

## ORIGINAL

**Dilatadores de Hegar en el manejo de las estenosis anales de etiología inflamatoria.**

Olivan L\*, Rivas O, Álvarez P.

Hospital San Jorge Huesca.

Recibido en octubre de 2015; aceptado en febrero de 2016. Disponible en internet desde abril de 2016.

**Resumen**

Introducción: La estenosis anal (EA) complica con frecuencia la evolución de lesiones inflamatorias. Su manejo mediante dilatación forzada del ano (DFA) o neumática por vía endoscópica (DNVE) a menudo fracasa o se acompaña de complicaciones. Apenas existe información acerca del empleo de dilatadores de Hegar (DH) en este escenario. Objetivo: Describir la experiencia con el empleo de DH en el manejo de las EA benignas y comunicar la satisfacción del paciente en relación con el procedimiento, recurrencia, complicaciones y necesidad de cirugía. Métodos: Estudio retrospectivo de aquellos pacientes tratados mediante DH (2010-2015) por presentar EA benignas tras el fracaso de la DFA o la DNVE. Se recogió información relativa a la etiología y gravedad de la estenosis, síntomas antes y después del procedimiento, satisfacción del paciente, complicaciones, recurrencia y % de fracasos. Resultados: 18 pacientes (50% mujeres; edad media: 56,72 años [rango 39-73]) fueron tratados con DH por EA post-quirúrgicas (66%), relacionadas con EII<sup>1</sup> (22,22%), post-radioterapia (5,55%) o secundarias a FA. Hubo resolución en el 66,66% (75% en EII; 58,3% en estenosis postquirúrgicas; 0% en las estenosis post-radioterapia y 100% en FA). Se observó recurrencia en el 22,22%, fracaso (5,55%) y necesidad de cirugía en el 5,55%. El procedimiento incidió negativamente sobre la función social en el 5,55%, laboral (0%) y sexual (11,11%). 7/18 pacientes mostraron desagrado relacionado con el procedimiento (38,88%). El mayor alivio se observó en el dolor anal (61,11% vs 16,66% [p: 0.05]) y el tenesmo rectal (72,22% vs 33,33% [p: 0.008]), y menor para el estreñimiento (50% vs 44,44% [p: 0.564]). La satisfacción del paciente con el personal fue excelente y únicamente un 16,66% mostraron un rechazo inicial. Conclusiones: El empleo de DH es eficaz, seguro y bien tolerado por los pacientes con EA benignas, sin apenas referir interferencias sobre su función social, laboral o sexual.

**Palabras clave:** Estenosis anal, dilatadores de Hegar.***Hegar dilators in the handling of annal stenosis of inflammatory etiology.*****Abstract**

*Introduction: Anal stenosis (EA) often complicates the development of inflammatory lesions. Their management through forced of the year (DFA) or pneumatic dilatation endoscopically (DNVE) often fails or is accompanied by complications. Barely there is information about the use of dilators Hegar (DH) in this scenario. Objective: To describe the experience with the use of DH in the benign EA management and communicate the patient satisfaction with regard to the procedure, recurrence, complications and need for surgery. Methods: Retrospective study of patients treated by DH (2010-2015) for introducing benign EA following the failure of the DFA or the DNVE. Information was collected concerning the etiology and severity of stenosis, symptoms before and after from the procedure, satisfaction of the patient, complications and recurrence and failures. Results: 18 patients (50 women; mean*

\*Autor para correspondencia: lorenolivan@gmail.com

age: 56,72 years range 39-73) were treated with DH EA post-surgical (66), EII1-related (22.22), post-radiotherapy (5.55) or secondary to FA. There was a resolution in the 66,66 (75 in IBD 58.3 in post-surgical stenosis; 0 in post-radiotherapy stenoses and 100 in f). Recurrence was observed in 22.22, (5.55) failure and need for surgery in the 5.55. The procedure affected negatively on the social function in the 5.55, labor (0) and sexual (11.11). 718 patients showed displeasure with the procedure (38.88). The greater relief was observed in anal pain (61,11 vs. 16.66 p: 0.05) and rectal tenesmus (72,22 vs 33,33 q: 008), and lowest for constipation (50 vs. 44,44 q: 0.564). The satisfaction of the patient with the staff was excellent and only a 16.66 showed an initial rejection. Conclusions: The use of DH is effective, safe and well-tolerated by patients with EA benign, without hardly refer interferences on their social, labour or sexual function.

