ASOCIACION DE PROCTOLOGIA

Sesión del día 4 de marzo de 1964

HEMORROIDECTOMIA SIN DOLOR

J. Lentini

El dolor ha sido, y es aún, el fantasma indestructible de toda hemorroidectomía, que lleva a los pacientes a sufrir cualquier clase de vejaciones y procederes por molestos que sean por parte de pseudomédicos, con tal de no llegar a la mesa de operaciones, que sin embargo es aceptada sin protestas para que les sea practicada una gastrectomía o una colecistectomía, intervenciones todas ellas de muchísima mayor envergadura y peligro. No vamos a entrar ahora en los prejuicios y motivaciones del paciente que ya he expuesto en un trabajo anterior, * pero es muy cierto que, cualquiera que sea el procedimiento empleado hasta ahora, el enfermo no escapa a un dolor tan intenso, que precisa la morfina sin titubeos. Y por eso una de las ventajas del método que describiremos es la ausencia de dolor postoperatorio, hasta un punto no alcanzado con cualquier otro procedimiento.

Procedimientos actuales. — No pretendo pasar revista a todos los procedimientos que han sido empleados, pero creo interesa hacer constar que las técnicas empleadas hoy día — ligadura y escisión en todas sus variantes, anorrectoplastias, clamp y cauterio, etc. —, *sin excepciones*, provocan extraordinario dolor, que sólo es paliado por los recursos postoperatorios del cirujano. Hay que tener en cuenta que Turrell (1960) dice: "El 70 % de la población tiene hemorroides y el 40 % de éstas requieren cirugía", de aquí la importancia de la cuestión ya que actualmente en nuestro país no se interviene ni el 1 % por temor. Lockart Mummery (1934), escribe: "El fuerte dolor postoperatorio es la regla". La operación de Milligan y Morgan — la más comúnmente realizada por la mayor parte de los cirujanos del mundo, tras el descrédito del Whitehead —, es seguida de considerable dolor que durante los 5 a 7 primeros días del postoperatorio obliga al empleo continuo de fuertes analgésicos, a menudo mórficos. Al cabo de estos días se produce la primera defecación que según la pintoresca descripción de un paciente del Dr. A. Dickson Wright, "es como el paso de una bala de cañón al rojo vivo pero forrada con piel de puercoespín". Esto se repite en grado tan sólo

* "El Médico frente al Proctólogo", Medicina Española, n.º 287-XLIX, 134-143, 1963.

ligeramente menor en los días sucesivos, de modo que la convalecencia se prolonga por término medio 26 días (DOHAN, TAYLOR y MOSS). Estas cifras y estos resultados sensiblemente iguales de unos a otros autores, han llevado a que se operen tan pocos pacientes y que éstos prefieran padecer durante años. Las últimas y más optimistas estadísticas corroboraron estos pobres resultados. Las variantes de la operación de Milligan y Morgan, como son las intervenciones tipo Parks y Stern, mejoran algo estas cifras, pero a costa de una gran dificultad técnica y de aumentar la incidencia de abscesos postoperatorios que aparecen en un 2 a un 6 %, y éstas entre otras razones han llevado a desestimar casi por completo este tipo de intervenciones. Un estudio reciente de la operación de Milligan y Morgan encuentra las complicaciones expresadas en el cuadro I.

CUADRO I

Complicaciones de la intervención Milligan y Morgan

Hemorragia postoperatoria inmediata	2 a 5 %
Hemorragia postoperatoria tardía	2 a 3 %
Intenso dolor postoperatorio	40 a 70 %
Retención de orina	9 a 15 %
Fisura postoperatoria	0,1 a 1 %
Abscesos o fístula	0,3 a 2 %
(con sutura tipo Parks)	2 a 6 %
Estenosis ligera	40 %
Estenosis severa	5 %
Recidiva	1 a 3 %

Como se ve pues, el gran problema de la hemorroidectomía seguía siendo el dolor. Creemos poder aportar con el tratamiento que proponemos un avance extraordinariamente positivo en este aspecto.

FUNDAMENTOS DEL MÉTODO. — Existen varios métodos de utilizar las corrientes alternas de alta frecuencia para obtener, por elevación de temperatura local, la coagulación y por lo tanto la destrucción del tejido. El más comúnmente empleado es la diatermo-coagulación bipolar pero monoactiva.

