

# QUISTE DE GLÁNDULA ANAL. PRESENTACION COMO TROMBOSIS HEMORROIDAL EXTERNA.

## ANAL GLAND CYST PRESENTING AS EXTERNAL HEMORRHOID THROMBOSIS.

*CLAUDIO GÓMEZ, MARCOS HURVITZ, HORACIO MATURI,  
PATRICIA GÓMEZ, ELENA PAGANI  
Instituto de Coloproctología. Bahía Blanca. Argentina*

**Resumen:** Se comunica un caso de quiste de glándula anal que se presenta como una trombosis hemorroidal externa y se hace una revisión bibliográfica del tema. Nuestro paciente se presentó con un tumor blando redondeado y doloroso en margen anal de treinta días de evolución. En el examen visual del ano se veía como una tumoración de unos 3 cm de diámetro tapizada por la piel del margen, duro elástico al tacto y ligeramente doloroso. Al paciente se le realizó anestesia raquídea y luego se resecó la lesión comprobando su prolongación hasta la mucosa de la línea pectínea sin llegar a comunicarse con ella. El paciente evolucionó favorablemente con pocos días de recuperación postoperatoria. La anatomía patológica demostró que era un quiste de glándula anal típica. El diagnóstico de un quiste de glándula anal es histológico y debería considerarse en toda lesión del margen anal que se asemeje a una hemorroide trombosada.

**Palabras clave:** quiste-glándula anal-hemorroides-trombosis

**Correspondencia:**

Dr. Claudio Gómez  
Sarmiento 343. Bahía Blanca. Argentina.  
E-mail: claudioretrenque@hotmail.com

**Recibido:** 22 de septiembre de 2012

**Aceptado:** 26 de noviembre de 2012

**Abstract:** A case of anal gland cyst presenting as an external hemorrhoid thrombosis is presented and a bibliographic review on the subject is carried out. The patient presented a rounded and painful soft lump in the anal margin with a 30 day evolution. At visual anal examination, it appeared as a tumor of about 1.18 inches (3 cm) in diameter covered by the margin skin; it was hard, elastic, and slightly painful at tactile examination. The patient received spinal anesthesia and then the lesion was resected thus observing that the lump extended to the pectineal line without communicating with it. The patient evolved favorably a few days after surgery. Pathological analysis showed that it was a typical anal gland cyst. The diagnosis of an anal gland cyst is histological and should be taken into consideration in any anal margin lesion resembling a thrombosed hemorrhoid.

**Key words:** cyst - anal gland - hemorrhoids – thrombosis

### INTRODUCCIÓN

Las primeras descripciones de las glándulas anales corresponden a Herman y Desfosses en 1880 (1). En 1914 Johnson en su estudio embriológico del recto explica acerca de su formación (2), y en 1917 Pennington (3) las relaciona

con los procesos supurativos perianales, siendo además en 1941 descrito el primer caso de carcinoma originado en estas estructuras (4). Aunque las hemorroides son de las enfermedades más frecuentes de la región anorrectal, existen otros tumores blandos que también se pueden encontrar ocasionalmente. Estos tumores, que pueden ser quísticos, son clasificados de acuerdo a su origen y a su histología en quistes de glándula anal o quistes ductales (5). Esto es particularmente cierto para los quistes que secretan moco. Es de sumo interés que el quiste glandular o ductal, una lesión infrecuente, no se incluya en alguna clasificación relacionada con otras patologías como los quistes cutáneos o lipomas. Esto puede ser debido al origen embriológico incierto de los ductos y glándulas anales además de la naturaleza exacta de la extensión anatómica de estas estructuras. Por este motivo solo reportamos un caso de quiste glandular o ductal anal que se presentó como hemorroides externa complicada con trombosis. Revisamos y presentamos la escasa bibliografía sobre este tema tratando de aportar otro caso más (6-9).

### CASO

Paciente de 70 años, de profesión empleado y ciclista amateur de muchos años, que se presenta con dolor anal recurrente, exacerbado y permanente en los últimos 30 días. Al examen se presenta con una tumoración blanda perianal, de tinte violáceo, de unos 2 cm de diámetro en hora 5, que no se puede reducir manualmente y no tiene continuidad con la mucosa endoanal (Figura 1). Está localizada justamente en el anodermo, recubierta tanto por piel como por piel modificada de esa zona. En el tacto rectal no se parecían otras alteraciones. Se realiza videocolonoscopia no revelando más patología. Se decide su resección pensando en una hemorroides externa complicada con trombosis. Se reseca comenzado por la parte más externa y se visualiza que el tumor se introduce en el espacio interesfinteriano llegando a la zona de la línea pectina, por cual se reseca totalmente (figura 2). Se cierra la herida con surget de poliglactina 2-0. (figura 3) El postoperatorio cursó sin ninguna complicación. El informe final de la histología fue quiste de glándula anal tapizado en uno de sus bordes por epitelio escamoso y en otro borde por epitelio de transición. (figuras 4 y 5).



Figura 1.

