

Tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidaria y sus complicaciones

Dres. ALBERTO VALLS, MANUEL ALBO y ROBERTO PUIG *

Al integrar esta Mesa Redonda debemos limitar nuestra exposición a los conceptos y recursos manejados en nuestra experiencia, excluyendo la discusión de otros criterios y tácticas profusamente expuestos en la bibliografía. Las enseñanzas del Hospital Saint Marks de Londres y del Prof. Abel Chifflet en nuestro medio constituyen los necesarios puntos de referencia (3, 22, 35).

Consideramos a la enfermedad hemorroidaria como un complejo lesional donde participan los fenómenos varicosos de los plexos externo e interno y de sus troncos principales; el desarrollo patológico de los shunts arteriovenosos; los fenómenos inflamatorios alérgicos, irritativos, sépticos y cicatrizales a nivel de las estructuras cutáneas mucosas; la criptopapilitis; el prolapso mucoso; la fisura; la hiper-tonía y/o fibrosis del esfínter interno.

El tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidaria supone el perfecto conocimiento de la anatomía estructural del canal anal y de su aparato esfinteriano y el conocimiento de su anatomía morfológica no al; exige en cada caso un diagnóstico correcto y completo de la etapa y extensión lesional, y de los procesos patológicos asociados localmente, pelvianos, digestivos y generales. En general la indicación y la oportunidad quirúrgica resulta de un nuevo examen y valoración después del siempre previo y necesario tratamiento médico: *nunca operamos en el curso de la anitís aguda, ni de la trombosis aguda* porque el ambiente inflamatorio agudo y séptico contraindican la cirugía: no es el ambiente adecuado para la cicatrización; es difícil o imposible la exposición y delimitación de los paquetes a reseca, y la extensión de la prociencia mucosa a corregir; hay mayor riesgo de lesión esfinteriana; habrá mayor sufrimiento y complicaciones sépticas en el postoperatorio.

INDICACIONES

Dependen de las condiciones generales del paciente; —del grado de desarrollo local—; y hasta cierto punto debe contemplarse la elección o preferencia del propio paciente (102). Hay procedimientos quirúrgicos paliativos que pueden aplicarse en todos los casos: evacuación de un hematoma agudo perianal; —ligadura simple por transfixión de un paquete hemorroidario que sangra profusamente—; di-

latación esfinteriana en presencia de un síndrome fisurario agudo. Pero la cirugía radical: la hemorroidectomía está absolutamente contraindicada en las embarazadas y tiene contraindicaciones relativas en sujetos añosos o en pacientes muy jóvenes donde es preferible prolongar las etapas y los recursos del tratamiento médico. La cirugía de elección se practica en la edad media de la vida en presencia de hemorroides prolapsadas: es lo que se denomina habitualmente hemorroides internas grado III con prolapso permanente incoercible de la mucosa. En un grado menor, grado II las hemorroides internas con prolapso reductible, intermitente, la indicación quirúrgica surge de los matices clínicos: la presencia de hemorragias repetidas rebeldes a inyecciones esclerosantes previas; —el claro carácter evolutivo por la repetición de empujes agudos—; la asociación con fisura crónica; —el desarrollo de hemorroides externas formando paquetes mixtos—; la presencia de apéndices externos o mariscos. Las formas clínicas de más desarrollo constituyendo las coronas hemorroidarias mixtas y los prolapso exagerados han llevado a indicaciones quirúrgicas excesivas tipo operación de Whitehead que nosotros no practicamos por las graves secuelas que puede originar. El tratamiento quirúrgico de las fístulas perianales y de los abscesos tiene prioridad con respecto al tratamiento de las hemorroides y solamente en forma complementaria puede reseca un paquete hemorroidario que coincide localmente con el proceso principal.

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PALIATIVOS

Se pueden realizar en pacientes ambulatorios, en el consultorio, como complemento del tratamiento médico.

—En la fisura aguda, en ausencia de empuje inflamatorio perianal se puede realizar la anestesia del esfínter y la dilatación digital.

—En la hemorragia profusa, bajo anestesia local se puede practicar la ligadura por transfixión del paquete responsable.

—En el hematoma agudo perianal la escisión bajo anestesia local alivia el dolor y previene la abcedación. Se practica por una incisión radiada, evacuando el coágulo y reseca en forma complementaria los bordes de piel, dejando una herida triangular a vértice anal que que cicatriza por segunda. En los hematomas localizados en la línea media está contraindicado este procedimiento porque puede dejar una fisura crónica como secuela.

* Profesor Adjunto de Cirugía, Asistentes de Clínica Quirúrgica (Fac. Med. Montevideo).

