

ARTÍCULO ORIGINAL

Enfermedad hemorroidal en unidad médica de alta especialidad

Dr. Eduardo Villanueva Sáenz,* ** Dr. Juan Pablo Peña Ruiz Esparza,* Dr. Paulino Martínez Hernández Magro,* Dr. Javier Pérez Aguirre,* Dr. Fernando Álvarez Tostado Fernández,* Dr. Juan Manuel Carranza Rosales,* Dr. Luis Rocha Ramírez*

* Servicio de Cirugía de Colon y Recto. Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G" Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F.

** Cirujano de Colon y Recto. Hospital Ángeles del Pedregal.

Correspondencia: Dr. Eduardo Villanueva Sáenz. Hospital Ángeles del Pedregal, Camino a Santa Teresa No. 1055, consultorio 676, Col. Héroes de Padierna. C.P. 10700. México, D.F. Tel.: (55) 5652-7070, fax (55) 5135-0067. Correo electrónico: dredvilla@prodigy.net.mx.

Recibido para publicación: 14 de febrero de 2006.

Aceptado para publicación: 15 de septiembre de 2006.

RESUMEN Antecedentes: la enfermedad hemorroidal se describió desde los inicios de la humanidad. Afecta entre 4-10% de la población. El tratamiento se basa en el grado de prolapso hemorroidal y la severidad de los síntomas. **Objetivos:** mostrar la experiencia quirúrgica en el manejo de la enfermedad hemorroidal en el Servicio de Cirugía de Colon y Recto del Centro Médico Nacional Siglo XXI (IMSS, México, D.F.). **Material y métodos:** se revisaron los expedientes de pacientes manejados de marzo de 1996 a marzo del 2004. **Resultados:** se otorgaron 3,304 consultas de primera vez entre marzo de 1996 a marzo de 2004. En 443 pacientes se diagnosticó enfermedad hemorroidal representando 13.4% de la patología anorrectal. Se sometieron a cirugía 358 (80%) pacientes, 225 (62.8%) masculinos y 133 (37.2%) femeninos. Con edad promedio de 48 años (rango de 18-78). El síntoma principal de consulta fue la hemorragia transanal, encontrando patología anorrectal asociada en 20%. El grado de enfermedad hemorroidal se clasificó grado II en 46 (12.8%), III en 244 (68.3%) y IV en 68 (19%). En 84% se empleó la técnica de Ferguson. Simultáneamente a la hemorroidectomía se efectuaron otros procedimientos en 20% de los pacientes. El tiempo quirúrgico fue de 53 minutos (rango de 19-150). La retención aguda de orina se presentó en 28 (8%) pacientes, dehiscencia de suturas en siete (2%) y hemorragia en seis (1.7%). La estancia hospitalaria promedio fue de dos días con un seguimiento postoperatorio de 42 días. Con morbilidad de 4.7%. **Conclusiones:** la incidencia de enfermedad hemorroidal fue de 13.4%, 80% requirieron tratamiento quirúrgico, principalmente en la 5a. década de la vida con una relación masculino:femenino de 1.7:1. La retención aguda de orina fue la complicación más frecuente. Durante la hemorroidectomía fue posible resolver otras patologías

SUMMARY Background data: Haemorrhoids and the symptoms they produce have been recorded throughout history. This disease affects 4-10% of the population. The treatment is based on the degree of haemorrhoidal prolapse and the severity of symptoms. **Objectives:** The aim of this study is to show our experience in the treatment of haemorrhoidal disease in the colorectal surgery department from the Centro Médico Nacional Siglo XXI, (IMSS, México, D.F.). **Methods:** Clinical files were reviewed of patients treated by surgical procedures in a period from March 1996 to March 2004. **Results:** 3,304 medical consultations were given to first time patients; 443 patients were diagnosed with haemorrhoidal disease representing 13.4% of the anorectal pathology: 358 patients underwent an anorectal operation, 225 males (62.8%) and 133 females (37.2%), mean age of 48 years (range 18-78 years). The principal symptoms were bleeding and pain. We found another associated pathology in 20% of the cases. 46 patients were affected by second degree haemorrhoids (12.8%), 244 third degree (68.3%) and 68 patients by fourth degree (19%). The Ferguson technique was the most used (84%). At the same time as the haemorrhoidectomy we did other anorectal procedures in 20% of patients. The mean operation time was 53 minutes (range 19-150). Acute urinary retention occurred in 28 patients (8%) leak sutures in seven (2%), and bleeding in six (1.7%). The mean hospital stays were two days with follow up of 42 days. The total morbidity was 4.7%. **Conclusions:** The incidence of haemorrhoidal disease in this study was 13.4%. 80% of patients were treated by surgery. This pathology is more common in the fifth decade of life with male-female relation of 1.7:1. The acute urinary retention was the most common complication. During the performing of a haemorrhoidectomy it was possible to resolve other anorectal patholo-

