

Nueva técnica quirúrgica para el tratamiento de la enfermedad hemorroidal

Anew surgical technique for treatment of hemorrhoidal disease

Luís Ernesto Villasana Roldós

Especialista en Coloproctología. Profesor Auxiliar y Consultante. Facultad «Calixto García». La Habana, Cuba.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. Sobre la base de un nuevo concepto de enfermedad hemorroidal se diseñó una nueva técnica para el tratamiento quirúrgico de ésta. El objetivo fue disminuir la morbilidad del tratamiento quirúrgico de la enfermedad.

MÉTODOS. Se realizó un análisis prospectivo no aleatorizado con pacientes atendidos entre abril de 2006 y junio de 2008. Fueron incluidos pacientes con enfermedad hemorroidal de grado III y IV. Se describe la técnica quirúrgica. Después de la cirugía, se siguió la evolución de todos los pacientes por más de 10 meses.

RESULTADOS. Fueron operados 44 pacientes, 30 pacientes (69 %) en régimen ambulatorio. Solo 6 pacientes (14 %) refirieron dolor posoperatorio. Las complicaciones no fueron mayores que las reportadas con las técnicas de hemorroidectomía. Se reportó un 93,4 % de eficiencia.

CONCLUSIONES. La morbilidad posoperatoria fue mucho mejor en comparación con los resultados reportados con técnicas de hemorroidectomía. La técnica propuesta proporciona una nueva opción para mejorar la morbilidad posoperatoria del tratamiento quirúrgico en pacientes con enfermedad hemorroidal. Se hace necesario realizar estudios aleatorizados comparativos con las técnicas de hemorroidectomía.

Palabras clave: Nueva técnica quirúrgica, enfermedad hemorroidal.

ABSTRACT

INTRODUCTION: On the base of a new concept of hemorrhoidal disease we designed a new technique for its surgical treatment. The aim of present paper was to decrease the surgical treatment morbidity of this disease.

METHODS: A non-randomized prospective analysis of patients seen between April, 2006 and June, 2008. The patients with grade III and IV hemorrhoidal disease were included. We describe the surgical technique. After surgery the course of all patients for more than 10 months was followed.

RESULTS: Forty four patients were operated on and 30 patients (69%) under ambulatory regime. Only 6 patients (14%) had postoperative pain. Complications weren't greater than the reported ones using the hemorrhoidectomy. There was a 93,4% of efficiency.

CONCLUSIONS: Postoperative morbidity was much better compared with the results reported using the hemorrhoidectomy techniques. The technique proposed offers a new option to improve the postoperative morbidity of surgical treatment in patients with hemorrhoidal disease. It is necessary carrying out of comparative studies with hemorrhoidectomy techniques.

Key words: A new surgical technique, hemorrhoidal disease.

INTRODUCCIÓN

La teoría más difundida en el pasado siglo sobre la etiopatogenia de la enfermedad hemorroidal fue la hiperplasia vascular o dilatación varicosa, similar a las varices de los miembros inferiores. En la actualidad esta teoría no está completamente probada.^{1,2}

La teoría llegó hasta nuestros días, si bien autores como Velpeau (1826), Bourgery (1840) y Cruveilhier (1852) habían observado que en la submucosa del canal anal existía un tejido con características de tejido cavernoso. Treitz (1853) describe, dentro de ese tejido cavernoso, una estructura muscular que supuestamente sirve de sostén al plexo hemorroidal y lo mantiene en su posición normal dentro del conducto anal. Waldeyer (1899) demostró la presencia de comunicaciones arteriovenosas en este tejido y posteriormente Stelzner (1962) planteó que la causa de la enfermedad podría ser un trastorno del mecanismo eréctil de la submucosa, que daría lugar a una disfunción de estas comunicaciones arteriovenosas.³

Thomson (1975) además de demostrar la existencia de las comunicaciones arteriovenosas retomó todos los conocimientos anteriores y llegó a la conclusión de que los plexos vasculares son estructuras normales de la anatomía del ano. El funcionamiento de este tejido angiocavernoso parece estar controlado por el tono de los esfínteres del ano y actúa como un sistema de válvulas que asegura la continencia anal.⁴

Actualmente se aceptan dos teorías que podrían explicar la etiopatogenia y los síntomas de la enfermedad: la teoría mecánica, que confiere un valor importante al deterioro de los elementos de sostén de los pedículos hemorroidales como causa

del prolapso; y la teoría hemodinámica, que explicaría el aumento del flujo venoso ocasionado por la disfunción de las comunicaciones arteriovenosas y cuya consecuencia es el sangrado.³⁻⁵

