar en su tratamiento. Solo a través de la colaboración y el cuidado integral se puede ofrecer a los pacientes el alivio y la mejora en su calidad de vida.

Palabras Clave: dolor anal crónico funcional, dolor anal crónico neurogénico, proctalga fugax, síndrome del elevador del ano, coccigodinia, neuralgia del pudendo.

ABSTRACT

Chronic anal pain is a medical condition that affects approximately 11.5% of the population, affecting men and women equally. This condition can be disabling and has a significant impact on the quality of life of those who suffer from it.

One of the main challenges in diagnosing chronic anal pain is its complex nature. Diagnosis is mainly based on the exclusion of other pathologies that may cause pain. Which is why these patients often must undergo multiple tests and consultations with various specialists before reaching a definitive diagnosis.

CORRESPONDENCIA

M^a del Coral de la Vega Olías
Hospital Universitario Puerto Real
11510 Puerto Real (Cádiz)
mcvo269@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

M del Coral de la Vega Olías. Dolor anal crónico funcional y neuropático, ¿Cómo debe actuar un cirujano? Cir Andal. 2025;36(2):101-106. DOI: 10.37351/2025362.9

This not only affects patients physically, but also psychologically. Both patients and their physicians experience a state of anxiety due to uncertainty and difficulty in identifying the underlying cause of pain. This anxiety can further complicate pain treatment and management.

Due to the complexity of chronic anal pain, a multidisciplinary approach involving gastroenterologists, coloproctologists, urologists, gynecologists, psychologists and physiotherapists is recommended to reach an accurate diagnosis with a correct therapeutic approach that can abolish it or, at least, alleviate it.

Conclusion: Chronic anal pain is a challenging condition for both patients and healthcare professionals. It's complicated diagnosis and the psychological impact it causes underscore the importance of a multidisciplinary approach to its treatment. Only through collaboration and comprehensive care can patients be offered relief and improved quality of life.

Keywords: functional chronic anal pain, neurogenic chronic anal pain, proctalgia fugax, levator ani syndrome, coccygodynia, pudendal neuralgia.

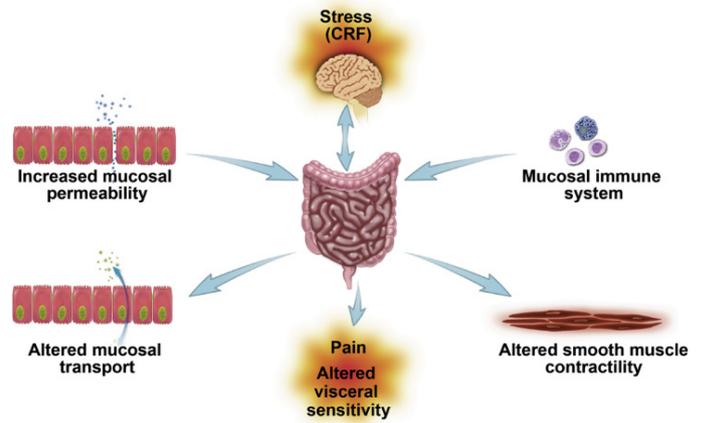


Figura 2

Tomado de Vanner SJ Fundamentals of Neurogastroenterology: Basic Science. Gastroenterology. 2016 May 1.

INTRODUCCIÓN

El dolor anal crónico es una patología, no infrecuente, que lleva a quienes lo padecen a ser valorados por múltiples especialistas, sentirse incomprendidos y abandonados sin encontrar alivio al dolor que padecen. Uno de los principales desafíos en el diagnóstico del dolor anal crónico es su naturaleza compleja. En función de su noxa lo podemos clasificar como dolor anal crónico con base Orgánica (tumores, abscesos, fístulas. Enfermedad inflamatoria intestinal, ...), dolor anal crónico de causa Funcional y dolor crónico anal de origen Neurogénico (Figura 1).