Este procedimiento no tiene ninguna de las complicaciones de los demás. Administrando la corriente según las necesidades de cada caso, pueden obtenerse cortes perfectos tanto en piezas de un milímetro de espesor, como de varios centímetros, variando el voltaje del aparato, y siempre obteniendo una coagulación delimitada, diferente en cada ocasión, proporcionada a la pieza a extirpar, sin quemaduras excesivas, y sin embargo con una coagulación siempre suficiente para que la hemostasia sea absoluta y segura. Yo empleo la diatermia de estalladores construido por la casa Hermann Levy que tiene la gran ventaja de ser portátil.

TÉCNICA QUIRÚRGICA. — Se realiza la preparación del enfermo. * Tras la anestesia, se procede a la exposición de los grupos hemorroidales y se realiza la disección de uno de ellos desde la línea anocutánea, teniendo cuidado en respetar los puentes mucocutáneos correspondientes entre los grupos a extirpar. Se realiza, con bisturí o con tijeras, la disección del grupo comenzando por la hemorroide externa (fig. 1), separándola hasta

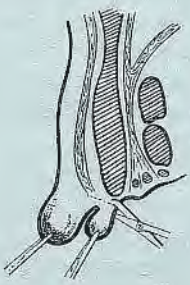

FIG. 1

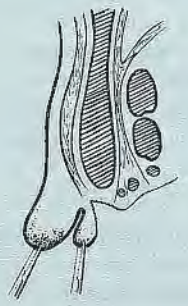

FIG. 2

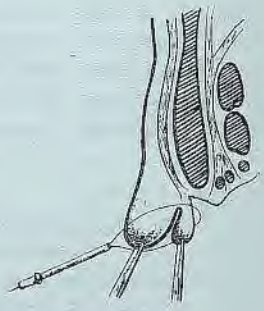

FIG. 3

dejar al descubierto las fibras circulares del esfínter interno y prosiguiendo la disección hasta tener completamente separada la hemorroide externa, la interna y el pedículo hemorroidario (fig. 2). Una vez disecado y teniéndolo sujeto con una pinza, se pasa a través de la misma (fig. 3) una de las asas de alambre montadas en el portahilos del asa de pólipos y se oprime en la base del pedículo mediante tracción con la pinza (fig. 4). En este momento se hace pasar la corriente mientras se mantiene suave pero firmemente la presión, de modo que todo el pedículo queda extirpado

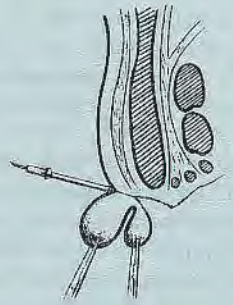

FIG. 4

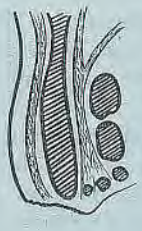

FIG. 5

* "Pre y postoperatorio en cirugía hemorroidal", conferencia pronunciada en Filadelfia, 1964, que será próximamente publicada en "Diseases of Colon and Rectum", Filadelfia, 1965.

desde la base (fig. 5). Se repite este proceder con cada grupo hemorroidario. La intensidad de la corriente se regula según el grosor del especimen a extirpar.

Así pues nos hallamos ante una lesión quirúrgica cutáneo-mucosa, que cicatrizará por segunda intención, y que, por tratarse de una quemadura, la duración e importancia de la fase de detersión viene dada por la extensión y profundidad de la necrosis y por la magnitud del edema concomitante, que en cirugía anorrectal se traduce en el dolor postoperatorio. Este dolor, en esta zona, es particularmente desagradable y mal tolerado por parte del enfermo, y a esto se debe gran parte de la poquísima popularidad de que gozan las intervenciones rectales. Este dolor es comprensiblemente mucho mayor cuando se hace una ligadura del pedículo hemorroidario, en que se superponen una tensión mecánica y el edema que aumenta la misma. Por lo tanto, cuantos esfuerzos se realicen para conseguir el alivio de este dolor postoperatorio, debemos recibirlos con el mayor interés.

Un paso indiscutible ya lo ha sido el mismo empleo de la diatermo-coagulación, pues al no dejar puntos de sutura en la herida, ésta no se halla sujeta a tensión como sucede con los otros métodos de hemorroidectomía empleados en los que, necesariamente, debe realizarse la ligadura del pedículo, cuanto menos. Con la diatermo-coagulación, la falta de tensión hace que el edema no sea notado por el enfermo, lo que reduce ya muchísimo las molestias postoperatorias.

