



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

*The American British Cowdray
Medical Center, I.A.P.*

RESULTADOS, UTILIDAD Y VALOR PREDICTIVO
DE LA EVALUACIÓN HISTOLÓGICA RUTINARIA
DE ESPECÍMENES DE HEMORROIDECTOMÍA
EN EL CENTRO MÉDICO ABC.

TESIS DE POSGRADO
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA
EN CIRUGÍA GENERAL

PRESENTA:

DRA. KRYSTAL MONTERO VILLA

PROFESOR TITULAR
DR. JOSÉ OCTAVIO RUÍZ SPEARE

PROFESORES ADJUNTOS
DRA. ADRIANA HERNÁNDEZ LÓPEZ
DR. EDUARDO MORENO PAQUENTIN
DR. RAÚL ALVARADO BACHMAN

México, D.F. OCTUBRE 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DR. JOSÉ HALABE CHEREM
JEFE DE LA DIVISIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
CENTRO MÉDICO ABC

DR. JOSÉ OCTAVIO RUÍZ SPEARE
PROFESOR TITULAR DEL CURSO

DRA. ADRIANA HERNÁNDEZ LÓPEZ
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO

DR. EDUARDO MORENO PAQUENTIN
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO

DR. RAÚL ALVARADO BACHMAN
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO

DR. CARLOS BELMONTE MONTES
ASESOR DE TESIS

DEDICATORIA

A mis padres Lupita y Eduardo

A mi hermano Eduardo

A mis abuelos

A Antonio

“Good surgeons know how to operate, better ones when to operate, and the best
when not to operate. “

No te rindas, aún estás a tiempo
De alcanzar y comenzar de nuevo,
Acepta tus sombras,
Enterrar tus miedos,
Liberar el lastre,
Retomar el vuelo.
No te rindas que la vida es eso,
Continuar el viaje,
Perseguir tus sueños,
Destruir el tiempo,
Correr los escombros,
Y destapar el cielo.
No te rindas, por favor no cedas,
Aunque el frío queme,
Aunque el miedo muerda,
Aunque el sol se esconda,
Y se calle el viento,
Aún hay fuego en tu alma
Aún hay vida en tus sueños.
Porque la vida es tuya y tuyo también el deseo
Porque lo has querido y porque te quiero
Porque existe el vino y el amor, es cierto.
Porque no hay heridas que no cure el tiempo.
Abrir las puertas,
Quitar los cerrojos,
Abandonar las murallas que te protegieron,
Vivir la vida y aceptar el reto,
Recuperar la risa,
Ensayar un canto,
Bajar la guardia y extender las manos
Desplegar las alas
E intentar de nuevo,
Celebrar la vida y retomar los cielos.
No te rindas, por favor no cedas,
Aunque el frío queme,
Aunque el miedo muerda,
Aunque el sol se ponga y se calle el viento,
Aún hay fuego en tu alma,
Aún hay vida en tus sueños
Porque cada día es un comienzo nuevo,
Porque esta es la hora y el mejor momento.
Porque no estás solo, porque yo te quiero.

Mario Benedetti

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá, por ser el estribo de mi vida, siempre quererme y apoyarme a través de este arduo camino. Por estar a mi lado durante todos los periodos de cansancio, decepciones y sobre todo triunfos y alegrías. Por hacer hasta lo imposible por mi felicidad y tranquilidad. Nada de lo que he logrado habría sido posible sin ti. Te amo mamá.

A mi padre, por enseñarme a amar la medicina con su ejemplo, por todos los buenos consejos y apoyo que me llevaron a tomar las mejores decisiones. Por su amor y sacrificios para darme todo lo que necesitaba para ser la persona que soy hoy. Te amo papá.

A mi hermano, porque aunque estuvimos lejos, siempre se preocupó por mi bienestar, me brindo su cariño y amor.

A Antonio, por ser mi compañero de vida. Por ser mi amor, amigo, confidente, mi bicho. Por estar presente en todo los momentos de felicidad y tristeza. Por ayudarme a terminar esta etapa de mi vida y caminar cada paso juntos. Por todo el amor que me has dado. Por tu apoyo, por no dejar que me diera por vencida en todas mis metas. Te amo. Corazón coraza “porque tú siempre existes dondequiera, pero existes mejor donde te quiero, porque tu boca es sangre, y tienes frío, tengo que amarte amor, tengo que amarte, aunque está herida duela como dos, aunque te busque y no te encuentre, y aunque, la noche pase y yo te, tenga y no. MB

A mi Aby, por todo su amor y apapachos. Por sus rezos de apoyo, por sus comidas deliciosas que hicieron muchos de mis días más fáciles, por sus consejos que llegaban en el momento adecuado, por ser la mejor abuelita del mundo.