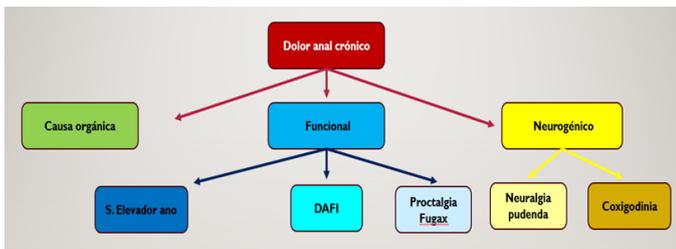


Figura 1

En esta revisión abordaremos el dolor anorrectal funcional y neurogénico.

EL DOLOR ANORRECTAL FUNCIONAL

Se define por los criterios Roma IV como un trastorno de interacción del eje cerebro-intestinal. Esta conexión indica por qué el estrés y los factores psicológicos están estrechamente relacionados con la función y disfunción del aparato digestivo, así como con el dolor, las enfermedades y los síntomas gastrointestinales. Situaciones que a priori no desencadenan dolor, en algunos pacientes pueden provocarlo, no encontrando causa orgánica que lo justifique (Figura 2)^{2,3}.

Se distinguen en función de la duración del dolor y la presencia o ausencia de sensibilidad anorrectal. La complejidad para su catalogación radica en que se basa en la exclusión de otras causas y que pueden superponerse a otras patologías.

El diagnóstico diferencial se haría con enfermedades anorrectales y pélvicas con sintomatología similar.

Diagnóstico

Una correcta anamnesis es fundamental, recabando antecedentes familiares y personales e incidiendo en situaciones ambientales y sociales que puedan alterar el eje cerebro intestinal del paciente.

El tacto rectal es la exploración más económica y que aporta más información al cirujano pudiendo orientar el diagnóstico y el resto de las exploraciones complementarias a realizar. Podrían ser necesarias la colonoscopia y el TAC abdomino pélvico, así como la ecografía endoanal para descartar patologías orgánicas como tumores, abscesos o fístulas. Con la Resonancia magnética dinámica de pelvis y/o la defecografía podríamos descartar patologías del suelo pélvico y con las pruebas funcionales como la manometría de alta resolución o la de alta definición, la prueba de expulsión con balón, la electromiografía o la prueba con baróstato las patologías con origen funcional⁴.

SÍNDROME DEL ELEVADOR DEL AÑO

Según una encuesta realizada en EE. UU. en 1990 este síndrome representaba el 6,6% de los trastornos funcionales gastrointestinales⁵.

Para su diagnóstico y basándonos en los criterios de consenso ROMA IV debe cumplir los siguientes items: dolor o molestia rectal crónico o recurrente, estar presente los últimos 3 meses y haber aparecido en los 6 meses anteriores, así como tener una duración superior a 30 minutos, habiendo excluido otras causas de dolor rectal.

Se caracteriza por ser un dolor sordo y vago, presentarse como una sensación de presión en la parte alta del recto que empeora al sentarse y mejora o alivia al estar de pie o acostado y no aparecer durante el sueño.

La exploración mediante tacto rectal puede revelar el espasmo de los músculos elevadores del ano con un aumento de la sensibilidad a la tracción del puborrectal, siendo esta mayor en el lado izquierdo. Este síndrome puede asociar disinergia defecatoria, y lo puede precipitar eventos como sedestaciones prolongadas, situaciones estresantes, o la defecación con esfuerzo⁶.

Tratamiento

El tratamiento del síndrome del elevador del ano debe seguir un enfoque secuencial, comenzando con medidas higiénico-dietéticas; inicialmente, se recomienda el uso de baños de asiento con agua templada, prevenir el estreñimiento mediante una dieta rica en fibra y adecuada hidratación, masajes digitales intraanales, y la administración de antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina en dosis crecientes. También pueden considerarse relajantes musculares sistémicos, como el diazepam (aunque su uso es controvertido debido a su potencial adictivo), o tópicos como el trinitrato de glicerilo o diltiazem al 2%.

