

# Nuevas alternativas en el manejo de la enfermedad hemorroidal

Dr. Eduardo F. Moreno Paquentin\*

Uno de los obstáculos mayores para que los pacientes con enfermedad hemorroidal avanzada busquen tratamiento quirúrgico es el dolor postoperatorio. El uso de narcóticos es frecuente. Muchos de los pacientes no pueden incorporarse a sus actividades cotidianas, incluyendo el trabajo, antes de 2 a 4 semanas. La hemorroidectomía escisional puede ser llevada a cabo con diferentes técnicas e instrumentos o equipo quirúrgico; de cualquier forma, casi todas las diferentes alternativas son variantes de la hemorroidectomía cerrada (Ferguson), o la abierta (Milligan-Morgan). Existen 4 estudios aleatorios prospectivos comparando resultados de hemorroidectomía abierta contra cerrada. La mayoría de los estudios no muestra una diferencia significativa entre ambas técnicas con respecto a dolor postoperatorio, uso de analgésicos, estancia hospitalaria y complicaciones. La cicatrización postoperatoria muestra resultados poco consistentes. Debido a esto, la utilización de alguna de estas técnicas en particular depende de la preferencia del paciente y la experiencia del cirujano. La recurrencia posterior a hemorroidectomía escisional es poco común. En busca de lograr producir menor dolor postoperatorio, se han reportado en la literatura resultados de hemorroidectomías escisionales utilizando diferentes instrumentos incluyendo tijeras finas, diatermia, laser, diatermia bipolar (Ligasure TM, Valleylab, Boulder, CO), bisturí ultrasónico (Harmonic Scalpel TM) entre otros. Los resultados de estos estudios carecen de significancia estadística la mayor parte de las veces. Los trabajos incluyen números limitados de pacientes, no son comparativos, no hay aleatorización adecuada o el seguimiento es muy corto. Por otro lado, el costo adicional de este tipo de instrumental ante la ausencia de resultados favorables claramente probados han hecho que sea difícil recomendar alguna de estas técnicas dentro de un contexto científico.

Dentro de los métodos más modernos para tratar enfermedad hemorroidal avanzada se encuentran dos procedimientos que han tratado de ser posicionados por las casas comerciales: La hemorroidectomía engrapada (SH), y la ligadura guiada por doppler de la arteria hemorroidal (DG-HAL), o desarterialización transanal de la arteria hemorroidal (THD).

## Hemorroidopexia con grapas

*William C. Cirocco.* (Stapled hemorrhoidopexy: Simple and effective or complicated and expensive. Presentado en el Congreso de la Sociedad Americana de Cirujanos de colon y recto, en Vancouver, British Columbia).

Los primeros intentos de llevar a cabo este tipo de procedimiento iniciaron en 1976 con Peck et al, quienes presentaron en la conferencia Tripartita en Birmingham, Inglaterra, una variante del procedimiento de Whitehead utilizando un engrapador. Más tarde Lehur et al en Francia, inspirados por el procedimiento de Sugiura para várices esofágicas, utilizan un engrapador circular EEA 31. Allegra reportó en 1989 una variante de hemorroidectomía llevando a cabo una jareta a través del tejido hemorroidal interno. Reportó los resultados de 10 pacientes, encontrando edema en 4/10 pacientes, dolor leve en 2/10 pacientes, dolor intenso en un caso, y no se encontraron complicaciones mayores. Longo utilizó el concepto original y desarrolló un engrapador circular especial conocido como PPH que quiere decir, procedimiento para prolapso y hemorroides (Ethicon Endo-Surgery) que efectúa una resección circunferencial de mucosa y submucosa del canal anal por arriba de las hemorroides y cierra el defecto mediante grapas. Sus resultados fueron presentados en 1989 en el 6º Congreso Mundial de Cirugía Endoscópica en Roma, Italia.<sup>1</sup> El procedimiento es realmente más una hemorroidopexia que una hemorroidectomía, de tal manera que también es conocido como anopexia engrapada, prolapsectomía engrapada, y mucossectomía circunferencial engrapada, pero debería ser conocido como "mucossectomía rectal distal circunferencial con anastomosis engrapada". El tejido hemorroidal no es removido mediante este procedimiento y técnicamente lo que sucede, es que las hemorroides son llevadas a su sitio fisiológico original en el canal anal. La mejor indicación para este procedimiento son hemorroides grado II y grado III. La engrapadora especial corta y engrapa arriba de la línea dentada, por lo cual el dolor es mínimo. El reporte inicial de Pescatori que incluyó 186 pacientes, describió un procedimiento de 6 minutos de tiempo operatorio.<sup>2</sup> No se registró sepsis, estenosis e incontinencia. Desafortunadamente, estos resultados no han sido reproducidos posteriormente y ningún artículo en la literatura los confirma. El índice

