

Perforación rectal posterior a hemorroidectomía con engrapadora

Quintín Héctor González-Contreras,* Alejandra Jiménez-González,* Roger Vega-Batista,* Gilberto González-Longoria,* Luis Enrique Salinas-Aragón*

Resumen

Introducción: el prolusión de hemorroides supera muchos inconvenientes de la hemorroidectomía convencional; sin embargo, se han reportado complicaciones postoperatorias graves.

Caso clínico: se comunica el caso de un paciente masculino de 31 años de edad a quien se practicó hemorroidectomía con una engrapadora PPH01 33 mm. En el postoperatorio inmediato tuvo una fistula recto glútea, razón por la que se le hizo cierre primario del defecto; sin embargo, siguió saliéndole materia fecal por la herida quirúrgica del glúteo derecho; por eso fue referido a nuestro hospital, en octubre de 2009. Al ingreso a nuestro servicio se le identificó un absceso en el glúteo derecho y un orificio en la pared lateral derecha del recto, de 10 mm de diámetro a 4 cm del margen anal, confirmado por resonancia magnética. Se procedió al cierre primario de la fistula. Enseguida presentó induración, edema y eritema en el glúteo derecho, con persistencia de la fistula; por ese motivo se le practicó un avance de colgajo de espesor total de recto, con éxito en el cierre de la fistula.

Conclusiones: las complicaciones con prolusión de hemorroides pueden afectar la función y la calidad de vida del paciente y hacer necesario mayor número de cirugías con aumento de la morbilidad y mortalidad; por eso se recomienda que la realicen cirujanos con adiestramiento particular en este procedimiento.

Palabras clave: hemorroidectomía-hemorroidopexia con engrapadora, complicaciones

Abstract

Background: The procedure for prolapsing hemorrhoids (PPH) has the potential to overcome many of the disadvantages of excisional hemorroidectomy; nevertheless, rare serious postoperative complications have been reported.

Clinical case: We present a case of a 31-year-old male who was admitted and treated at another hospital with a stapled mucosectomy, which was carried out using a PPH01 33-mm stapling device. During the immediate postoperative period a fistula presented from the rectum to the right gluteus and a primary closure was attempted. However, the patient continued with the same symptoms and was referred to our hospital in October 2009. On examination at our Department of Colorectal Surgery, a right gluteus abscess was found and a primary orifice in the rectum with a diameter of 10 mm at 4 cm from the anal verge, confirmed with magnetic resonance imaging. A primary closure was attempted; however, during follow-up the patient presented edema, erythema and induration of the right gluteus and a failed closure of the fistula. Afterwards an endorectal advancement flap was successful in the closure of the fistula.

Conclusions: Complications with PPH may compromise function or may be life threatening for the patient, requiring further surgeries with increased morbidity and mortality. Therefore, it is recommended to be performed by surgeons with special training in this procedure.

Key words: Stapled hemorroidectomy, Stapled hemorroidopexy, Complications

* Servicio de Colon y Recto
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F.

Correspondencia:

Dr. Quintín Héctor González Contreras
Servicio de Cirugía de Colon y Recto, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Vasco de Quiroga 15, colonia Sección XVI, México 14000 D.F.
Tel.: (55) 54870900
Correo electrónico: quinhec@hotmail.com, ajgyo@hotmail.com

Recibido para publicación: 19-01-2011

Aceptado para publicación: 9-08-2011

Introducción

La mucosectomía con engrapadora se describió inicialmente para tratamiento del prolusión mucoso interno y obstrucción de salida; posteriormente. Longo presentó, en el decenio de 1990, el procedimiento para el tratamiento de hemorroides internas grado III y IV. Este método, conocido como PPH (procedure for prolapse and hemorrhoids) se basa en la resección de un manguito de mucosa y submucosa rectal dos cm por encima de la línea dentada o 4-6 cm del margen anal, seguido de una sutura mediante una grapadora circular, que tiene como objetivo seccionar las ramas terminales de la arteria hemoroidal superior y restablecer la posición normal de las hemorroides, para corregir el prolusión de las hemorroides sin efectuar una hemoroidectomía formal.¹ Un estudio describió la experiencia con 3,711 pacientes tratados con este método y concluyó que la técnica con prolusión de hemorroides era segura y efectiva porque supera muchos de los inconvenientes de la hemoroidectomía convencional, como: menor dolor postoperatorio y pronta integración a la vida laboral.² Sin embargo, con este procedimiento se han reportado complicaciones postoperatorias graves que, aunque raras, si no se identifican a tiempo pueden afectar la vida y la función del individuo. Entre estas complicaciones se incluyen: perforación del recto, sepsis retroperitoneal, retroneumoperitoneo, estenosis rectal, dehiscencia de la anastomosis y fistula recto-vaginal.³⁻⁶