A mis amigos. Por acompañarme durante mi vida. Por apoyarme a pesar del cansancio, ausencias y algunas veces no estar para ustedes en los momentos más importantes. Siempre serán parte de mí.

A toda mi familia. Afortunada de tener una familia grande, hermosa y unida. Porque aunque no nos vemos a diario, sé que tengo su apoyo y amor incondicional.

A mis compañeros de residencia: Arlett, Pano, Edgar, Rodrigo, Sam, Gori. Porque fueron el mejor equipo con el que jamás pensé trabajar. Estoy muy agradecida que hayan entrado en mi vida para aprender, crecer, caernos y levantarnos juntos. Porque compartí mucho más que medicina con ustedes, fueron risas, llanto, batallas, la vida juntos. En especial a Arlett, que el destino nos puso en el mismo camino cuando más lo necesitábamos. Por todas las horas que pasamos juntas, estudiando, riendo, llorando y compartiendo una amistad tan grande. Eres como mi hermana, gracias por tus consejos, tu tiempo, tu cariño.

A Mary, por tu enorme corazón, desde el primer día que nos conocimos fuiste unos de los apoyos más importantes de esta aventura. Gracias por compartir conmigo todas mis alegrías, tristezas, estreses y sobre todo por los consejos y ayuda que me brindaste en todo momento. Porque al final eres una de mis más grandes amigas.

Al Dr. Carlos Belmonte, porque iniciamos esta travesía juntos, y sin su dedicación, sabiduría, paciencia y conocimientos, no hubiera llegado a ser la persona y cirujano que soy el día de hoy. Por su apoyo en la realización de esta tesis. Es un gran cirujano e invaluable amigo. Mi admiración, respeto y agradecimiento.

A Cuco, por ser unos de los más grandes maestros que he conocido, me enseñaste tanto de cirugía y como ser un mejor médico y persona. Por compartir toda esa experiencia quirúrgica y amistad.

A todos los cirujanos del Centro Médico ABC. Por su disposición a la enseñanza. Especialmente a quienes influyeron de alguna forma en mi aprendizaje como persona y cirujano. Y por quienes tengo un agradecimiento y cariño particular: Dr. Ángel Martínez Munive, Dr. Horacio Montañez Ramírez, Dr. Jorge Arriola Sánchez, Antonio Maffuz Aziz, Dr. Fernando Quijano Orvañanos, Dr. Jorge Cervantes Castro, Dr. Guillermo Rojas Reyna, D. Lorenzo Soler Montesinos, Dr. Gerardo Castorena Rojí, Dr. Adrián Cravioto Villanueva, Dra Xeilly Zarate, Dr. Rafael Padilla Longoria, Dra Ma. Carmen Hernández Baro, Dr. Raúl Alvarado, Dr. Jorge Santín Rivero, Dr. Gonzalo Hagerman Ruíz Galindo, Dr. Cesar Decanini, Dr. Gabriel Sánchez Juredini, Dr. Martín Vega de Jesús, Dr. Mario Cardona, Dr. Víctor Hugo Guerrero, Dr. Pablo Vidal, Dr. Adrián Murillo,

A mis Sinodales: Dr. Jorge Alejandro Ortiz de la Peña Rodríguez, Dr. Juan Antonio Mier Díaz, Dr. Gil Mussan Chelminsky, Dr. Samuel Kleinfinger Marcuschamer, Dr. Carlos Robles Vidal. Por su participación en mi formación como cirujano.

ÍNDICE

RESUMEN	11
MARCO TEÓRICO	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
JUSTIFICACIÓN	18
HIPÓTESIS	19
OBJETIVO.....	20
MATERIAL Y MÉTODOS	21
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN.....	24
CONCLUSIONES.....	27
BIBLIOGRAFÍA.....	28

RESUMEN

Introducción: El debate del envío rutinario versus electivo de especímenes de histopatología en hemorroidectomía, hace importante el conocimiento de la práctica actual de los cirujanos. Existe suficiente evidencia que demuestra que el envío rutinario no es de utilidad para el paciente y es costoso. El presente estudio muestra los hallazgos histológicos resultado del envío rutinario de los especímenes y la utilidad que esto representa. En nuestro conocimiento no existe un estudio similar reciente hecho en nuestro u otro país

Objetivo: Definir utilidad de la evaluación histológica rutinaria de especímenes de patología en comparación con la evaluación selectiva en hemorroidectomías.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional. Pacientes del Centro Médico ABC Campus Observatorio y Santa Fe con diagnóstico hemorroidectomía y resultados de patología enviados desde el primero de enero del 2007 hasta el 31 de diciembre del 2013. Recolección de información: a través de los episodios obtenidos y consultando el expediente electrónico del Centro Médico ABC.