\* Centro Médico ABC

de reintervención del procedimiento se encuentra alrededor del 11%,<sup>3</sup> pero hay reportes de hasta 45%. Las principales causas de reintervención son: dolor severo persistente, sangrado postoperatorio, fisura anal, y pliegues cutáneos. En 2000, Longo reportó acerca de 1,404 casos, con un seguimiento de 3 a 6 meses en donde no se registró dolor postoperatorio persistente.<sup>4</sup> Solo 4.9% de los pacientes refirieron urgencia evacuatoria. Se considera que para ese momento, se habrían efectuado 100,000 casos con esta técnica. De ellos, sólo 31 casos fueron realizados dentro de 2 protocolos aleatorios controlados. En el año 2000, se publicó la experiencia del Hospital St Mark's en Londres. Se considera que el procedimiento no controla eficientemente el componente externo de la enfermedad que comprende el 80% de los casos operados en esta institución. Se encontraron pacientes con "nuevos síntomas", no reportados preoperatoriamente por los pacientes y se describió un síndrome caracterizado por dolor, tenesmo y urgencia evacuatoria. Se consideró que el procedimiento es técnicamente demandante.<sup>5</sup> Los resultados funcionales de este procedimiento han demostrado aún en meta-análisis, tener ciertas desventajas en comparación con las técnicas tradicionales. En una revisión sistemática reciente se demostró que a pesar de producir en forma estadísticamente significativa menos dolor que la hemorroidectomía tradicional, la SH se asoció a recurrencia del prolapso con más frecuencia. Los pacientes con hemorroides Grado III tenían un 12% de recurrencia contra 0% del grupo control, y aquellos con Grado IV hasta 50%.<sup>6</sup> Se demostró también que la hemorroidectomía engrapada tiene el potencial para producir complicaciones únicas para el procedimiento entre otras: obstrucción rectal, perforación rectal, sepsis retroperitoneal y sepsis pélvica.<sup>7</sup> Existe la posibilidad de producir daño a los músculos del esfínter anal con la consecuente posibilidad de incontinencia anorrectal. Se ha reportado también la incidencia de fístula rectovaginal, complicación poco común en hemorroidectomía convencional. Una revisión sistemática en 2007 favorece a la operación convencional dada la recurrencia de prolapso y síntomas posterior a SH.<sup>8</sup> Se ha reportado que la curva de aprendizaje varía entre 5 a 30 operaciones de acuerdo a los resultados de 4 estudios prospectivos aleatorios. En conclusión: las indicaciones son: Hemorroides Grado III circunferenciales o que han fallado a ligadura con banda de caucho, pacientes que prefieren aceptar un alto índice de recurrencia por una menor intensidad de dolor postoperatorio. Contraindicaciones: Hemorroides Grado IV con gran componente externo, pacientes con incontinencia fecal, pacientes con expectativa de índice bajo de recurrencia sintomática, pacientes que practican sexo anal. Se recomienda no abusar del uso de la técnica, reportar responsablemente las complicaciones (ya que se consideran sistemáticamente minimizadas), y no ceder ante la presión de las casas comerciales para el uso de los engrapadores especiales.

### Ligadura de las arterias hemorroidales guiadas por Doppler

*Kirsten Bass Wilkins.* (Doppler-guided hemorrhoid artery ligation: Who, what, where and how. *Robert Wood Johnson University Hospital.* Presentado en el Congreso de la Sociedad Americana de cirujanos de colon y recto, en Vancouver, British Columbia).

El reporte inicial de este procedimiento se atribuye a Morinaga en 1995. Su experiencia inicial incluyó 116 pacientes utilizando un proctoscopio especial que tiene un transductor doppler para localizar las ramas de la arteria rectal superior. Con seguimiento a un mes, el sangrado se resolvió en 96% y el prolapso en 78% de los casos.<sup>9</sup> El mecanismo del procedimiento consiste en reducir el flujo arterial al cojinete hemorroidal localizando con precisión y ligando, las ramas terminales de la arteria rectal superior. Así mismo se restablece la fisiología del cojinete hemorroidal corrigiendo su anatomía. Una ventaja del procedimiento es que al no reseca los cojinetes hemorroidales, se previene la posibilidad de incontinencia, ya que éstos participan de un 15% a 20% de la presión del esfínter anal en reposo. Existen varias compañías que fabrican el dispositivo. Teóricamente se reduce el prolapso sin necesidad de escisión. Los mejores resultados se logran en etapas III y IV de la enfermedad. Se ha mencionado que probablemente mejore el drenaje venoso del cojinete. La fijación debe llevarse a cabo por lo menos 1 cm más arriba de la línea dentada para prevenir dolor. Al reposicionar el tejido prolapsado a la posición natural, se proporciona soporte al tejido hemorroidal dañado. Al igual que el caso de la hemorroidopexia engrapada, no existen en la literatura estudios aleatorios controlados comparando los resultados de DG-HAL con otras técnicas. El costo del procedimiento es más elevado que el de hemorroidectomía convencional. Existen reportes de recanalización de las arterias un mes posterior a la desarterialización, lo cual tendría un impacto sobre la recurrencia.<sup>10</sup> De cualquier manera, no existen reportes de complicaciones mayores como en el caso de la SH. Las complicaciones menores son infrecuentes y comprenden: sangrado, trombosis externa, dolor, retención urinaria y tenesmo. En un meta-análisis que incluye 17 estudios ninguno de ellos prospectivo y con diferentes tiempos de seguimiento, se comparó la DG-HAL contra la adición a este procedimiento de hemorroidopexia. Un total de 1,996 pacientes regresaron a su actividad normal en 2 a 3 días. El dolor postoperatorio se presentó sólo en 18.5% de los pacientes. No existieron complicaciones mayores. La recurrencia con seguimiento a 1 año fue de 10.8% para prolapso y 9.7% para sangrado.<sup>11</sup> El mismo autor llevó a cabo un estudio comparando DG-HAL vs SH en pacientes con hemorroides Grado II y III. Si bien prospectivo, el estudio no fue aleatorio controlado, y el número de pacientes fue muy limitado. Los pacientes sometidos a DG-HAL presentaron una tendencia a tener menor dolor postoperatorio y regresaron más tempranamente a su trabajo. Las complicaciones postoperatorias no alcanzaron significancia estadística. La recurrencia a 3 años fue de 14% para DG-HAL, y 13% para SH. Festen y colaboradores compararon prospectivamente el uso de

