

11238

2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G."
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SERVICIO DE CIRUGÍA DE COLON Y RECTO

EXPERIENCIA DEL TRATAMIENTO
QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD
HEMORROIDAL

276513

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
COLOPROCTOLOGÍA
P R E S E N T A :
DR. JAVIER HERRERA TORRES





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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. NIELS H. WACHER RODARTE

JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G."
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI -IMSS-

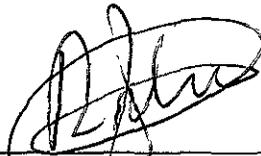


DR. JUAN PABLO PEÑA RUIZ ESPARZA

JEFE DE SERVICIO DE CIRUGÍA DE COLON Y RECTO
ASESOR DE TESIS Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G."
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI IMSS

DR. EDUARDO VILLANUEVA SAÉNZ

MÉDICO DE BASE DE CIRUGÍA DE COLON Y RECTO
ASESOR DE TESIS Y PROFESOR ADJUNTO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G."
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI IMSS



DR. JOSÉ LUIS ROCHA RAMÍREZ

MEDICO DE BASE DE CIRUGÍA DE COLON Y RECTO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G."
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI IMSS



DR. ABDIEL ANTONIO OCAMPO

ASESOR METODOLÓGICO
COORDINADOR DE EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G."
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI IMSS

RESUMEN

Antecedentes: Las hemorroides constituyen parte normal de la anatomía humana. Conforme un individuo envejece el tejido conectivo de fijación se debilita por factores hereditarios y ambientales, lo que provoca que el complejo hemorroidario protruya a la luz del conducto anal y descienda parcialmente. Las hemorroides se clasifican en internas y externas, las internas a su vez en grados. Los Signos más frecuentes que producen son: hemorragia, prolapso y trombosis. Se recomienda que el manejo primario debe ser conservador, reservando la cirugía para estadios avanzados de la enfermedad.

Objetivos : Conocer las características epidemiológicas, indicaciones para cirugía, grado de la enfermedad y tipo de procedimiento efectuado en los pacientes sometidos a hemorroidectomía, así como las complicaciones tempranas y tardías derivadas del tratamiento quirúrgico.

Método: Se revisaron en forma retrospectiva los expedientes 140 pacientes sometidos a hemorroidectomía, evaluando los siguientes parámetros: edad, sexo, indicación quirúrgica, cuadro clínico, grado de la enfermedad, patologías anorrectales asociadas, procedimiento quirúrgico efectuado y complicaciones postoperatorias. El análisis de los resultados se hizo en forma descriptiva, expresado en tablas de porcentaje y frecuencia.

Resultados : De 140 pacientes, 83 fueron hombres y 57 mujeres con edad promedio de 49 años, las indicaciones para cirugía más frecuentes fueron: hemorragia y trombosis. 70% tenía enfermedad grado III y 25.7% grado IV. 28.5% tenía otra patología anorrectal asociada. La complicación temprana más frecuente fue retención aguda de orina, las tardías fueron: fisura anal seguida por impactación fecal y hemorragia, observando una morbilidad global de 13%.

Conclusiones: La hemorroidectomía con técnica cerrada de Ferguson es un procedimiento seguro, que elimina permanentemente el tejido hemorroidal con una tasa de complicaciones baja y con excelentes resultados funcionales, por lo que es el procedimiento de elección para pacientes con enfermedad hemorroidal sintomática avanzada.

Palabras clave: Enfermedad hemorroidal, tratamiento quirúrgico.

ÍNDICE

| CAPÍTULO | PÁGINA |
|--------------------|---------------|
| ANTECEDENTES | 1 |
| OBJETIVOS | 7 |
| MATERIAL Y MÉTODOS | 9 |
| RESULTADOS | 11 |
| DISCUSIÓN | 13 |
| CONCLUSIÓN | 19 |
| RECOMENDACIONES | 20 |
| BIBLIOGRAFÍA | 21 |
| GRAFICAS | 24 |

ANTECEDENTES

Las hemorroides constituyen parte normal de la anatomía humana, se forman en la vida embrionaria y contribuyen al mecanismo de cierre anal, se localizan por arriba o por abajo de la unión mucocutánea del conducto anal, están presentes en todas las etapas de la vida y morfológicamente hay tres estructuras básicas: 1. - La cubierta que puede ser mucosa o anodermo. 2. - El estroma con vasos sanguíneos, elementos de músculo liso y tejido conectivo de soporte y 3. - Un sistema de fijación de tejido conectivo que fija las hemorroides al esfínter interno y al musculo longitudinal conjunto (1).

Conforme un individuo envejece el tejido conectivo de fijación se debilita lo que provoca que el complejo hemorroidario protruya a la luz del conducto anal y descienda parcialmente, por lo general este cambio se observa más claramente alrededor de la tercera década de la vida, esta debilidad puede ser hereditaria y condicionada también por factores ambientales, al descender los paquetes hemorroidales quedan expuestos a la presión producida al aumentar la presión intraabdominal al pujar y al trauma recibido por el bolo fecal endurecido, hay estasis en los vasos sanguíneos produciendo ocasionalmente la formación de coágulos y dilatación de los plexos con erosión de los mismos resultando esto en hemorragia (2,3).

La prevalencia de las hemorroides es casi igual en todos los grupos de edad, sin embargo la tasa de prevalencia de la enfermedad sintomática es aproximadamente de 4.4% en los Estados Unidos, presentándose por igual en ambos sexos, con una mayor incidencia en pacientes de 45 a 65 años. Se estima que un tercio de estos pacientes busquen atención médica representando esto por lo menos un millón de consultas por año por síntomas relacionados a la enfermedad hemorroidal (4).

Las hemorroides se clasifican en internas y externas, las internas a su vez se clasifican en grados, las de primer grado se visualizan a la exploración física

mediante la anoscopia y sangran ocasionalmente con la defecación, las de segundo grado protruyen con la defecación y regresan espontáneamente a su posición, las de tercer grado prolapsan con el esfuerzo requiriendo reducción manual y las de cuarto grado se encuentran prolapsadas todo el tiempo siendo irreductibles.

Los signos más frecuentes que pueden producir son: hemorragia, indolora e intermitente, en goteo o chorro, posterior a la defecación, dicha hemorragia rara vez lleva a la anemia por lo que la presencia de la misma obliga a descartar otras patologías. Un síntoma frecuente es el producido por la protrusion o el prolapso el cual origina una sensación de cuerpo extraño, el prolapso en etapas iniciales no se relaciona con dolor, pero en estadios avanzados puede haber trombosis o gangrena en las hemorroides prolapsadas (5,6).

Las hemorroides externas producen síntomas cuando se dilatan o se trombosan, la dilatación temporal produce ardor y escurrimiento. La trombosis produce dolor en diferentes grados así como hemorragia al erosionarse y ulcerarse la piel en tensión, por lo general se trata de sangre oscura.

En la evaluación del paciente con hemorroides es muy importante un interrogatorio cuidadoso haciendo énfasis en las características del sangrado, hábitos dietéticos y de defecación, historia de estreñimiento y hábitos dietéticos, la exploración física se enfoca al abdomen, región inguinogenital y la zona perianal, en la inspección se pueden detectar otras patologías así como la presencia de colgajos cutáneos y de hemorroides externas, al tacto rectal se debe evaluar principalmente el tono del esfínter y la presencia de masas o tumoraciones, las hemorroides cuando no están trombosadas no son

detectables a la palpación, por lo que la anoscopía es la piedra angular de la exploración en el paciente con hemorroides, la rectosigmoidoscopia y la colonoscopia (cuando se amerite) son obligatorias para descartar otras lesiones (7).