Resultados: Se obtuvieron 1875 pacientes con diagnóstico de enfermedad hemorroidal manejados quirúrgicamente. Se incluyeron 968 pacientes, 413 mujeres (43%) y 555 hombres (57%), edad media de 46.6 años. Se reportan 4 casos (0.41%) hallazgos inesperados incluyendo, un condiloma acuminado (N= 2, 0.20 %), un pólipo inflamatorio cloacogénico (N=1, 0.10%) y una hiperplasia endotelial papilar (lesión de Masson) (N=1, 0.10 %).

Conclusiones: La evaluación histopatológica rutinaria de los especímenes de hemorroidectomía resulta, innecesaria y costosa, ya que sólo un 0.41% de nuestra población presenta una patología oculta. En base al estudio realizado se recomienda la evaluación selectiva, para los especímenes que muestren una apariencia macroscópica sospechosa durante el examen preoperatorio.

Palabras clave: Especímenes de hemorroidectomía, Evaluación histopatológica.

MARCO TEÓRICO

Las hemorroides son estructuras vasculares normales en el canal anal. Sin embargo, comúnmente son fuente de una gran variedad de problemas.

La enfermedad hemorroidal es uno de padecimientos anorrectales más comunes. Aunque las estadísticas no son precisas, en México se reporta que el 5% de la población general presenta síntomas relacionados con hemorroides. Su hallazgo es raro antes de los 20 años de edad; su frecuencia aumenta con la edad y es posible que el 50% de los adultos de 50 años tenga o haya sufrido sintomatología hemorroidaria. Su prevalencia es igual en ambos sexos, con un pico entre los 45 a 65 años, declinando después de esto.

Las hemorroides surgen del plexo de canales arteriovenosos dilatados y tejido conectivo con venas ramas de las venas hemorroidales superior e inferior. Se encuentran localizadas en el tejido submucoso en el recto inferior. Se clasifican en externas e internas de acuerdo a su localización por abajo o arriba de la línea dentada respectivamente. Ambos tipos pueden coexistir.

Las hemorroides internas surgen del cojín hemorroidal superior. Sus tres localizaciones primarias (lateral izquierda, anterior y posterior derecha) corresponden a las ramas terminales de las venas hemorroidales media y superior. La mucosa de recubrimiento es rectal, y la inervación visceral.

Por otro lado, las hemorroides externas, surgen del plexo hemorroidal inferior y se localizan por debajo de la línea dentada. Se encuentran cubiertas de epitelio escamoso, que contiene numerosos receptores somáticos de dolor.

Estas pueden ser confundidas con colgajos cutáneos, los cuales se relacionan frecuentemente con fisuras anales, enfermedades inflamatorias o pueden representar piel residual excesiva tras una trombosis hemorroidal.

Las hemorroides internas y externas se comunican y drenan en las venas pudendas inferiores, y por último en la vena cava. Tienen comunicación directa con el sistema portal y pueden existir en proximidad con varices rectales.

Las hemorroides internas se pueden clasificar de acuerdo al grado de prolapso que presentan desde el canal anal. (Tabla I)

Tabla I. Clasificación hemorroides internas

Grado	Características
I	Hemorroides que se visualizan con anoscopia y pueden protruir hacia el lumen sin extenderse por debajo de la línea dentada
II	Hemorroides con prolapso fuera del canal anal a la defecación o pujo, se reducen espontáneamente
III	Hemorroides con prolapso fuera del canal anal a la defecación o pujo, requieren de reducción manual por parte del paciente
IV	Hemorroides irreductibles y se pueden estrangular

El desarrollo de hemorroides sintomáticas se ha asociado a múltiples factores como edad avanzada, diarrea, embarazo, sentado prolongado, tumores pélvicos, pujo o constipación crónica.

La causa de hemorroides sintomáticas no es del todo comprendida, y se puede presentar diferente fisiopatología de acuerdo al paciente. Se piensa que con edad avanzada o condiciones agravantes, el mecanismo del tejido conectivo que ancla las hemorroides al esfínter subyacente se deteriora. Eventualmente las hemorroides debilitadas empiezan a protruir y deslizarse hacia el canal anal llevando progresivamente a los síntomas. También se sugiere que las hemorroides pueden surgir por un esfínter anal hipertrófico o de tono incrementado. Durante la defecación del bolo fecal empuja al plexo hemorroidal contra el esfínter, lo que causa su elongación y se convierten sintomáticas. Por último se le atribuye al desarrollo de los síntomas a la inflamación de los cojines

hemorroidales. Con esto se asume que las propiedades anatómicas del plexo hemorroidal son similares a las del tejido eréctil.