Si estas medidas iniciales no resultan efectivas, se sugiere avanzar a un segundo nivel de tratamiento que incluye anticonvulsionantes como la gabapentina y la pregabalina por su capacidad para bloquear el dolor neuropático, la estimulación electrogalvánica y la inyección de esteroides combinados con anestésicos locales bajo guía ecográfica. Cabe mencionar que el uso de toxina botulínica no ha mostrado eficacia superior al placebo según estudios disponibles^{3,6,7}.

Como tercera línea de tratamiento, se recomienda la fisioterapia del suelo pélvico enfocada en la relajación y el biofeedback siendo este último el que mejores resultados ha obtenido^{7,8}.

PROCTALGIA FUGAX

Esta patología tiene un prevalencia entre el 8 y 18%^{5,7}, afecta a ambos sexos por igual siendo rara su aparición antes de la pubertad.

Para su diagnóstico, basado en los criterios Roma IV, debe presentarse como episodios recurrentes de dolor localizado en el recto y no relacionados con la defecación. Pueden durar desde segundos hasta un máximo de 30 minutos, con ausencia de dolor anorrectal entre episodios; estar presente los últimos 3 meses, habiéndose iniciado 6 meses antes, excluyéndose otras causas de dolor rectal⁹.

Se caracteriza por ser un dolor lacerante, como una puñalada, de corta duración y su frecuencia es inferior a 6 episodios al año. Puede ser nocturno y despertar al paciente¹⁰ y no se pueden prevenir.

Su fisiopatología es desconocida, siendo la contracción anormal del músculo liso lo que pudiera desencadenar el dolor, aumentando la presión de reposo del canal anal y favoreciendo la disinergia defecatoria. Las situaciones estresantes pueden provocarlo y en un estudio se analizó el tipo de personalidad de estos pacientes

que se caracterizaban por ser personas ansiosas, hipocondriacas y perfeccionistas^{11,12}.

Existe una proctalgia fugax hereditaria^{13,14}, en la que los pacientes presentan un engrosamiento del esfínter anal interno, con presencia a nivel de la fibra muscular lisa de cuerpos de inclusión de poliglucosano, pudiendo asociar al dolor estreñimiento.

Para plantear el tratamiento debemos distinguir entre episodios breves y prolongados. En los breves se debe tranquilizar al paciente explicándoles la naturaleza benigna de su patología e invitarles a realizar maniobras de dilatación/relajación anal (Pujo rectal, dilataciones digitales, baños de asiento con agua templada o enemas con agua tibia). En los episodios prolongados podría emplearse las inhalaciones de salbutamol (2 puff)¹⁵, la inyección toxina botulínica (25 UI en EAI)¹⁶ o los relajantes musculares tópicos como trinitrato de glicerilo o diltiazem 2%¹⁷.

Se ha descrito como opción de tratamiento en la proctalgia fugax de la miopatía hereditaria la esfínterotomía lateral interna¹⁸.

DOLOR ANORRECTAL FUNCIONAL INESPECÍFICO (DAFI)

Se trata del dolor funcional más difícil de diagnosticar. Siguiendo los criterios Roma IV se presenta como dolor o molestia rectal crónico o recurrente que está presente los últimos 3 meses y debe haber aparecido 6 meses antes, los episodios tienen una duración superior a los 30 minutos y, como característica específica, ausencia de dolor a la tracción del músculo puborrectal.

Es probablemente el dolor funcional que va a precisar, para su correcta filiación, más pruebas complementarias que excluyan otras causas de dolor anorrectal.

Su tratamiento, será secuencial siguiendo el mismo esquema terapéutico que en el síndrome del elevador del ano¹⁹.