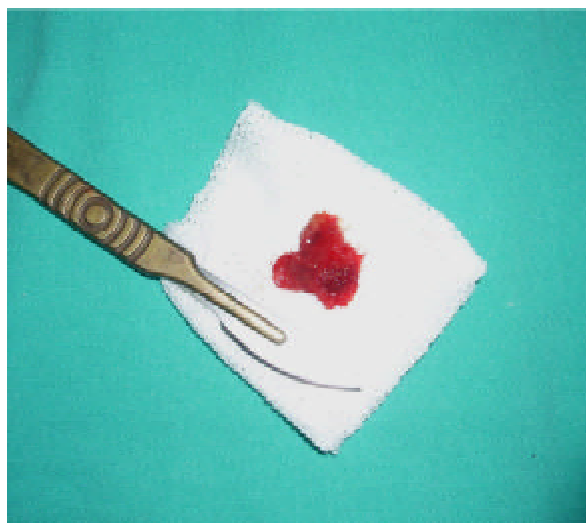


Figura 2. Lesión reseca.



Figura 3. Postoperatorio inmediato.

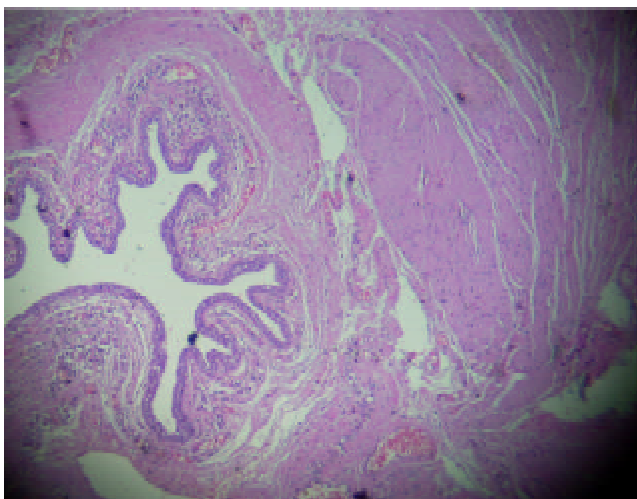


Figura 4. Microscopia.

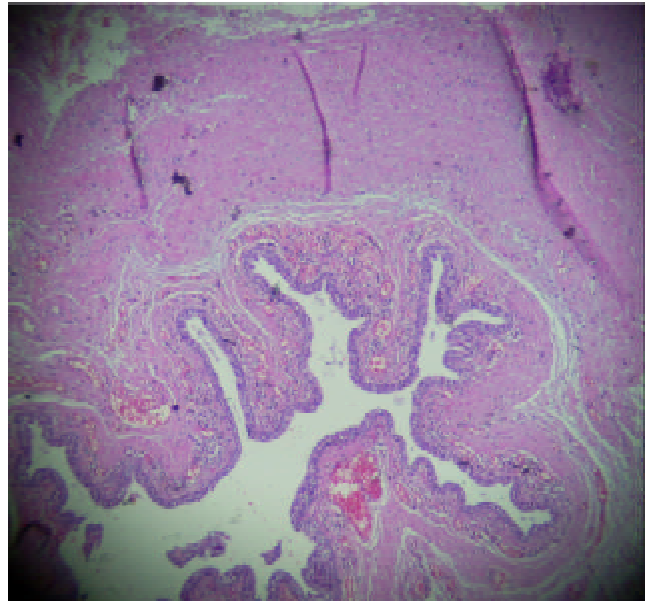


Figura 5. Microscopia.

## DISCUSIÓN

Las infecciones y las hemorroides son las enfermedades más frecuentes de la región anorrectal, aún así los tumores también se pueden encontrar ocasionalmente. Estos tumores, que pueden ser quísticos, comúnmente aparecen en el espacio presacro y son clasificados de acuerdo a su origen y a su histología en congénitos, neurogénicos, óseos u otros (10).

Estos quistes tienen el potencial de producir síntomas severos y complicarse como por ejemplo con fistulas perianales, así como luego de su extirpación total o parcial. Más importante aun, la clasificación histológica tiene muchas controversias, hay poca casuística en el mundo lo que lleva a mucha confusión con respecto al diagnóstico y tratamiento, sobre todo los quistes que secretan moco porque se informan de diferente manera utilizando diversos nombres (11-14). Aunque es probable que la presencia de la mayoría de estos quistes en el anorrecto pueden ser explicados como de origen embriológico, no es certero en todos los casos su etiología, como en nuestro caso, ya que llegan a la edad adulta sin otro tipo de manifestaciones locales. La existencia de los ductos anales se ha podido demostrar en varios estadios del desarrollo embrional, pero su origen no es certero (15-17).

De acuerdo con Shafik, los senos anales parcialmente obliterados o persistentes pueden ser los precursores de las glándulas anales. Otros consideran que las glándulas y duc-

tos anales son vestigios de la cloaca (18). De promedio sabemos que existen de 6 a 12 de estas estructuras en el ano. Cada ducto tienen una abertura en una cripta anal y la mayoría tienen su orificio en el hemiano posterior. Desde aquí los ductos se pueden dirigir hacia arriba o hacia abajo. Un 36% se extienden hasta la submucosa, y un 14% a través del esfínter interno, llegando en un 50% hasta el espacio interesfinteriano. Las glándulas anales son merocrinas (secretan moco) y no están relacionadas con otro tipo de glándulas (19). El epitelio de estas glándulas anales es simple columnar en la porción más profunda, transicional en la porción media y escamoso cerca de su orificio. La secreción mucosa puede ser vista en un 10 a 35% de las piezas estudiadas (20-22).