VENTAJAS E INCONVENIENTES. — Entre las ventajas observamos: 1) Gran rapidez del procedimiento, posiblemente ninguno de los existentes requiere menor práctica quirúrgica y menor tiempo. 2) Extirpación del grupo hemorroidario muy completa, por poca práctica que se tenga en la disección. 3) Mínima efusión de sangre, puesto que la coagulación producida por el asa diatérmica es perfecta. 4) Postoperatorio exento de molestias al máximo posible ya que no existen puntos ni suturas. No hay edemas ni tensión. Las primeras defecaciones son prácticamente indoloras y pueden ser inmediatas a la operación, pues no existe riesgo de infección, ni de hemorragia por fallos de suturas. 5) No es preciso el control del enfermo en el período de epitelización. 6) Permite la pronta movilización del paciente y su recuperación para el trabajo hacia el cuarto al décimo día como máximo, según la edad y estado general.

Los únicos inconvenientes: 1) Mayor posibilidad de retracción que con los otros procedimientos quirúrgicos, por ser las heridas por quemadura más retráctiles. 2) Retraso en la epitelización, que no suele ser completa hasta los veinte o treinta días de la intervención. 3) Durante este tiempo existe una secreción en la herida que puede causar un eczema de contacto.

Estas desventajas pueden fácilmente soslayarse: escindiendo la piel con bisturí o tijera y dejando los puentes mucocutáneos entre los grupos extirpados; y protegiendo la piel del margen anal con medicación tópica. La cicatrización tardía no puede evitarse pero es poco notada por estar exenta de molestias. Ningún paciente nota la menor molestia pasados los 7 a 15 días de la intervención y en modo alguno es inconveniente realizar una aplicación de pomada tras la defecación, como toda cura y cuidado.

Indicaciones y contraindicaciones. — De todos los métodos existentes para el tratamiento de las hemorroides, hoy día sólo se mantienen los quirúrgicos, con procedimientos variables según autores, y el esclerosante siempre que se emplee en casos bien determinados, y así todos los autores están de acuerdo (aún difiriendo en las sustancias a emplear), en que la esclerosis es el procedimiento de elección en todas las hemorroides internas de primer grado, de tamaño pequeño o mediano, no complicadas, especialmente cuando sangran. En las de segundo grado pueden emplearse, pero haciendo conocer al enfermo que la reducción sólo será temporal, por lo que deberá volver a inyectarse o a intervenirse. En el resto de los casos se recomienda la operación.

El método que comento puede ser empleado en casi todos los puntos últimamente expuestos. Ahora bien, aun considerando la superioridad de este procedimiento sobre todas las técnicas quirúrgicas hoy en uso, creo que existen unos casos que son absolutamente electivos de este método: aquellos en que el tratamiento quirúrgico clásico no es aconsejable y en los que el tratamiento esclerosante será insuficiente. Muy especialmente me refiero a los ancianos, y en los afectos de lesiones pulmonares, cardíacas, renales, etc.

Ello es posible porque este procedimiento, si bien aconsejamos sea empleado comúnmente bajo anestesia general para nuestra mayor comodidad y tranquilidad del enfermo, puede realizarse a la perfección bajo anestesia local, como también lo hemos efectuado en algún caso excepcional. Estos casos, repito, en vista de los resultados obtenidos mediante la extirpación con asa diatérmica bajo anestesia general, si es posible, o local si no lo es, son de indicación absoluta.

Como contraindicación señalo las mismas que se expresan para las hemorroidectomías de modo absoluto o semiabsoluto: cuando existe una inflamación activa de tipo agudo, un absceso en formación y en los afectos de hepatopatías con hipertensión portal. En la tromboflebitis hemorroidaria puede emplearse bajo las precauciones conocidas.

Resultados. — En el siguiente cuadro resumo los primeros 19 casos que intervine en los que, por su edad y circunstancias, es más patente la utilidad del procedimiento que comentamos:

CUADRO II

Enfermo	Sexo	Edad	Motivo por el que se realiza este procedimiento	Ingresado o ambulatorio	Otra patología asociada	Anestesia general o local	Molestias postoperatorias	Retención orina	Resultado operatorio
R. G.	H	75	Ancianidad	I	—	G	—	+	Bueno
L. R.	H	72	ídem	I	—	G	—	—	Excelente
J. M.	H	78	ídem	I	—	L	+	++	Bueno
A. F.	H	72	ídem	I	Fisura	G	—	—	Excelente
I. P.	H	84	ídem	I	--	L	—	+	Bueno
L. G.	M	67	ídem	I	Fisura	G	—	+	Ligera estenosis
S. C.	H	73	ídem	I	—	G	—	+	Excelente
V. N.	M	69	ídem	I	—	L	+	+	Bueno
J. C.	H	71	ídem	I	—	G	+	+	Bueno
R. T.	H	51	Cardiopatía	I	Fisura y papilitis	L	—	—	Ligera estenosis
B. A.	H	57	ídem	I	Fisura	L	—	—	Excelente
E. Q.	H	44	ídem	I	Fisura y fístula extraesfinteriana	L	-	—	Excelente
S. Z.	M	39	Tuberculosis	I	Fisura	L	—	—	Excelente
J. L	H	61	Cáncer de pulmón	I	Profusas rectorragias	L	+	+	Bueno
L. T.	H	42	Esclerosis renal	I	Fisura	L	—	—	Excelente
I. M.	M	37	Alergia a quinina	I	—	G	—	—	Excelente
J. F.	H	52	No es posible el ingreso	A	Fisura	L	+	—	Bueno
M. T.	H	39	ídem	A	Fisura	L	—	—	Excelente
J B.	H	61	ídem	I	Fisura y fístula extraesfinteriana	G	+	—	Ligera estenosis

En todos ellos, estudiados cuidadosamente, los resultados funcionales después de cuatro años han sido perfectos, sin que se hayan presentado incontinencias, hemorragias, estrecheces, ano húmedo, etc.... y tan sólo en tres casos en los que a la vez se hizo una exéresis de otra patología concomitante, se iniciaron ligeras estrecheces cutáneas que cedieron perfectamente tan sólo con leves dilataciones; en todos estos casos se había tenido que extirpar alguno de los puentes mucocutáneos, y por ser los primeros realizados, la extirpación del grupo hemorroidario interno y externo, fue íntegramente realizada con el asa diatérmica sin disección previa con tijera. Cuatro pacientes fallecieron tiempo después de la intervención, por causas ajenas a la misma.

Los casos intervenidos bajo anestesia local, lo fueron en quirófano con todas las precauciones, mediante inyecciones tronculares según la técnica de Bacon. El paciente, en posición de litotomía, en los ancianos, o incluso genupectoral si se desea debido a la corta duración de la intervención, no percibe absolutamente ninguna molestia durante el transcurso de la misma.

Respecto al dolor postoperatorio, indicaré que todos los casos en los cuales los enfermos han aquejado algo más de la molestia leve propia de la que ocasionaría una herida en cualquier otro lugar del organismo, han sido consignados con un signo positivo en la relación. Es muy difícil valorar las molestias subjetivas, pero por la experiencia que poseo de los otros métodos que también he empleado durante 10 años, creo que éste es, sin comparación, el que menos molestias postoperatorias ocasiona. En ningún caso estas molestias fueron excesivas, permitiendo la deambulación al segundo día y la defecación espontánea e indolora. Ningún paciente requirió mórficos. La retención de orina fue relativamente frecuente (8 enfermos). lo que no es de extrañar dadas las edades medias de los pacientes, pero tan sólo a uno hubo necesidad de sondarlo.

Actualmente realizamos esta intervención en todos nuestros pacientes desde hace cuatro años. Durante este tiempo hemos intervenido un total de 231 casos (de los que 96 son hemorroidectomías), que nos han reafirmado en la extrema utilidad del procedimiento, su seguridad, inocuidad y muy

CUADRO III

Pacientes intervenidos entre 1960-1964

Hemorroidectomías	96
Fístulas anorrectales	61
Varios (Adenomas, papilitis, condilomas, senos sacroxígeos fistulizados, moluscos hemorroidarios, etc.)	74
Total de casos	231

especialmente en la maravillosa tolerancia por parte de los pacientes, algunos de los cuales habían sido intervenidos anteriormente por el método clásico de ligadura y escisión, confirmando sus declaraciones la franca superioridad de este procedimiento en tal sentido.

Quizá merezca señalarse la ausencia completa de hemorragias postoperatorias tanto inmediatas como tardías, y la bajísima incidencia de dolor (12,5 %) y la benignidad del mismo cuando se presenta, ya que sólo requiere analgésicos suaves, nunca mórficos. Estos dos factores, especialmente el último, unidos a la sencillez operatoria del procedimiento, creo pueden ser la clave de su gran éxito.

Por último es interesante reseñar sucintamente, ya que será objeto de un trabajo posterior, la utilidad del aparato para las intervenciones de consultorio que permite operar ambulatoriamente a gran número de enfermos y el excelente resultado en las fístulas anorrectales, incluso las supraesfinterianas, en herradura y complicadas con varios trayectos, en los que con gran sencillez se elimina la fístula en una sesión, sin recidivas y sin que se produzcan incontinencias.