**Key words:** Anal stenosis, Hegar dilators.

## Introducción

La estenosis anal (EA) es la disminución del calibre del conducto anal que se acompaña de una menor distensibilidad del mismo. A menudo representa una complicación tardía de intervenciones quirúrgicas anales (hemorroidectomía, esfinterotomía por fisura anal), enfermedades inflamatorias intestinales, en este caso como consecuencia de la fibrosis intensa producida por abscesos de repetición o mal drenados, fístulas mantenidas o úlceras cavitadas y en otras, como secuela de la radioterapia en la zona pélvica con la consiguiente retracción de y fibrosis posterior de los tejidos.

Estos pacientes presentan dificultad para la expulsión de las heces, disminución del calibre de las misma (heces acintadas), tenesmo, rectorragia e incluso cuadros suboclusivos y muchos de ellos han recibido diferentes tratamientos médico-quirúrgicos, incluyendo dilataciones neumáticas endoscópicas o dilataciones anales forzadas con anestesia general sin una respuesta clínica satisfactoria en términos de alivio sintomático y mejora de la calidad de vida. Todo ello acaba repercutiendo sobre su patrón de alimentación y eliminación, y es causa de un importante coste sanitario (visitas facultativas, pruebas complementarias y hospitalizaciones), laboral (absentismo y preesentismo) y socio-familiar.

Hasta muy recientemente, el empleo de dilatadores de Hegar se había limitado a pacientes con problemas ginecológicos (dilataciones uterinas), pediátricos (ano imperforado) o urológicas (estenosis uretrales) y en menor grado en estenosis anales (Cirugía - Digestivo). Los diámetros empleados en el campo de la Proctología adulta varían desde el nº 10 hasta el nº 18.

Esta alternativa supone un uso domiciliario de los dilatadores basado en un aumento progresivo del calibre de los mismos hasta llegar a una defecación indolora y satisfactoria para el paciente.

La ausencia de estudios relacionados con el uso de estos dilatadores en estenosis anales nos lleva a comunicar nuestra experiencia en la Unidad de Endoscopias del Hospital San Jorge de Huesca.

## OBJETIVOS.

### 1. Principal:

- Informar acerca de los resultados de la dilatación en términos de resolución, recurrencia, fracaso o necesidad de cirugía.

### 2. Secundarios:

- Proporcionar información en relación a la tasa de complicaciones relacionadas con el empleo de los dilatadores.
- Conocer el grado de satisfacción del paciente en relación al empleo de los DH.
- Describir la experiencia con el empleo de dilatadores de Hegar (DH) en el manejo de estenosis anales benignas en nuestro hospital.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: estudio observacional y descriptivo de carácter retrospectivo y unicéntrico.

En el período comprendido entre los años 2010 y 2015 fueron incluidos todos aquellos pacientes diagnosticados de estenosis anales en la Unidad de Gastroenterología del HSJ de Huesca, en quienes habían fracasado otros procedimientos terapéuticos incluyendo métodos de dilatación neumática y/o dilatación forzada del ano en quirófano. A todos ellos se les ofreció la posibilidad

de un programa de dilataciones mediante el empleo de DH, que fueron proporcionados por la propia Unidad de Endoscopias, con indicaciones precisas en relación a su modo de empleo y cadencia de las dilataciones de acuerdo con el protocolo del anexo-1. En todos los casos se llevó a cabo un seguimiento ambulatorio por parte de enfermería, así como una encuesta telefónica que permitieron recabar información relativa a los siguientes parámetros:

1. Datos socio-demográficos
2. Necesidad o no de ingreso hospitalario a causa de la estenosis.
3. Causa y naturaleza de la estenosis.
4. Clasificación de las estenosis de acuerdo con:

#### 4.1. Gravedad

4.1.1 *Leves*: permite el paso del dedo índice lubricado o dilatador de Hegar nº 15.

