

Evolución Alejada de los Pacientes Operados por Hemorroides Complejas o más de Tres Paquetes con Técnicas No Hemorroidopexia

Eduardo A. Laura, Marcelo Patkan, Mario Echeverría

Hospital Naval de Puerto Belgrano

RESUMEN

Introducción: Las hemorroides son una patología muy frecuente. La mayor parte de los pacientes son tratados con modificaciones en la dieta, aquellos que no responden al tratamiento son pasibles de tratamientos ambulatorios y los casos más avanzados quirúrgicos.

Objetivos: Estudiar la evolución alejada de los pacientes con patología hemorroidal severa.

Diseño: Estudio retrospectivo con encuesta telefónica.

Material y Métodos: La serie estudiada son 304 pacientes operados entre 1980 y 2012, correspondiendo 124 a casos con más de 50% de la circunferencia comprometida por trombosis, gangrena o casos de importante prolapso, a quienes se efectuó la exéresis de las zonas afectadas y la reconstrucción del canal anal utilizando colgajos cutáneos, y 180 fueron tratados de tres o más paquetes con técnica de Ferguson.

Resultados: En el período considerado consultaron por hemorroides 1832 pacientes, de los cuales a 180 (9,8%) se utilizó la técnica de Ferguson para tres o más paquetes y 124 (6,8%) fueron casos complejos. Presentaron complicaciones post operatorias el 13,71% de las complejas y el 6,11% de tres paquetes o más (n s). Por medio de la encuesta encontramos en los casos denominados complejos un 93% de asintomáticos y en los de más de 3 Paquetes un 81%, resultando esta diferencia significativa. Los síntomas más frecuentes, sangrado y dolor, fueron muy esporádicos en el 71,4% vinculado a constipación o transgresiones alimentarias manifestando el 93,5% sentirse mejor que antes de operados.

Conclusiones: Tanto los resultados inmediatos como el seguimiento alejado en la serie presentada han sido muy satisfactorios.

Palabras clave: Hemorroides Complejas; Evolución Alejada

ABSTRACT

Introduction: Hemorrhoidal disease is a very frequent pathology. Most hemorrhoids are medically treated with diet changes. Those who do not respond satisfactorily can receive office-based treatments and the most advanced cases require surgical intervention.

Aims/objectives: Study of the long-term evolution of patients with severe hemorrhoidal pathology.

Design: Retrospective study with telephonic survey.

Material and Methods: The studied series comprises 304 patients operated on between 1980 and 2012, corresponding 124 cases to patients with more than 50% of the anal circumference compromised by thrombosis, gangrene or cases of significant prolapse. These cases underwent exeresis of the affected areas and reconstruction of the anal canal utilizing cutaneous flaps, and 180 cases, which presented more than three bundles, were treated with Ferguson's technique.

Results: In the referred period, 1832 patients consulted about hemorrhoids. Ferguson's technique was used on 180 patients (9,8%) and 124 patients (6,8%) corresponded to complex cases. Post-surgical complications were seen in 13, 71% of the complex cases and in 6.11% of the cases with three or more hemorrhoidal bundles (n s). The survey showed that 93% of the complex cases were asymptomatic, in comparison to 81% of those with three or more hemorrhoidal bundles, resulting in a significant difference. The most frequent symptoms: bleeding and pain, were very sporadic in 71, 4% corresponding to constipation or dietary transgressions; 93, 5% stated feeling better than before being operated on.

Conclusions: The immediate results as well as the long-term follow up of the presented series have both been very satisfactory.

Key words: Complex Hemorrhoids; Long-term Results

INTRODUCCIÓN

Las hemorroides son una patología sumamente fre-

cuente, si bien su prevalencia no se conoce con precisión.

La mayor parte de los pacientes portadores de hemorroides se tratan médicamente aumentando la ingesta de fibras y el agua.

En los últimos años se han popularizado técnicas quirúrgicas que no abordan directamente la patología en el ano, sino que efectúan una resección de la

Leído en Sesión SAPC 11 de Julio de 2014

Recibido 16 de julio de 2014

Corregido y aceptado para publicación el 8 de septiembre de 2014

Eduardo A. Laura
mberta@criba.edu.ar

mucosa rectal con sutura mecánica.

Este trabajo recopila la experiencia del primer autor con técnicas no hemorroidopexia.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este estudio es conocer la evolución alejada de los pacientes operados de hemorroides complejas o de más de tres paquetes.

