

Enfermedad hemorroidal: Avances y controversias.

Artículo de revisión

Dr. José Manuel Correa Rovelo,* Dr. Jesús Alberto Bahena-Aponte**

Resumen

Las hemorroides son una de las condiciones más comunes que afectan a los seres humanos. Los pacientes con enfermedad hemorroidal pueden experimentar alguno de los siguientes síntomas: sangrado, masa dolorosa, inflamación anal, secreción, sensación de suciedad y prurito. La queja más frecuente es el sangrado sin dolor, que suele aparecer precozmente en el curso de la enfermedad. La medicina preventiva juega un papel importante al abordar esta patología. Las medidas no quirúrgicas pueden ser ofrecidas a pacientes con síntomas leves. Cuando las modificaciones dietéticas y los tratamientos no quirúrgicos no mejoran los síntomas, el tratamiento quirúrgico debe ser considerado. El tratamiento quirúrgico debe ser individualizado para cada paciente de acuerdo con el grado de síntomas, enfermedades coexistentes y el grado de componente externo de la enfermedad hemorroidal.

Palabras clave: Hemorroides, hemorroidopexia, hemorroidectomía quirúrgica.

Abstract

Hemorrhoids are one of the most common conditions to affect humans, having been mentioned many centuries ago. Patients with hemorrhoidal disease may experience any of the following symptoms: bleeding, a painful mass, anal swelling, discomfort, discharge, hygiene problems, soiling, and pruritus. The most frequent complaint is painless bleeding, which usually appears early in the course of the disease. Preventive medicine plays an important role when addressing this issue. Nonoperative measures can be offered to patients with mild symptoms or minimally symptomatic hemorrhoids. When dietary modifications and nonsurgical treatments fail to improve symptoms, surgical therapy should be considered. Surgical treatment should be individually tailored to each patient according to the degree of symptoms, coexisting anorectal diseases, and the degree of external anorectal component of the disease.

Key words: Stapled hemorrhoidopexy, hemorrhoids, surgical hemorrhoidectomy.

Introducción

La palabra hemorroide (haima=sangre, rhoos=fluir), deriva del adjetivo griego haimorrhoides. La enfermedad hemorroidal (EH) es un problema de salud mundial. La prevalencia de esta enfermedad se calcula entre 4 y 34%. En el Reino Unido se estima que a partir de los 50 años de edad, casi 50% de las personas ha presentado una crisis hemorroidal.^{1,2}

A través de los años se han planeado un sinnúmero de tratamientos para la EH.

Como parte del tratamiento no quirúrgico de la enfermedad hemorroidal se incluye: El manejo de la dieta y los suplementos de fibra y algunos medicamentos de aplicación tópica.

Debido a que los medicamentos (combinación de anestésico local y esteroide) tienen pocos efectos colaterales (reacción alérgica local), pueden utilizarse con relativa seguridad, sin embargo su uso crónico puede llevar a una dermatitis crónica.

Las técnicas de destrucción tisular local, se realizan en el consultorio y constituyen una alternativa para el tratamiento de esta patología. Las más utilizadas actualmente y que cuentan con evidencia suficiente para recomendar su aplicación son:

- a) Escleroterapia
- b) Fotocoagulación con rayos infrarrojos
- c) Ligadura con bandas elásticas.

* Director General de Cirugía, Hospital y Fundación Clínica Médica Sur, México, D.F.

** Cirujano General, Hospital y Fundación Clínica Médica Sur, México, D.F.

Correspondencia: Dr. José Manuel Correa Rovelo

Dirección de Cirugía del Hospital Médica Sur

Puente de piedra Núm. 150. Cuarto piso, Colonia Toriello Guerra, Delegación Tlalpan. 14050, México, D.F.

E-mail: jcorrea@medicasur.org.mx jesusbahena10@hotmail.com

El objetivo de todos estos procedimientos, es provocar retracción y fijación a los paquetes hemorroidales en su sitio anatómico dentro del conducto anal.

Pero sin duda la hemorroidectomía, abierta o cerrada, ha demostrado ser el tratamiento más efectivo para tratar la EH grados 3 y 4. Sin embargo, está asociada a una alta incidencia de complicaciones, un nivel significativo de dolor postoperatorio y una prolongada recuperación.^{1,2}

En años recientes la mucosectomía rectal con engrapadora o anorexia, propuesta por Longo (PPH)³ y la desarterialización hemorroidal transanal guiada por ultrasonido Doppler (THD) han ganado adeptos debido a ser métodos quirúrgicos menos traumáticos e invasivos, consistiendo el primero de ellos en reposicionar los paquetes hemorroidales prolapsados en su sitio anatómico, por medio de la resección circunferencial de la mucosa redundante ubicada por encima de dichos paquetes. Además de que interrumpe el flujo sanguíneo proveniente de las diversas ramas submucosas de las arterias hemorroidales. Conservando los paquetes hemorroidales a fin de no alterar la continencia fina.³ La evidencia reportada sugiere que el procedimiento presenta buenos resultados postoperatorios, pero en la mayoría de las series el seguimiento es relativamente corto.³ Mientras que el segundo de ellos se enfoca en reducir el hiperflujo arterial a las hemorroides. Y debido a que la cirugía se lleva a cabo en una zona sin terminaciones nerviosas, se elimina el dolor considerado como el principal problema postoperatorio.