anorrectales. La técnica empleada con mayor frecuencia es la de Ferguson con una morbilidad de 4.7%.

Palabras clave: enfermedad hemorroidal, hemorroidectomía, incidencia, tratamiento, complicaciones, PPH.

gies. The Ferguson technique was the most used with a total morbidity of 4.7%.

Key words: Haemorrhoidal disease, haemorrhoidectomy, incidence, treatment, complications, PPH.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad hemorroidal se describió desde los inicios de la humanidad. Afecta entre 4 a 10% de la población. Estadísticas de EU sugieren que aproximadamente 10 millones de personas padecen esta enfermedad.¹ La prevalencia exacta es difícil de estimar, ya que la mayoría de los pacientes que presentan cualquier síntoma anorrectal asumen que padecen de esta condición. Aproximadamente un tercio de los pacientes que tienen problemas anorrectales buscan ayuda profesional y son diagnosticados como portadores de esta enfermedad.²

Las hemorroides se clasifican de acuerdo con su localización en externas (distales a la línea dentada) internas (proximales a la línea dentada) y mixtas cuando tienen componente interno y externo. Existen tres paquetes hemorroidales primarios a saber: anterior derecho, posterior derecho y lateral izquierdo pudiendo coexistir paquetes hemorroidales accesorios entre ellos.

Una historia clínica y exploración física completa que incluye anoscopia y sigmoidoscopia ya sea rígida o flexible es indispensable para establecer el diagnóstico de enfermedad hemorroidal. Se debe tener siempre en mente la posibilidad de otra patología coexistente incluyendo prolapso rectal, pólipos, cáncer, papila anal hipertrófica, colgajos cutáneos, fisura, absceso y fístula anal así como infecciones perianales.

El principal síntoma de la enfermedad hemorroidal es la hemorragia transanal rojo rutilante, generalmente indolora, ya sea manchando el papel higiénico, en gota o chorro al momento de la defecación, cuando se asocia a dolor se debe descartar alguna patología agregada. En segundo lugar se presenta el prolapso de los trayectos hemorroidales internos clasificándose de acuerdo con su severidad en cuatro grados:

- I. Abultamiento de los paquetes hemorroidales internos a la maniobra de Valsalva, sin prolapso.
- II. Hay protrusión de los paquetes hemorroidales internos por debajo de la línea dentada con el esfuerzo reduciéndose de manera espontánea al finalizar éste.

III. Los trayectos hemorroidales internos se prolapsan a través del conducto anal al momento de la defecación o con algún esfuerzo y requieren de una reducción manual.

IV. Los trayectos hemorroidales internos se encuentran permanentemente prolapsados sin lograr reducirse con maniobras externas.²

Los pacientes con un prolapso grado III y IV pueden referir sensación de masa anal, así como ano húmedo.