También describir las principales características de la serie, compararla con el resto de la patología orificial describiendo sus frecuencias relativas, enunciar los antecedentes de constipación y familiares, la distribución por sexo y edad, los síntomas predominantes, antigüedad de los mismos y las complicaciones post operatorias.

Asimismo, efectuar la encuesta implica un desafío poco habitual en nuestro medio y puede colaborar en la formación de los profesionales más jóvenes involucrados en el estudio de campo.

Tipo de Estudio: Retrospectivo con encuesta telefónica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron todas las historias clínicas del consultorio particular del primer autor entre 1980 y el 31 de diciembre de 2012, se obtuvieron los diagnósticos y se separaron todas las de patología anal.

Se tabularon todos los diagnósticos de esta patología separando solamente las de patología hemorroidal compleja o que en la operación fueron tratadas tres o más paquetes hemorroidales. Fueron excluidos todos los pacientes con fisura anal. Estos fueron estudiados para conocer su evolución alejada hace 9 años.¹

A los efectos de este estudio se consideraron casos complejos los que presentaban las siguientes características: Grado IV con afectación de más de 50% de la circunferencia anal con trombosis, gangrena u asociación de ambos, prolapsos voluminosos y extensos que impiden un tratamiento por paquetes requiriendo resecciones de tipo circular con reparación endoanal.

También fueron incluidos pacientes con hemorroides grado IV a quienes se trataron tres o más paquetes en forma longitudinal (Técnica de Ferguson). Fueron excluidos los casos con hemorroides grado IV a los que se trataron dos o menos paquetes.

De los casos incluidos en el estudio se resumió cada historia clínica para conocer los detalles de la técnica, evolución post operatoria inmediata, y fueron llama-

dos telefónicamente para llenar la encuesta.

El formulario de encuesta, que se aprecia a continuación, fue el mismo utilizado hace 9 años para conocer la evolución de los operados por fisuras anales.¹ Los llamados telefónicos fueron efectuados por los coautores evitando el cirujano actuante hacerlo para evitar probables sesgos (Fig. 1).

Técnicas quirúrgicas utilizadas:

Los pacientes se prepararon con ayuno de 8 hs y una microenema 5 hs antes de la cirugía.

La anestesia preferida fue la raquídea con bupivacaína al 0,5 %.

Utilizamos la posición ginecológica con la excepción de casos en que pudiera precisarse algún colgajo dermograso. En estos casos utilizamos la posición proctológica.

Con la inducción anestésica se utiliza 1 g de cefalosporina, con excepción de los casos complejos en que se asocia metronidazol-gentamicina o ciprofloxacina-ornidazol.

Se utilizó siempre en la cirugía anal la valva diseñada por el Dr. Amadeo Espeche.²

Sistemáticamente se efectuó rectosigmoideoscopia. El tiempo quirúrgico osciló entre 35' y 90' los casos de mayor complejidad.

La técnica utilizada en los casos donde los paquetes eran identificables fue la de Ferguson con escasas variantes, como por ejemplo la resección submucosa de alguna hemorroide vecina o su cauterización con electro bisturí. Previo a la incisión se infiltra la zona con lidocaína al 0,5% con epinefrina.

El cierre lo efectuamos varios años con ácido poliglicólico el que abandonamos hace más de 10 años por el catgut cromado atraumático 2-0.

Los casos complejos, desde hace más de 15 años, trato de conservar la piel rebatiéndola en el canal anal y suturándola a la mucosa con sutura continúa de catgut cromado 2-0. Hacemos lo posible por no dejar zonas cruentas descubiertas (Figs. 2 y 3).

Los primeros casos de resecciones grandes de tipo circular utilizaba la técnica de Whitehead, en la que se desciende la mucosa al borde de resección cutánea. Posteriormente la abandoné por la anteriormente descrita. Al comenzar las suturas se coloca en la zona cruenta a cerrar solución de yodo-povidona al 10%.

La mayor parte de los operados retomó la ingesta en forma progresiva a partir de las 4 horas de operado.

Se les indicó 36-48 hs. de ayuno, tratamiento antibiótico parenteral y loperamida, al 58% de los pa-

Nombre y Apellido:
 Fecha de la operación: ___ / ___ / ___
 Guía introductoria:
 Ud. Fue operado/a el _____ por el Dr. Eduardo Laura y el Dr. prepara un trabajo en el cual es importante conocer la evolución a lejada de todos los pacientes operados.
 Son Preguntas muy breves, pero si el momento no es oportuno, volveré a llamar cuando Ud. lo disponga.