El tratamiento dependerá principalmente de los signos y síntomas del paciente. Se han propuesto una gran variedad de modalidades para el tratamiento de las hemorroides internas sintomáticas, históricamente hay referencias en papiros del antiguo Egipto de manejo médico en base a la aplicación local de medicamentos, los griegos 2000 años a.C. Recomendaban además la dilatación anal, en la edad media el tratamiento variaba entre la aplicación tópica de ungüentos hasta la cauterización con un hierro candente, existiendo incluso un santo patrono para que se encomendaran los pacientes que sufrían de enfermedad hemorroidal. Fue hasta 1835 en el hospital St.Marks que Salmon efectuó la primera hemorroidectomía con ligadura del pedículo vascular, la técnica quirúrgica se ha modificado a lo largo del tiempo pasando por la técnica de excisión circunferencial propuesta por Whitehead en 1882, la hemorroidectomía abierta propuesta por Milligan-Morgan en 1937 a la técnica cerrada descrita por Ferguson en 1957, técnica que desde entonces ha tenido gran aceptación por sus buenos resultados funcionales y principalmente en términos de satisfacción del paciente (8,9,10).

En términos generales se recomienda que el manejo primario de esta enfermedad debe ser conservador, principalmente si se sospecha que los síntomas son secundarios a alteraciones en la dieta, consistencia de las evacuaciones (estreñimiento o diarrea) o higiene deficiente, el tratamiento médico incluye la aplicación de sediluvios, corrección de la dieta, modificación en la consistencia de las heces y el uso de cremas tópicas, el uso prolongado de esteroides tópicos no es recomendable ya que produce

atrofia y adelgazamiento del anodermo incrementando la frecuencia de los episodios de hemorragia.

El miedo a la cirugía y al dolor postoperatorio, han impulsado el desarrollo de abordajes y manejos alternativos no operatorios, como los siguientes:

Escleroterapia: Método propuesto en 1869 por Morgan, cuyo objetivo es producir fibrosis mediante la inyección de soluciones esclerosantes como la quinina, la urea, aceites vegetales y morruato de sodio, su uso ha declinado en los últimos años pero sus resultados son buenos en hemorroides internas pequeñas, sangrantes (11).

Ligadura con bandas: Este método propuesto por Blaisdell en 1958, es actualmente el tratamiento de elección para las hemorroides internas de primer o segundo grado, complicadas con hemorragia o prolapso y aunque inicialmente se recomendaba la ligadura de un solo paquete hemorroidal a la vez, actualmente se acepta la ligadura de múltiples paquetes en una sola sesión, con buenos resultados en el 80 al 90 % de los casos y amplia aceptación por parte de los pacientes y médicos a pesar de haberse reportado casos de complicaciones sépticas graves con este procedimiento (12,13).

Crioterapia : Este método consiste en la utilización de un instrumento que produce el congelamiento del tejido hemorroidal causando destrucción tisular, su uso no está muy difundido porque produce dolor intenso y la cicatrización de la herida tarda de 4 a 8 semanas, causando secreción por largos periodos de tiempo e incontinencia en algunos casos, sin embargo hay reportes favorables en el manejo de hemorroides de primer y segundo grado (14,15).

Coagulación infrarroja: La radiación infrarroja es producida por una lámpara de halógeno de tungsteno, la luz penetra 3 mm hasta la submucosa originando con el calor una desnaturalización de las proteínas y fibrosis fijando así el tejido hemorroidal a la capa muscular, su indicación principal es en hemorroides pequeñas, sangrantes, sin prolapso comparándose los resultados obtenidos con ligadura y escleroterapia (16).

Diatermia bipolar y corriente directa: Se utiliza una corriente eléctrica para generar un efecto similar al descrito con la coagulación infrarroja, los resultados son favorables incluso en pacientes con hemorroides de tercer grado, la diatermia bipolar consume menos tiempo que la aplicación de corriente directa, sin embargo estos métodos no tienen ventajas sobre la hemorroidectomía convencional por lo que su uso no está muy difundido (17,18).

LÁSER : Se utilizan principalmente 2 tipos el de CO₂ y el Nd:YAG, el principio de la utilización de Láser es el supuesto control en cuanto a la profundidad del tejido destruido resultando en una cicatrización más rápida y menor dolor que la hemorroidectomía, sin embargo esto no ha sido comprobado, la principal desventaja es su elevado costo (19).

Cirugía : A pesar de las muchas opciones de manejo no quirúrgicas disponibles aproximadamente 9% de los pacientes con esta patología, requerirán cirugía a largo plazo, el procedimiento cuando se practica con cuidado y en manos expertas tiene excelentes resultados, ya que es el único método que erradica permanentemente el tejido hemorroidal con una tasa de recidiva menor al 2%, mucho menor que el 20% correspondiente a los tratamientos alternativos en general. Las complicaciones tempranas de la

hemorroidectomía quirúrgica son retención urinaria y hemorragia, a lo que sigue impactación fecal, que se produce varios días después de la operación.

Las complicaciones tardías son hemorragia interna y estenosis anal. Es frecuente una tasa de hemorragia de 2% después de la hemorroidectomía, la estenosis debe ocurrir en menos del 1% de los casos (20,21).

El manejo quirúrgico para hemorroides externas esta indicado si los síntomas requieren tratamiento de urgencia o si el tratamiento médico ha fallado, persistiendo crónicamente los síntomas. En la enfermedad hemorroidal interna el tratamiento quirúrgico se indica en los siguientes casos:

- 1) Falla de medidas conservadoras de tratamiento.
- 2) Paciente con enfermedad hemorroidal sintomática con patología anorrectal benigna asociada que requiere cirugía (fisuras, fístulas, papila hipertrófica o estenosis).
- 3) Paciente que solicita tratamiento quirúrgico en lugar de otros tipos de tratamiento.
- 4) Pacientes con hemorroides de tercer y cuarto grado con o sin componente externo y sintomáticos (22).

En el presente estudio se reporta la experiencia con el manejo quirúrgico de enfermedad hemorroidal en el servicio de cirugía de colon y recto del HECMN Siglo XXI.

OBJETIVOS

1.- Conocer las características epidemiológicas de los pacientes sometidos a hemorroidectomía.

- Edad
- Sexo

2.- Identificar las indicaciones para cirugía más frecuentes en los pacientes con enfermedad hemorroidal.

- Hemorragia
- Trombosis
- Otros

3. - Conocer el porcentaje de pacientes con hemorroides externas (componente mixto) intervenidos quirúrgicamente por patología hemorroidal.

4. - Conocer el grado de enfermedad hemorroidal en los pacientes sometidos a cirugía.

- Grado: I
- II
- III
- IV

5. - Describir el manejo quirúrgico efectuado en estos pacientes.

- Tipo de procedimiento
- Número de paquetes resecaados
- Procedimientos extra

6. - Conocer el índice de complicaciones tanto tempranas como tardías derivadas del tratamiento quirúrgico.

Tempranas:

- Retención urinaria
- Hemorragia
- Infección

Tardías:

- Hemorragia
- Fisura anal
- Impactación fecal
- Ectropión
- Incontinencia
- Estenosis

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron retrospectivamente los expedientes de todos los pacientes sometidos a intervención quirúrgica por enfermedad anorrectal en el servicio de cirugía de colon y recto del H.E.C.M.N. Siglo XXI en el lapso de tiempo comprendido entre Noviembre de 1995 y Noviembre de 1999. Evaluando en particular a los pacientes sometidos a hemorroidectomía excisional sola o en combinación con otro procedimiento tomando los siguientes parámetros: edad, sexo, indicación quirúrgica, cuadro clínico (hemorragia, prolapso, dolor, trombosis etc.), grado de enfermedad hemorroidal, patología anorrectal asociada, tratamiento quirúrgico efectuado y complicaciones postoperatorias.