El manejo se basa en el grado de prolapso de los cojinetes vasculares hemorroidales y de la severidad de los síntomas. La mayoría de las opciones terapéuticas pueden realizarse de manera ambulatoria,^{2,3} ya que un gran porcentaje responde a manejo médico conservador que incluye mejorar los hábitos alimenticios y de defecación, incrementando la cantidad de fibra y líquidos en la dieta, higiene local, o procedimientos como ligadura con bandas de silastic o escleroterapia de los paquetes hemorroidales.⁴

Existen múltiples alternativas de manejo quirúrgico y éste se debe de considerar en presencia de componente externo, gangrena, trombosis extensa o múltiple, papila hipertrófica, fisura asociada, o falla al manejo conservador o no quirúrgico (ligadura o escleroterapia).⁵⁻⁷

En forma general, los pacientes con trayectos hemorroidales I mejoran con medidas higiénico dietéticas, las grado II sintomáticas y III pueden ser manejadas con ligadura de bandas de silastic reservando el tratamiento quirúrgico cuando hay falla de la ligadura, trombosis externa de repetición y las grado IV. La técnica quirúrgica mayormente aceptada por los cirujanos de colon y recto es la hemorroidectomía cerrada de Ferguson en enfermedad hemorroidal mixta G III y IV y en enfermedad hemorroidal interna G III y IV sin o con escaso componente externo la mucosectomía con PPH 33.

OBJETIVOS

El propósito de este estudio es mostrar la incidencia de enfermedad hemorroidal en los pacientes manejados por nuestro servicio y la experiencia quirúrgica en el mane-

jo de esta patología, además de evaluar los padecimientos anorrectales asociados y sus complicaciones postoperatorias.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes manejados en el Servicio de Cirugía de Colon y Recto del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI en el periodo comprendido de marzo de 1996 a marzo de 2004.

Todos los resultados de las cirugías fueron acumulados en una hoja de recolección de datos diseñada al momento de transformar el Servicio de Proctología a un Servicio de Cirugía de Colon y Recto en el año de 1995, específicamente elaborada para pacientes sometidos a cirugía anorrectal.

Los pacientes con enfermedad hemorroidal que respondieron a tratamiento médico, así como los que fueron manejados con ligadura fueron excluidos de este estudio.

El manejo quirúrgico de esta enfermedad se definió como la resección de por lo menos un plexo hemorroidal primario en pacientes previamente hospitalizados o ambulatorios con cualquier tipo de anestesia.

En cuanto a las variables recolectadas se incluyeron edad, sexo, antecedentes personales patológicos, síntomas principales por los que acudieron a la consulta, patología anorrectal asociada, tipo de procedimiento realizado, ya sea electivo o urgente, grado de prolapso hemorroidal, tipo de anestesia utilizada, número de paquetes hemorroidales resecados, complicaciones postoperatorias y su manejo.

RESULTADOS

Los pacientes valorados en esta unidad fueron referidos de hospitales de segundo nivel del IMSS por cirujanos generales, gastroenterólogos y coloproctólogos que consideran que los pacientes requieren una atención de alta especialidad. En el Servicio de Cirugía de Colon y Recto de esta unidad de alta especialidad se otorgaron 3,304 consultas de primera vez de marzo de 1996 a marzo de 2004. Se diagnosticó enfermedad hemorroidal en 443 pacientes representando 13.4%. La mayoría de los pacientes con enfermedad hemorroidal grados I y II recibieron manejo médico conservador consistente en la mejoría de los hábitos dietéticos, aumentando la ingesta de líquidos, verduras, frutas y alimentos ricos en fibra, así como ciertas indicaciones en cuanto a la higiene de

la región anorrectal y en algunos casos se prescribieron laxantes de volumen como el psyllium plantago o ligadura con banda de silastic. El manejo quirúrgico se indicó a los pacientes con enfermedad hemorroidal grados III y IV y a los pacientes con grado II que no respondieron inicialmente al tratamiento no quirúrgico.

Se decidió efectuar manejo quirúrgico a 358 (80%) pacientes, de los cuales 225 (62.8%) eran hombres y 133 (37.2%) mujeres. La edad promedio fue de 48 años con un rango de 18-78 años. El principal motivo de consulta fue la hemorragia transanal y 20% de los pacientes presentaban patología anorrectal asociada (*Cuadros 1 y 2*).

Se realizó cirugía electiva en 271 (75.7%) y urgente en 87 (24.3%). Todos los pacientes fueron hospitalizados y egresados al siguiente día de la cirugía.