Deslindar cómo se siente con respecto a la operación:

1. Ud., con respecto a la operación que se efectuó hace ¿Siente alguna molestia?
 Si No
2. ¿Qué es lo que siente?
 Dolor Sangrado Picação
 Ensuciamiento (que se ensucia la ropa interior) Supuración Ardor
 Incontinencia a gases Incontinencia a sólidos
 No corresponde contestar Combinación de síntomas
3. ¿Con qué frecuencia siente molestias?
 1 o 2 veces al año 3 a 6 veces Más de 6 veces Todos los meses
4. Lo que siente, ¿Cómo lo calificaría?
 Intenso Moderado Leve
5. En su criterio:
 Está mejor que antes de operarse
 Está igual que antes de operarse
 Está peor que antes de operarse

Agradecer la colaboración y predisposición para responder la encuesta

Figura 1: Evolución Alejada de los Pacientes Operados por Hemorroides Complejas o más de Tres Paquetes con Técnicas No Hemorroidopexia.



Figura 2: Extensa necrosis.



Figura 3: Se trata de conservar el tegumento en buenas condiciones para la reconstrucción anal.

cientes con hemorroides complejas y al 4% de las de tres paquetes o más (Tabla 1).

Los analgésicos utilizados con mayor frecuencia fueron el ketorolac en los sueros y rescate con morfina diluida. En algunos casos, ya fuera por la magnitud de la intervención o hipersensibilidad del paciente, se asoció diazepam 15 mg por día por vía oral. En

algunos casos de mayor dolor se reemplazó el ketorolac por la asociación dipirona-dextropropoxifeno.

A los pacientes con Técnica de Ferguson se les dio el alta al 95,56% a las 24 hs o antes dependiendo de si tenían cobertura de obra social o no.

A los casos de hemorroides complejas se les dio el alta de internación a las 48 hs.

TABLA 1: INDICACIÓN DE AYUNO, LOPERAMIDA Y ANTIBIÓTICOS POST-OPERATORIOS POR 36-48 HS.

Ayuno Post-op. (48, 36 hs- ATB- Loperamida)	Complejas	%	3 pqs	%
Sí	72	58.07	8	4.44
No	52	41.93	172	95.26
Total	124	100	180	100

RESULTADOS

Sobre 5233 historias clínicas de pacientes asistidos entre 1980 y 2012, 2682 (51,2%) correspondieron a patología anal.

Las tablas 1 y 2 permiten apreciar la distribución de los diagnósticos.

En la serie de estudio constituida por 304 pacientes se consideraron en conjunto: edad, síntomas predominantes, antigüedad de los mismos, décadas en que fueron intervenidos y en que instituciones (Tablas 2, 3, 4, 5 y 6).

Algo más del 58% fueron varones, la edad promedio fue de 43,4 años (DS 14 años), los síntomas predominantes fueron: el sangrado (63,15%) el dolor (61,51%) y el prolapso (59,86). Tan sólo el 3,94% el motivo de consulta fue la anemia y el 2,3% el prurito (Tabla 3).

Casi el 60% refirieron duración de los síntomas de más de 5 años y 42,4% de más de 10 años (Tabla 4).

El 37,8% refirió antecedentes familiares de hemorroides, antecedentes de constipación el 49% y antecedentes de cirugía o tratamientos ambulatorios por hemorroides el 20,4%.

Al momento de la encuesta telefónica el 73,7% de los pacientes tenían entre 9 y 19 años de operados y el 7,2% más de 20 años (Tabla 7).

Presentaron complicaciones post operatorias el 13,71% de las complejas y el 6,11% de tres paquetes o más, siendo esta diferencia no significativa (Tabla 8).

Todas las complicaciones fueron menores no requiriendo internación, excepto el caso de sangrado que correspondió a un paciente joven que no requirió transfusión ni reintervención.

De los pacientes de la serie denominada Hemorroides Complejas, un paciente debió ser reintervenido a los dos años por estenosis. Se solucionó con colgajos dermograsos.