4.1.2 *Moderadas*: se produce una dilatación forzada al introducir el dedo índice.

4.1.3 *Graves*: no se puede insertar el dedo índice, ni el dilatador más pequeño

#### 4.2. Estructura

4.2.1 *Diafragmática*: suelen aparecer en Enfermedad Inflamatoria Intestinal, y se caracteriza por aparecer una delgada banda circular o en media luna que no abarca toda la luz.

4.2.2 *Anular*: secundaria generalmente a una lesión quirúrgica; generalmente tienen menos de 2 cm. de longitud.

4.2.3 *Tubular*: como consecuencia de Radioterapia; longitud > 2 cm.

#### 4.3 Síntomas del paciente antes y después del tratamiento con dilatadores.

##### 4.3.1 Estreñimiento

4.3.2 nº de evacuaciones espontáneas semanales.

##### 4.3.3 Dolor anorrectal.

##### 4.3.4 Tenesmo

##### 4.3.5 Rectorragia

#### 4.4 Complicaciones relacionadas con la dilatación:

##### 4.4.1 Sangrado

##### 4.4.2 Perforación

4.4.3 Complicación supurativa: fístula y absceso perianal.

#### 4.5 Resultados de la dilatación:

##### 4.5.1 Resolución.

4.5.2 Recurrencia debida al retroceso en el calibre de los dilatadores forzada por la presencia de dolor anal o rectorragia con el calibre previo.

4.5.3 Cirugía/ Fracaso relacionado con la suspensión de la técnica por agravamiento del proceso.

#### 4.6 Encuesta dirigida a evaluar la percepción del paciente en relación al empleo de los dilatadores.

##### 4.6.1 Rechazo a la técnica.

##### 4.6.2 Ansiedad.

##### 4.6.3 Desagrado con la técnica.

4.6.4 Repercusión sobre la relación social, laboral y sexual.

4.6.5 Grado de satisfacción de los pacientes tanto con el personal que proporciona indicaciones acerca del modo de empleo de los dilatadores y entrega del material.

##### 4.6.6 Satisfacción global con el procedimiento.

4.6.7 Percepción de mejoría que ha experimentado el paciente tras el uso de los mismos.

## RESULTADOS

1. Datos demográficos: se incluyeron 18 pacientes (50% mujeres y 50% hombres), con una edad media de 56,72 años (rango: 39-73).

2. Naturaleza y origen de las estenosis: 12 (66%) post-quirúrgicas; 4 (22%) relacionadas con enfermedad Inflamatoria; 1 (6%) post-radioterapia y 1 (6%) como secuela de la presencia de una fisura (Figura 1)

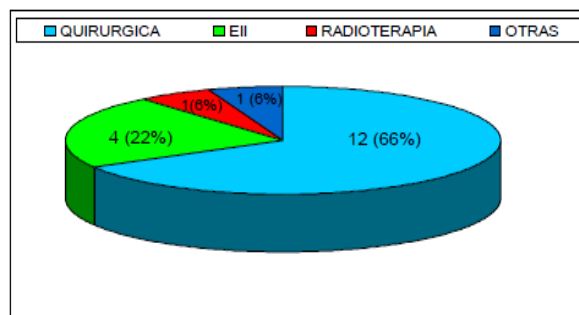


Figura 1. Naturaleza y tipo de estenosis

3. Resultados tras la dilatación: 12 Resolución (67%); 2 Cirugía/Fracaso (11 %); 4 Recurrencia (22%). (Figura 2).

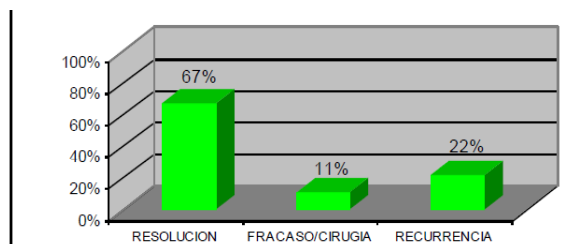


Figura 2. Resultados de la Dilatación.