Cuidados preoperatorios:

La hospitalización tuvo lugar el día previo a la cirugía, indicándose dieta normal hasta las 22 h y la aplicación de enemas con 1500 cc de agua tibia la noche previa, y uno mas por la mañana antes del evento quirúrgico. Se utilizaron antibióticos solo en caso de que hubiese una indicación precisa para su uso (Diabetes Mellitus, SIDA etc.).

Técnica:

Todos los procedimientos se efectuaron en quirófano, bajo anestesia regional (epidural) con el paciente en posición de decúbito prono modificado. La técnica quirúrgica utilizada en todos los casos fue la técnica cerrada estándar de Ferguson, en donde se efectúa una incisión en huso alrededor del complejo hemorroidal desde el pedículo hasta la piel perianal. El complejo hemorroidal es disecado del esfínter anal interno en forma submucosa hasta el pedículo, el cual es ligado con Catgut crómico 00 utilizando la misma sutura para cerrar la herida en forma continua.

Cuidados Postoperatorios:

Reinstalación de vía oral con dieta blanda el mismo día de la cirugía, con restricción de líquidos intravenosos. El régimen postoperatorio de analgesia consistió en la administración de una combinación de antiinflamatorios no esteroideos con horario (Metamizol 1gr IV cada 6 h y Diclofenac 75 mg IM cada 12 h). Egresándose al paciente en las primeras 24 horas posteriores a la cirugía.

Todos los pacientes recibieron indicaciones verbales y por escrito, en cuanto al tipo de dieta, cuidados generales, aplicación de sediluvios, así como la prescripción de acetaminofén y Psyllium plantago, además de la indicación de utilizar un laxante (leche de magnesia), en caso de no haber evacuado en las primeras 72 hrs posterior a la cirugía para evitar la impactación fecal. Los pacientes fueron evaluados posteriormente en el consultorio una y tres semanas después del alta hospitalaria.

El análisis de los resultados se hizo en forma descriptiva, expresado en tablas de porcentaje y frecuencia.

RESULTADOS

En el periodo de tiempo comprendido entre Noviembre de 1995 y Noviembre de 1999, se efectuaron en el servicio de cirugía de colon y recto del H.E.C.M.N. Siglo XXI un total de 400 cirugías anorrectales, de las cuales 140 correspondieron a hemorroidectomías 35% gráfico 1. De estos 140 pacientes 83 (59.2%) fueron hombres y 57 (40.8%) mujeres, con una edad promedio de 49 años y con un rango de 23 a 78 años gráfico 2.

Las indicaciones para cirugía más frecuentes fueron: Hemorragia 104 pacientes (74.4%), antecedente de hemorragia y trombosis 25 pacientes (17.8%), trombosis recidivante 5 pacientes (3.6%), y trombosis aguda en 6 pacientes (4.3%) Tabla 1. Adicionalmente cabe mencionar que de los 129 pacientes con hemorragia 8 (5.7%) se presentaron con anemia severa ($Hb < 9gr$) requiriéndose transfusión preoperatoria en todos los casos gráfico 3.

El 57% de los pacientes tenían hemorroides internas solamente y 43% presentaba además un componente externo gráfico 4. De los 140 pacientes 6 tenían enfermedad hemorroidal grado II (4.3%), 98 grado III (70%) y 36 grado IV (25.7%) gráfico 5.

Se efectuó únicamente hemorroidectomía con técnica cerrada de Ferguson en 100 pacientes (71.5 %), mientras que en los restantes 40 se realizó cuando menos otro procedimiento anorrectal por patologías agregadas, de estas la fisura anal fue la más frecuentemente asociada en un 18% de los casos ($n=25$), seguida por fístulas perianales de origen criptoglandular en 7.8 %, efectuándose un total de 180 procedimientos en los 140 pacientes Tabla 2.

La cirugía se llevo al cabo sin complicaciones en todos los casos, requiriéndose de transfusiones transoperatorias en 3 casos (2.1%). Se realizó resección de 2 paquetes hemorroidales en 11 pacientes (7.6%) y de los tres paquetes hemorroidales principales en 129 (92.4%) gráfico 6. Con tiempo quirúrgico promedio de 45 minutos con rango de 20 minutos a 2 horas.

En cuanto a las complicaciones tempranas la más frecuente fue la retención aguda de orina que se presento en 7 pacientes (5%). La hemorragia temprana se presentó en 2 pacientes (1.4%), manejados uno con taponamiento hemostático (Spongostan®) y el otro con sutura bajo anestesia local del pedículo sangrante. No hubo casos de infección. Figura 7

La complicación tardía más frecuente fue el desarrollo de fisura anal postquirúrgica en 6 pacientes (4.3%), la cual fue tratada en forma conservadora con buenos resultados en todos los casos y hemorragia tardía en 2 pacientes (1.4%) manteniendo en ambos casos una conducta expectante con resolución espontánea del cuadro. Tres pacientes (2.1%) presentaron impactación fecal y un paciente operado por trombosis encarcerada presento ectropión de mucosa e incontinencia temporal a gases, constituyendo el único caso con este tipo de complicaciones (0.7%). No se presentaron casos de estenosis Figura 8..

DISCUSIÓN

La enfermedad hemorroidal es un trastorno frecuente, que en estadios iniciales puede ser manejada en forma conservadora o con modalidades de tratamiento alternas a la cirugía, sin embargo se considera que aproximadamente 10% de los pacientes con esta enfermedad, requerirán de manejo quirúrgico a largo plazo (4). En nuestro hospital la hemorroidectomía represento mas de una tercera parte de los procedimientos de cirugía anorrectal efectuados en el lapso de tiempo del estudio.

La distribución por edad de la enfermedad hemorroidal tributaria de manejo quirúrgico muestra un patrón hiperbólico, con un pico en la quinta década de la vida y una disminución gradual después de los 70 años. La presencia de enfermedad hemorroidal severa tributaria de cirugía antes de los 30 años fue poco frecuente. Hombres y mujeres demostraron una distribución similar por edades. Habitualmente se considera a la enfermedad hemorroidal como un proceso consecuencia del envejecimiento y que se incrementa en frecuencia y severidad con la edad (3). Los resultados de este estudio no apoyan esta teoría, ya que aparentemente hay una disminución en la frecuencia con la edad, de hecho la distribución hiperbólica antes mencionada concuerda con la descrita en estudios precedentes (2,23,24), la razón de esto no está establecida, aunque pudiera estar relacionada con la disminución de las presiones anorrectales con el envejecimiento (25), ya que en estudios manométricos se ha encontrado que los pacientes con enfermedad hemorroidal sintomática mantienen presiones basales del esfínter anal interno más altas que en la población general, sin haberse determinado a la fecha si esto es causa o efecto de la enfermedad (26).

No hubo diferencia significativa en la ocurrencia de la enfermedad entre los sexos, siendo ligeramente más frecuente en los hombres.