En ambos grupos las fistulas post operatorias fueron superficiales, siendo tratadas con cirugía ambulatoria (puesta a plano y curetage) con recuperación rá-

TABLA 2: DISTRIBUCIÓN ETARIA DE LOS PACIENTES OPERADOS ENTRE 1980 Y 2012 CON HEMORROIDES COMPLEJAS O MÁS DE TRES PAQUETES

Edad	Nº de pacientes
10 a 19	2
20 a 29	52
30 a 39	75
40 a 49	97
50 a 59	30
60 a 69	35
70 a 79	10
80 a 89	2
N/C	1
Total	304

TABLA 3: SÍNTOMAS PREDOMINANTES DE LOS PACIENTES OPERADOS ENTRE 1980 Y 2012 CON HEMORROIDES COMPLEJAS O MÁS DE TRES PAQUETES.

Síntomas	Total	%
Dolor	187	61,51
Sangrado	192	63,15
Prolapso	182	59,86
Prurito	7	2,3
Anemia	12	3,94
Uso continuo de Paño	28	9,21
Total	304	100

TABLA 4: ANTIGÜEDAD DE LOS SÍNTOMAS DE LOS PACIENTES OPERADOS ENTRE 1980 Y 2012 CON HEMORROIDES COMPLEJAS O MÁS DE TRES PAQUETES.

Duración síntomas	Total	%
Menor 1 año	16	5.26
Mayor 1 año	9	2.96
Mayor 2 años	22	7.23
Mayor 5 años	51	16,77
Mayor 10 años	66	21,71
Mayor 20 años	43	14,14
Mayor 30 años	20	6,59
No/claramente consignado	77	25,32
Total	304	

pidar y remisión de los síntomas.

Los casos que presentaron fecalomas en el post operatorio, los pudieron resolver con ayuda de enfermería (enemas). Un caso del grupo H. Complejas requirió una anestesia general breve para eliminar el bolo fecal.

Los pacientes que refirieron ensuciamiento, éste fue transitorio, remitiendo después de las 6 semanas de

TABLA 5: ÉPOCA EN QUE FUERON INTERVENIDOS LOS PACIENTES OPERADOS ENTRE 1980 Y 2012 CON HEMORROIDES COMPLEJAS O MÁS DE TRES PAQUETES.

Años de operación	Total	%
1980-1989	22	7,24
1990-1999	95	31,25
2000-2009	129	42,43
2010-2012	58	19,08
TOTAL	304	100

TABLA 6: HOSPITALES DE BAHÍA BLANCA DONDE SE EFECTUARON LAS INTERVENCIONES.

Lugar de operación	Total	%
H. Español	158	51,97
H. Priv. Sur	55	18,09
Hosp. de la As. Mca.	27	8,88
H. Italiano	24	7,9
Cl. Empl. Come	1	0,33
No consignado	39	12,83
Total	304	100

TABLA 7: DÉCADAS EN QUE FUERON OPERADOS LOS PACIENTES ENCUESTADOS.

Período	Nº de pacientes	%
1980-1989	9	4,14
1990-1999	67	30,74
2000-2009	103	47,24
2010-2012	39	17,88
TOTAL	218	100

TABLA 8: COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS. PACIENTES OPERADOS ENTRE 1980 Y 2012 CON HEMORROIDES COMPLEJAS O MÁS DE TRES PAQUETES.

Compl. Postoperatorias	Complejas	%	3 PQT	%
Granuloma	3	2,41	3	1,66
Cicatrización lenta	2	1,61	2	1,11
Fecaloma	2	1,61	1	0,55
Fístula	3	2,41	1	0,55
Ret. Urinaria	2	1,61	1	0,55
Supuración	2	1,61	2	1,11
Sangr. Postoper.	0		1	0,55
Ensuciam. Pasajero	2	1,61	1	0,55
Total	16/124	12,90	11/180	6,11

p=0,062

operados con ejercicios perineales: 2/124 en el Grupo de H. Complejas (1,6%) y 1/180 en el de más de tres paquetes (0,5%).

Los casos de supuraciones ocurrieron alrededor del 3º o 4º día post operatorio y remitieron con antibióticos de amplio espectro.

Los granulomas fueron tratados en el Consultorio con toques de nitrato de plata.

Dos casos en cada Grupo presentaron cicatrización lenta, es decir transcurridas cuatro semanas referían algún grado de molestia o dolor al evacuar y el examen era normal aunque mostraba falta de epitelización completa en algún sector. Una de estas pacientes siguió sintomática hasta los 90 días.

La anoscopia fue normal. El dolor desapareció después de la misma.

