

HACIA UNA CIRUGIA RACIONAL DE LAS HEMORROIDES

Dr. Omar Tapella

En el tratamiento quirúrgico de las Hemorroides, abandonado casi el Whitehead por las complicaciones y secuelas, la resección de paquetes, al través de las innumerables técnicas, nos ha parecido insuficiente, porque deja encima y debajo de lo que se quita, venas enfermas que traen nuevas hemorroides, y lo que es peor hasta que los nuevos paquetes sean del dominio de la Cirugía, esa congestión permanente del ano que deriva en Criptitis, Papilitis, Abscesos, Fístulas, Pectenosis, Disquexia rectal, etc.

Y tras haber ensayado en la Clínica del Profesor Del Campo durante siete años distintos procedimientos para ponernos a cubierto de recidivas más altas o más bajas, hemos adoptado uno que respaldamos con 110 operados, método este que nos parece racional por fundamentos anatómicos, clínicos, anatomopatológicos y operatorios. Con él vamos a la extirpación amplia, por encima de la línea pectínea y por fuera del ano, de los principales troncos venosos que abarcan paquetes y mucha vena —por encima— seis a siete centímetros dentro del canal anal y recto bajo y —por debajo— tres a cuatro centímetros fuera del ano.

Anatómicamente nos basamos en la formación de las gruesas dilataciones a expensas de los señalados como dos troncos primarios derechos y dos secundarios izquierdos —principales venas enfermas— que nos sirven para ubicar las cuatro incisiones que comprenden así, las más gruesas hemorroides tributarias de los vasos hemorroidarios superiores, inferiores y anastomosis intermedias.

Clínicamente, con maniobras manuales y de anoscopio, vemos que las que parecen hemorroides externas, internas o mixtas, se van transformando progresivamente en largos cordones varicosos, cilíndricos o saculares, que alcanzan muy por encima y sobrepasan muy por debajo a los paquetes que se visualizan y operan corrientemente.

Y del punto de vista **Anatomopatológico**, el Dr. Francisco Cassinelli nos ha comprobado, cuando resecamos ampliamente las venas del canal anal, recto bajo, ano y periano, que se trata de una enfermedad regional que toma todas las venas encima y por debajo de lo que son paquetes apreciables.

Y **quirúrgicamente**, al hacer la relajación anal, después de la anestesia, ratificamos que los paquetes que ya la clínica con el anoscopio y las presiones manuales, evidenciaban una enfermedad amplia, quedan ante nuestra vista como collarettes que se van desarrollando circularmente en los cuatro sectores y longitudinalmente en varios centímetros de altura del periano, ano, canal anal y recto bajo.

Buscamos con nuestro procedimiento, reseca todas las venas posibles, más bajo que el Whitehead, más ampliamente en todo sentido que las diversas técnicas de resección de paquetes.

Y las sacamos en la submucosa, con algo de mucosa, zona intermedia y piel haciendo luego un balance de lo extirpado y de lo que queda, para que las suturas sean totales o parciales, a fin de evitar amplias superficies cruentas en el primer caso y estenosis en el segundo.

Respetamos el mayor número posible de criptas y todas las papilas, con las que arrasan el Whitehead y muchas resecciones de paquetes, porque las criptas con misión lubricante y las papilas con su papel nervioso de comando del tono y del juego de los esfínteres, si no son respetadas, dan lugar a Fisuras, Anitis, Disquexias, etc.

Y desde las Hemorroides cilíndricas, sacciformes, paquetes a la Angiomatosis rectal de origen varicoso, nuestro procedimiento nos sirve a satisfacción. He aquí una síntesis muy somera del mismo:

PREOPERATORIO. — No constipamos propiamente dicho. Eftiazol tres o cuatro días antes. Lavaje intestinal la tarde anterior y luego unas gotas de láudano para dejar en reposo el intestino. Seconal por boca y atropomorfinina inyectable una hora y media y una hora, respectivamente, antes de la operación. Posición de la talla.

ANESTESIA. Usamos la local, novocaína al medio por

ciento, infiltrando lenta y progresivamente, piel, los tres haces del Esfínter Externo y luego el Interno, guiando la aguja con un dedo vaselinado dentro del canal anal, cuidando de no perforar la mucosa. No pinchamos en las líneas medias anterior ni posterior como se preconiza, porque los rafe son muy dolorosos, difunden poco la anestesia por sus mallas apretadas y porque la infiltración del rafe anterior, como consecuencia de la vecindad del bulbo uretral, suele dar retención refleja de orina.

En el punto posterior infiltramos bien el Esfínter de Morgan, clave de la relajación esfinteriana. Es la tensa cincha, parte posterior del haz pubo-rectal del Elevador. Y hacemos relajación, no dilatación instrumental ni manual, que traen dilaceraciones de la mucosa, elongaciones musculares, roturas de fibras esfintéricas, dando origen a su vez de dolores postoperatorios, hematomas, anitis, abscesos y luego cicatrices que deforman y estenosan, provocando atonías o contracturas, que a su vez dan constipación o incontinencias, sino grosera incontinencia de materias, la no menos molesta de líquidos y gases.