4. La repercusión en los pacientes en relación al empleo de los dilatadores se muestra en la tabla 1-Figura 3. El procedimiento fue aceptado con agrado en su gran mayoría, con grados mínimos de repercusión sobre la función social 1/18 (6 %), laboral (0/18) (0%) y sexual: 2/18 (11%). Al menos 7/18 (39 %) pacientes mostraron desagrado relacionado con el procedimiento; únicamente 2/18 (11%) reflejaron diferentes grados de ansiedad y 3/18 rechazo inicial al empleo de los dilatadores (17 %).

	MUCHO	POCO	NADA
Rechazo	(6%)	(11%)	(83%)
Ansiedad	(6%)	(6%)	(88%)
Desagrado	(22%)	(17%)	(61%)
Afectación Social	(6%)	(0)	(94%)
Afectación Laboral	(0)	(11%)	(89%)
Afectación Sexual	(6%)	(6%)	(88%)

Tabla 1. Repercusión en los pacientes de los DH.

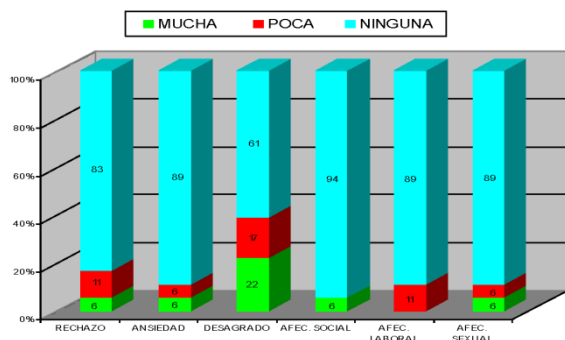


Figura 3. Repercusión del procedimiento en el paciente.

5. La mejoría percibida por los pacientes tras el empleo de los dilatadores, reflejado en una escala de Likert puede observarse en la tabla 2, agrupada según la etiología de la estenosis. 3/4

(75%) de los pacientes con EII reflejaron una mejoría patente y 1/4 (25%) poca; 7/12 (58 %) de los pacientes con estenosis posquirúrgicas mostraron mucha mejoría, siendo poca en los 5/12 (42%) y ninguna mejoría en el 0%. El único paciente con estenosis post radioterapia (100%) no evidenció mejoría alguna y el único paciente con estenosis post-fisura anal (100%) tuvo una respuesta muy favorable.

	Mucho (%)	Poco (%)	Nada (%)
EII (4 Pax)	3 (75)	1 (25)	0
Quirúrgica (12 pax)	7(58)	5(42)	0
Radioterapia (1 pax)	0	0	1(100)
Fisura (1 pax)	1(100)	0	0

Tabla 2. Mejoría percibida por los pacientes tras el empleo de los dilatadores

6. La relación de síntomas que presentaron los pacientes de esta serie antes y después de la dilatación han quedado reflejados en la tabla 3 apreciando diferencias estadísticamente significativas especialmente en relación a los síntomas dolor anorrectal y tenesmo (p: 0.05)

Síntomas	Pre dilatación n(%)	Post dilatación n (%)	P
Estreñimiento	9 (50%)	8 (44%)	1
Dolor anorrectal	11 (61%)	3 (17%)	0.015
Tenesmo rectal	13 (72%)	6 (33%)	0.04
Rectorragia	5 (28%)	1 (6%)	0,2

Para el cálculo estadístico se ha aplicado el test Fisher

Tabla 3. Relación síntomas previos y posteriores a la dilatación

7. No ha habido complicaciones importantes tras el uso DH: 3 (17%) pacientes presentaron sangrado leve, 2 (12%) pacientes presentaron dolor auto-limitado tras los procedimientos. Ningún paciente presentó perforación ni complicaciones supurativas perianales o perirrectales.