CIRUGIA DE ELECCION: PRINCIPIOS GENERALES

En todos los tratados se describen gran variedad de operaciones para la resección de las hemorroides. Esto no traduce el fracaso de la cirugía sino que se trata de pequeñas variantes de técnica dentro de principios generales bien establecidos.

Los objetivos de la operación son: —resección de los paquetes venosos patológicos; —reducción y fijación de la mucosa procedente; —conservación de puentes mucocutáneos sensibles; —tratamiento de los procesos mucosos y cutáneos patológicos asociados; —conservación de la continencia esfinteriana; profilaxis de la hemorragia, de la infección y de la estenosis.

Preoperatorio.

El cirujano siempre debe realizar por sí mismo la exploración por tacto de toda la cavidad pelviana y el examen endoscópico anorrectal previo a la operación para establecer con exactitud las lesiones que va a tratar.

Desde las 48 horas previas usamos ftalil-sulfatiazol por vía oral a la dosis de 6-10 gr. El día anterior dieta liviana sin residuos. La noche anterior enema evacuador; rasurado de la región que incluye periné, abdomen inferior y muslos.

Anestesia.

Debe contraindicarse la anestesia local con infiltración del esfínter y de los espacios perianales porque dificulta la disección e identificación de los planos; es causa de sufrimiento en el postoperatorio y tiene el riesgo de infecciones serias. Sin embargo es muy favorable el uso de la infiltración local con xilocaína al 1% más adrenalina al 1/10.000 en cada uno de los tres pedículos principales, por punción con aguja fina a nivel de la unión mucocutánea, pequeña cantidad que facilita la disección del paquete y crea un campo relativamente exsanguíe.

Usamos anestesia general con curarizantes o anestesia raquídea baja para lograr una buena relajación esfinteriana que hace innecesaria la dilatación anal la mayoría de las veces.

Posición.

Ginecológica o de litotomía exagerada que expone ingurgitados los paquetes venosos.

Técnica de escisión-ligadura de Milligan y Morgan. Es el modelo de operación para los casos típicos grado III con hemorroides mixtas en la topografía de los paquetes principales, en situación de prolapso permanente, en ausencia de otras lesiones asociadas, con una mucosa pecteneal dentro de lo normal porque se conserva por lo menos en sectores intermedios sin prociencia ni esclerosis; con un esfínter interno hipotónico o dilatado por la prociencia, que no requiere dilatación digital en condiciones de anestesia general o raquídea baja.

1er. tiempo: exposición: se toman con dos o tres pinzas los paquetes venosos mixtos a resecar, en la topografía habitual horas 3, 7 y 11. Una primera pinza se coloca en el vértice cutáneo del paquete externo y se tracciona; la segunda pinza toma el paquete interno con la mucosa procedente en la zona de mayor abultamiento y se sigue traccionando evitando el desgarro de la mucosa; la tercera pinza toma el pedículo principal interno a nivel o algo por encima de la línea dentada. Al hacer estas tres prehensiones debe tenerse la absoluta seguridad de que no se toman fragmentos del esfínter interno: es el detalle crucial.

2º tiempo: incisión: se comienza por el paquete lateral izquierdo; traccionando de la pinza más externa se traza la incisión cutánea en forma de triángulo a vértice interno y base externa en la margen anal. Esta incisión tiene como finalidad resecar mayor cantidad de piel y mínimo de mucosa sobre todo a nivel del pecten zona de exquisita sensibilidad para regular la continencia; se conservan de este modo puentes de forma invertida triangular con base interna en la línea dentada y vértice externo en la margen cutánea. El epitelio estratificado del canal anal por debajo de la línea dentada cicatriza más lentamente que la piel total de la margen; esto es lo que requiere una resección más amplia de piel dejando una herida operatoria de forma triangular, para lograr que la cicatrización se haga en forma progresiva de adentro afuera y se eviten los recesos que mantienen la infección y en consecuencia la formación de una fisura crónica.

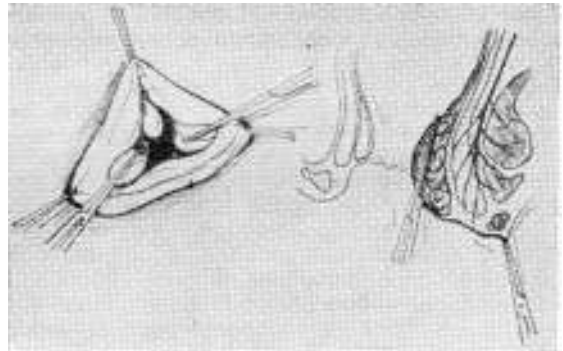


FIG. 1.—Técnica de Milligan y Morgan. 1er. tiempo: exposición.