La mayoría de los pacientes atribuyen una gran variedad de síntomas a la enfermedad hemorroidal. Sin embargo, los signos y síntomas principales de ésta son: Hemorragia, protrusión y dolor. Prueba de ello son las indicaciones para cirugía observadas en el presente estudio, 92% de los pacientes (n=129) tenían antecedente de hemorragia y 25% (n=36) de trombosis. La hemorragia indolora en el momento de la defecación resulta del crecimiento de los paquetes hemorroidales internos, usualmente la sangre es roja brillante y puede gotear al inodoro, puede ocurrir con o sin la evacuación y puede o no estar mezclada con las heces dependiendo de la consistencia de las mismas. Más frecuentemente la sangre se encuentra en el papel higiénico posterior al aseo. Aunque episódicos en naturaleza, la frecuencia y severidad de los síntomas se incrementan con el tiempo. El prolapso o la protrusión de las hemorroides es uno de los signos más frecuentes, sin embargo en etapas iniciales este no produce dolor por lo que el paciente difiere la visita al médico, pero al incrementarse el grado de prolapso se incrementa la posibilidad de complicarse con trombosis en uno o en todos los paquetes hemorroidales. El dolor en casos de trombosis está originado por el aumento de presión sostenida en un espacio confinado, y en otros casos está asociado a la presencia de patologías agregadas, la más frecuente es la fisura anal. Otros síntomas asociados por el paciente a la enfermedad como el ardor o el prurito anal rara vez tienen como causa a la patología hemorroidal.

Aun cuando la anemia severa no está reportada como una complicación frecuente asociada a la enfermedad hemorroidal (6,27), en este estudio se presentó en 6% de los pacientes (n=8). Esto refleja una evolución crónica de la enfermedad y una falta de atención oportuna, debido probablemente a

la automedicación con ungüentos y supositorios o incluso por retraso en el envío al especialista por parte del médico en los niveles primarios de atención. En los 8 casos mencionados se excluyó mediante colonoscopia preoperatoria otra causa de hemorragia y se tuvo una recuperación de los valores de hemoglobina en un promedio de 2 meses en todos los casos.

La mayoría de los pacientes con enfermedad hemorroidal sintomática grado I y II son bien controlados con medidas higiénico-dietéticas y no son candidatos a cirugía, en nuestro estudio solo 6 (4.3%) de 140 pacientes intervenidos quirúrgicamente tenían hemorroides internas grado II. Sin embargo la hemorroidectomía aun cuando es menos frecuente hoy en día, debido a que han aparecido otras modalidades de tratamiento, sigue siendo el estándar de oro para el tratamiento de la enfermedad hemorroidal avanzada(10), así como en pacientes que presentan un componente externo y para aquellos con otras patologías anorrectales asociadas que ameriten tratamiento quirúrgico. En éste estudio 95.7% de los pacientes (n= 134) tenían hemorroides internas grado III o IV, 43% (n=61) presentaban además un componente externo y 28.6% (n=40) tenían otra patología agregada, de estas la mas frecuente fue la fisura anal seguida de fístulas perianales.

En cuanto al procedimiento operatorio con la técnica cerrada de Ferguson (previamente descrita), todos los procedimientos se llevaron a cabo sin complicaciones, efectuándose resección de los tres paquetes hemorroidales principales en 129 pacientes y de 2 paquetes en 11, en estos últimos el motivo de la intervención fue principalmente la patología asociada, en donde las manifestaciones clínicas predominantes eran secundarias a la misma. El tiempo quirúrgico promedio (cuarenta y cinco minutos), es similar al reportado en otros estudios (10).

La complicación temprana más frecuente fue la retención aguda de orina que se presentó en 5% de los casos, esta complicación se cree que sea secundaria a una disfunción del músculo detrusor de la vejiga o del trigono vesical como reflejo en respuesta al dolor perianal o a la distensión del conducto anal (20). Se ha hecho énfasis en diferentes estudios en la importancia de la restricción de líquidos intravenosos en el postoperatorio inmediato, para reducir el flujo urinario a la vejiga y permitir que transcurran de 18 a 24 horas antes de alcanzar la capacidad vesical máxima. Dicha conducta ha logrado disminuir la incidencia de esta complicación que en la mayoría de las series se reporta en promedio del 15 al 20 % (4,28,29) a menos del 5% (20). Lo anterior se corrobora en este estudio, por otra parte, la mayoría de los pacientes que presentaron retención aguda de orina en este grupo de estudio fueron sometidos a más de un procedimiento anorrectal en el mismo tiempo quirúrgico (uno a fisurectomía y tres a fistulotomía) y por lo tanto a cirugías más prolongadas.

La Hemorragia postquirúrgica constituye la complicación más importante y ha sido reportada en otros estudios entre el 0.5 y el 6.7 de los pacientes sometidos a hemorroidectomía (4,8,21,30). Se puede presentar de dos formas, la primera se presenta en las primeras 24 horas y resulta por lo general de problemas técnicos y usualmente debido a una ligadura inadecuada del pedículo, en esta serie se presentó en 2 pacientes (1.4%) requiriéndose en un caso resutura del pedículo sangrante y de taponamiento hemostático en el otro. La hemorragia tardía que se presenta entre los días 7 y 16 del postoperatorio, se cree es secundaria a una ruptura del tejido de granulación durante la defecación y es independiente a la técnica quirúrgica (21), en nuestro estudio la hemorragia tardía se presentó en 2 casos (1.4%) resolviéndose en ambos en forma espontánea.

A pesar de la presencia de un gran número de bacterias Gramm negativas y anaerobios en el conducto anal, la infección después de procedimientos anorrectales es rara, reportándose una incidencia entre 0.5 y 0.6%. En este grupo de estudio no hubo ningún caso de absceso o infección.

La complicación tardía más frecuente, fue el desarrollo de fisura anal postquirúrgica que fue del 4.3%, un poco más alta que lo reportado previamente en otras series donde se ha observado entre 0.4 y 2% (4,8). En nuestra experiencia el desarrollo de esta complicación es secundario a estreñimiento, generalmente por desatención del paciente a las medidas dietéticas indicadas, ya que al corregir este factor la fisura cicatrizó en todos los casos sin complicaciones. Otra complicación atribuible al estreñimiento fue la impactación fecal que se presentó en tres pacientes (2.4%), resuelta en todos los casos con la aplicación de enemas de agua simple.

Solo hubo un caso de ectropión mucoso e incontinencia temporal a gases, ambas complicaciones se presentaron en un solo paciente, que fue intervenido de urgencia por una trombosis encarcerada. La morbilidad en los pacientes operados por trombosis aguda fue del 33% ya que además del paciente mencionado, otro de los 6 pacientes que fueron operados por esta causa presentó retención aguda de orina y aunque son pocos pacientes para establecer conclusiones, sugerimos que estos pacientes deben ser tratados inicialmente en forma conservadora ya que el edema y la inflamación pueden dificultar la realización de la hemorroidectomía en forma adecuada.

No hubo casos de estenosis, esta complicación se presenta generalmente al reseca una cantidad excesiva de anodermo, lo cual se puede evitar con una técnica cuidadosa dejando puentes adecuados de piel y mucosa entre una herida y otra y efectuando siempre incisiones radiales (19). Esta

complicación que se ha reportado en la literatura entre 0.2 y 1% (8,19) ocasiona trastornos severos para el paciente y salvo excepciones requiere, de tratamiento quirúrgico. Cabe mencionar que en el mismo lapso de tiempo de este estudio se operaron en nuestro servicio por este problema a 12 pacientes sometidos a hemorroidectomía por cirujanos generales en hospitales de segundo nivel de esta institución; Desconocemos el número total de hemorroidectomías realizadas en estos hospitales, por lo que no se puede establecer una incidencia de esta complicación, pero de cualquier forma contrasta con el 0% de estenosis obtenido por cirujanos de colon y recto en nuestro hospital.

La tasa de complicaciones observada en esta revisión retrospectiva es similar a la reportada en la literatura, con una incidencia de complicaciones tempranas de 6.4% y de complicaciones tardías de 7%, para una morbilidad global de 13.4% que se encuentra dentro del 10 a 20 % reportado en otros estudios similares (4,8,31), resaltando que la gran mayoría de estas complicaciones se pueden considerar como menores, ya que solo un paciente (0.7%) requirió ser reintervenido y solo uno presentó una secuela a largo plazo secundaria al procedimiento.