En el manejo del dolor anal crónico funcional, es importante tranquilizar al paciente, explicarle que su proceso no es maligno y que la ausencia de una causa orgánica no implica que el dolor no exista. En muchos casos, solo podremos aliviarlo para mejorar su calidad de vida (Figura 3).

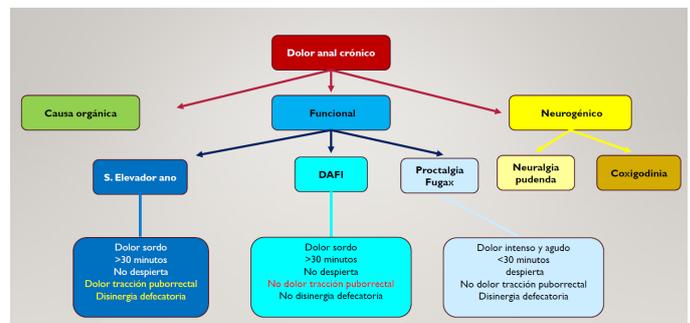


Figura 3 Resumen del dolor anal crónico funcional.

SÍNDROMES DE DOLOR NEUROPÁTICO

El dolor anal crónico de origen neurogénico se relaciona con la irritación o daño a los nervios que inervan la región anal y perianal. Puede originarse por lesiones traumáticas, cirugías previas, infecciones, o enfermedades sistémicas que afectan el sistema nervioso, son más infrecuentes comparados con los dolores anales crónicos de origen orgánico o funcional²⁰.

Nos centraremos en la neuralgia del pudendo y la coxigodinia.

Neuralgia del pudendo

Se define como dolor crónico perineal secundario al atrapamiento y lesión del nervio pudendo en su túnel músculo-osteo-aponeurótico entre los ligamentos sacrotuberales y sacroespinales, en ausencia de enfermedades orgánicas²¹ (Figura 4).

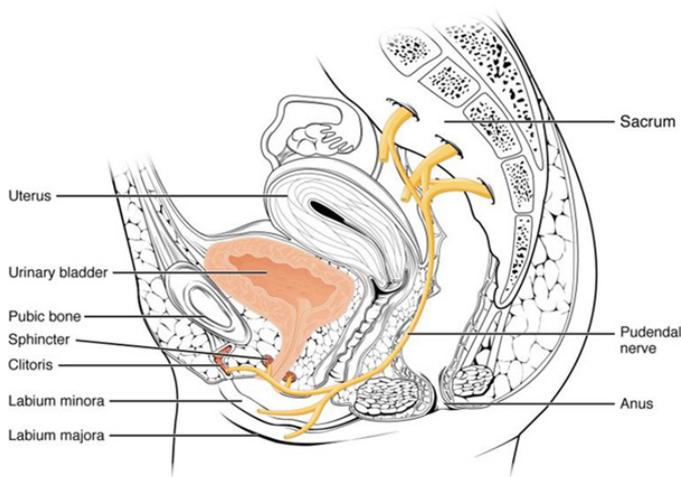


Figura 4

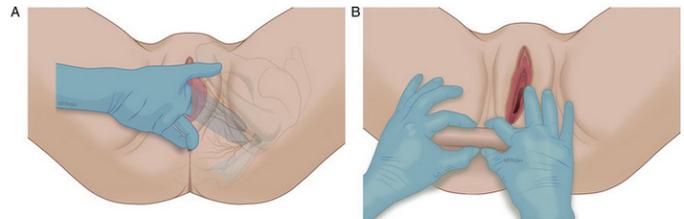
Se presenta como un dolor de característica urente con parestesias en región perineal, glúteos y muslos. Puede ser bilateral y altera más la función sensitiva que la motora. Afecta en un 60% más a las mujeres que a los varones.