Actualmente muchos han sido los avances con respecto a la enfermedad hemorroidal. En los congresos del último año se han presentado trabajos originales mostrando hacia dónde van estos avances. Durante el Annual Scientific Meeting de la ASCRS en Minneapolis, en mayo 2010, fueron de interés los siguientes trabajos originales:

1. Giamundo P et al. de Cagliari Italia, compararon de forma prospectiva (media de 6 meses) la técnica de HELP (hemorrhoids laser procedure) vs Rubber Band Ligation (RBL); observando una resolución de los síntomas en el 90% de los casos del grupo tratado con la técnica HELP y 53% de los tratados con RBL. Con una reducción significativa de los paquetes hemorroidales y con mejor calidad de vida en el grupo HELP a pesar de sus mayores costos. Aunque aún hacen falta estudios con un mayor seguimiento para determinar la real utilidad de esta técnica en la resolución de esta patología.⁴
2. A su vez de Yokohama Japón. Takano M et al. mostraron su experiencia de 5 años en el tratamiento de la enfermedad hemorroidal interna con un nuevo agente esclerosante: ALTA (aluminum potassium sulfate/tannic acid). Con una resolución en el 98.1% de los casos, una recurrencia a dos años del 18.3%. Y un 10.9% de complicaciones como: dolor perianal, ulceraciones rectales, induración, disuria y estenosis anal. Concluyendo que la esclerosis con ALTA es útil y efectiva en el tratamiento del prolapso hemorroidal interno. Con una importante difusión en este país

siendo utilizado ya en más de 120,000 casos. Sin olvidar que es una técnica que requiere de considerable experiencia.⁵

3. Con respecto al papel del manejo conservador como tratamiento de la enfermedad hemorroidal. Helmes C. et al de Dusseldorf Germany. Analizaron el papel de una dieta alta en fibra, incremento en la ingesta de líquidos (2.5 L/día), consejos para evitar un esfuerzo excesivo y el lavado del periné en lugar de usar papel higiénico después de defecar. Observando que después de 6 meses de seguimiento sólo 11 de 232 pacientes (5%) requirieron tratamiento quirúrgico. Concluyendo que los síntomas atribuibles a la enfermedad hemorroidal mejoran en la gran mayoría de los casos al realizar un adecuado manejo conservador, asociado a la educación del paciente y a modestos cambios alimenticios.⁶
4. Albert M et al. de Orlando Florida, presentaron el primer estudio prospectivo realizado en los Estados Unidos de Norteamérica en el cual se compara la desarterialización hemorroidal transanal guiada por ultrasonido Doppler (THD) con reparación rectoanal (RAR). Incluyendo 175 pacientes, con una media de seguimiento de 17.2 meses sólo se observó recurrencia de los síntomas en el 8% con 0% de mortalidad. Y el 86% de los pacientes refirió estar satisfecho con el procedimiento. Por lo que concluyen que esta técnica es altamente efectiva en el tratamiento de los síntomas de la enfermedad hemorroidal grado I-IV. Con mínimas complicaciones, poco dolor y una alta satisfacción de los pacientes. Sin embargo, creemos que aún hacen falta estudios de seguimiento a largo plazo para valorar más a fondo esta técnica de la cual aún se sabe poco de posibles complicaciones a largo plazo.⁷
5. Por su parte Ratto C. et al, de Roma Italia, analizaron el papel de la THD en enfermedad hemorroidal grado IV. Observando como principales complicaciones postoperatorias la trombosis hemorroidal en el 8.6% y retención urinaria en el 14.3%. Con resolución de los síntomas en el 94% de los pacientes con un seguimiento de 10 meses. Concluyendo que para la mayoría de los pacientes la THD es una opción viable en el tratamiento de la enfermedad hemorroidal grado IV, con complicaciones transitorias y de severidad limitada.⁸
6. De Singapore, Ong K et al, presentaron un estudio prospectivo en el cual comparan el dolor post PPH y post THD. Observando que el dolor postoperatorio es significativamente menor en los pacientes intervenidos con técnica THD. Además de presentar una mejor tolerancia y una mayor satisfacción con este procedimiento. Con media de dolor de 0 a los 7 días postoperatorios vs 3 cuando se utiliza PPH.⁹
7. Por su parte Altomare D. et al, de Bari Italia, realizaron un estudio multicéntrico prospectivo y randomizado en el cual comparan PPH vs THD en el tratamiento de la enfermedad hemorroidal grado III. Incluyendo 172 pacientes (88 THD/84 PPH) con una media de seguimiento de 15 meses (rango 12-18 meses). Ob-