COMENTARIOS. — Se le achaca a este procedimiento que la diatermocoagulación del pedículo produciría una escara del mismo que podría, al caer al cabo de unos días, provocar una rectorragia profusa. Esto que parece en cierto modo muy lógico tratándose del cauterio, resulta falso en este método, pues en ningún caso, que sepamos, no tan sólo nuestro sino de otros autores extranjeros que han efectuado ya algunos miles de intervenciones por este método, en ninguno ha sucedido nada parecido, lo que llama más la atención, pues, por el procedimiento corriente de ligadura del pedículo y escisión, existe un indudable tanto por ciento de enfermos, muy pequeño si la intervención es correcta, en los que existe una hemorragia postoperatoria inmediata por caída de alguna ligadura, o tardía.

Un reciente trabajo en animales de experimentación, observando en diferentes cortes histológicos el proceso de la reparación de los tejidos tras el corte por diatermo-coagulación, ha mostrado la causa de esta aparente contradicción. En efecto, en el mismo se muestra día a día el proceso reaccional del tejido bajo la escara de necrosis, proceso que es tan acelerado en todos los casos que, en el momento del desprendimiento de la escara, existe ya siempre una amplia capa de tejido fibroso, suficiente para impedir el que pueda ocasionar una hemorragia.

RESUMEN. — La extirpación hemorroidaria por medio del asa diatérmica se muestra como un procedimiento eficaz, sencillo, rápido y de postoperatorio tan poco molesto, que debe recomendarse en la práctica, especialmente en todos aquellos casos en que no está indicado un tratamiento esclerosante por no poder lograr la curación completa, como es el caso

de las hemorroides de segundo y tercer grado y muy especialmente en los ancianos, y afectos de cardiopatías, enfermedades pulmonares o renales, etc., ya que puede ser empleado usando anestesia local. En casos extremos puede ser incluso un procedimiento ambulatorio. Es de destacar la admirable tolerancia postoperatoria que permite un levantamiento precoz y las primeras defecaciones indoloras. Hay que tener la precaución de conservar los puentes mucocutáneos para prevenir la aparición de estrecheces.

BIBLIOGRAFIA

BENNETT, R. C. y FRIEDMAN, M. H. W.: "Lates Results of Haemorrhoidectomy by ligature and excisión", British Med. Jour., II, 1963, p. 216-19.

CERCIELLO, G.: "L'analgesia continua per le postoperatoria negli interventi di emorroidectomia", Gazzetta Inter. Med. Chirug., 67, 1962, 3001-6.

FERNÁNDEZ ALBOR, G.: "Hemorroides, historia y tratamiento", Galicia Clínica, 29, 1957, 385-94.

HENRY, A. B.: "Traitement radical de la fistule ano-rectale par le procedé de Simonetti", Proctologia (Paris), n.º 3, 1962, p. 17-26.

LEWIS ARTHUR, E.: "Anorectoplasty for hemorrhoidal Surgery", Amer. Journ. of Surgery, 90, 1955, 767-72.

MARKS. MARK, M.: "Anoplasty versus hemorrhoidectomy", Southern Med. Journ., vol. 46, 1953, 678-80.

MINICONI, P.: "La Diatermo-Coagulation monopolaire en petite chirurgie ano-rectale", Algérie Medicale, Octobre, 1950, p. 437-43.

MORGAN, C. NAUTON: "Hemorrhoids and their surgical treatment", Surgical Clinics of North Amer., 35, 1955, p. 1457.

PARKS, A. G.: "The Surgical Treatment of Hemorrhoids", Brit. Jour of Surgery, XLIII, 1956, p. 357-61.

SIMONETTI, G. B. N.: "De Syringotomia", Phlébologie, n.º 2, 1959.

SODER LUND, S.: "Results of hemorrhoidectomy according to Milligan", Acta Chir. Scand., 124, 1962, p. 444-53.

STERN, W.: "Painless hemorrhoidectomy", Medical Jour. Austral., I, 1963, p. 920-24.

TURELL, ROBERT: "Hemorrhoids: Advances and Retreats", The Amer. Jour. of Surgery, 99, 1960, p. 154-67.

HOWARD, G.: "Modern Management of Hemorrhoids", Southern Med. Journ., 53, 1960, p. 611-15.

VICENTE Y GIL, JOAQUÍN DE: "Historia y estado de la Patologia y Tratamiento de las hemorroides", Revista Infor. Terap., 36, 1961, p. 80-89.

Cátedra de Patología Quirúrgica II B (Prof. PIULACHS). *Servicio de Medicina del Hospital de S. Pablo* (Dr. ROCHA).