DG-HAL vs SH en pacientes con hemorroides Grado III y IV. Los pacientes fueron seguidos a uno, tres y seis meses. El resultado en cuanto a resolución de síntomas fue de 83% para SH comparado con 78% para DG-HAL. Los resultados en cuanto a dolor postoperatorio fueron superiores en el grupo de DG-HAL.<sup>12</sup> Otra de las ventajas invocadas con respecto a DG-HAL, es su limitado potencial para alterar la continencia fecal, como se demuestra en un estudio de Walega en el 2008. En conclusión, las indicaciones para DG-HAL son: hemorroides internas G II y III, síntomas recurrentes después de ligadura con banda de caucho, pacientes con riesgo de incontinencia fecal, pacientes que prefieren regresar tempranamente a sus actividades posterior a cirugía por enfermedad hemorroidal sin tomar en cuenta la posibilidad de recurrencia de la enfermedad. Se considera que la DG-HAL es segura con morbilidad mínima y menor, asociada con poco dolor postoperatorio y con resultados favorables a corto plazo de 85% a 95%. Si el procedimiento falla, se pueden repetir ligaduras con banda de caucho, esclerosis, hemorroidectomía convencional o incluso nueva aplicación de DG-HAL. Se necesitan estudios bien diseñados con muestra adecuada y seguimiento a largo plazo ya que no se ha probado la durabilidad del procedimiento.

## Referencias

1. Longo A. Treatment of hemorrhoidal disease by reduction for mucosa and hemorrhoidal prolapse with a circular stapling device: a new procedure. *Mundozzi Editore*. 1998: 777-84.
2. Pescatori M, et al. Prospective randomized multicentre trial comparing stapled with open haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 2002; 89: 122.
3. Brusciano L, et al. Reinterventions after complicated or failed stapled hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 1846-51.
4. Longo A. Pain after stapled hemorrhoidectomy. *Lancet* 2000; 356: 2189-90.
5. Cheetham MJ, et al. A randomized controlled trial of diathermy hemorrhoidectomy vs stapled hemorrhoidectomy in an intended day-care setting with Langer-term follow-up. *Dis Colon Rectum* 2003; 46: 491-7.
6. Nisar PJ, et al. Stapled hemorrhoidectomy compared with conventional hemorrhoidectomy: systematic review of randomized, controlled trials. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 1837-1845.
7. Maw A, et al. Retroperitoneal sepsis complicating stapled hemorrhoidectomy: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 2002; 45: 826-8.
8. Jarayaman S, et al. *Circular stapled anopexy versus excisional hemorrhoidectomy for hemorrhoidal disease*. (protocol) The Cochrane Database Systematic Reviews 2005; 3: CD005393. DOI: 10.1002/14651858.CD005393.
9. Morinaga K, et al. A novel therapy for internal hemorrhoids: ligation of the hemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Doppler flowmeter. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 610-13.
10. Kolbert GW, et al. Evaluation of Longo's technique for hemorrhoidectomy by doppler ultrasound measurement of superior rectal artery. *Zentralbl Chir* 2002; 127: 19-21.
11. Giordano P, et al. Transanal hemorrhoidal de-arterialization: A systematic review. *Dis Colon Rectum* 2009; 52: 1665-71.
12. Festen S, et al. Treatment of grade III and IV haemorrhoidal disease with PPH or THD. A randomized trial on postoperative complications and short-term results. *Int J Colorectal Dis* 2009; 24: 1401-5.