CONCLUSIÓN

La enfermedad hemorroidal tributaria de tratamiento quirúrgico es un padecimiento frecuente que afecta por igual a ambos sexos y se presenta mas frecuentemente en la quinta década de la vida. Las indicaciones principales para cirugía son hemorragia y trombosis. La mayoría de estos pacientes tienen un padecimiento de evolución crónica con un grado avanzado de la enfermedad, mas de la mitad tiene además un componente externo y una tercera parte presenta otra patología anorrectal asociada que requiere cirugía.

La complicación temprana más frecuente es la retención urinaria que se puede minimizar al restringir el aporte intravenoso de líquidos en el postoperatorio inmediato, especialmente en los pacientes sometidos a más de un procedimiento en el mismo tiempo quirúrgico. En cuanto a las complicaciones tardías la mayoría se presentan por problemas relacionados a estreñimiento en el periodo postoperatorio mediato, por lo que se debe hacer especial énfasis al paciente en cuanto a la importancia del seguimiento estricto de las medidas dietéticas.

La hemorroidectomía quirúrgica con técnica cerrada de Ferguson es un procedimiento que elimina permanentemente el tejido hemorroidal, por lo que sigue siendo el tratamiento de elección para los pacientes con enfermedad hemorroidal sintomática avanzada, y si se efectúa con una técnica adecuada por cirujanos con adiestramiento especial en cirugía de colon y recto, con los cuidados preoperatorios y postoperatorios adecuados presenta una tasa de complicaciones baja con excelentes resultados funcionales.

RECOMENDACIONES

- 1.- La hemorroidectomía es un procedimiento que se debe reservar para pacientes con enfermedad hemorroidal sintomática avanzada, o con patología anorrectal asociada.
- 2.- Es un procedimiento que debe ser realizado solo por cirujanos con adiestramiento especial en cirugía de colon y recto.
- 3.- Además de una técnica quirúrgica depurada, se debe procurar restringir el aporte de líquidos intravenosos en el postoperatorio inmediato a fin de disminuir el índice de complicaciones urinarias.
- 4.- Se debe tratar conservadoramente a los pacientes con trombosis aguda en forma inicial y efectuar la hemorroidectomía cuando se haya resuelto el proceso inflamatorio.
- 5.- El manejo postoperatorio es extremadamente importante y debe incluir indicaciones precisas verbales y por escrito en cuanto a la dieta, control del dolor, movimientos intestinales, patrones de evacuación, cuidados de la herida quirúrgica y datos de alarma, para minimizar las complicaciones asociadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Haas P, Thomas A. The patogenesis of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1984; 27:442-450.
2. Johanson J, Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation (An epidemiologic Study). *Gastroenterology* 1990; 98:380-386.
3. Haas P, Hass G, Fox T. The prevalence of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1983; 26:435-439.
4. Bleday R, Peña JP, Rothenberg D, Goldberg S. Symptomatic hemorrhoids: current incidence and complications of operative treatment. *Dis Colon Rectum* 1992; 35:477-481.
5. Dennison A, Wherry D. Hemorrhoids: Non operative management. *Techniques of colorectal surgery. Surg Clin North Am* 1988; 68:1401-1409.
6. Kliuber R, Wolff B. Evaluation of anemia caused by Hemorrhoidal Bleeding. *Dis Colon Rectum* 1994; 37:1006-1007.
7. Mazier P. Hemorrhoids. *Surg Clin North Am* 1994; 6:1339-1346.
8. Wolff B, Culp C. The Whitehead hemorrhoidectomy (An unjustly maligned procedure). *Dis Colon Rectum* 1988; 31:587-590.
9. Parks A. Haemorrhoidectomy. *Surg Clin North Am* 1965; 32:1305-1315.
10. Senagore A, Mazier P, Luchtefeld M. Treatment of advanced Hemorrhoidal disease: A prospective, Randomized comparison of cold scalpel vs. Contact Nd: YAG Laser. *Dis Colon Rectum* 1993; 36:1042-49.
11. Santos G, Novell J, Lewis A. Long term results of large dose, single session phenol injection sclerotherapy for hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1993; 36:958-61.
12. Mac Rae H, McLeod R. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities. *Dis Colon Rectum* 1995; 38:687-694.
13. Lee H, Spencer R. Multiple hemorrhoidal bandings in a single session. *Dis Colon Rectum* 1994; 37:37-41.

14. Smith L, Goodreau JJ. Operative hemorrhoidectomy Vs Cryodestruction. *Dis Colon Rectum* 1979; 22:10-16.
15. Lewis MI. Diverse methods of managing hemorrhoids: cryohemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 1973; 1: 666-8.
16. Ambrose N, Morris D. A randomized trial of photocoagulation or injection sclerotherapy for the treatment of first and second degree hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1985; 28:238-40.
17. Andrews B, Layer G, Jackson B. Randomized Trial comparing diathermy hemorrhoidectomy with the scissor dissection Milligan-Morgan operation . *Dis Colon Rectum* 1993; 36:580-583.
18. Hinton C, Morris T. A randomized trial comparing direct current therapy and bipolar diathermy in the outpatient treatment of third degree hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1990; 30:931-32.
19. Hodgson W. Ambulatory hemorrhoidectomy with CO2 Laser. *Dis Colon Rectum* 1995; 38:1265-1269.
20. Hoff S, Bailey R, Zamora L. Ambulatory surgical hemorrhoidectomy - A solution to postoperative Urinary retention ?. *Dis Colon Rectum* 1994; 37:1242-1244.
21. Rosen L, Stasik J, Trimpf H. Outcome of delayed hemorrhage following surgical hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 1993; 36:743-746.
22. Standarts Task force American society of colon and rectal surgeons. Practice parameters for the treatment of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1990; 30:956-957.
23. National center for health statistics. Current estimates from the national health interview survey; United States, 1985. Vital and health statistics. Series 10, No 156. DHHS pub. No 86-1588 Washington D.C.: U.S. Government printing Office. July 1986.
24. Royal college of general practitioners. Morbidity statistics from general practice: Third national study 1981-1982. Office of population, Censuses and

surveys. Department of health and social security. Government statistical service. London: Her majesty's stationery office, 1986.

25-Mc Hugh SM, Diamant NE. Effect of age, gender, and parity on anal canal pressures. *Dig Dis Sci* 1987; 32:726-36.

26.Abdel-Fattah M, Abdel-Baky N. Anorectal pressure in patients with symptomatic hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1986; 29:388-91.

27.Mazier P. Hemorrhoids. In: Mazier P. Editor. *Surgery of the colon, rectum and anus*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1995.p.232.