Resultados de la encuesta telefónica

Pudieron ser ubicados telefónicamente 218 pacientes (71,7%). De ellos 103 (47,2%) tenían en promedio 7 años de operados; 67 (30,7%): 17 años de operados; 39 (17,8%): un año y 9 (4,1%): veintisiete años (Tabla 7).

El 93,3% de los casos complejos refirieron estar asintomáticos así como el 81,06 de los de más de 3 paquetes, siendo esta diferencia significativa (Tabla 9).

Considerando en conjunto los casos sintomáticos, de los 21 que refirieron sangrado, 13 (61,9%) esto les ocurría 1 o 2 veces en el año lo mismo que a 7 de los que refirieron dolor (70%), vinculándolo a episodios de constipación o transgresiones alimenticias (Tabla 10).

Una paciente aquejó humedad todos los meses por lo que fue reoperada antes del año (Tabla 10).

Con respecto a la gravedad de los síntomas, el 67,74% de los 31 sintomáticos los conceptuó como leves y 2 como intensos (6,4%), correspondiendo a la paciente ya referida que aquejaba humedad y otro paciente que reintervenimos a los dos años por estenosis (Tabla 11).

De los pacientes sintomáticos, 29 (93,5%) consiguieron sentirse mejor que antes de ser operados y, 1, igual (Tabla 12).

DISCUSIÓN

Se desconoce la prevalencia de la enfermedad hemorroidal.

En USA, mediante un cuestionario de salud anual, se encontró que la prevalencia era el 4,4%.³

Sin embargo, en una muestra pequeña pero aleato-

TABLA 9: RESULTADOS GLOBALES DE LA ENCUESTA TELEFÓNICA. PACIENTES OPERADOS POR PATOLOGÍA ANAL COMPLEJA O MÁS DE TRES PAQUETES ENTRE 1980 Y EL 30 DE DICIEMBRE DE 2012

	Total	%	Asintomáticos		Sintomáticos	
			Total	%	Total	%
Hemorroides complejas	86	39,44	80	93,3	6	6,7
Tres paquetes o más	132	60,55	107	81,06	25	18,93
Total	218	100	187	85,77	31	14,22

TABLA 10: RESULTADOS DE LA ENCUESTA TELEFÓNICA DE PACIENTES OPERADOS POR PATOLOGÍA ANAL COMPLEJA O MÁS DE TRES PAQUETES ENTRE 1980 Y EL 30 DE DICIEMBRE DE 2012 TIPOS DE SÍNTOMAS Y FRECUENCIA.

	Total	Frecuencia			
		1 o 2 veces en el año	6 veces al año	No consignada	Todos los meses
Sangrado	21	13 (61,96)	2 (9,5%)	6	
Dolor	10	7 (70%)	1 (4,8%)	2	
Humedad	1				1
Ensuciamento					
Ardor	1			1	
Picazón	-				
Incontinencia a gases	-				
Incontinencia a sólidos	-				
Dificultad evacuatoria (estenosis)	1*				

* Operado a los dos años por su estenosis

TABLA 11: RESULTADOS DE LA ENCUESTA TELEFÓNICA DE PACIENTES OPERADOS POR PATOLOGÍA ANAL COMPLEJA O MÁS DE TRES PAQUETES ENTRE 1980 Y EL 30 DE DICIEMBRE DE 2012, PACIENTES SINTOMÁTICOS. VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS.

Valoración de la gravedad de los síntomas	Total	%
Leve	21	67,74
Moderado	-	-
Intenso	2*	6,4
No consigna	8	25,82
Total	31	100

* Valoración de la gravedad de los síntomas

TABLA 12: : PACIENTES SINTOMÁTICOS. VALORACIÓN COMPARATIVA ANTES –DESPUÉS. RESULTADOS DE LA ENCUESTA TELEFÓNICA DE PACIENTES OPERADOS POR PATOLOGÍA ANAL COMPLEJA O MÁS DE TRES PAQUETES ENTRE 1980 Y EL 30 DE DICIEMBRE DE 2012.