Se comunica el caso de un paciente referido al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán con una perforación rectal y fistula recto-glútea como complicación de una hemoroidectomía con prolusión de hemorroides, que se convirtió en fistula compleja por la recidiva, que requirió tratamiento especializado en un centro de tercer nivel. Se recalca la importancia de la detección temprana que si no se trata adecuadamente puede ocasionar sepsis pélvica, que puede poner en riesgo la vida.

Caso clínico

Paciente masculino de 31 años de edad, previamente sano, con enfermedad hemoroidal grado III, dolorosa, con sangrado anal durante la defecación. En septiembre de 2009, en otro hospital, un cirujano general le practicó hemoroidectomía con una engrapadora PPH01 33 mm. Se desconocen los datos de la integridad de las donas y de los reportes histológicos. Durante el postoperatorio inmediato tuvo fiebre y proctalgia, que se trataron en forma conservadora con antibióticos. A los cinco días se agregó induración dolorosa en el glúteo derecho de 2 × 2 cm, acompañada de edema y

eritema. Según se refiere en la nota de envío se realizó una anoscopia de la que se observaba la línea de sutura intacta a 4 cm del margen anal; por eso se le drenó el absceso del glúteo derecho. Al día siguiente tuvo salida de gas y materia fecal por la herida quirúrgica, por eso se le hizo una exploración anal bajo anestesia; se identificó un defecto de 10 mm de diámetro a 4 cm del margen anal. Se le realizó un cierre primario y como no fue exitoso y porque los síntomas persistieron fue enviado a nuestro hospital en octubre 2009.

Durante el examen físico al ingreso se le encontró un absceso en el glúteo derecho y en la exploración proctológica un defecto de la mucosa de la pared lateral derecha del recto, de 10 mm de diámetro a 4 cm del margen anal (Figura 1). Los análisis de sangre reportaron: glóbulos blancos (WBC) 7 kg/µL, hemoglobina 11.3 g/dL, plaquetas 334 kg/µL, VSG 52 mm/h, TP 10.2 segundos, INR 1.1, TTP 27.1 segundos, el resto normal. La resonancia magnética demostró una fistula a través de la pared lateral derecha

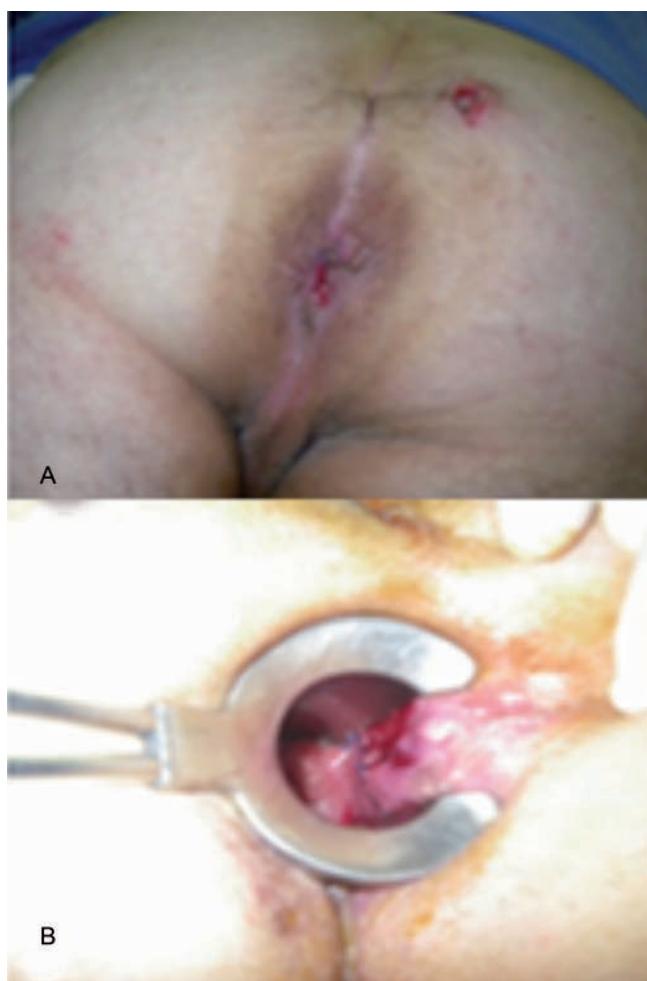


Figura 1. a) Absceso en el glúteo derecho. b) Orificio en la pared lateral del glúteo derecho.