Longo, basado en estudios defecográficos, llega a la conclusión de que la enfermedad se produce en un principio por un prolapso de la mucosa del recto, que desplaza los plexos hemorroidales hacia el exterior y da lugar al prolapso y a las disfunciones arteriovenosas que provocan el sangrado. Propone una técnica que reseca el prolapso interno de la mucosa rectal, con un equipo de grapado, y sitúa en su posición normal al tejido hemorroidal, con lo cual elimina los síntomas de la enfermedad.^{6,7}

Sobre la base de todos estos conceptos, el autor del presente artículo diseñó una técnica que responde a estos mismos principios fisiopatológicos;⁸ su objetivo fundamental consiste en disminuir la morbilidad posoperatoria y mejorar los resultados del tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidal.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional y prospectivo desde abril del 2006 hasta abril del 2009 en pacientes con enfermedad hemorroidal, clasificados de grado III (11 pacientes; 25 %) y IV (33 pacientes; 75 %).

Criterios de exclusión:

- Pacientes con tratamientos quirúrgicos previos.
- Pacientes con enfermedades anorrectales.
- Pacientes con estadio agudo de la enfermedad hemorroidal.

Técnica quirúrgica:

- Paciente en posición de navaja abierta.
- Anestesia espinal.
- Dilatación manual del conducto anal.
- Se visualiza la mucosa situada a unos 3 cm por encima de la línea pectínea, por encima de los pedículos hemorroidales. Con dos pinzas triangulares de Pennington se tira de la mucosa y se exterioriza un prolapso que incluye las bases de dos pedículos del lado derecho ([figura A](#)).
- Se coloca una pinza por debajo de las pinzas triangulares de Pennington y se realiza una sutura corrida por debajo de ésta, con material de Vicryl 00 ([figura B](#)).
- Se secciona la mucosa redundante por encima de la pinza ([figura C](#)).
- Se retira la pinza y se continúa, con la misma sutura, una sutura imbricada por encima de la herida ([figura D](#)).
- Este procedimiento se repite en la base del pedículo hemorroidal del lado izquierdo.