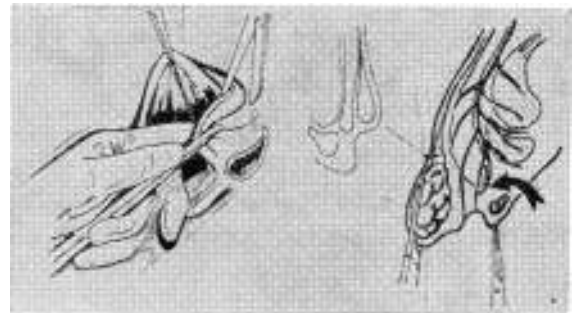


FIG. 2.—2º tiempo: incisión.

3er. tiempo: *diseción del paquete venoso*: se hace con tijeras delicadas; se seccionan fibras longitudinales y se penetra en el espacio marginal. El haz subcutáneo del esfínter estriado fue llevado hacia afuera en las maniobras de dilatación y/o exposición de los paquetes hemorroidales y en consecuencia permanece ajeno al campo operatorio. La diseción progresa junto a la cara profunda del paquete venoso favorecida por la infiltración local y debe respetar la integridad del borde inferior del esfínter interno que inmediatamente aparece en el campo operatorio. La pieza operatoria va incluyendo el paquete venoso y la mucosa que lo recubre. El próximo obstáculo o riesgo lo constituye el ligamento suspensor, fibras longitudinales que atraviesan el esfínter interno. La diseción termina en el pedículo principal de donde queda prendida la pieza fijada todavía al esfínter interno por la parte más alta del ligamento suspensor.

4º tiempo: *ligadura y escisión*: ligadura por transfixión con aguja de Hagedorn, catgut crómico calibre 1. Al realizar la transfixión, en caso que la mucosa del pedículo esté suelta por la propia procidencia o porque la diseción se fue más allá de lo necesario, se debe tomar el esfínter interno para fijarla y evitar la recidiva de la procidencia con epitelio mucoso no sensible. Se ata el pedículo hemorroidario hacia ambos lados y se secciona el paquete distalmente. Se conservan las hebras del hilo para control último de hemostasis se cubre la brecha con una gasa seca y se procede todo igual con el segundo y el tercer paquete.

5º tiempo: *control de hemostasis*: Traccionando de las hebras de ligaduras se controla la hemostasis de los pedículos principales; a nivel de las brechas se controlan los pequeños vasos arteriolares: ningún punto de hemorragia debe quedar librado a la compresión. Quedan tres heridas triangulares. El procedimien-



Fig. 3.—3er. tiempo: diseción paquete venoso.

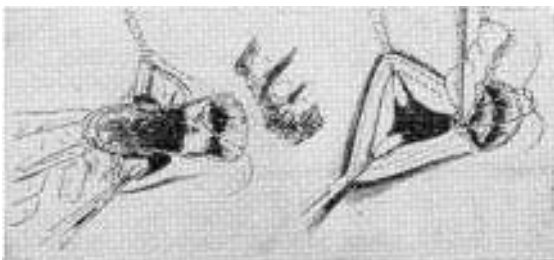


Fig. 4.—4º y 5º tiempos: ligadura escisión.



Fig. 5.—6º tiempo: drenaje - curación.

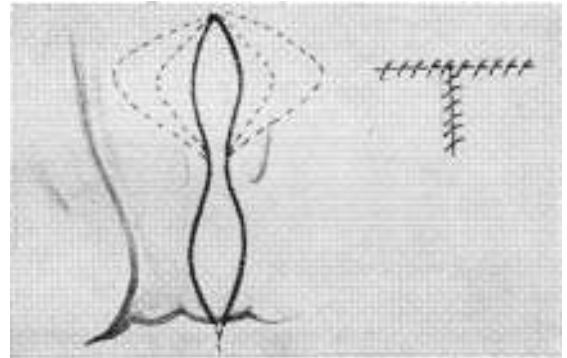


Fig. 6.—Variantes clínico terapéuticas. Prolapso hemorroidario = resección rombo mucosa, sutura transversal.

to de elección será dejar abiertas las heridas y controlar la cicatrización secundaria de adentro afuera. La sutura puede favorecer el desarrollo de infección; es imposible la cirugía aséptica porque debe mantenerse el tránsito intestinal.