Comparación	Total	%
Peor	-	-
Igual	1*	3,2
Mejor	29	93,5
No consigna	1	3,2
Total	31	100

* Reoperada al año

ria de varones en Londres, se puso de manifiesto que era del 13,3%.⁴

Por el contrario, en una consulta de Medicina General en Londres se encontró una prevalencia del 36,4%.⁵

Basados en estudios hospitalarios en USA se diagnosticó hemorroides al 21,6% de los pacientes.⁶

Esta limitación en el conocimiento de la prevalencia de la enfermedad fue señalada también recientemente en nuestra Sociedad por Minetti y col.⁸

Los estudios epidemiológicos que estudian la prevalencia de la enfermedad tienen importantes limitaciones, ya que tanto encuestas como apreciaciones de médicos generalistas pueden atribuir síntomas a presuntas hemorroides cuando en realidad sólo el examen proctoscópico efectuado por profesionales debidamente capacitados pueden confirmar fehacientemente el diagnóstico.

Por este motivo nos pareció de utilidad y sin pretender con esto suplir a los estudios de prevalencia, presentar las frecuencias con que las diferentes patologías anales se diagnosticaron en un Consultorio de Cirugía General con especial orientación a la Proctología, en un lapso de más de 30 años (Tabla 13).

En ese lapso consultaron por hemorroides 1832 pacientes representando el 68,3% de los diagnósticos de patología anal (1832/2682).

De ellos no fueron operados ni tratados con méto-

TABLA 13: DIAGNÓSTICOS DE LOS PACIENTES ASISTIDOS POR PATOLOGÍA ANAL ENTRE 1980 Y 2012.

Diagnóstico	Total	%
Hemorroides	1832	68,3
Fisuras	648	24,16
Fístulas	107	3,98
Estenosis anal	29	1,08
Condilomas acuminados	22	0,82
Prurito anal idiopático	25	0,93
Incontinencia	5	0,19
Adenomas del canal anal	6	0,22
Ano húmedo	1	0,03
Procidencia de recto	4	0,15
Cáncer de ano	2	0,07
Proctalgia sin materia	1	0,03
Total	2682	100

TABLA 14: PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HEMORROIDES ENTRE 1980 Y 2012.

	Total	%
Pacientes con diag. de hemorroides	1832	100
No operado no tr. cons.	994	54,2
Trat amb. (LE-FCI)	270	14,7
Operados	568	31
Operados menos de 3 pqs.	264	14,4
Operados 3 pqs. o más	180	9,8
Operados hem. "Complejas"	124	6,8

* En negrita la serie cuya evolución se estudió.

dos de consultorio (LE-FI) 994 (54,2%) (Tabla 14).

Fueron tratados con Ligadura Elástica- Fotocoagulación Infrarroja 270 pacientes (14,7%) y fueron operados 568 (31%). De éstos, 264 (14,4%) presentaban menos de tres paquetes hemorroidales por lo que no fueron incluidos en el presente estudio (Tabla 14).

Es oportuno destacar algunos datos de esta serie: el 58,2% fueron varones, coincidiendo con lo publicado por otros autores como Thompson y col.⁷ en que refieren mayor prevalencia en varones; el 56,6% tenían entre 30 y 49 años, predominando el grupo de entre 40 a 49 años (31,9%) (Tabla 2).

Los síntomas dominantes fueron dolor y sangrado, mientras que el uso permanente de paños protectores en el 9,2% se puede vincular a la gravedad de las lesiones (Tabla 3).

La antigüedad de los síntomas, mayor de 20 años en el 20,7% de los casos en que fue consignado el dato

y de más de 10 años en 42,4%, confirma que el tratamiento más frecuente es de tipo médico y sólo ante su fracaso los pacientes optan por operarse (Tabla 4).

Encontramos antecedentes familiares de hemorroides en el 37,8% y de constipación en el 49%.

El 20,4% de los pacientes ya había recibido algún tipo de tratamiento quirúrgico o de consultorio.

El ayuno de 36-48 hs en el post-operatorio, asociando antibióticos y en algunos casos loperamida, tiene su fundamento en aquellos casos con grandes reparaciones anales con el objetivo de proteger el canal anal durante los primeros días evitando la movilización intestinal precoz.

Se utilizó en el 58% de los casos Complejos y en el 4,4% de los de más de tres paquetes (Tabla 1).

Las complicaciones post operatorias se presentaron en el 12,9% de los casos denominados H. Complejas y en el 6,1% de los casos de más de tres paquetes (Tabla 8).

En el primer grupo, las de mayor importancia fueron dos casos de ensuciamiento (1,6%) que cedieron a las pocas semanas con ejercicios perineales, y tres casos de fístulas superficiales (2,4%) que requirieron reintervención para puesta a plano (Tabla 8).