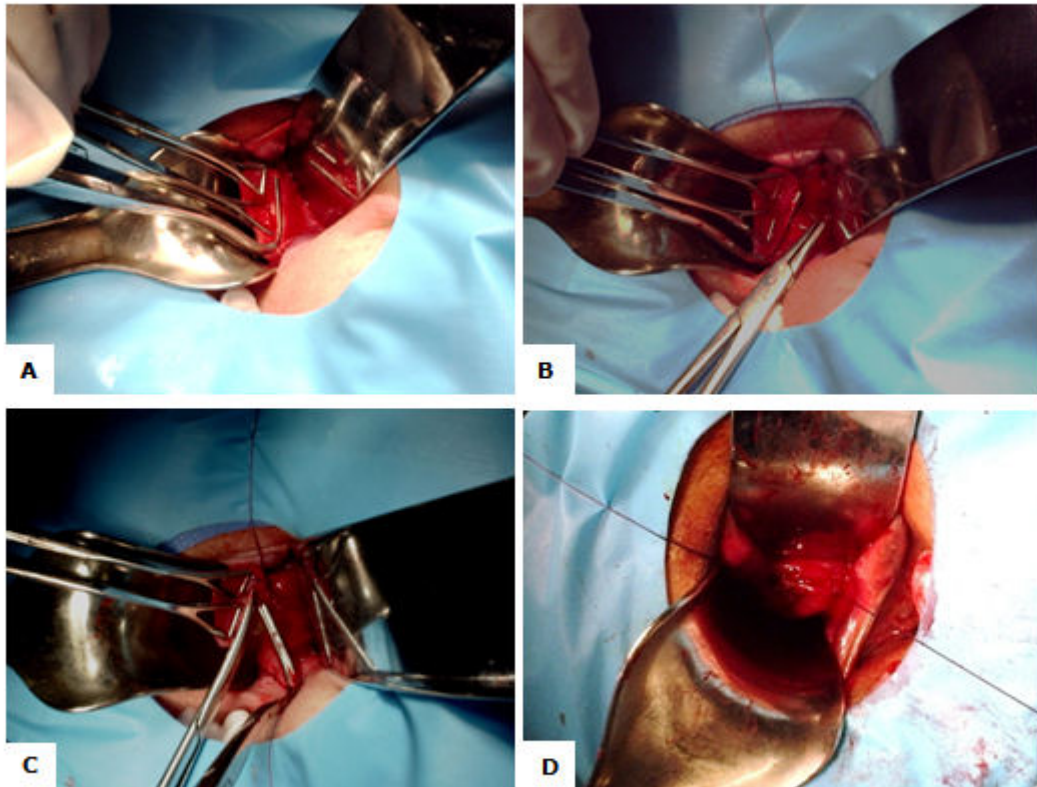


Figura. A) Tracción de la mucosa y colocación de una pinza por debajo de las pinzas triangulares de Pennington. B) Sutura corrida por debajo de la pinza. C) Cortando la mucosa, por encima de la pinza. D) Sutura imbricada corrida por encima de la herida.

Posoperatorio:

- Se indicó dipirona por vía intramuscular en el posoperatorio inmediato y luego, 2 tabletas cada 6 h.
- Al siguiente día, metronidazol en dosis de 1 tableta de 250 mg cada 8 h durante 7 días.

La escala de evaluación del dolor posoperatorio fue: sin dolor, malestar y dolor. Fueron reportadas las complicaciones inmediatas. Se informó el momento en que el paciente estuvo dispuesto a incorporarse a su trabajo y se mantuvo el seguimiento en consulta externa hasta el alta definitiva.

RESULTADOS

Catorce de los pacientes operados tenían más de 60 años (32 %), y la media de edad fue de 53 años. La distribución por sexo se presentó como sigue: 29 pacientes (66 %) del sexo masculino y 15 pacientes (44 %) del sexo femenino. Según la clasificación por grados de la enfermedad, correspondieron 11 pacientes (25 %) al grado III, con prolapso reductible, y 33 pacientes (75 %) al grado IV, con prolapso irreductible. Fueron operados en régimen ambulatorio 30 pacientes (69 %).

Según la escala propuesta, el comportamiento del dolor posoperatorio fue:

- Sin dolor: 19 pacientes (43 %).

- Malestar tolerable: 19 pacientes (43 %).
- Con dolor: 6 pacientes (14 %).

Las complicaciones presentadas en esta serie se observan en la tabla:

Complicaciones	Pacientes	Porcentaje
Sangrado en el momento de defecar	3	6,8
Sangrado posoperatorio	1	2,2
Sepsis	1	2,2
Retención de orina	1	2,2
Prolapso localizado sólo en la comisura anterior	3	6,8

Ningún paciente con sangrado requirió hospitalización ni reintervención.

Antes de los 20 días de operados 33 pacientes (75 %) ya estaban dispuestos para la incorporación al trabajo. La valoración final del paciente sobre el resultado de su operación fue de excelente en 31 pacientes (70,4 %), buena en 10 pacientes (23 %), regular en 3 pacientes (6,6 %) y ninguno lo calificó de malo.

El último paciente de esta serie fue operado en junio del 2008, lo cual permitió el seguimiento de 28 pacientes (63,3 %) por más de 24 meses y de todos los pacientes por 10 meses.

La eficiencia de la técnica fue evaluada en un 93,4 %.

DISCUSIÓN

Cuando se realiza una hemorroidectomía, el dolor posoperatorio y los períodos prolongados de curaciones han sido la norma en todos los pacientes operados.³ Esta situación ha provocado rechazo al tratamiento quirúrgico.

Los reportes sobre el dolor posoperatorio intenso en el caso de hemorroidectomías están en el rango del 40 al 70 %.³ En nuestra casuística se destaca que solo 6 pacientes (14 %) refirieron dolor y 19 pacientes (43 %), solo molestia tolerable. La técnica, reseca la mucosa rectal por encima del área sensitiva anal, disminuyó notablemente las molestias en el posoperatorio inmediato. El malestar o el dolor en el período posoperatorio dependen de la magnitud del tejido reseca, la profundidad de la sutura en la pared rectal y la cercanía de ésta a la línea dentada.

No se presentaron con esta técnica las complicaciones desagradables reportadas por los mejores autores en casi todas las hemorroidectomías clásicas, como hemorragias posoperatorias que necesiten reintervención, estenosis anal, fisura anal, fistulas, incontinencias y tenesmo.^{2,3,9,11-13}

Nuestra técnica al realizar solo dos líneas de suturas en la base de los paquetes hemorroidales, dejando libres la pared anterior y posterior del conducto anal, puede haber evitado el tenesmo reportado por otros autores que utilizan técnicas de sutura circular.¹⁰⁻¹³

En los 3 pacientes en los que ocurrió un pequeño prolapso residual en la comisura anterior, éste se puede explicar por un fallo técnico al colocar la pinza. No todos los pacientes presentan los paquetes hemorroidales en la misma posición de hora 3 u hora 5, y al colocar la pinza, la base de la masa hemorroidal debe estar bien incluida, pues puede recidivar un prolapso en esta posición.