Los síntomas cardinales son sangrado indoloro, prurito, manchado, prolapso y dolor debido a trombosis. Le sangrado indoloro generalmente se asocia con las evacuaciones. Presentan sangrado brillante que recubre las heces al final de la defecación. También puede haber goteo hacia el inodoro o manchado en el papel de baño. Las pérdidas sanguíneas pueden ser substanciales y llevar a una anemia por deficiencia de hierro. Generalmente el sangrado es indoloro, por lo que al presentarse dolor con las evacuaciones es necesario investigar otras causas como fisuras anales. Sangrado rectal visible o sangre oculta no deben ser atribuidos a hemorroides hasta descartar otros sitios de sangrado potenciales. Esto se logra mediante sigmoidoscopia o anoscopia en paciente jóvenes o colonoscopia en la mayoría de los pacientes. Estos estudios nos permiten descartar otras causas de sangrado como colitis, tumores, pólipos o malformaciones vasculares.

Irritación o picazón de la piel perianal es otro síntoma común. Algunos pacientes se quejan de humedad o incontinencia leve. Estos síntomas resultan de una combinación de factores: prolapso de las hemorroides internas que permiten la fuga de contenidos rectales, presencia de colgajos cutáneos que dificultan la limpieza de la zona, con exposición prolongada de la piel con la materia fecal llevando a irritación local. El dolor asociado a las hemorroides generalmente se asocia a la presencia de masa, esto como resultado de trombosis que puede ocurrir de manera interna o externa.

Debido a los síntomas ya mencionados, pacientes con una gran variedad de desórdenes anorectales, pueden ser erróneamente diagnosticados con enfermedad hemorroidal. Algunos ejemplos incluyen fisuras anales, condilomas, prolapso rectal, cáncer anal o rectal, enfermedades inflamatorias. Estos diagnósticos deben ser excluidos, especialmente si el tratamiento conservador no ha sido exitoso.

Un gran número de estos pacientes pueden ser manejados exitosamente con

tratamiento conservador, pero aproximadamente un 10% requerirán algún procedimiento quirúrgico durante su vida. Esto convierte a la hemorroidectomía como uno de los procedimientos de urgencia y rutina mayormente realizados.

La excisión quirúrgica de las hemorroides es un procedimiento con gran efectividad para la resolución de la patología. Se reserva para pacientes en los que el tratamiento médico y los procedimientos dentro del consultorio son inefectivos o no los toleran, para enfermedad hemorroidal grado III- IV, pacientes con enfermedad mixta o de predominio externo o pacientes que prefieran tratamiento quirúrgico. Las hemorroidectomías abiertas o cerradas pueden ser realizadas con una variedad de materiales quirúrgicos como bisturí, tijeras, monopolar, bipolar, aparatos de ultrasonido. En general, no parece haber grandes diferencia entre los resultados de una técnica y otra, y la decisión de que instrumento utilizar recae en las características del paciente y las preferencias del cirujano. En la hemorroidectomía con engrapadora o hemorroidopexia (PPH) se utiliza un instrumento que permite reseca las hemorroides internas y fija el tejido restante. La hemorroidectomía guiada por ultrasonido (TDH) es un procedimiento que utiliza un Doppler adaptado a un anoscopio, que permite la identificación de irrigación arterial de cada hemorroide, y subsecuentemente se liga. En esta técnica no se reseca tejido.

En muchas instituciones se considera regla, el envío rutinario a patología de todos los especímenes resecados durante procedimientos quirúrgicos, debido a que se piensa que se perdería la oportunidad de diagnosticar neoplasias o malignidad oculta.

La evaluación de especímenes quirúrgicos, se realiza por varias razones: proporcionar un diagnóstico definitivo, aportar información pronóstica, como guía para tratamientos futuros y como documento en asuntos médico legales. También puede resultar útil como control de calidad y retroalimentación en las decisiones.

La creciente preocupación de la costo - efectividad en los sistemas de salud y el papel en el tratamiento futuro de los pacientes en base a los resultados

patológicos obtenidos, se ha cuestionado si la evaluación histopatológica rutinaria de todos los especímenes de hemorroidectomías es necesario.

