

Ligadura con banda elástica para el tratamiento de la enfermedad hemorroidal: aspectos técnicos

Ulises Rodríguez-Wong*

RESUMEN

La ligadura con banda elástica para el tratamiento de la enfermedad hemorroidal es un procedimiento útil recomendado en grado II de enfermedad hemorroidal interna y en pacientes grado III con riesgo quirúrgico alto. La hemorroidectomía, aunque con mayor tasa de respuesta, se asocia con frecuentes complicaciones y dolor.

Palabras clave: Hemorroides, enfermedad hemorroidal, ligadura con banda elástica, ligadura, tratamiento de hemorroides.

ABSTRACT

The rubber band ligation for the treatment of hemorrhoidal disease is a useful procedure recommended in grade II internal hemorrhoidal disease as well in patients with grade III high surgical risk. Hemorrhoidectomy, although higher response rate, is associated with frequent complications and pain.

Key words: Hemorrhoids, hemorrhoidal disease, rubber band ligation, ligation, hemorrhoidal treatment.

INTRODUCCIÓN

Desde que Blaisdell (1958)¹ y Barron (1963)² describieron la ligadura con banda elástica para el tratamiento de hemorroides internas el método ha demostrado ser seguro y eficaz para la mayoría de los diferentes grados de enfermedad hemorroidal interna.

La ligadura con banda elástica fija los cojines hemorroidarios en su posición original, permite la resección de tejido redundante, además de la cicatrización en la submucosa y la atrofia del plexo venoso submucoso.³ Esta técnica se recomienda en pacientes con hemorroides de primer grado que no mejoran con el tratamiento conservador, en hemorroides de segundo grado y en pacientes con hemorroides de tercer grado con alto riesgo o que rechazan el tratamiento quirúrgico. En general, los pacientes con hemorroides trombosadas no son candidatos para tratamiento mediante este procedimiento; aunque algunos autores lo utilizaron en casos de enfermedad hemorroidal interna aguda con trombosis y edema, instilando bupivacaína y hialuronidasa en forma previa a la aplicación de las ligaduras.⁴ Los pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida

pueden desarrollar complicaciones sépticas con la aplicación de ligaduras. Es necesario extremar precauciones cuando se aplican ligas a los pacientes que reciben anticoagulantes o con enfermedades hemorrágicas.³

Barron diseñó un dispositivo especial en forma de pistola; en la punta hay dos cilindros deslizándose uno dentro del otro. Se han desarrollado diferentes modificaciones a este aparato (McGivney) (Figura 1); sin embargo, el principio fundamental es el mismo. En la actualidad existen aparatos que emplean succión (McGown) e incluso dispositivos desechables (O'Regan).⁵

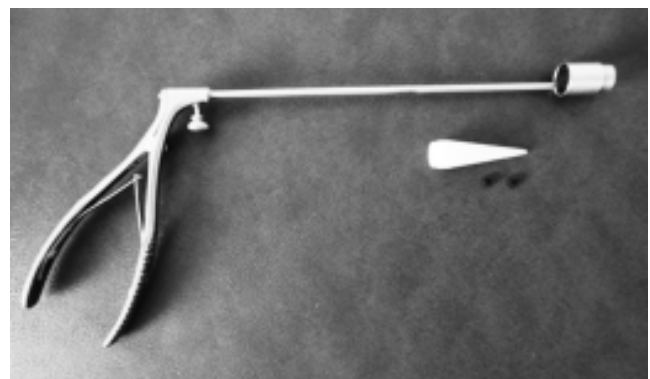


Figura 1. Dispositivo de ligadura con banda elástica tipo McGivney con cono y bandas elásticas.

* Coloproctólogo y Cirujano General. Profesor de Cirugía II del Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, UNAM.