Su etiología puede deberse a causas ginecológicas (partos, endometriosis, bartolinitis), urológicas (cirugía de la incontinencia urinaria), cirugía de la patología anorectal (abscesos isquiorrectales, fístulas y cirugía oncológica recto anal), neuritis infecciosas (herpes), atrapamientos nerviosos como el síndrome del canal de Alcock (el más frecuente), traumatismos de repetición (ciclistas) o estreñimiento crónico²¹.

El diagnóstico se basa en los criterios de Nantes²², existen cinco esenciales: Dolor en territorio pudendo desde ano hasta clítoris / pene, dolor más intenso en la sedestación, no despierta de noche, sin alteración de la sensibilidad y se produce alivio del dolor con el bloqueo del nervio pudendo. Y ocho complementarios: Dolor de características neuropáticas, alodinia o hiperpatía, sensación de cuerpo extraño intrarrectal o vaginal, empeoramiento a lo largo del día, dolor de predominio unilateral, dolor desencadenado por defecación, dolor muy intenso a la presión en espina isquiática y presentar alteración en las pruebas electrofisiológicas en varones o

nulíparas. La presencia de 2 criterios esenciales o 1 criterio esencial asociado a 2 criterios complementarios serían diagnósticos.

En la exploración el signo de Tinel (El dolor se reproduce al comprimir el tronco pudendo en la localización anatómica del área afectada) y la respuesta positiva a dolor en la maniobra de la pinza rodada (desplazamiento de la piel y celular subcutáneo desde el ano hacia el pubis, sobre el trayecto de las ramas del nervio pudendo) pueden orientar a su diagnóstico (Figura 5)²³.



A: Signo de Tinel. B: Test de la pinza rodada.

Figura 5

Los estudios complementarios incluirían la prueba de latencia pudendo (alargamiento), ecodoppler de la arteria pudenda (alteración del flujo por atrapamiento) así como la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética de pelvis para descartar tumores, alteraciones anatómicas y colecciones que pudieran provocar el dolor.

El tratamiento inicialmente puede ser conservador evitando el estreñimiento, antidepresivos (amitriptilina), anticomociales (gabapentina y pregabalina), relajantes musculares tópicos (nitroglicerina o diltiazem), benzodiazepinas (diazepam) y la fisioterapia del suelo pélvico (estiramientos). En un segundo tiempo infiltraciones con corticoides + bupivacaína /4-6 semanas y tratamientos con aguja seca. Siendo el último escalón el tratamiento quirúrgico, que ha demostrado ser el más eficaz y definitivo mediante la liberación del nervio pudendo entre la pinza que forman el ligamento sacroespinoso y sacrotuberoso (70% de los casos), en el canal de Alcock (18%) y cuando el nervio cabalga sobre el proceso falciforme del ligamento sacro tuberoso (10%).

Existen 4 accesos quirúrgicos: Transperineal, transvaginal, transglúteo y laparoscópico/robótico. Los 4 presentan una efectividad que ronda el 70%, siendo la exposición nula (al ser una técnica ciega) en las dos primeras, limitada en la transglúteo y excelente en la laparoscópica/robótica. Todas ellas presentan una elevada dificultad técnica siendo la laparoscópica la más reproducible²⁴.

Coccigodinia

Se define como dolor a nivel del cóccix estando sentado o al levantarse. Se denomina crónico si dura más de 2 meses. Es cuatro veces más frecuente en mujeres que en varones. Su etiología puede deberse a traumas repetitivos en la zona, partos instrumentados, inyección o catéter epidural, cirugías (columna o colorrectales) o tener un origen idiopático. Se considera que el dolor surge de la inestabilidad del cóccix con o sin espasmo muscular pélvico asociado.

Como factores de riesgo se consideran el sexo femenino, la obesidad, la depresión o presentar dolor en otras partes del cuerpo²⁰.

El diagnóstico se basa en el dolor desencadenado a la movilización del coxis asociado a la RMN de pelvis o la radiografía dinámica (sentado y reclinado hasta alcanzar el máximo de dolor) en la que se evidencia la hipermovilidad en flexión y subluxación posterior, más frecuente, o anterior^{21,24}.