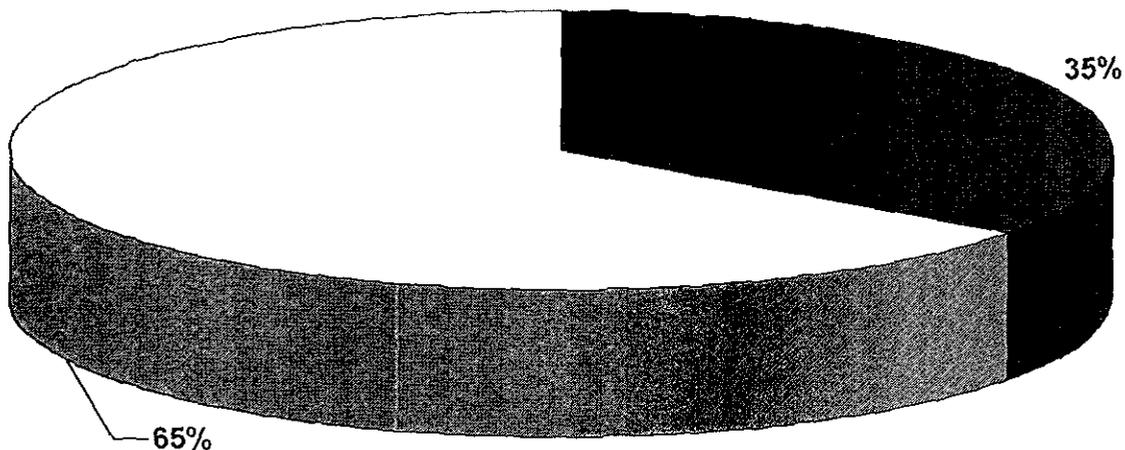
28.Petros J, Bradley T. Factors influencing postoperative urinary retention in patients undergoing surgery for benign anorectal disease. *Am J Surg* 1990; 159:374-6.

29.Bailey H, Ferguson J. Prevention of urinary retention by fluid restriction following anorectal operations. *Dis Colon Rectum* 1976; 19:250-2.

30.Ho Y, Seow-Choen F, Goh S. Prospective randomised trial of a micronized flavonoidic fraction to reduce bleeding after haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 1995; 82:1034-5

31.Corno F, Muratore A, Capuzzi P. Complications of the surgical treatment of hemorrhoids and its therapy. *Ann Chir* 1995; 66:813-6.

Tratamiento quirúrgico de enfermedad anorrectal



- Hemorroidectomía
- Otros procedimientos

Gráfico I. Valores expresados en porcentaje de cirugía anorrectal efectuada

Fuente : Servicio de cirugía de colon y recto HECMN Siglo XXI IMSS

Grupos de edad

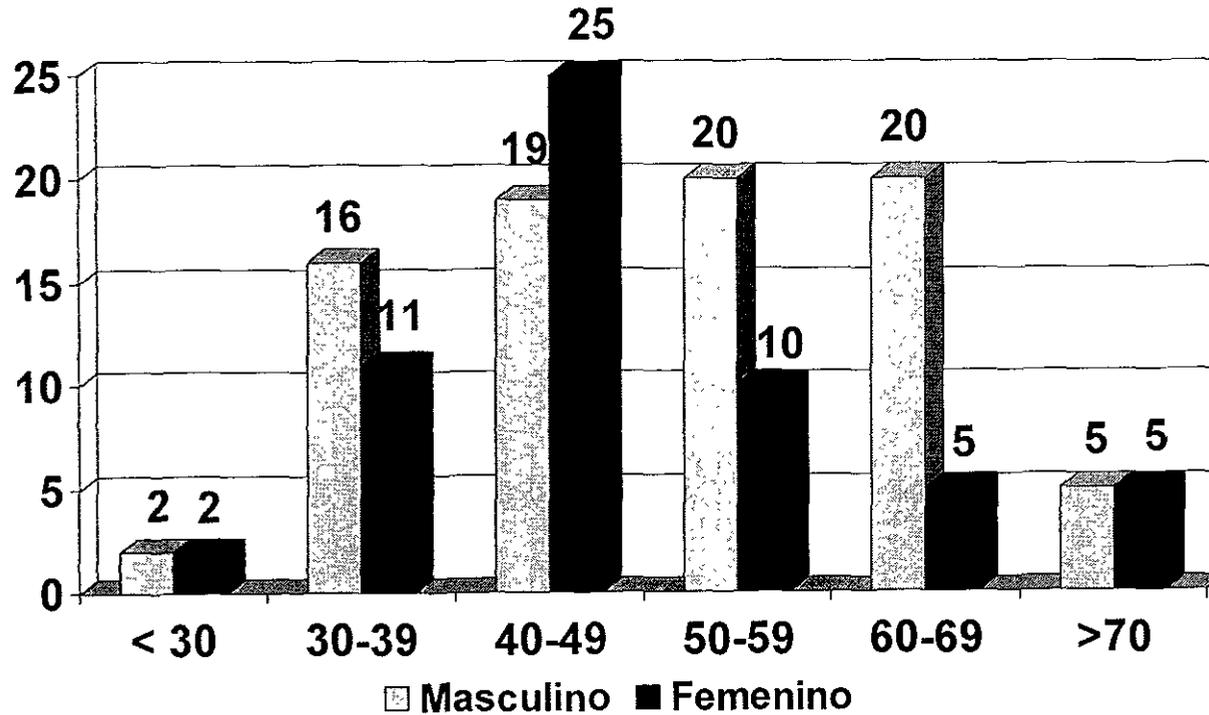


Gráfico 2 . Valores expresados en frecuencia de pacientes con enfermedad hemorroidal
Fuente : Servicio de cirugía de colon y recto HECMN Siglo XXI IMSS

Indicaciones para cirugía

Tabla I

| INDICACIONES | PACIENTES | % |
|--------------------------------|-----------|------|
| Antecedente de Hemorragia | 104 | 74.3 |
| Ant. de Hemorragia y trombosis | 25 | 17.8 |
| Trombosis recidivante | 5 | 3.6 |
| Trombosis aguda | 6 | 4.3 |

Valores expresados en frecuencia y porcentaje

Fuente : Servicio de cirugía de colon y recto HECMN Siglo XXI IMSS

Pacientes con anemia severa

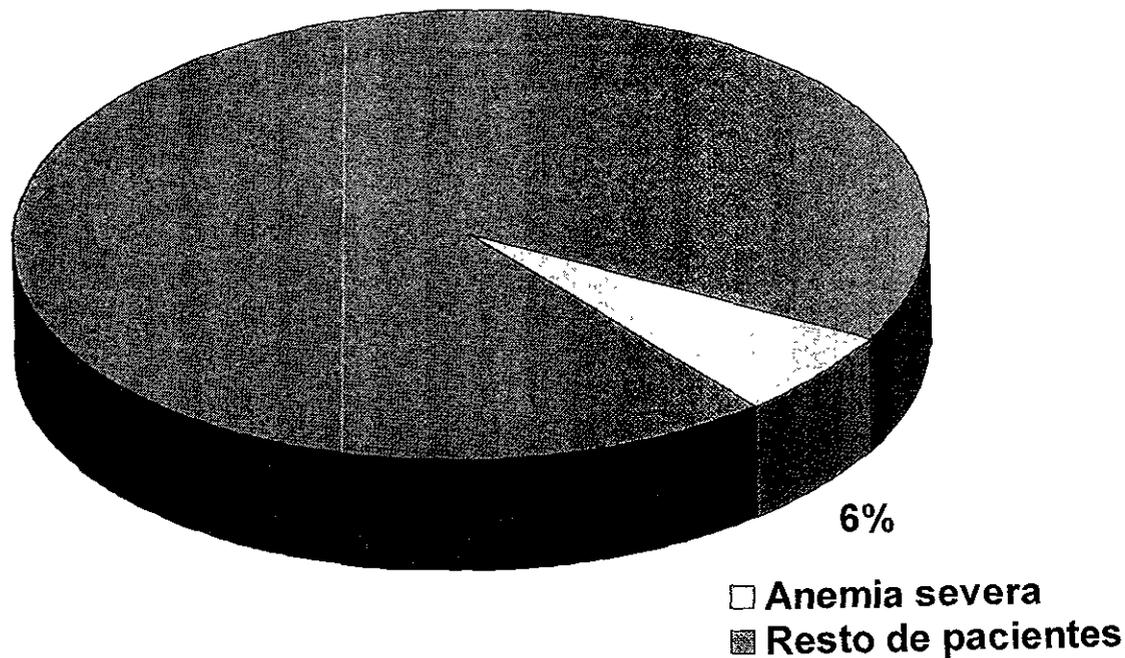


Gráfico 3. Valores expresados en porcentaje de pacientes con Hb < 9gr/dl
Fuente : Servicio de cirugía de colon y recto HECMN Siglo XXI IMSS