Con una relajación de cinco a seis centímetros alcanza para la intervención que tiene los siguientes tiempos.

Con pinzas de hemorroides que hemos hecho confeccionar —adaptables en longitud, curvatura y presión a nuestro método— hacemos presa de las venas visibles en la parte media de cada sector del canal anal y ano con periano, siguiendo los cuatro troncos venosos principales ya citados, que hacen siempre considerable relieve. Cortamos la mucosa, zona intermedia y piel con una incisión losángica a bisturí, que va desde tres o cuatro centímetros encima de la línea pectínea hasta tres o cuatro centímetros también, por fuera del Ano, incisión bien recostada a las pinzas para ahorrar lo más posible piel y mucosa. Pasamos en la zona pectínea entre Criptas y Papilas, es decir, sobre las Columnas de Morgagni. Luego con tijera roma y curva nos vamos a la submucosa, disecando todo el sector hacia arriba y hacia abajo. Hay tres zonas distintas: encima de la Línea Pectínea, tejido laxo que deja maniobrar muy bien la tijera; en la zona intermedia tejido denso y en la zona perianal, tejido más denso aún, resistente. Hay que diferenciar bien los Esfínteres para no lesionarlos. Así, disecamos un cuarto de Ano, Periano y Recto bajo,

deslizando la tijera sobre la cara interna de los Esfínteres: nacado, tenso, resistente, el Externo; carnosos, rosados, el Interno. En las pinzas queda un losanje de mucosa y piel con venas disecadas. Hay que tener especial cuidado en la disección frente a los "Septums" Interesfintéricos, donde para liberar los pedículos en la submucosa, debemos cortarlos. Son laminillas fibrosas como tabiques que se oponen al deslizamiento de la tijera. Tienen vasos que unen la submucosa con la profundidad, tributarios de las hemorroidarias como ramales de cierta importancia.

En la disección externa, hay que ligar la arteriola circular del Coarrugador del Ano, que da vasos radiados que sangran persistentemente.

Tras la disección, hacemos ligaduras de los pedículos en "block", con una pinza larga que se adapta a la curvatura del ano y a la longitud de la incisión, haciendo presa en la base de la laminilla fibrosa que porta las venas hemorroidarias. Sobre esta pinza de pedículos, tras cortar lo disecado, colocamos un "surget" con catgut N° 1. En el punto más alto hacemos una ligadura aislada, profunda, para cortar la corriente venosa retrógrada que pudiera existir —frecuente en los hepáticos, que son más de la mitad de los hemorroidarios— a expensas de las ramas tributarias de la Hemorroidal superior y por tanto de la Porta.

También colocamos ligaduras aisladas al nivel de los "Septums" sobre las venas interesfinterianas que ya hemos señalado a este nivel. Luego cerramos la brecha, suturando mucosa con mucosa con gastergut y piel con piel con lino.

Lo mismo hacemos en los otros tres sectores del ano. Quedan de esa manera, con la resección submucosa que llega a todo el cilindro de Ano, Periano y Recto bajo, cuatro puentes longitudinales de piel, zona intermedia y mucosa respetados.

Cuando las Hemorroides son muy grandes o están adheridas a mucosa y piel por empujes periflebíticos anteriores, se nos plantea este problema: si cerramos todo puede quedar estenosis, ya que debemos sacar más piel y mucosa transversalmente. Si dejamos mucho abierto, la cicatriz fibrosa, por segunda, puede provocar Fisuras, Ulceraciones, defecaciones dolorosas, etc. Entonces, tras un balance hacemos cierres totales en dos sectores simétricos o parciales en los cuatro sectores. En este caso quedan

abiertos los extremos o las zonas intermedias. La penetración fácil del pulgar nos da la medida necesaria de la luz anal, teniendo siempre fijo el pensamiento de que las suturas no deben dejar estenosis y las amplias superficies cruentas sin cierre, pueden ocasionar fibrosis.

Hemos, pues, sacado, sin el total sacrificio de mucosa, glándulas, criptas y papilas como en el Whitehead y sin dejar por encima y por debajo gruesas venas enfermas como en las resecciones de paquetes, lo mayor posible de los vasos varicosos de los cuatro sectores del Ano, Canal anal y Periano, dejando cuatro puentes que evitan la estenosis y guían la cicatrización.

Cuando collaretes de Hemorroides terciarias, Angiomatosis, Pectenosis o Hemorroides de tipo tumoral (Fibro-lipo o Fibro-pólipo-varicosis) no nos permiten dejar cuatro puentes, siempre es posible dejar dos. En estos casos, las incisiones longitudinales, son completadas con dos prolongaciones transversales que nos permiten disecar, ligar y reseca los pedículos terciarios o cuaternarios en gran extensión. Al cierre longitudinal, se agregan entonces dos suturas transversales, quedando respetadas, como puentes, una zona anterior y otras posterior.

En caso de Pectenosis, con submucosa fibrosa y venas muy adheridas que hacen difíciles la dilatación esfinteriana y la disección, trazamos una sola incisión inicial en el pecten y dos por encima y debajo, para la resección amplia. Después de la resección, en el Pecten, duro, inextensible, dejamos abierto y suturamos mucosa por encima y piel por debajo.