En el segundo grupo un paciente requirió reintervención por sangrado (1/180: 0,5%), el mismo se resolvió espontáneamente sin transfusión ni reintervención; uno presentó ensuciamiento pasajero (0,5%) y uno fístula superficial (0,5%).

Por medio de la encuesta telefónica se trató de conocer los resultados alejados.

Encontramos en los casos denominados complejos un 93% de asintomáticos y en los de más de 3 Paquetes un 81% resultando esta diferencia significativa ($p=0,023$) (Tabla 9).

Con respecto a los síntomas relevados en la encuesta en ambos grupos, los más frecuentes: sangrado y dolor fueron valorados en la misma como muy esporádicos (1 o 2 veces por año) en el 61,9% y seis veces en el año en el 9,5%, vinculándolos a episodios de constipación o transgresiones alimentarias y en la valoración conceptuados como mejor que antes de operarse en el 93,5%, con la excepción de un caso que aquejó humedad permanente y que fue reoperada antes del año (Tablas 10, 11 y 12).

El caso de estenosis correspondió a un marino mercante que sufrió un severo cuadro de flucción con gangrena en alta mar y debió ser evacuado de urgencia e intervenido con las técnicas descriptas, presentando a los dos años un claro cuadro de estenosis, por lo que se lo reintervino efectuando dos colgajos dermograsos, con buena evolución y actualmente asin-

tomático.

En los 124 casos complejos la estenosis representa pues el 0,8% o el 1,1% de los casos complejos en que se logró llenar la encuesta (1/86).

Si bien sorprende el porcentaje mayor de sintomáticos (18,9%) en los que se pudo efectuar la técnica de Ferguson, con respecto a los casos Complejos (6,7%) en que fue imposible la identificación de paquetes por tratarse de casos más graves (trombosis masiva-gangrena o prolapso importante), sin embargo puede estar la respuesta vinculada a las características de gran sensibilidad de la encuesta.

Efectivamente cuando analizamos el tipo de síntoma vemos que en general son muy esporádicos y la mayor parte (70,9%) los conceptúa como leves como ya se señaló, intenso el 3% y no contestó la consigna el 25,8%, al asignarle probablemente, escasa importancia.

Por otra parte, no es el objetivo de este trabajo la comparación entre las dos técnicas ya que consideramos que cuando los paquetes hemorroidales son identificables, se debe utilizar la resección por paquetes quedando las resecciones de tipo circunferencial reservadas para aquellos casos en que ello no es posible.

Los resultados de nuestra serie se comparan favorablemente con los referidos por Claudio Mattana y col., de la Univ. del Sag. Corazón de Roma,⁹ quienes siguieron pacientes con hemorroides grado IV, 100 con Tca. de Milligan y Morgan y 100 con hemorroidopexia. Los primeros con seguimiento de 92 meses y los segundos 54 meses.

Los resultados a largo plazo fueron muy satisfactorios con la técnica resectiva mientras que el retorno al trabajo fue más temprano en la hemorroidopexia.

Guenin M y Ackerman del St Claraspital de Suiza¹⁰ efectuaron un análisis retrospectivo de pacientes, operados entre 1993 y 1997, con técnica de Ferguson en 514 pacientes, edad media de 52 años (r 22-96); 7 presentaron hemorragia post operatoria y dos debieron ser reintervenidos, 15 (3% precisaron sondaje vesical.

El seguimiento promedio fue de 4,7 años (2,1 a 7,8). El síntoma dominante fue aliviado en 275 pacientes (67,4 %), mejorado en 111 (27,2 %) y sin variar o peor en 22 (5,4%).

Estos autores refirieron ensuciamiento leve en 86 pacientes (21,2%); moderado en 25 (6,1%) y severo en 4 (0,98%), re operados por recidiva 0,8%.

Evaluaron el procedimiento como excelente 70,5%, bueno 21,4%, moderado 6,2% y malo 1,9%.

Es posible que la mayor juventud de nuestra serie

podiera ser un factor en la diferencia ya que nuestro promedio de edad fue de 43,4 años, mientras que la de Guenin y col. la misma fue de 52 años.¹⁰

Los resultados presentados también se comparan favorablemente con los de Cruz y col.¹¹ que presentaron una serie personal de 2417 casos, de los cuales en 2014 se utilizó la técnica de Milligan y Morgan, 232 la de Ferguson y en 171 procedimientos mixtos, refiriendo en los que se utilizó la técnica cerrada 4 casos de estenosis (1,7%), 1 caso de sangrado (0,4%) y otras complicaciones, no encontrando diferencias estadísticas en la comparación de los procedimientos abiertos o cerrados.