DISCUSIÓN

La ligadura con banda elástica continúa siendo el tratamiento de elección para las hemorroides internas sintomáticas; las tasas de éxito varían entre 69 y 94% según las diferentes series; sin embargo, no es un procedimiento totalmente exento de complicaciones, aunque la mayoría de éstas no son graves: 1.2% de los pacientes pueden requerir hospitalización, 8.3% presenta dolor y en 10% de los casos es necesario retirar la ligadura.⁶

En un meta-análisis comparativo entre las diferentes alternativas terapéuticas para la enfermedad hemorroidal MacRae y McLeod recomendaron la ligadura con banda elástica como modalidad inicial de tratamiento para hemorroides grado 1 a 3, reservando la hemorroidectomía sólo para aquellos casos sin una adecuada respuesta al tratamiento de ligadura con banda elástica.⁷

En un estudio reciente de tipo retrospectivo se analizaron 750 pacientes con enfermedad hemorroidal grado II y III tratados con ligadura con banda elástica, utilizando el aplicador de Mc Gown; con seguimiento a las dos semanas, un mes y cada seis meses por dos años. En este estudio se encontró que 696 pacientes (92.8%) presentaron curación de la sintomatología, tanto en enfermedad hemorroidal grado II como grado III ($p = 0.31$), se observó una recurrencia de la sintomatología de 11.04% después de dos años de seguimiento; 52 pacientes (6.93%) presentaron complicaciones como dolor, hemorragia y síntomas vagales. En este trabajo no se encontraron cambios manométricos significativos en los pacientes sometidos a ligadura con banda elástica.⁸

En una revisión publicada en la base de datos Cochrane se realizó una comparación entre los dos métodos más populares de tratamiento de la enfermedad hemorroidal: ligadura con banda elástica, que tiende a producir menos dolor, y hemorroidectomía excisional, asociada con mayor dolor. Por décadas se ha innovado en técnicas de tratamiento de la enfermedad hemorroidal en busca de provocar menos dolor, mejores resultados y menor invasividad; en esta revisión se lograron reunir tres estudios que cumplieron los criterios de inclusión, con un total de 202 pacientes. La hemorroidectomía excisional mostró ser mejor en el caso de enfermedad hemorroidal grado III; sin embargo, los resultados fueron similares en pacientes con enfermedad hemorroidal grado II (ligadura con banda elástica y hemorroidectomía excisional); no obstante, los pacientes tratados mediante hemorroidectomía excisional presentaron significativamente mayor dolor postratamiento (RR 1.94, IC 95%, $p < 0.00001$). Los autores concluyeron que la hemorroidectomía excisional debe utilizarse solamente en enfermedad hemorroidal grado III o en recurrencia con el tratamiento con ligadura con banda elástica.⁹

En otro estudio realizado en Reino Unido se analizaron 98 pacientes para revisar la incidencia de complicaciones relacionadas con la ligadura con banda elástica en los pacientes ambulatorios. Se encontró una incidencia de dolor posligadura de 51%, síntomas vagales en 15.3% y hemorragia en 1%. La tasa de curación sintomática encontrada en este trabajo fue de 72.4%.¹⁰

ASPECTOS TÉCNICOS

Mediante un cono que permite estirar la liga se colocan una o dos bandas de caucho en el cilindro interno (Figura 2); mediante un anoscopio se identifican las hemorroides y con una pinza especial se tracciona el tejido hemorroidario dentro de los cilindros. Al disparar la pistola la liga de caucho ciñe la base del tejido hemorroidal a nivel del anillo ano-rectal y de la parte superior de la hemorroide interna (Figura 3); si se liga el tejido en un sitio inferior puede producirse dolor agudo, por lo que se recomienda aplicar la liga a una distancia de 2 cm por arriba del borde ano-rectal, debido a que anatómicamente el área por arriba de la línea dentada está inervada por fibras nerviosas autónomas viscerales, con ausencia de sensibilidad al dolor superficial. Se debe tener cuidado de no abarcar la musculatura subyacente con la ligadura.

El tejido ligado se desprende en cinco o siete días,¹¹ origina un área limitada de inflamación que deja una cicatriz y