El grado de enfermedad hemorroidal durante la cirugía fue: grado II en 46 (12.8%), III en 244 (68.3%) y IV en 68 (19%). La técnica empleada con mayor frecuencia fue la cerrada de Ferguson en 84%, mucosectomía con engrapadora (PPH 33) en 2.3% y abierta en 1.4% (*Figura 1*). Se resecó un paquete hemorroidal en 13 (4%) pacientes, dos paquetes en 38 (11%) pacientes, en 214 (59%) pacientes se resecaron los tres plexos hemorroidales.

CUADRO 1
MANIFESTACIONES DE LA ENFERMEDAD
HEMORROIDAL

Manifestaciones	No. de pacientes	%
Hemorragia	193	53.9
Dolor	108	30.2
Dolor y hemorragia	38	10.6
Nódulo anal	10	2.8
Nódulo y hemorragia	8	2.2
Otras	1	0.3

CUADRO 2
PATOLOGÍA ANORRECTAL ASOCIADA A LA ENFERMEDAD
HEMORROIDAL

Patología	No. de pacientes	%
Fisura	39	10.9
Fístula	23	6.4
Condiloma	5	1.4
Estenosis	2	0.6
Absceso	1	0.3
Otras	3	0.8

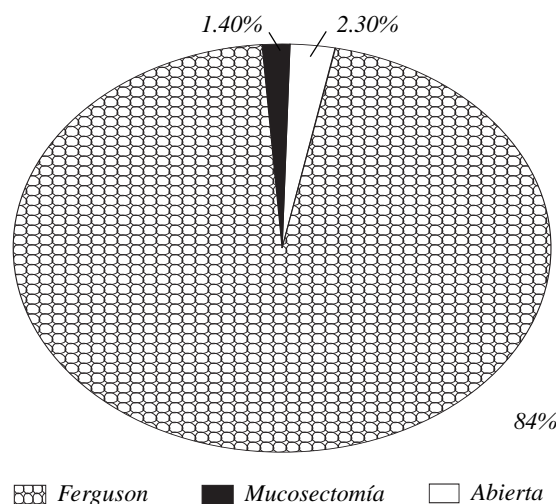


Figura 1. Técnica quirúrgica empleada.

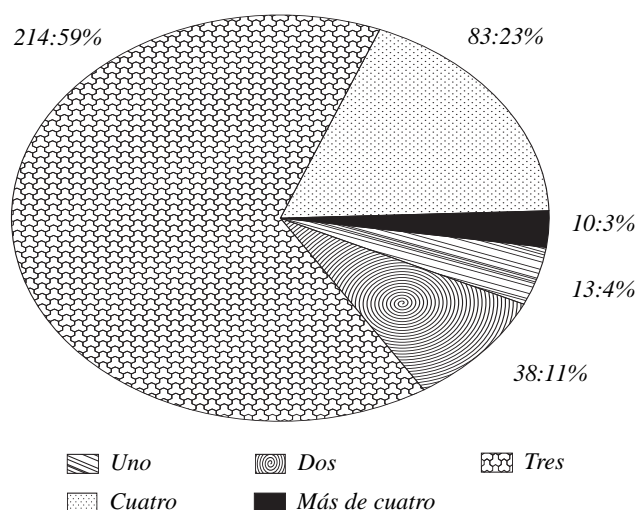


Figura 2. Número de plexos hemorroidales resecaos.

dales primarios (anterior derecho, posterior derecho y lateral izquierdo) cuatro paquetes en 83 (23%) y más de cuatro en 10 (3%) (Figura 2).

Simultáneamente a la hemorroidectomía se efectuaron otros procedimientos en algunos pacientes, siendo los más frecuentes la esfinterotomía y la fistulotomía (Cuadro 3).

El tiempo promedio utilizado en cada procedimiento fue de 53 minutos (rango de 19 a 150), correspondiendo el menor tiempo quirúrgico a la técnica de mucosectomía o PPH 33.