6º tiempo: *drenaje y curación*: se coloca un tubo fino de 1-2 cm. diámetro, de goma blanda, de 10 cm. longitud, y tres pequeñas mechas de gasas untadas en jalea de xilocaína apoyadas sobre las brechas operatorias. Curación plana y vendaje en T. Este drenaje tiene por finalidad la salida de gases, pero sobretudo el control de hemorragia, que a nivel de los pedículos principales puede colectarse en la ampolla y manifestarse tardíamente en el curso de una anemia aguda.

VARIETADES CLINICOTERAPEUTICAS

En ausencia de prolapso permanente, es decir hemorroides grado II, la repetición de empujes agudos, o la asociación con fisura crónica puede llevar a una situación patológica especial mal llamada pectenosis con fibrosis del espacio submucoso y fijación de la mucosa pero que en realidad tiene como base anatomopatológica la hipertonia o fibrosis del esfínter interno. En estos casos tiene clara indicación la sección parcial o más raramente total del esfínter interno a través de uno de los abordajes posteriores o brechas de resección de los paquetes. La esfinterotomía interna fue pues-

ta a punto por Eisenhammer (30) en sus indicaciones y en su técnica. Asociada a la hemorroidectomía no tiene dificultad en su técnica porque se aprovecha el mismo abordaje posteroderecho; pero siempre queda el problema de su extensión; por lo menos hasta el nivel de la línea dentada; una mayor extensión o la sección total queda librada a la apreciación del cirujano.

En la fisura crónica se hace una amplia resección triangular incluyendo el mamelón centinela y la cripta. Es obligatorio el control anatomopatológico para descartar un cáncer anal.

En los casos de gran desarrollo de los paquetes hemorroidarios secundarios o aún de verdaderas coronas hemorroidarias el principal problema será identificar los paquetes principales; a partir de ellos se realiza la disección y escisión por vía submucosa de los paquetes secundarios.

En los prolapsos hemorroidarios importantes se prolonga la disección alta en el pedículo principal y se talla un rombo de mucosa que se reseca con la pieza. Se hace sutura transversal de la mucosa en el sector de resección y se fija al esfínter interno.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Calmar el dolor: en general es suficiente con derivados de la pirazolona o con aspirina; vigilar el uso de opiáceos por la constipación y la impactación fecal.

Dieta líquida el primer día y blanda el segundo.

A las 24 horas se administran laxantes suaves y habitualmente se restablece el tránsito entre el 2º y 3er. día; en esta oportunidad se retiran mechas y tubo comenzando las curaciones o lavados con antisépticos suaves dos veces por día.

En caso contrario —que no se restablezca el tránsito— se aprovecha el propio tubo de drenaje para administrar un pequeño enema evacuador.

Levantamiento precoz a partir del 2º día.

No utilizamos dilatadores; en el momento del alta alrededor del 5º-7º día se realiza un tacto de control y luego se mantiene un control semanal hasta la cicatrización completa. En los casos de amplias resecciones se puede instruir al paciente para que utilizando un dedil con jalea de xilocaína practique diariamente dilataciones previa a la higiene local; y el cirujano controla semanalmente el estado de la cicatrización repitiendo el tacto.

Las dilataciones nunca pueden sustituir una técnica ortodoxa.

La defecación normal es suficiente en la mayoría de los casos para moldear la cicatrización; es importante regular la dieta y el uso eventual de laxantes para lograrla.

El uso de antiinflamatorios no es de rutina y se adapta a los casos que venían tomando desde el preoperatorio o cuando se produce un edema postoperatorio muy importante.

COMPLICACIONES

La hemorragia puede ser precoz por defecto de hemostasis o tardía por caída de escara: 7º al 12º día; puede llegar a ser grave si se reconoce tardíamente cuando se colecta en la ampolla rectal. Es preferible llevar el paciente a la sala de operaciones y bajo anestesia hacer la hemostasis del punto o muñón que sangra; es frecuente no encontrar el foco de hemorragia y entonces se deberá colocar un grueso tubo rodeado de mechas de gasa que actuará por compresión. En caso de hemorragia menos grave se puede colocar este tubo y mecha en la propia cama del paciente.

El dolor intenso señala un defecto de técnica en la ligadura baja del pedículo que incluye mucosa sensible; requiere analgesia con opiáceos.

La retención de orina puede requerir la sonda permanente temporaria; se previene con la deambulación precoz y la analgesia.

La infección no ocurre en ausencia de anestesia local y con técnicas abiertas.

La bibliografía menciona necrosis anales y perianales y las embolias.

La complicación o secuela más grave está constituida por la estenosis o la incontinencia.