Los ductos y glándulas anales pueden sufrir transformación quística, cubiertas por epitelio similar al de las glándulas, conteniendo moco, comunicando con la línea pectínea y en cualquier sitio del anodermo. Y como las glándulas normales están recubiertas por diferentes epitelios, entonces los quistes también pueden tener diverso epitelios. La infección y el trauma repetido pueden ocasionar metaplasia del mismo. La secreción mucinosa constante puede aplastar el epitelio llevando a cierta confusión acerca de su origen. La comunicación del ducto o de la glándula con la cripta muchas veces, como sucede con las fistulas anales, no puede ser demostrada fehacientemente. Algunos autores llegaron a diferenciar la fistula congénita de la adquirida, fundando que la primera tenía un diferente epitelio de revestimiento que la segunda (23).

### CONCLUSIÓN

La patología de las glándulas anales generalmente está relacionada con la infección y la formación de abscesos y fistulas, aunque también a veces, se desarrollan quistes que comunican o que llegan a la línea pectínea y cuyo contenido es solo mucinoso o mucoso. El diagnóstico definitivo sigue siendo la histología, que además se utiliza para clasificar al quiste, que debería ser incluido como congénito. En la ausencia de comunicación con el ano, como el caso que reportamos, solo queda la resección simple para su curación.

### BIBLIOGRAFIA

- Hermann G, Desfosses L. Sur la muqueuse de la region cloacale du rectum. Comptes rendus Hebd Acad Scienc 1880; 90: 1301- 2.
- Fernández Albor G. Historia sucinta de la proctología. En: Lentini J. Temas de Coloproctología. Tomo I. Foltalba. Barcelona, España 1982. pp 25 - 32.
- Peerman Nesselrod J. Anal, perianal, perineal and sacrococcygeal sinuses. Am J Surg 1942; 56 : 154-65.
- Seidenverg N. Mucoepidermoid carcinoma of the anus. Am J Surg 1969; 117:413-5.
- Lovelady SB, Dockerty MB. Extragenital cysts and tumors in women. Am J Obstet Gynecol 1949;58:215-34.
- Kulaylat MN, Doerr RJ, Neuwirth M, Satchidanand SK. Anal duct/gland cyst: report of a case and review of the literature. Dis Colon Rectum. 1998 Jan;
- Gullino D, Abrate M, Giordano O, Gullino E. [Perianal glands of Hermann and their pathology. Review of the literature. Apropos of a cyst case] J Chir (Paris). 1996;133(9-10):422-6. Review. French.
- Goutallier Ben Fadhel C. An unusual cause of recurrent anal fistula. Ann Pathol 2004 ;24(3):287-8.
- Perkowski PE, Sorrells DL, Evans JT, Nopajaroonsri C, Johnson LW. Anal duct carcinoma: case report and review of the literature. Am Surg. 2000;66(12):1149-52.
- Lovelady SB, Dockerty MB. Extragenital cysts and tumors in women. Am J Obstet Gynecol 1949;58:215-34.
- McCull I. The comparative anatomy and pathology of anal glands. Ann R Coil Surg Engl 1967;40:36-67.
- Thomason TH. Cysts and sinuses of the sacrococcygeal region. Ann Surg 1934;99:585-92.
- Shindo K. A mucocele in the anal canal. Am J Proctol 1972;23:235-9.
- Yeomans FC. Perianal cysts: with report of a case of multilocular inclusion cyst of the perineum. Trans Am Proct Soc 1940;41:151-6.
- Johnson FP. The development of the rectum in the human embryo. Am J Anat 1914;16:1-57.
- Shafik A. A new concept of the anatomy of the anal sphincter mechanism and the physiology of defecation. Anorectal sinus and band: anatomic nature and surgical significance. Dis Colon Rectum 1980;23:170-9.
- Hill MR, Shryock EH, ReBell FG. Role of the anal glands in the pathogenesis of anorectal disease. JAMA 1943; 121:742-6.
- Guis JA, Stout AP. Perianal cysts of vestigial origin. Arch Surg 1938;37:268-87.
- McCull I. The comparative anatomy and pathology of anal glands. Ann R Coil Surg Engl 1967;40:36-67.
- Kratzer GL, Dockerty MB. Histopathology of the anal ducts. Surg Gynecol Obstet 1947;84: 21. Fenger C, Filipe MI. Pathology of the anal glands with special reference to their mucin histochemistry. Acta Pathol Microbiol Scand 1977;85:273-85.
- Close AS, Schwab RL. A history of the anal ducts and anal-duct carcinoma: report of a case. Cancer 1955;8:979-85.
- Gabriel WB. Congenital fistulae in connection with the anal canal. In: The principles and practice of rectal surgery. Springfield: Charles C. Thomas, 1948:233-4.