servando complicaciones postoperatorias tempranas en el 12.8% del grupo THD y sólo en el 9.9% del grupo PPH. Con dolor espontáneo y al defecar significativamente menor en el grupo THD y una menor estancia hospitalaria 1.16 días en THD vs 1.37 días en PPH ($p = 0.03$). Sin diferencia estadística en complicaciones tardías como incontinencia. Concluyendo que ambas técnicas son efectivas en el tratamiento de la enfermedad hemorroidal grado III. Sin embargo, THD causa menos dolor postoperatorio y es menos cara que PPH. Aunque presenta un mayor índice de recurrencia. Por lo que la técnica PPH sigue siendo viable al valorar costo-beneficio. Aunque hacen falta estudios que puedan comparar en este sentido ambas técnicas.¹⁰

Durante la Semana de Enfermedades Digestivas en New Orleans llevada a cabo en el pasado mes de mayo, Yukihiko Tokunaga et al, evaluaron tratamientos mínimamente invasivos como la escleroterapia con ALTA y PPH vs la hemorroidectomía convencional. Incluyendo un total de 1,075 pacientes (hemorroidectomía convencional en 358; ALTA en 637 y PPH en 80 pacientes). Observaron un mejor control del dolor en el grupo tratado con ALTA. Y al comparar corrección del prolapso hemorroidal se observó un éxito del 100% en pacientes tratados con hemorroidectomía convencional, 96% con ALTA y 98.6% con PPH. Concluyendo que la hemorroidectomía convencional estaría indicada para todos los casos de prolapso hemorroidal. Sin embargo, requiere de hospitalización, estando asociada a mayor dolor postoperatorio. Mientras que ALTA es un procedimiento factible y seguro pudiéndose realizar de forma ambulatoria. Y PPH es una alternativa útil con un periodo más corto de hospitalización y menor dolor frente a la hemorroidectomía.¹¹ Sin embargo, aunque son tratamientos menos invasivos se deben realizar con especial atención para evitar complicaciones.

Conclusiones

La enfermedad hemorroidal es un problema de salud a nivel mundial. Los avances en el tratamiento mínimamente invasivo han demostrado ser métodos adecuados, logrando recuperaciones más rápidas, disminuyendo el

dolor postoperatorio y obteniendo bajos índices de recidiva. Sin embargo, aún hacen falta estudios prospectivos a largo plazo para esclarecer su lugar en el tratamiento de esta patología. Siendo aún la hemorroidectomía convencional, la piedra angular en la resolución de la enfermedad hemorroidal.

Referencias

1. Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ et al. Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology. *Br J Surg* 1994; 81: 946-54.
2. Hass PA, Schmattz S, Fox TA Jr. The prevalence of haemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1983; 26: 435-9.
3. Correa-Rovelo JM, Tellez O, Morán S, Bahena-Aponte JA y cols. Mucosectomía rectal con engrapadora para el tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidal: estudio prospectivo de 160 pacientes. *Rev Gastroenterol Mex* 2006; 71: 422-427.
4. Giamundo P, Salfi R. HELP (hemorrhoids laser procedure) vs Rubber band ligation: Prospective randomized trial comparing two mini-invasive treatments for 2nd-3rd degree hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 2010; 53(4): 551.
5. Takano M, Iwadare H, Takamura H. ALTA: A novel sclerosing agent for non invasive treatments of internal hemorrhoids and prolapse. *Dis Colon Rectum* 2010; 53(4): 551.
6. Helmes C, Pakravan F, Meshkat B, Abcarian H et al. Conservative management for hemorrhoidal disease. *Dis Colon Rectum* 2010; 53(4): 552.
7. Albert M, Atallah S, Larach S. Minimally invasive hemorrhoidectomy: results of Doppler-guided hemorrhoidal arterial ligation with rectoanal repair in 175 patients. *Dis Colon Rectum* 2010; 53(4): 552.
8. Ratto C, Giordano P, Donisi L, Parello, Litta F. Transanal hemorrhoidal dearterialization for IV-degree hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 2010; 53(4): 578.
9. Ong K, Kam M, Eu K. Pain scores after stapled hemorrhoidopexy vs transanal hemorrhoidal dearterialization: A prospective study of 70 consecutive patients. *Dis Colon Rectum* 2010; 53(4): 579.
10. Altomare D, Infantino A, Bottini C, Gentile M et al. Prospective randomized multicenter study comparing stapler hemorrhoidopexy (SH) with Doppler-guided transanal hemorrhoid dearterialization (THD) for III-degree hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 2010; 53(4): 580.
11. Tokunaga Y, Sasaki H, Saito T. Evaluation of less invasive treatments including sclerotherapy with ALTA and PPH for prolapsing internal hemorrhoids: Comparison with conventional hemorrhoidectomy. *Gastroenterology* 2010; 138(5): S-363.