Existe evidencia que demuestra, que los especímenes resultado de hemorroidectomías sin evidencia macroscópica de malignidad, que son enviados a estudio histopatológico carecen de utilidad clínica y pueden llevar a proporcionar un servicio ineficiente. El presente trabajo buscará aportar más información para esclarecer este debate.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe algún beneficio significativo en realizar una evaluación histológica rutinaria de especímenes de hemorroidectomía?

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio buscará definir la utilidad entre evaluación histológica rutinaria y selectiva, buscando la superioridad de una de las dos maneras de manejo de los especímenes de hemorroidectomía y como consecuencia, orientando la tendencia de los cirujanos hacia alguno de ellos.

HIPÓTESIS

- Hipótesis nula: La evaluación selectiva no ofrece ninguna ventaja en cuanto a detección de neoplasias ocultas en especímenes histológicos de hemorroidectomías en comparación a la evaluación rutinaria.
- Hipótesis alternativa: Existen ventajas de la evaluación selectiva en cuanto a detección de neoplasias ocultas en especímenes histológicos de hemorroidectomías en comparación a la evaluación rutinaria.

OBJETIVO

Objetivo general

- Definir utilidad de la evaluación histológica rutinaria de especímenes de patología en comparación con la evaluación selectiva en hemorroidectomías.

Objetivos específicos

- Valorar si existe alguna diferencia entre la evaluación selectiva en cuanto a detección de neoplasias ocultas en especímenes histológicos de hemorroidectomías en comparación a la evaluación rutinaria.
- Evaluar el costo de la evaluación rutinaria de los especímenes de hemorroidectomías

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron cuidadosamente los expedientes electrónicos de pacientes con diagnóstico de enfermedad hemorroidal manejados quirúrgicamente por cirujanos generales y colo-rectales del Centro Médico ABC Campus Observatorio y Santa Fe desde el primero de enero del 2007 hasta el 31 de diciembre del 2013, seleccionando y obteniendo una cohorte de pacientes con diagnóstico enfermedad que ameritaron tratamiento quirúrgico, tanto cirugías programadas como urgencias, sin importar la técnica utilizada, con recolección de datos hasta su egreso.

Se excluyeron todos los pacientes a los que se les realizó hemorroidectomía y no se enviaron muestras a patología, aquellos con diagnóstico previo de cáncer anorectal o en los que se realizó hemorroidectomía y se tuvo la sospecha por el aspecto macroscópico de malignidad. También se excluyeron los reportes histopatológicos de los tejidos de paciente que recibieron cirugía anal concomitante, como fistulotomía. La incidencia de hallazgos de patología inesperados se analizaron y evaluaron.

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Institución.