del recto hacia el glúteo, con gas en el espacio interesfintérico e isquioanal y miositis del glúteo derecho (Figura 2).

Se le hizo un lavado quirúrgico y marsupialización de la herida del glúteo, con cierre primario del orificio rectal e ileostomía laparoscópica de protección, para esperar que el proceso inflamatorio y la sepsis disminuyeran y la calidad de los tejidos mejorara para, posteriormente, en caso de que la fistula no cerrara, pudiera realizarse algún otro procedimiento. La fistula persistió durante un mes, sin datos de infección y tejido en mejores condiciones; por eso se le realizó un colgajo de espesor total del recto (Figura 3). El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y el paciente fue dado de alta. A los cuatro meses de seguimiento se le realizó un colon por enema, sin evidencia de fistula; por eso se le cerró la ileostomía. Hasta el momento el paciente permanece asintomático.

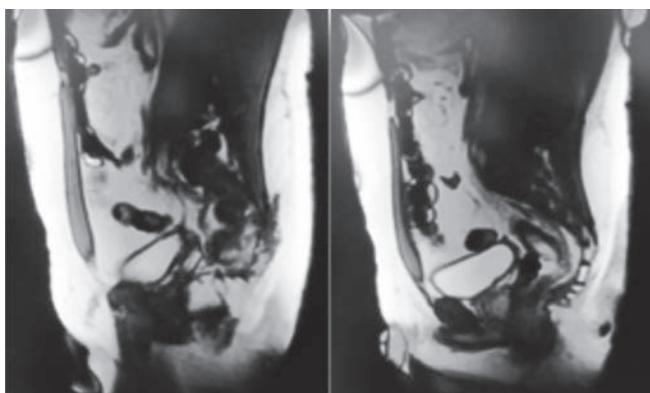


Figura 2. Resonancia magnética. Fístula del recto al glúteo.

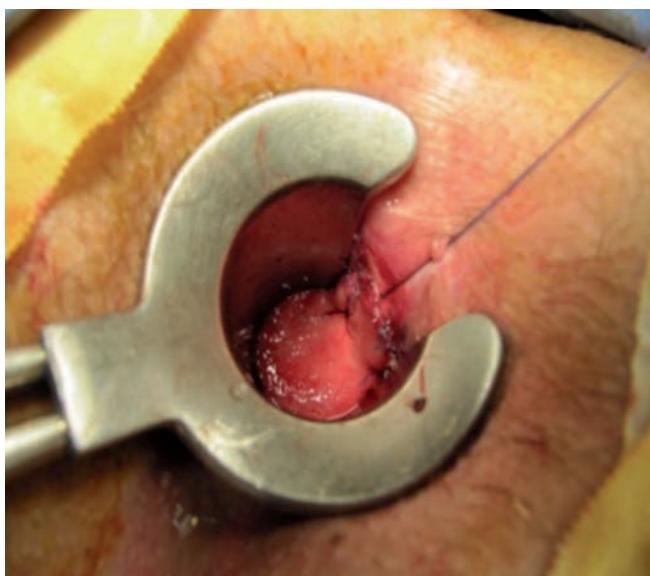


Figura 3. Avance de colgajo de espesor total de recto.