Otra variante sería realizar una tercera línea de sutura en caso de estar muy distante el paquete de hora 2-3 del de 5-6, con el inconveniente de que podría presentarse tenesmo en el posoperatorio.

En los pacientes que tenían plicomas, éstos fueron eliminados dejando una herida cerrada, sin que ello aumentara la morbilidad.

El hecho de no dejar zonas cruentas perianales evitó el período prolongado de cicatrización y las visitas frecuentes a consultas después de la intervención, lo cual facilitó la incorporación temprana al trabajo. La disposición para comenzar a trabajar fue notable. Una disposición de un 75 % antes de los 20 días después de la intervención es una buena opción en nuestro medio. Hubo pacientes que se incorporaron a su trabajo a la semana de operados.

La eficacia de la intervención, de excelente y buena según un 93, 4 % de los pacientes y el cirujano, es un resultado que se debe tener en cuenta para futuros trabajos.

En síntesis, la morbilidad posoperatoria fue mucho mejor al ser comparada con los resultados de otras técnicas de hemorroidectomía. Este primer ensayo sobre la técnica propuesta puede proporcionar una buena alternativa quirúrgica en pacientes con hemorroides de grado III y grado IV. Se deben realizar estudios de eficacia que validen los beneficios de esta técnica comparada con las distintas técnicas de hemorroidectomía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lockhart-Mummery P. Diseases of the Rectum and Anus. London: Bailliere, Tindall and Cox; 1914. p. 193.
2. Bacon EH. Anus-Rectum-Sigmoid Colon: Diagnosis and Treatment. London: J.B. Lippincott Company; 1938. P. 450.
3. Lentini J. Temas de Coloproctología: Hemorroidectomía mediante asa de alta frecuencia. Barcelona, España: Editorial Fontalba; 1982. Pp. 207.
4. Thomson WHF. The nature of haemorrhoids. Br. J. Surg. 1975;62:542.
5. Neiger A. Atlas of Practical Proctology. Toronto: Hogrefe & Huber Publishers; 1990.
6. Longo A. Treatment of haemorrhoid disease by reduction of mucosa and haemorrhoid prolapse with a circular- suturing device a new procedure. Proceedings of the 6 World Congress of Endoscopic Surgery. Rome, Italy. June 3-6, 1988. Pp. 777-84.

7. Longo A. Stapled anopecty and stapled hemorrhoidectomy two opposite concepts and procedure. *Dis Colon Rectum*. 2002;45:571-2; Author rep 572.
8. Villasana RL. Nueva opción para el tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidal. *CENDA Cuba*. 2007;1606.
9. Goldberg SM. *Essentials of Anorectal Surgery*. Toronto: J. B. Lippincott Company; 1980.
10. Senagore AJ, Singer M, Abcarian H, Freshman J, Corman M, Werner Nivatvong S. A Prospective, randomized, controlled, multicenter trial comparing stapled hemorrhoidopexy and Ferguson hemorrhoidectomy: Per operative and one year Result. *Dis Colon Rectum* 2004;47:1824-36.
11. Boccasanta P, Ventun M, Stuto A, Naldini G, Cavigila A, Carriero A. Opinions and facts on reintervention after complicated or failed stapled hemorrhoidectomy. *Dis colon Rectum* 2006;49:690-1.
12. Pigot F, Dao-Quang M, Castenet A, Juguet F, Bouchard D, Bockle J, Allaert F. Low hemorrhoidopexy stapled line does not improve results and increases risk for incontinence. *Techniques in Coloproctology*. 2006;10(4).
13. Pescatori M, Gagliardi G. Postoperative complications after procedure for prolapsed hemorrhoids (PPH) and stapled trasnsanal rectal resection (STARR) procedures. *Techniques in Coloproctology*. 2008;12(1).

Recibido: 2 de julio de 2009.

Aprobado: 26 de septiembre de 2009.

Luis Ernesto Villasana Roldós. Facultad «Calixto García». La Habana, Cuba.
Correo electrónico: lvroldos@infomed.sld.cu