Componente de la enfermedad hemorroidal

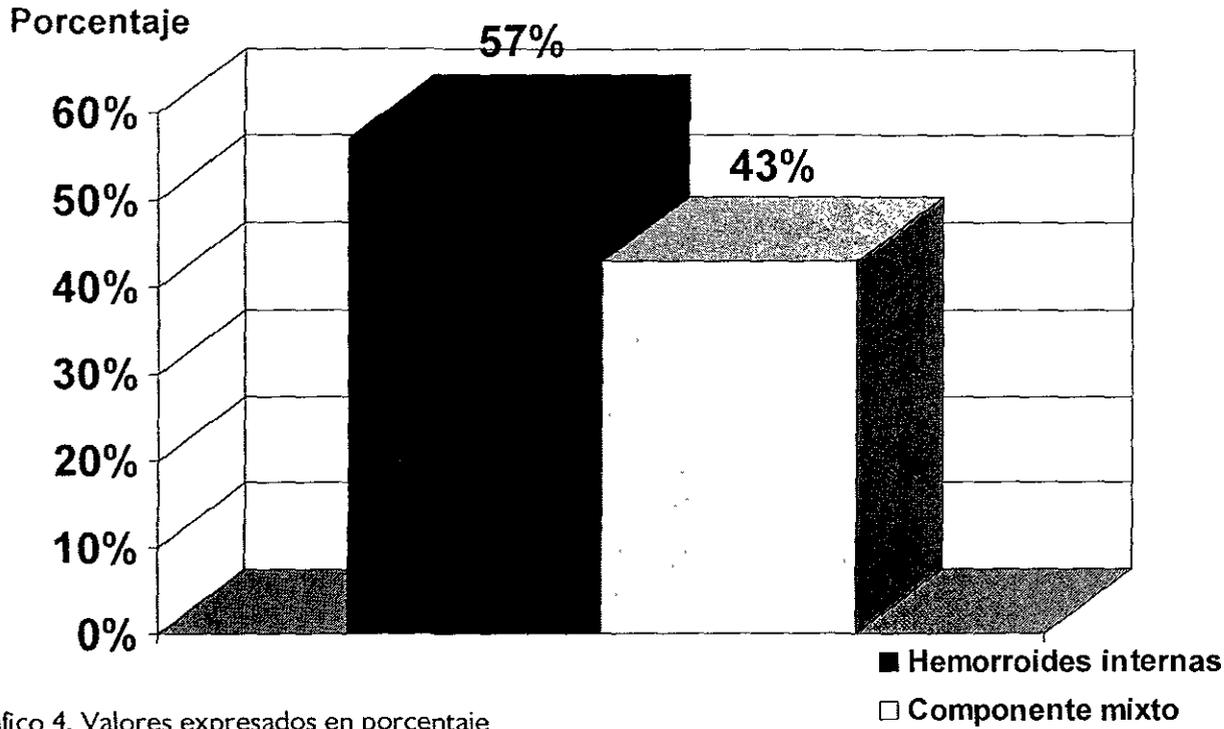


Gráfico 4. Valores expresados en porcentaje

Fuente : Servicio de cirugía de colon y recto HECMN Siglo XXI IMSS

Grado de enfermedad hemorroidal

Porcentaje

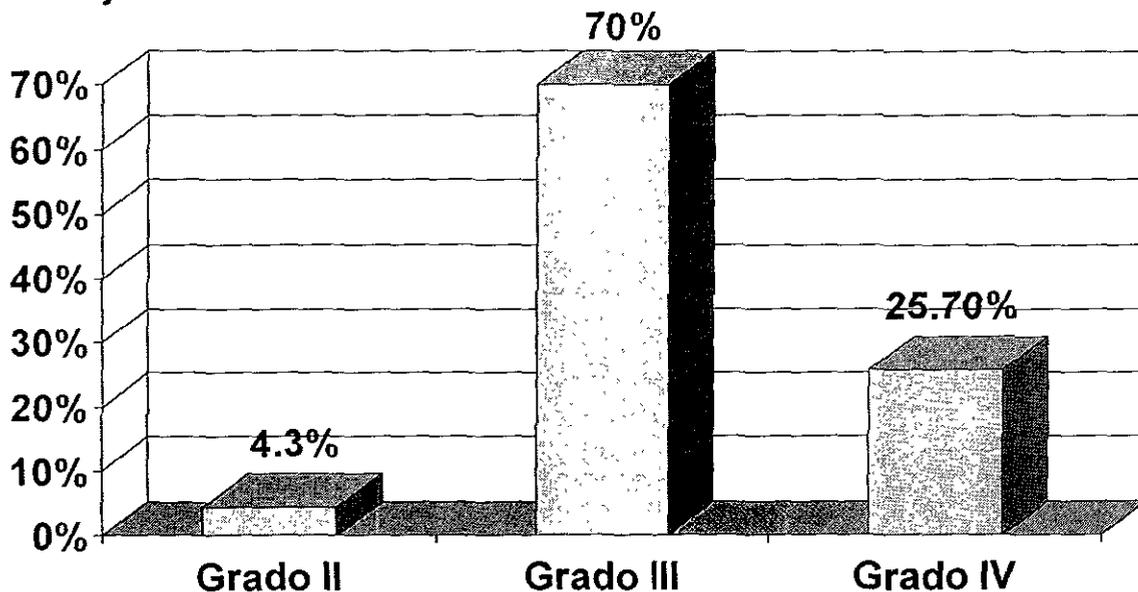


Gráfico 5. Valores expresados en porcentaje

Fuente : Servicio de cirugía de colon y recto HECMN Siglo XXI IMSS

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Procedimientos efectuados

Tabla 2

| PROCEDIMIENTO | PACIENTES | % |
|---|------------------|------------|
| Hemorroidectomía sola | 100 | 71.4 |
| Hemorroidectomía +fistulotomía | 11 | 7.8 |
| Hemorroidectomía + fisurectomía+E.L.I. | 12 | 8.5 |
| Hemorroidectomía +E.L.I. | 8 | 6.0 |
| Hemorroidectomía + fisurectomía | 5 | 3.5 |
| Hemorroidectomía + plastia VY | 3 | 2.1 |
| Hemorroidectomía +resección de condilomas | 1 | 0.7 |
| TOTAL | 140 | 100 |