Discusión

En general, las complicaciones que amenazan la vida posterior al prolapsode hemorroides son excepcionales. Algunos autores han reportado abscesos, fistulas,⁷ sepsis retroperitoneal,^{4,8} gangrena de Fournier,⁹ perforación rectal,⁵ retroneumoperitoneo y neumomediastino.⁶ La frecuencia de estas complicaciones reportadas en dos grandes series van de 0.08 a 0.09%.^{2,10} El riesgo de complicaciones graves después de un prolapsode hemorroides quizás sea mayor que después de la hemorroidectomía convencional tipo Ferguson. Esto puede atribuirse al hecho de que el prolapsode hemorroides implica una resección y sutura "ciega" del recto distal cerca de la vagina, la próstata, y el saco de Douglas.¹¹ En una revisión de 1,107 pacientes tratados con prolapsode hemorroides reportaron una tasa de complicaciones de 15% (164/1107) y complicaciones que ponen en peligro la vida de 1:1200.¹⁰ McCloud comparó las complicaciones posteriores al uso de prolapsode hemorroides *versus* la hemorroidectomía convencional tipo Ferguson y encontró siete casos de sepsis pélvica que ponían en peligro la vida en cuatro años de utilizar prolapsode hemorroides, comparado con seis casos de sepsis pélvica después de la hemorroidectomía tipo Ferguson, en 20 años.¹²

La sepsis perianal o pélvica debe sospecharse cuando en el postoperatorio sobrevienen: fiebre, escalofríos, taquicardia, retención urinaria, tenesmo rectal, dolor anal intenso sin respuesta a los analgésicos. En la exploración anal puede encontrarse o no fluctuación, eritema y edema. En la anoscopya puede observarse la línea de grapas y detectar si hay falta de continuidad de la anastomosis.

Para el tratamiento de las complicaciones se reportan varias opciones: cierre primario, drenaje de espacios perianales y procedimiento de Hartmann. En el sitio de internet de la FDA CDRH se informaron 40 casos de perforación rectal durante un lapso de ocho años, 38 casos posteriores a hemorroidectomía con prolapsode hemorroides y dos posteriores a la reparación de rectocele con prolapsode hemorroides. Se reportó falla de la engrapadora en 28 pacientes, un paciente por error técnico por sutura profunda y de 11 pacientes no se informó la causa. Los tratamientos realizados fueron: reparación transanal con cierre primario que se efectuó en 18 pacientes, 20 pacientes requirieron operación abdominal y 14 pacientes necesitaron un estoma para derivación.¹³

Casi todas las complicaciones se originan por la incorrecta realización de la jareta que controla el volumen de tejido que quedará en el centro de la engrapadora y que debe colocarse a 4-6 cm del margen anal, proximal a la línea dentada, donde los tejidos tienen un espesor mayor a 1 mm y menor de 2.5 mm.

Si el procedimiento se realiza muy cerca de la línea dentada puede aumentar el dolor postoperatorio y el riesgo de estenosis anal. Al no tomar apropiadamente todo el tejido de la mucosa rectal puede ocurrir una escisión incompleta del exceso de tejido y sangrado importante. Si se colocan los puntos de la jareta demasiado profundo, se corre el riesgo de incluir en la línea de grapas grasa perirectal u otros tejidos, como la vagina, resultando en una fistula recto vaginal. Al realizar la sutura de la jareta con puntos de espesor total del recto se introducen organismos productores de gas en el espacio perianal durante la anastomosis, consecuentemente necrosis subcutánea y sepsis pélvica.^{14,15}

Las complicaciones son poco frecuentes luego de un procedimiento de prolapso de hemorroides, pero pueden aumentar la morbilidad y la mortalidad, por lo que este procedimiento deben realizarlo cirujanos con experiencia en esta técnica.¹⁶ En un estudio efectuado por Jongen et al., se evaluó la repercusión de la curva de aprendizaje asociada con la técnica de prolapso de hemorroides mediante la comparación de los resultados de estudios efectuados con pacientes en quienes se practicó este procedimiento durante 1998-1999 contra los realizados durante el periodo 2000-2003, se reportó una incidencia significativamente menor de dehiscencia, retención fecal y reintervenciones en el último periodo; se concluye que se requiere capacitación específica para poder realizar este procedimiento.¹⁷

Conclusión

Las complicaciones posteriores a la realización del prolapso de hemorroides pueden ser catastróficas; desde pérdida funcional hasta afectar la calidad de vida del paciente. Por eso se requieren tratamientos complejos, con aumento de la morbilidad y la mortalidad, efectuados por cirujanos con experiencia en procedimientos anorrectales y absoluta comprensión de la anatomía de esta zona, y destreza en el uso de dispositivos de engrapado circulares. El cirujano debe asistir a un curso formal que incluya: conferencias, videos, aplicación del instrumento en modelos, y la observación de la operación realizada por un cirujano experto en el área y, por último, la ejecución del procedimiento supervisado por un cirujano experto.¹⁶ El National Institute for Health and Clinical Excellence recomienda, para considerarse apto en este procedimiento, la realización supervisada de 10 a 12 procedimientos.¹⁸

