



V-036 - HOUSE FLAP ADVANCEMENT BILATERAL COMO TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS ANAL

Jiménez Torres, Audrey Vanessa; Labalde Martínez, María; Nevado García, Cristina; Chitty Nieto, Madeleine; Coello Hollebecq, Carlos Alfredo; Fernández Noel, Silvia; García Borda, Francisco Javier; Ferrero Herrero, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Objetivos: Describir un caso de estenosis anal posthemorroidectomía, detallando la técnica quirúrgica empleada, una anoplastia con colgajo perianal de avance bilateral tipo *house*.

Caso clínico: Se trata de mujer de 57 años, con historia de hemorroidectomía Milligan-Morgan hace 11 años por hemorroides internas grado 4, presenta estreñimiento pertinaz y dolor intratable durante la defecación. A pesar del tratamiento con trinitrato de glicerilo, experimenta una mejoría mínima. En la exploración física, se evidencia una estenosis de canal anal bajo, con tacto rectal doloroso, permeable al dedo y sin fisuras. La colonoscopia no muestra lesiones en el íleon terminal, colon ni recto, pero la retroflexión rectal revela cambios cicatrales anales. La ecografía endoanal no detecta anomalías en los esfínteres anales internos y externos, con longitud y grosor del canal anal y del cuerpo perineal sin anomalías. En la manometría anal, se observa una ligera elevación en la presión de reposo del canal anal, con un tono del esfínter anal externo normal, pero con contracción voluntaria acortada. Los demás parámetros, incluyendo los reflejos anorrectales, el test de expulsión y la sensibilidad rectal, son normales. La paciente es intervenida bajo anestesia raquídea y posición de prono, confirmando los hallazgos de la exploración. Se realiza la escisión del tejido cicatricial del margen anal externo hasta 1 cm distal a la línea dentada, a ambos lados, en una longitud transversa de aproximadamente 3 cm. Se diseña un colgajo tipo *house*, con la base del colgajo orientada proximalmente en el canal anal y el tejido distalmente, de acuerdo con las dimensiones de los defectos en el canal anal. Durante la movilización del colgajo, se conserva un buen grosor subcutáneo para no comprometer la vascularización. Se sutura inicialmente la base del colgajo al canal anal y luego los laterales para reemplazar el tejido cicatricial extirpado, con material reabsorbible. Finalmente, se cierra el defecto en la piel en línea recta. La paciente es dada de alta al sexto día posoperatorio con cobertura antibiótica. Presenta una dehiscencia de 1 cm en el borde distal del colgajo, que se cierra a los 30 días. **Discusión:** La anoplastia con colgajo de avance perianal tipo *house* demuestra ser un tratamiento eficaz para la estenosis del canal anal.