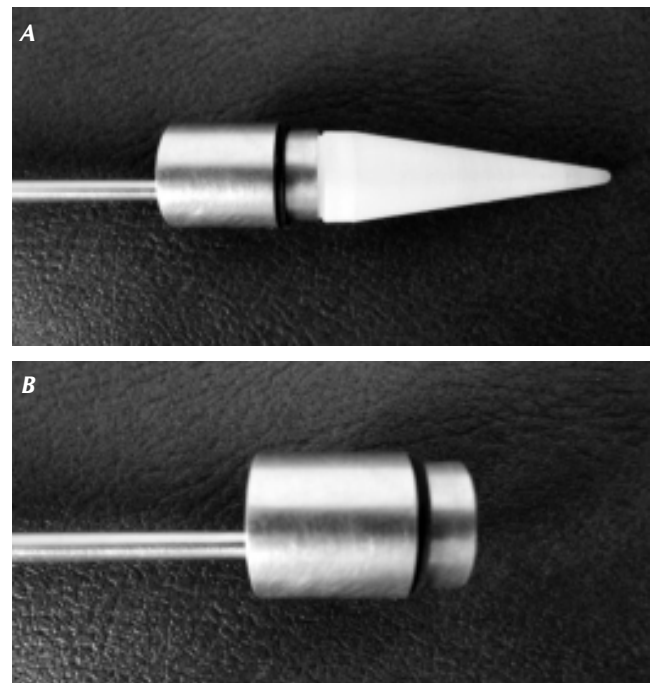


Figura 2. Colocación de la banda elástica en el cilindro interno del dispositivo mediante un cono.

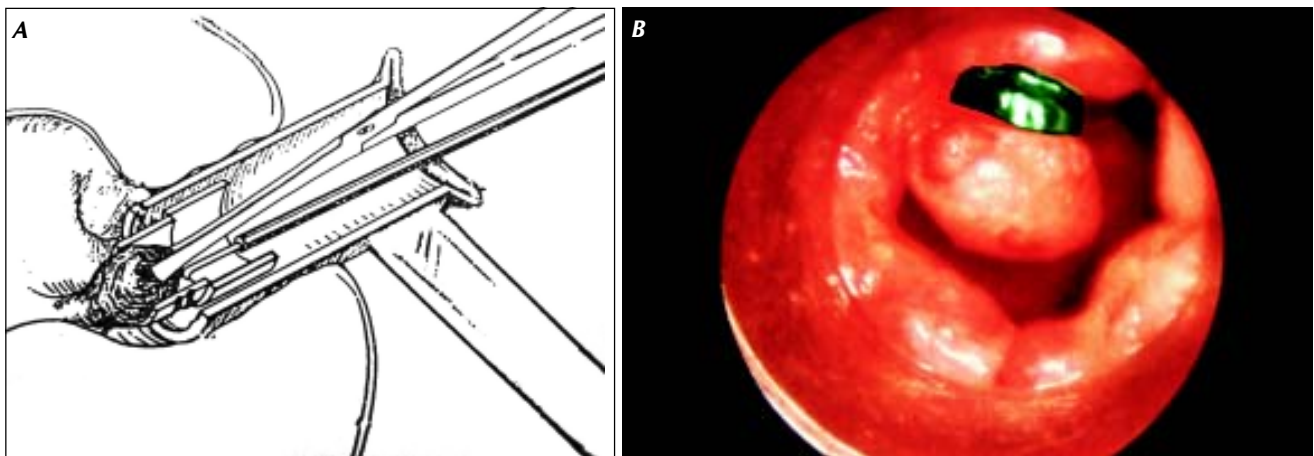


Figura 3. **A.** Colocación de la liga a 2 cm por arriba de la línea pectínea, traccionando el tejido mediante una pinza. **B.** Banda elástica colocada.