Referencias

1. Longo A. Treatment of hemorrhoids disease by reduction of mucosal and hemorrhoidal prolapse with a circular-suturing device: a new procedure. Proceedings of the 6th World Congress of Endoscopic Surgery. Rome: Mondozi, 1998;777-784.
2. Ng K-H, Ho K-S, Ooi B-S, Tang C-L, Eu K-W. Experience of 3711 stapled haemorrhoidectomy operations. Br J Surg 2006;93:226-230.
3. Pescatori M. PPH stapled hemorrhoidectomy -a cautionary note. Dis Colon Rectum 2003;46:131.
4. Maw A, Eu KW, Seow-Choen F. Retroperitoneal sepsis complicating stapled hemorrhoidectomy: report of a case and review of the literature. Dis Colon Rectum 2002;45:826-828.
5. Wong LY, Jiang JK, Chang SC, Lin JK. Rectal perforation: a life threatening complication of stapled hemorrhoidectomy. Report of a case. Dis Colon Rectum 2003;46:116-117.
6. Ripetti V, Caricato M, Arullani A. Rectal perforation, retropneumoperitoneum, and pneumomediastinum after stapling procedure for prolapsed hemorrhoids. Report of a case and subsequent consideration. Dis Colon Rectum 2002;45:268-270.
7. Brusciano L, Ayabaca SM, Pescatori M, Accarpi GM, Dodi G, Cavallari F, et al. Reinterventions after complicated or failed stapled hemorrhoidopexy. Dis Colon Rectum 2004;47:1846-1851.
8. Maw A, Concepcion R, Eu KW, Seow-Choen F, Heah SM, Tang CL, et al. Prospective randomized study of bacteraemia in diathermy and stapled haemorrhoidectomy. Br J Surg 2003;90:222-226.
9. Bönnér C, Prohm P, Störkel S. Fournier gangrene as a rare complication after stapled hemorrhoidectomy. Case report and review of the literature. Chirurg 2001;72:1464-1466.
10. Ravo B, Amato A, Bianco V, Boccasanta P, Bottini C, Carrieri A, et al. Complications after stapled hemorrhoidectomy: can they be prevented? Tech Coloproctol 2002;6:83-88.
11. Pescatori M, Aigner F. Stapled transanal rectal mucosectomy ten years after. Tech Coloproctol 2007;11:1-6.
12. McCloud JM, Jameson JS, Scott AND. Life-threatening sepsis following treatment for haemorrhoids: a systematic review. Colorectal Dis 2006;8:748-755.
13. Sistemas de recuperación en internet. MAUDE Adverse Event Report PPH Site in All of FDA. United States: 2010. [consultado 2010 Octubre]. Disponible en: http://google2.fda.gov/search?as_sitesearch=www.accessdata.fda.gov%2Fscripts%2Fedrhr%2Fcddocs%2Fcfmaude%2Fdetail.cfm&q=PPH&client=FDAGov&lr=&proxystylesheet=FDAGov&output=xml_no_dtd&getfields=*&sort=date%3AD%3AL%3Adl&entqr=3&oe=UTF-8&ie=UTF-8&ud=1&site=FDAGov&ip=187.144.222.45&access=p&start=120
14. Hoffman GH. Stapled hemorrhoidopexy: a new device and method of performance without using a pursestring suture. Dis Colon Rectum 2006;49:135-140.
15. Lehur PA, Gravié JF, Meurette G. Circular stapled anopexy for haemorrhoidal disease: results. Colorectal Dis 2001;3:374-379.
16. Cormann ML, Gravié JF, Hager T, Loudon MA, Mascagni D, Nyström PO, et al. Stapled haemorrhoidopexy: a consensus position paper by an international working party -indications, contra-indications and technique. Colorectal Dis 2003;5:304-310.
17. Jongen J, Bock JU, Peleikis HG, Eberstein A, Pfister K. Complications and reoperations in stapled anopexy: learning by doing. Int J Colorectal Dis 2006;21:166-171.
18. National Institute for Clinical Excellence. Interventional procedures consultation document—circular stapled haemorrhoidectomy. England: 2004. (consultado 2010 Octubre). Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=article&o=30890>