El tipo de anestesia empleada fue local con sedación en 81 pacientes (23%), regional (bloqueo peridural) en 252 (70%) y anestesia general en 25 pacientes (7%).

La retención aguda de orina se presentó en 28 (8%) pacientes, seguida de dehiscencia de suturas en siete (2%)

y hemorragia en seis (1.7%) pacientes (Cuadro 4). Todos los pacientes con hemorragia postoperatoria requirieron transfusión sanguínea y uno de ellos reintervención quirúrgica por anemia y la magnitud del sangrado transoperatorio.

El tiempo de estancia hospitalaria promedio fue de dos días con un seguimiento postoperatorio de 42 días.

La morbilidad fue de 4.7%. No se presentaron muertes atribuibles a la enfermedad o al procedimiento quirúrgico.

DISCUSIÓN

La unidad médica de alta especialidad es un hospital de concentración donde se atienden patologías que no pueden resolverse en los hospitales convencionales (hospitales regionales o generales de zona), es por eso que la cantidad de pacientes manejados por enfermedad hemorroidal puede disminuir en una unidad de alta especialidad y la mayoría de los pacientes evaluados en este estudio requirieron de manejo quirúrgico (80%), ya que los pacientes que han recibido manejo médico fueron atendidos en hospitales de segundo nivel de atención.

En nuestro hospital no se realizaron intervenciones quirúrgicas ambulatorias. El tipo de anestesia se indivi-

CUADRO 3
PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS A LA
HEMORROIDECTOMÍA

Procedimientos	No. de pacientes	%
Fisurectomía	6	1.7
Esfinterotomía	30	8.4
Anoplastia	12	3.4
Fistulotomía	22	6.1
Resección de condilomas	5	1.4
Otras	6	1.7

CUADRO 4
COMPLICACIONES DE LA HEMORROIDECTOMÍA

Complicaciones	No. de pacientes	%
Retención aguda de orina	28	8
Dehiscencia	7	2
Sangrado	6	1.7
Fiebre	1	0.3
Total	17	4.7

dualiza de acuerdo con las condiciones del paciente y preferencias del cirujano, generalmente empleando el bloqueo peridural a diferencia de otros hospitales donde se prefiere la anestesia local con sedación.

Se han descrito múltiples alternativas quirúrgicas. La técnica de Ferguson es la más adoptada por los cirujanos colorrectales. Tradicionalmente se realiza resección de los tres paquetes hemorroidales primarios. Sin embargo, existen reportes de que la resección de uno o dos paquetes resuelven los síntomas disminuyendo significativamente las complicaciones.

La técnica abierta es la opción cuando la herida no puede ser completamente cerrada o en presencia de gangrena o hemorroides circunferenciales. Ambas técnicas abierta o cerrada son aceptables en el manejo de enfermedad hemorroidal con algunas ventajas en la técnica cerrada como el menor tiempo de cicatrización de la herida.⁸

Las complicaciones postoperatorias se relacionan frecuentemente con la técnica. El dolor es la principal causa por la que el paciente rechaza la cirugía. Han surgido alternativas para disminuir el dolor, la más reciente es la mucosectomía con engrapadora circular (PPH 33). Su aceptación va en aumento y es utilizada cada vez más como manejo de esta enfermedad.⁹⁻¹⁵

La complicación más frecuente es la retención aguda de orina, la incidencia varía de 10 a 32%.¹⁶ Varios factores influyen, incluyendo la anestesia espinal, sobrecarga hídrica, empaquetamiento rectal, dolor rectal y apósitos grandes.¹⁷

La hemorragia posquirúrgica temprana (primeras 24 horas) se relaciona con una hemostasia inadecuada o deficiente ligadura del pedículo vascular, la incidencia varía de 2 a 4% y sólo de 0.8 a 1.3% requiere reintervención.¹⁶ Otras complicaciones menos frecuentes incluyen infección de la herida (1%), impactación fecal y trombosis hemorroidal externa. Las complicaciones tardías se presentan hasta en 6% y la fisura anal es la más común: 1 a 2.6%, seguida por la estenosis anal (1%), incontinencia (0.4%), fístula anal (0.5%), recurrencia (menor 1% con una técnica quirúrgica adecuada), colgajos cutáneos, ectropión y prolapso mucoso.^{17,18}