El tratamiento secuencial se iniciaría por la manipulación del Cóccix, el tratamiento de los puntos gatillo y el masaje de los músculos pelvianos y perineales (Piramidal y glúteos así como elevador del ano y esfínter anal); escalando a la fisioterapia del suelo pélvico (efectividad del 82%), infiltraciones con anestésico local, corticoides o la infiltración radiodirigida del ganglio impar. Como último escalón la cirugía, con la extirpación parcial o total del Coxis que puede conllevar un alto riesgo de complicaciones.

Como resumen proponemos el siguiente algoritmo diagnóstico para el dolor anal crónico (Figura 6).

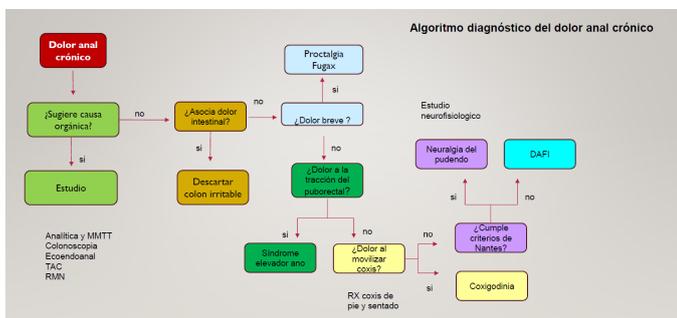


Figura 6

CONCLUSIONES

El dolor anal crónico, ya sea funcional o neurológico, requiere un tratamiento específico y multidisciplinar. Este puede incluir terapias físicas, intervenciones psicológicas, tratamientos farmacológicos y, en casos muy seleccionados, cirugía.

Es imprescindible, como cirujanos, ser cautos en las indicaciones quirúrgicas que pueden agravar la ya mermada calidad de vida que presentan. Entender que el dolor que sufren es real aun cuando no se evidencie una causa orgánica que lo desencadene y ser sinceros con el paciente de cara a las expectativas de curación a las que pueden aspirar.

Por tanto, debemos familiarizarnos con estas patologías para poder orientar el diagnóstico y el tratamiento más adecuado en cada caso, siendo el objetivo mejorar el dolor intentando evitar cirugías que puedan añadir morbilidad a su patología de base.

BIBLIOGRAFÍA

- Knowles CH, Cohen RC. Chronic anal pain: A review of causes, diagnosis, and treatment. *Cleve Clin J Med.* 2022;89(6):336–43.
- Vanner SJ, Greenwood-Van Meerveld B, Mawe GM, Shea-Donohue T, Verdu EF, Wood J, et al. Fundamentals of Neurogastroenterology: Basic Science. *Gastroenterology.* 2016 May 1.