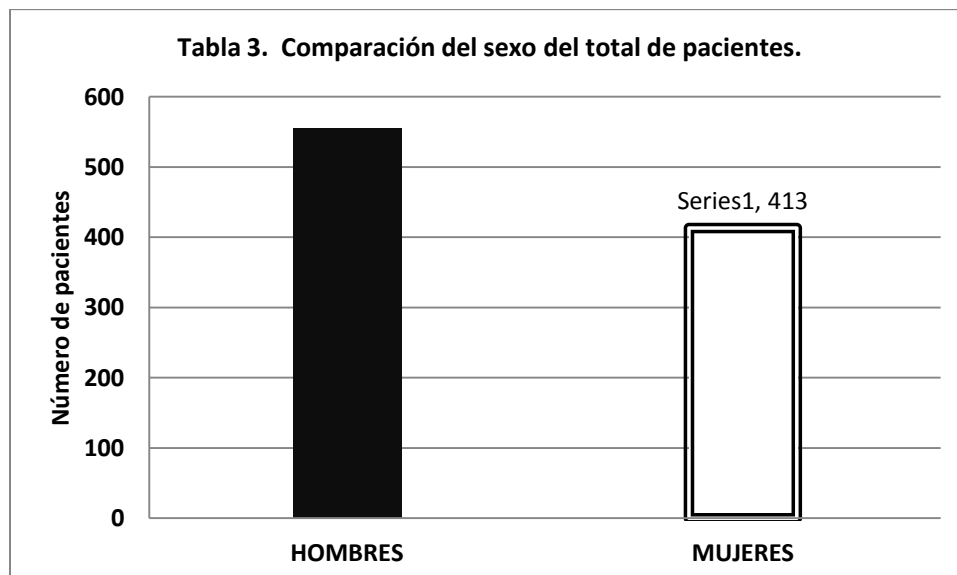
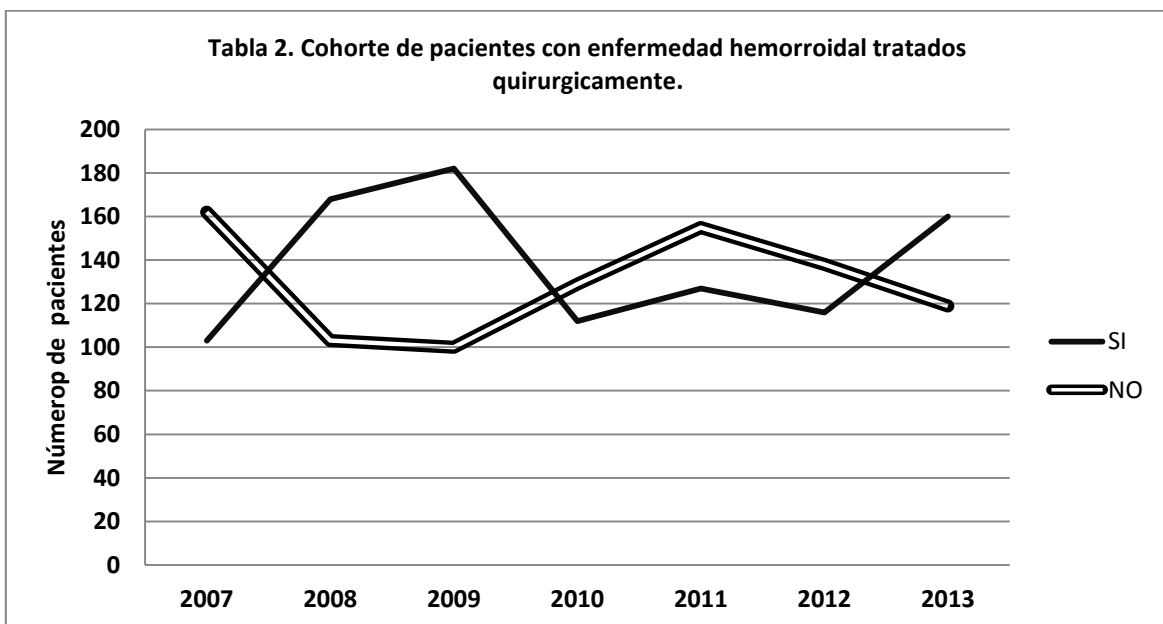
La selección del procedimiento quirúrgico y la decisión de enviar la muestra a patología, dependió de la preferencia del cirujano y de las características del paciente.

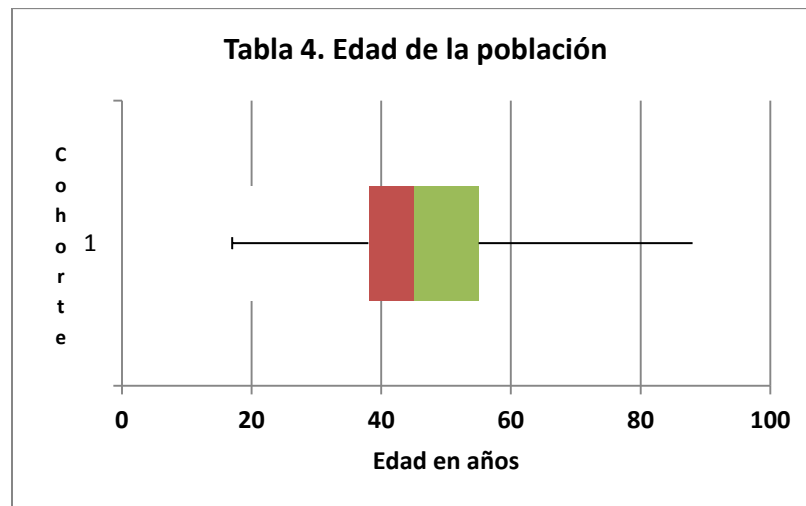
Se analizaron las características demográficas de cada paciente, el o los procedimientos realizados, envió de las piezas a patología y el resultado histopatológico, en caso de tener resultado positivo para malignidad los procedimientos adicionales que se requirieron.

RESULTADOS

Se obtuvieron 1875 pacientes con diagnóstico de enfermedad hemorroidal manejados quirúrgicamente durante el periodo de estudio (tabla 2). Se incluyeron 968 pacientes en los que se envió el tejido resecado a estudio histopatológico, 413 mujeres (43%) y 555 hombres (57%), con edad media de 46.6 años (Tabla. 3 -4).

Se excluyeron 907 pacientes a los cuales no se les realizo estudio histopatológico y dos pacientes con diagnóstico previo de cáncer anal.