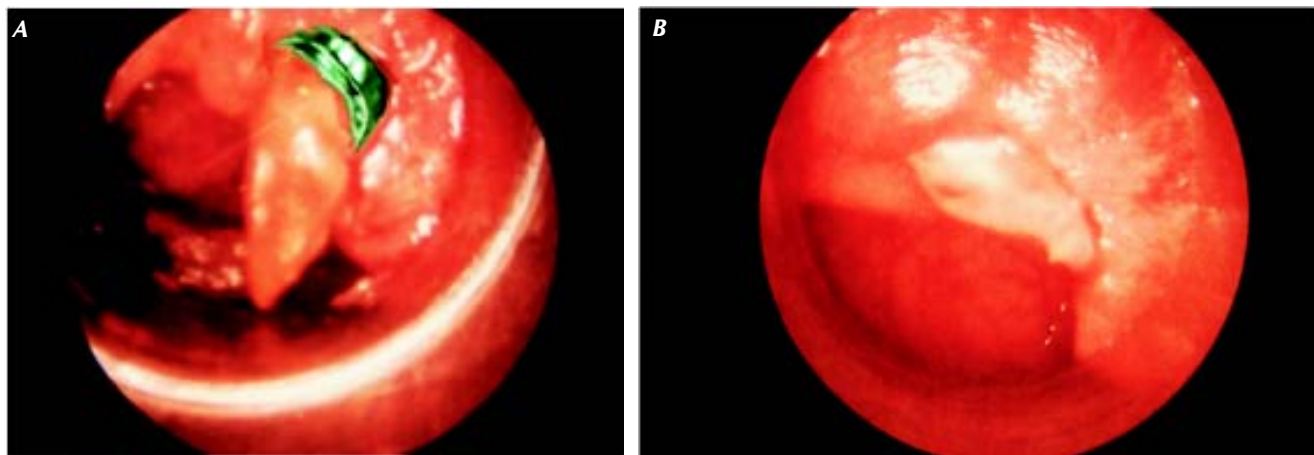


Figura 4. Esfacelo del tejido ligado y formación de la cicatriz.

un punto de fijación del tejido (Figura 4). El paciente prosigue con sus actividades normales, en algunos casos el procedimiento causa una sensación de malestar rectal y de plenitud por algunos días.³ Por este motivo se recomienda no aplicar más de una o dos ligaduras a la vez; se requieren varias sesiones para completar el tratamiento. No es necesario seguir ninguna dieta; sin embargo, se recomienda que el paciente mantenga una evacuación blanda, por lo que se sugiere al paciente el uso de algún laxante hidrofílico. Por lo general hay un sangrado mínimo con el desprendimiento de la liga que puede persistir hasta la cicatrización.

La utilización del dispositivo de ligadura por succión tiene la ventaja de no requerir de un ayudante para la colocación de la liga; sin embargo, con el dispositivo convencional es posible la eliminación de una mayor cantidad de tejido.¹¹

CONCLUSIONES

La ligadura con banda elástica para el tratamiento de la enfermedad hemorroidal ha demostrado ser un procedimiento útil y se recomienda en pacientes con enfermedad hemorroidal interna grado II y en casos grado III con alguna contraindicación quirúrgica. Aunque se han desarrollado nuevos dispositivos para la colocación de las ligas, el principio ideado por Barron es el mismo, por lo que es posible concluir que este procedimiento ha superado con éxito la prueba del tiempo.

AGRADECIMIENTO

Al señor Patricio Villegas Virgilio por su apoyo en la elaboración del material gráfico en este artículo.

REFERENCIAS

1. Blaisdell DC. Office ligation of internal hemorrhoids. Am J Surg 1958; 96: 401-4.
2. Barron J. Office ligation of internal hemorrhoids. Am J Surg 1963; 105: 563-70.
3. Rodríguez-Wong U. Ligadura de hemorroides internas con banda elástica. Rev Hosp Jua Mex 1992; 59: 92-4.
4. Salvati EP. Nonoperative management of hemorrhoids: evolution of the office management of hemorrhoids. Dis Colon Rectum 1999; 42: 989-93.
5. O'Regan PJ. Disposable device and a minimally invasive technique for rubber band ligation of hemorrhoids. Dis Colon Rectum 1999; 42: 683-5.
6. Bat L, Melzer E, Koler M, Dreznick Z, Shemesh E. Complications of rubber band ligation of symptomatic internal hemorrhoids. Dis Colon Rectum 1993; 36: 287-90.
7. MacRae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities: a meta-analysis. Dis Colon Rectum 1995; 38: 687-94.
8. El Nakeeb AM, Fikry AA, Omar WH, Fouda EM, El Metwally TA, Ghazy HE, et al. Rubber band ligation for 750 cases of symptomatic hemorrhoids out of 2200 cases. World J Gastroenterol 2008; 14: 6525-30.
9. Shanmugam V, Thaha MA, Rabindranath KS, Campbell KL, Steele RJ, Loudon MA. Rubber band ligation versus excisional haemorrhoidectomy for haemorrhoids. Cochrane Database system Rev 2005; (3): CD005034.
10. Kumar N, Paulvannan S, Billings PJ. Rubber band ligation of haemorrhoids in the out-patient clinic. Ann R Coll Surg Engl 2002; 84: 172-4.
11. Cintron JR, Abcarian H. Benign Anorectal: Hemorrhoids. In: Beck D. ASCRS Manual of Colon and Rectal Surgery. New York, USA: Springer; 2009, p. 237-40.

Solicitud de sobreiros:

Dr. Ulises Rodríguez-Wong
Tepic, Núm. 113-611, Col. Roma sur
C.P. 06760, México, D.F.
Tel. 5264-8266 y 67