- Barbara G, Cremon C, Carini G. The immune system in irritable bowel syndrome. *J Neurogastroenterol Motil.* 2011;349-359.
- Montes MJG, Arias FA, Contreras SJ, Gey SS, Pellicer Bautista F, Herrerías Gutiérrez JM. Should anorectal ultrasonography be included as 11 a diagnostic tool for chronic anal pain? *Vol. 102, Rev esp enferm dig.* 2010.
- Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, Temple RD, Talley NJ, Grant Thompson W, et al. U.S. Householder Survey of Functional Gastrointestinal Disorders Prevalence, Sociodemography, and Health Impact. *Vol. 38, Digestive Diseases and Sciences.* 1993.
- Rao SSC, Bharucha AE, Chiarioni G, Felt-Bersma R, Knowles C, Malcolm A, et al. Anorectal disorders. *Gastroenterology.* 2016 May 1;150(6):1430-1442.e4.
- Chiarioni G, Nardo A, Vantini I, Romito A, Whitehead WE. Biofeedback Is Superior to Electrogalvanic Stimulation and Massage for Treatment of Levator Ani Syndrome. *Gastroenterology.* 2010;138(4):1321–9.
- Atkin GK, Suliman A, Vaizey CJ. Patient characteristics and treatment outcome in functional anorectal pain. *Dis Colon Rectum.* 2011 Jul;54(7):870–5.
- Drossman DA. Functional gastrointestinal disorders: History, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. *Gastroenterology.* 2016 May 1;150(6):1262-1279. e2.
- Jeyarajah S, Chow A, Ziprin P, Tilney H, Purkayastha S. Proctalgiá fugax, an evidence-based management pathway. *Vol. 25, International Journal of Colorectal Disease.* 2010. p. 1037–46.
- Pilling LF, Swenson WM, Hill JR. The Psychologic Aspects of Proctalgiá Fugax*.
- Dong L, Sun T, Tong P, Guo J, Ke X. Prevalence and Correlates of Depression and Anxiety in Patients with Functional Anorectal Pain. *J Pain Res.* 2023; 16:225–32.
- Zbar AP, De La Portilla F, Borrero JJ, Garriques S. Hereditary internal anal sphincter myopathy: The first Caribbean family. *Tech Coloproctol.* 2007 Mar;11(1):60–3.
- Panagiotopoulou IG, Miller R, Powar MP, Chan JYH, Davies RJ. Proctalgiá and constipation secondary to hypertrophic polyglucosan inclusion body myopathy of the internal anal sphincter: A case report. *J Med Case Rep.* 2018 Oct 24;12(1).
- Eckardt VF, Dodt O, Kanzler G, Bernhard G. Treatment of proctalgiá fugax with salbutamol inhalation. *Am J Gastroenterol.* 1996;91(4):686–9.
- Sánchez Romero AM, Arroyo Sebastián A, Pérez Vicente FA, Serrano Paz P, Candela Polo F, Calpena Rico R. Tratamiento de la proctalgiá fugax con toxina botulínica: resultados en 5 pacientes. *Rev Clin Esp.* 2006 Mar 1;206(3):137–40.
- Boquet J, Moore N, Lhuître JP, Boismare F. Diltiazem for proctalgiá fugax. *The Lancet.* 1986 Jun 28;327(8496):1493.
- Panagiotopoulou IG, Miller R, Powar MP, Chan JYH, Davies RJ. Proctalgiá and constipation secondary to hypertrophic polyglucosan inclusion body myopathy of the internal anal sphincter: a case report. *J Med Case Rep.* 2018 Oct 24;12(1):1–4.

19. Vander Mijnsbrugge G. Practicum en coloproctología de la AACP. Estrategias y técnicas para la práctica diaria. de la portilla de Juan F, García Armengol J, Espín Basany E, Casal Núñez J.E., editors. Asociación Española de Cirujanos; 2022. 679–686 p.
20. Knowles CH, Cohen RC. Chronic anal pain: A review of causes, diagnosis, and treatment. *Cleve Clin J Med*. 2022 Jun 1;89(6):336–43.
21. Chiarioni G, Asteria C, Whitehead WE. Chronic proctalgia and chronic pelvic pain syndromes: New etiologic insights and treatment options. Vol. 17, *World Journal of Gastroenterology*. Baishideng Publishing Group Co; 2011. p. 4447–55.
22. Labat JJ, Riant T, Robert R, Amarenco G, Lefaucheur JP, Rigaud J. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes Criteria). *Neurourol Urodyn*. 2008;27(4):306–10.
23. Lema C. R, Ricci A. P. Atrapamiento del nervio Pudendo: Un síndrome por conocer. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2006 ;71(3):207–15.
24. Moncada Iribarren E, Vander Mijnsbrugge G, Vigorita V, de la Portilla de Juan F. Practicum en coloproctología de la AACP. Estrategias y técnicas para la práctica diaria. :313–23.