El estudio histopatológico de los especímenes de hemorroidectomía reveló 4 casos (0.41%) de hallazgos inesperados incluyendo, condiloma acuminado (N= 2, 0.20 %), un pólipo inflamatorio cloacogénico (N=1, 0.10%) y una hiperplasia endotelial papilar (lesión de Masson) (N=1, 0.10 %) (tabla 5). A los cuatro pacientes se les realizó una hemorroidectomía Ferguson. Ningún paciente recibió manejo quirúrgico o médico adicional. No se reportaron recurrencias posteriores.

Tabla 4. Detalles sobre los hallazgos inesperados de 970 especímenes de hemorroidectomía

Diagnóstico patológico	Edad	Genero	No.
Condiloma acuminado	46,22	Hombre	2 (0.20%)
Pólipo inflamatorio cloacogénico	41	Hombre	1 (0.10%)
Hiperplasia endotelial papilar (lesión de Masson)	30	Mujer	1 (0.10%)
Total			4 (0.41%)

En esta serie no se encontraron casos de displasia escamosa focal, carcinoma in situ de células escamosas, adenocarcinoma in situ.

DISCUSIÓN

Los hallazgos histopatológicos en hemorroidectomías son raros. La incidencia varía según las series, se reportan tasas de 1% en la literatura, aunque sin bases objetivas que justifiquen este porcentaje. Existen series que prefieren la evaluación rutinaria de los especímenes de patología, esto con la justificación de una mínima incidencia de hallazgos anormales.

En la serie presentada, obtuvimos 2 casos de condiloma acuminado (0.20 %), un pólipo inflamatorio cloacogénico (0.10%) y una hiperplasia endotelial papilar (0.10 %). Todos ellos, no recibieron ningún otro tratamiento quirúrgico y no se reportaron recurrencias.

La evaluación rutinaria de patología es costosa. En nuestra institución el costo al paciente, que genera un estudio histopatológico de un espécimen de hemorroidectomía es de \$1,585 pesos. La inversión total en 7 años, de la evaluación rutinaria de especímenes de hemorroidectomía corresponde a \$ 1, 537,450 pesos. Debido a que no se encontraron lesiones premalignas o malignas en nuestra población, el estudio rutinario de los especímenes de hemorroidectomía no es costo – efectivo. Incluso si la tasa de carcinoma no sospechado es mayor en la población general, el estudio histopatológico rutinario no puede ser justificado.

Dentro de la literatura, se reportan estudios a favor de la evaluación rutinaria de los especímenes de patología. Por ejemplo, Di Cataldo et al. presentan el caso de un paciente en el que se realizó hemorroidectomía con engrapadora y encontró de manera incidental un tumor rectal carcinoide. Durante su seguimiento no encontraron muestras de tumor residual, sin necesidad de realizar otro procedimiento quirúrgico para su tratamiento. A pesar de esto hacen la recomendación de enviar todo los tejidos obtenidos de hemorroidectomías a patología.³

Timaran et al. reportaron 1 caso de adenocarcinoma del canal anal con apariencia normal a simple vista. El paciente no recibió tratamiento adicional y no presentó recurrencia a dos años. Los autores recomiendan examen patológico en casos dudosos. ⁴

Nicolas et al. revelaron 54 anomalías histológicas (0.69%) entre 8,123 especímenes de hemorroidectomía, que habían sido considerados como normales a la valoración macroscópica. Hubo 3 casos de neoplasia intraepitelial del canal anal (0.04%) y 4 casos de displasia severa (0.05%). No se presentaron casos de recurrencia en ninguno de los 7 casos posterior a la hemorroidectomía inicial. ⁵ Varut et al. recolectaron 914 especímenes de hemorroidectomía, de estos 13 (1.42%) exhibieron anomalías histológicas fuera de las lesiones esperadas. Ninguno de los hallazgos iniciales, alteraron el manejo postoperatorio. ⁶

Matthyssens et al. obtuvieron 3 casos de malignidad de 311 especímenes de hemorroidectomía de 1993 a 2002. Todas las malignidades presentaban apariencias macroscópicas sospechosas. Los autores no recomendaban una evaluación patológica rutinaria en la ausencia de anomalías macroscópicas. Enfatizan en la importancia del examen físico preoperatorio en lugar de un examen patológico de rutina. ⁷