CONCLUSIONES

La incidencia de enfermedad hemorroidal en este estudio fue de 13.4%, 80% fueron tratados quirúrgicamente. Es más frecuente en la 5ta. década de la vida con una relación masculino:femenino de 1.7:1. La retención aguda de orina fue la complicación más frecuente; aunque

el sangrado postoperatorio fue una complicación rara, todos los pacientes que presentaron esta complicación requirieron de transfusión de por lo menos un paquete globular. No se presentó ningún caso de estenosis postoperatoria. Durante la hemorroidectomía fue posible resolver otras patologías anorrectales como fisuras y fístulas en forma segura para el paciente. La técnica empleada con mayor frecuencia en este centro hospitalario es la de Ferguson con una morbilidad de 4.7%, sin muertes atribuibles a la enfermedad o al procedimiento quirúrgico.

REFERENCIAS

1. Johanson JF, Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study. *Gastroenterology* 1990; 98: 380.
2. Bleday Ronald, Peña Juan P, et al. Symptomatic hemorrhoids: current incidence and complications of operative therapy. *Dis Colon Rectum* 1992; 35(5): 477-81.
3. Standards Practice Task Force. American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised). *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 189-94.
4. Moesgaard F, Nielsen ML, Hansen JB, et al. High-fiber diet reduces bleeding and pain in patients with hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1982; 25: 454.
5. Leong AFP, Hussain MJ, Seow-Chen F, et al. Performing internal sphincterotomy with other anorectal procedures. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 1130-2.
6. Hayssen TK, Luchtefeld MA, Senagore AJ. Limited hemorrhoidectomy: results and long-term follow up. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 909-15.
7. Sayfon J, Becker A, Koltun L. Sutureless closed hemorrhoidectomy: a new technique. *Ann Surg* 2001; 234(1): 21-4.
8. Arbmán G, Krook H, Haapaniemi S. Closed vs. open hemorrhoidectomy - is there any difference? *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 311-34.
9. Longo A. Treatment of hemorrhoidal disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with circular suturing device: a new procedure. In: Mundozzi, editor. 6th World Congress of Endoscopic Surgery. Rome, June 3-6, 1998. p. 777-84.
10. Ho YH, Cheong WK, Tsang C, et al. Stapled hemorrhoidectomy -cost and effectiveness. Randomized, controlled trial including incontinence scoring, anorectal manometry, and endoanal ultrasound assessments at up to three months. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 1666-75.
11. Shalaby R, Desoky A. Randomized clinical trial of stapled versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 2001; 88: 1049-53.
12. Wexner SD. The quest for painless surgical treatment of hemorrhoids continues. *J Am Coll Surg* 2001; 193(2): 174-8.
13. Arnaud JP, Pessaux P, Hutten N, et al. Treatment of hemorrhoids with circular stapler, a new alternative to conventional methods: a prospective study of 140 patients. *J Am Coll Surg* 2001; 193: 161-5.
14. Seow-Choen F. Stapled hemorrhoidectomy: pain or gain. *Br J Surg* 2001; 88: 1-3.
15. Milito G, Cortese F, Casciani CU. Surgical treatment of mucosal prolapse and haemorrhoids by stapler. In: Proceedings of the 6th World Congress of Endoscopic Surgery. Rome, June 3-6, 1998.
16. Beck DE. Hemorrhoidal disease. In: Beck DE, Wexner SD (Ed.). *Fundamentals of anorectal surgery*. London: W.B. Saunders Co.; 1998. p. 237-53.
17. Corman ML. Hemorrhoids. In: Corman ML, (ed). *Colon and rectal surgery*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998. p. 147-205.
18. Nivatvongs S. Hemorrhoids. In: Gordon PH, Nivatvongs S (Ed.). *Principles and practice of surgery for the colon, rectum, and anus*. St. Louis: Quality Medical Publishing Inc.; 1999. p. 193-215.