En caso de Prolapso mucoso pequeño, que es frecuente, elevamos las incisiones longitudinales y ya en el recto hacemos una más amplia disección transversal y sobre pinzas acodadas resecamos un trozo de mucosa, haciendo la sutura transversal de acortamiento que eleva la mucosa prolapsada, con gastergut que tome algo de los planos profundos.

Sobre la parte más declive de las incisiones, pequeñas brechas sin suturar, sirven de drenaje, pues las ligaduras de pedículos, suturas de mucosa y piel dejan espacios libres interpuestos.

Siempre al final de la operación colocamos por 48 horas un haz de gasas vaselinadas. Sirve de hemostasis, drenaje, y permite la expulsión de gases.

POSTOPERATORIO

No constipamos de ninguna manera en el postoperatorio. Al contrario, para que se movilice el intestino, pues la anestesia y la relajación esfinteriana dejan varios días en reposo el ano recto, debemos administrar laxantes al tercer día y lavaje aceitoso al cuarto y aun así el operado hace la defecación con dificultad. Levantamos al enfermo después de ir de cuerpo. A los ocho días, más o menos, sacamos los puntos de lino de la piel. Recordamos que no hemos puesto hilos no reabsorbibles en la parte profunda, porque quedan como cuerpos extraños y a veces se infectan dando anorrectitis muy dolorosas.

COMPLICACIONES. — Hemorragias. — Las hay precoces, por fallas de las suturas o vasos no ligados. Se cohiben con tapo-ramiento. En un caso hemos tenido que hacer sutura secundaria. Las hemorragias tardías por tejido de granulación exuberante en las brechas no suturadas, se tratan con galvano o termocauterio.

Edema. — Es frecuente el edema, aun extendido, de ano y periano, porque hemos extirpado ampliamente las venas. Dura dos o tres días.

Incontinencia de materias. — Puede verse cuando se dilata mucho el esfínter. Nosotros hacemos relajación digital y si alguna vez tuvimos incontinencia parcial, hace mucho tiempo, desde que no hacemos dilatación instrumental ni manual, no tenemos esa complicación.

Incontinencia de orina. — Es frecuente cuando la anestesia en la parte anterior toma el plexo periuretral o cuando ha habido tironeos en gruesos paquetes o disecciones dificultosas.

Celulitis difusas y abscesos. — Hay que vigilar las suturas y los espacios entre ellas y los pedículos.

Fístulas. — Se originan tras pequeños abscesos formados en las cavidades, cuando se han infectado los espacios dejados en los lechos varicosos.

Cicatrices defectuosas. — Se originan en incisiones o suturas irregulares, dando excrecencias, sáculos de piel o mucosa, dis-

locaciones de la luz anal, fibrosis parcelares y estenosis cicatrizales. Progresivamente y en los años que vamos perfeccionando la técnica, hemos ido eliminando estas secuelas que originan dificultades y molestias dolorosas en la defecación.

Debemos señalar que, después de la intervención, precoz o tardíamente hay enfermos que sangran, pero no por Hemorroides o complicaciones de ellas propiamente dichas, sino por Rectitis Hemorrágicas que son napas de Microangiomas difusa ligada a Insuficiencia Hepática y Esplénica. Hay rectorragias también en la Micropoliposis suprahemorroidaria, con vegetaciones miliares debida a una Rectitis crónica y en la Angiomatosis Caverosa de Bensaude que se ve en enfermos sin Hemorroides o con Hemorroides curadas.

En las Hemorroides de cuarto grado, es decir, en la Angiomatosis Varicosa, quedan siempre entre los vasos resecaos, venas enfermas o lagunas venosas. La Roentgenterapia a dosis débiles medianamente penetrantes, es un complemento útil.

OPERACION PRECOZ

En cuanto a las indicaciones quirúrgicas de las Hemorroides, han sido las rectorragias y las procidencias. Nos parece mucho esperar y operamos precozmente, sin aguardar, como en las várices, la aparición de varicorragias, úlceras y trastornos tróficos, que tienen similares en las Hemorroides. Es que antes de las rectorragias y las procidencias, la congestión hemorroidaria está facilitando la agresión microbiana que da Criptitis, Flebitis, Abscesos, Trombosis, Hematomas anales, Prurito —causa del desesperante y rebelde eczema anal— y otras complicaciones. Antes de las rectorragias y procidencias, las venas ya ofrecen al examen anatomopatológico, Trombos parietales, Flebitis y Periflebitis. El retardo de la operación crea, además, adherencias que dificultan la intervención. La precocidad, por otra parte, incide contra el terciarismo varicoso rectal y la angiomatosis.

Nota. — Este trabajo constituye un resumen para los 10 minutos acordados a los trabajos libres del Congreso. Su texto original, más amplio, será dado a conocer con esquemas anatómicos, documentos anatomopatológicos y trazados quirúrgicos sobre los distintos tiempos de la técnica, variación de incisiones, suturas, dibujos de instrumental, etc.