Otros autores, al igual que las academias como La Sociedad Francesa de Coloproctología⁸ y el Colegio Real de Patólogos⁹, han abogado por el examen de patología selectivo en aspectos macroscópicos dudosos. Cataldo y MacKeigan reportaron 3 casos de enfermedad maligna en 21,257 hemorroidectomías en un periodo de 20 años, solo se encontró caso de carcinoma anal inesperado (0.0046%) y exhibía apariencia normal macroscópica. Los otros dos casos presentaban características de malignidad al examen físico. El tratamiento quirúrgico con hemorroidectomía fue el definitivo para los tres pacientes. Ellos

recomiendan el análisis selectivo de los especímenes de hemorroidectomía basados en la apariencia a grandes rasgos.¹⁰

La importancia de esta estrategia, recae en hecho de que actualmente nuestro sistema de salud se ve obligado a realizar prácticas que aumentan los costos del paciente, sin que realmente lleven al beneficio de este. Esto con la justificación de una demanda de mala práctica. Pero, actualmente existe suficiente evidencia para avalar el estudio selectivo de los especímenes de patología, lo que nos permitiría enfocar nuestro esfuerzo y recursos en acciones que realmente favorezcan al paciente.¹¹

Todos los pacientes deben someterse a un examen anorrectal cuidadoso antes de la cirugía. Se debe repetir el examen con el paciente bajo anestesia y todos los tejidos deben ser inspeccionados visual y manualmente por el cirujano. Se debe tener especial atención en lesiones sensibles, induradas y con pobre cicatrización. Cualquier área sospechosa, basada en la evaluación preoperatoria, examen bajo anestesia o inspección del tejido reseado, debe ser enviada a evaluación microscópica. Las heridas de hemorroidectomías deben ser evaluadas hasta su cicatrización completa.

CONCLUSIÓN

La evaluación histopatológica rutinaria de los especímenes de hemorroidectomía resulta, innecesaria y costosa, ya que sólo un 0.41% de nuestra población presenta una patología oculta. En base al estudio realizado se recomienda la evaluación selectiva, para los especímenes que muestren una apariencia macroscópica sospechosa durante el examen preoperatorio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ming- Hung S. Yao-Ying H., et al Routine Pathological Evaluation of surgical Specimens of Hemorrhoidectomy Necessary?. J Soc Colon Rectal Surgeon. 2012 27:30.
2. Riss S. Weber FA., et al The Prevalence of hemorrhoids in adults. Int J Colorectal Dis. 2012. 27:215–220
3. Di Cataldo A., Latino R, Cocuzza A. et al. Incidental rectal carcinoid discovered after stapled hemorrhoidopexy: importance of histopathologic examination. Ann. Ital. Chir., 2011 82: 155-157
4. Timaran CH.,Sangwan YP., Solla J., Adenocarcinoma in a Hemorrhoidectomy Specimen: Case report and Review of the literature.The American Surgeon. 2000. 789-792
5. Samad a., Kumar B.,Khanzada TW. Practice of Surgeons Regarding Examination of Pathological Specimens in Operating Room. J Ayub Med Coll Abbottabad 2009;21 137 – 142
6. Lohsirwic Examinationat V.Vongjirad A. Lohsirawat D. Value of Routine Histopathologic Examination of Three Common Surgical Specimens: Appendix, Gallbladder, and Hemorrhoid. World J Surg. 2009. 33:2189–2193
7. Matthyssens I.E. Ziol M. Champult G.G. Routine surgical pathology in general surgery. British Journal of Surgery 2006; 93: 362–368
8. Lemarchand N. Tanne F. Albert M. et al. Is routine pathologic evaluation of hemorrhoidectomy specimens necessary? Gastroenterol Clin Biol 2004;28:659-661
9. Histopathology and cytopathology of limited or no clinical value. The Royal Collage of pathologist. 2005. 1-13
10. Cataldo PA, MacKeigan JM. The necessity of routine pathologic evaluation of hemorrhoidectomy specimens. Surg Gynecol Obstet 1992;174:302-4
11. David M From Theory to Practice: Rationing Resources While Improving Quality: How to Get More for Less. JAMA. 1994, 817-824.

12. Cross S.S., Stone J.L. Proactive management of histopathology workloads: analysis of the UK Royal College of Pathologists' recommendations on specimens of limited or no clinical value on the workload of a teaching hospital gastrointestinal pathology service. *J Clin Pathol* 2002;55:850–852
13. Grodsky L. Unsuspected Anal Cancer Discovered after minor Anorectal Surgery. *Diseases of the Colon & Rectum*, 1967. 471-478
14. Rana K. Sherwant K. Kumar A. Raza M. Haemorrhoids or anal melanoma, importance of preoperative histopathological examination: A Case Report. *POL J PATHOL* 2010; 1: 46-48