**CONCLUSIONES:**

1. El empleo de dilatadores de Hegar es eficaz, seguro y bien tolerado en el manejo de las estenosis anales benignas.

2. La percepción global del paciente en relación al procedimiento es altamente satisfactoria sin interferir apenas sobre su función social, laboral o sexual. Este hecho unido a la satisfacción del paciente con el personal implicado en su aprendizaje y monitorización redonda en una adherencia adecuada al protocolo.

3. El control y seguimiento del protocolo de los Dilatadores de Hegar, es realizado por parte del personal de Enfermería de la Unidad.

**AGRADECIMIENTOS:**

A todo el personal de la Unidad de Endoscopias por su colaboración en la elaboración del trabajo.

---

**ANEXO**

*PROTOCOLO DILATADORES DE HEGAR*

*HOSPITAL SAN JORGE*

*Unidad de Endoscopia Digestiva.*

*Hospital San Jorge de Huesca*

*Tfono: 974247000 Ext 24158*

**PROTOCOLO DE DILATACIÓN ANORRECTAL CON DILATADORES DE HEGAR**

Se le ha detectado una estenosis o estrechez en el recto, muy próxima al ano, que le ocasiona una dificultad para la defecación o una sensación de evacuación incompleta.

El tratamiento de esta estenosis consiste en la realización de una dilatación progresiva de la misma, bien con el uso de balones introducidos a través de un endoscopio o con el uso de dilatadores metálicos de calibre progresivo (dilatadores de Hegar).

El uso de los dilatadores de Hegar permite realizar la dilatación de una manera progresiva y conseguir mediante su utilización regular que no vuelva a producirse la estenosis.

**Instrucciones para la utilización de los dilatadores de Hegar:**

1. El primer dilatador a utilizar será de un calibre fino de modo que pase sin dificultad a través de la estenosis. Deben introducirlo dos veces al día durante 1-2 minutos.
2. Cada semana aumentaremos en un número el grosor del dilatador que usaremos, hasta llegar al de mayor calibre (numero 17)
3. Una vez llegado a este punto, el número y la frecuencia de las dilataciones se reducirá de la siguiente manera:
  - Una vez al día, durante un mes
  - Días alternos, durante un mes
  - Cada tres días, durante un mes
  - Dos veces a la semana, durante un mes
  - Una vez a la semana, durante un mes
  - Una vez al mes, durante 3 meses
4. Si durante este proceso la dilatación se dificulta, es dolorosa o produce sangre, es una indicación específica para dilatar dos veces al día de nuevo y reiniciar este proceso. Por lo general, esta dificultad sucede al pasar los dilatadores de mayor calibre.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Lockhart-Mummery HE, anal lesions in Crohn's disease. *Br J Surg* 1985;72 (Suppl) S95-S96
2. Keighley MR, Allan RN, Current status and influence of operation on perianal Crohn's disease. *Int J Colorectal Dis* 1986; 1:104-107
3. Linares L, Moreira LF, Andrews H, Allan RN, Alexander-Williams J, Keighley MR. Natural history and treatment of anorectal strictures complicating Crohn's disease. *Br J Surg* 1988; 75: 653-655
4. Ciga MA, Oteiza F, Marzo J, Armendariz P, De Miguel M, Ortiz H. Tratamiento de la enfermedad de Crohn perianal. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2006 Vol 29, nº3 Sep-Dic, 367-385
5. Pucciarelli S, Toppan P. Efficacy of dilatations for anastomotic colorectal stenoses: prognostic factors. *Int J Colorect Dis* 1994; 9: 149-152
6. Sohn N, Weinstein M. Anal dilatation for anal fissures. *Sem Colon Rectal Surg* 1997; 8: 17-23
7. Liberman H, Thorson A, Anal stenosis *Am J Surg*, 200; 179: 325-329
8. Medeiros R, Estenose anal: Análise de 30 casos *Rev Bras Colo-Proctol.* 1997; 17 : 24-26
9. Macdonald A, Smith A, Mcneill AD, Finlay IG. Manual dilatation of the anus. *Br J Surg.* 1992; 79; 1381-1382
10. Notaras MJ. Anal fissure and stenosis. *Surg Clin North Am.* 1988; 68: 1427-1440