Valores expresados en porcentaje y frecuencia

Fuente : Servicio de cirugía de colon y recto HECMN Siglo XXI IMSS

Número de paquetes hemorroidales reseca

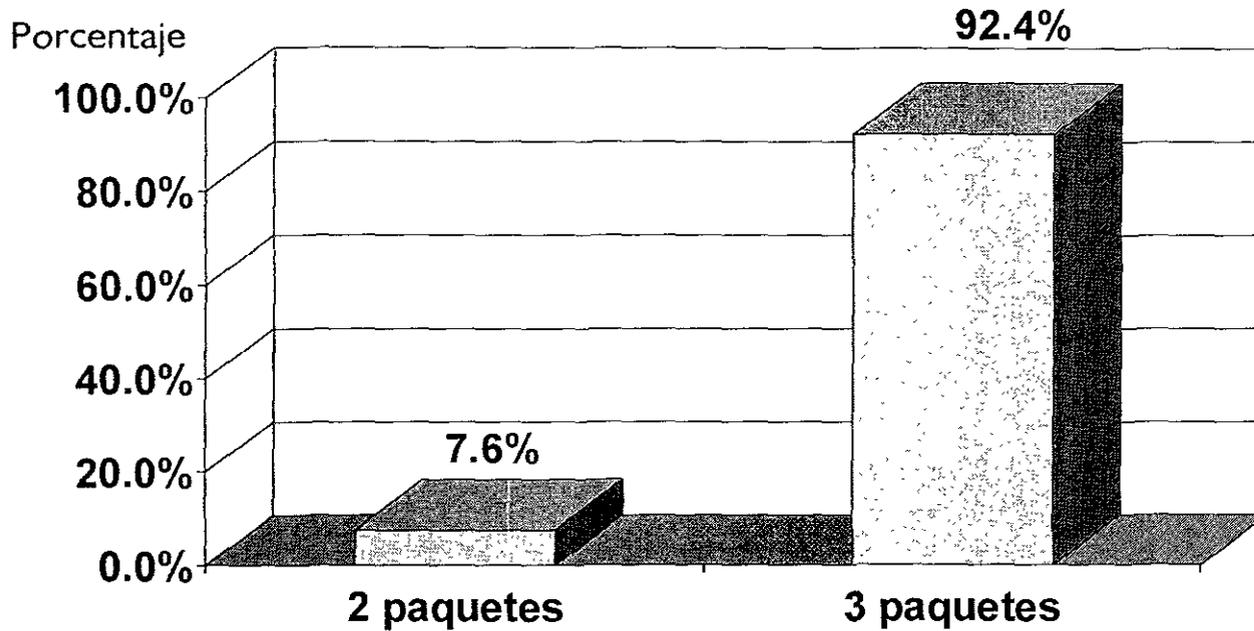


Gráfico 6. Valores expresados en porcentaje

Fuente : Servicio de cirugía de colon y recto HECMN Siglo XXI IMSS

Complicaciones tempranas de hemorroidectomía

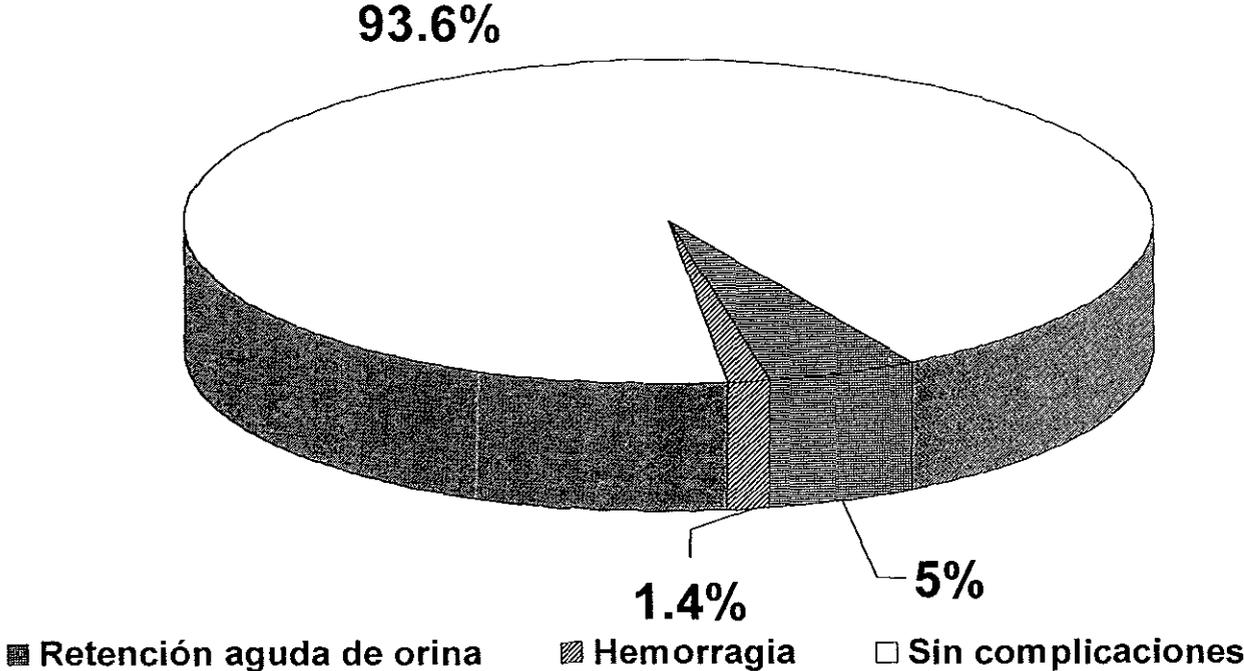


Gráfico 7. Valores expresados en porcentaje
Fuente : Servicio de cirugía de colon y recto HECMN Siglo XXI IMSS

Complicaciones tardías de hemorroidectomía

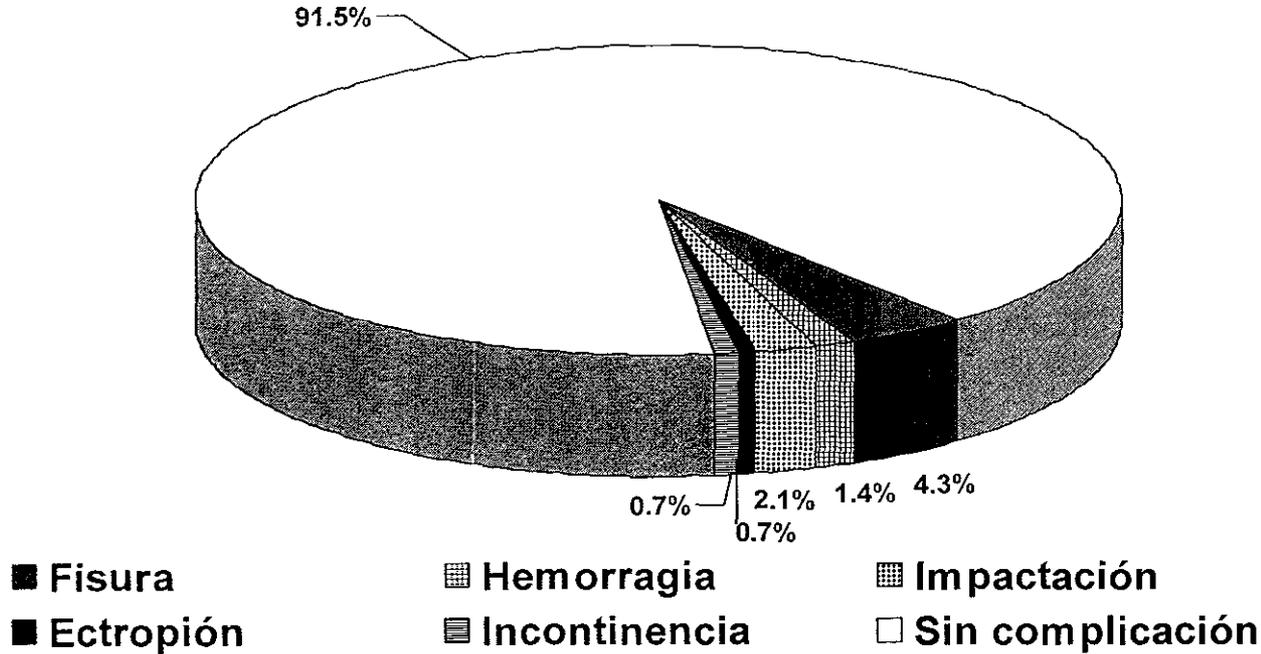


Gráfico 8. Valores expresados en porcentaje

Fuente : Servicio de cirugía de colon y recto HECMN Siglo XXI IMSS