La serie más numerosa de técnica de Ferguson corresponde a Ganchrow y col.¹² que presentaron 2038 pacientes refiriendo estenosis anal en el 1,2%, sangrado en 1,3%, abscesos anales en 0,8% y fistulas en el 0,2%.

También es importante considerar que nuestra serie, a diferencia de las publicaciones citadas, ha excluido casos en que se trataron menos de tres paquetes, es decir son todos pacientes con patología anal florida.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de enfermedad hemorroidal representó el 68,3% de los diagnósticos de patología anal, entre 1980 y el 2012, en el Consultorio del primer autor. Correspondiendo a fisuras el 23,8%, fistulas: 3,9%, estenosis: 1%, condilomas acuminados: 0,8%, prurito anal idiopático: 0,9%.

El 54,2% de los pacientes con diagnóstico de enfermedad hemorroidal recibieron tratamiento médico; el 14,7% se trataron en forma ambulatoria con LE y FCI y el 31% fueron operados.

El 14,4% de los diagnósticos de enfermedad hemorroidal correspondieron a casos de menos de tres paquetes (264/1832); 9,8% a pacientes con tres o más paquetes hemorroidales (180/1832) y 6,8% a casos complejos como fue definido en Material y Métodos (124/1832), constituyendo estos dos últimos grupos la serie de estudio presentada.

Las complicaciones post-operatorias se presentaron en el 12,9% de los casos de Hemorroides Complejas y en el 6,11% de los de más de tres paquetes y tratados con técnica de Ferguson (p= 0,06).

En ambos casos la mayor parte de las complicaciones fueron vanales y se resolvieron sin internación el 81,5% (22/27); un caso de hemorragia fue internado en observación sin ser transfundido y en ambos grupos en conjunto se presentaron cuatro casos de fístu-

las superficiales que requirieron reintervención para puesta a plano (4/27, 14,8%) El caso que presentó estenosis y fue intervenido a los dos años fue incluido en Complicaciones Alejadas.

El seguimiento alejado por medio de la encuesta telefónica mostró en el grupo de Hemorroides Complejas un 6,7% de sintomáticos y en el grupo de más de tres paquetes tratados con técnica de Ferguson el 18,9%.

En ambos grupos, la mayor parte de los síntomas, predominantemente dolor y sangrado fueron calificados por los pacientes como muy esporádicos: una o dos veces en el año el 61,9% y 6 veces al año el 9,5%, vinculado a transgresiones alimentarias o episodios de constipación. Con respecto a la gravedad el 67,4% lo evaluó como leve y 6,4% como intenso. El 93,5% consideró estar mejor y 3,2% igual que antes

de operarse.

Tanto los resultados inmediatos como el seguimiento alejado en la serie presentada han sido muy satisfactorios.

AGRADECIMIENTOS

El primer autor agradece a los cirujanos que lo ayudaron en la serie presentada: médicos Carlos Garrido, Cristian Rios, Jorge Josid y Juan Carlos Gallucci, a la Instrumentadora Andrea Carbonara de Staffa, a la alumna de Medicina Noelia Bruss que extrajo todos los diagnósticos del fichero, a los colegas anestesiólogos, a las Bioestadísticas de la Universidad Nacional del Sur Prof. Loreto Yañez y Lic. Gabriela Serralunga, a la bioquímica M. Soledad González y al Dr. Claudio Iribarren por sus sugerencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Laura E A, Evolución alejada de los pacientes operados por fisura anal con esfinterotomía lateral interna. Rev. Argent. Coloproct.; 2004, 15 (3-4);35-42.
2. Espeche, A., Laura E: Nuevo anoscopio operador. Extractos 64º Congreso Argentino de Cirugía, Revista Argentina de Cirugía, 1993.
3. Johanson JF, Sonnenberg A. The prevalence of haemorrhoids and chronic constipation, an epidemiological study. Gastroenterology 1990; 98:380-6.
4. Acheson RM. Haemorrhoids in the adult male. A small epidemiological study. Guys Hospital reports 1960; 109:184-95.
5. Gazet JC, Redding W, Rickett JWS. The prevalence of haemorrhoids. Proc R Soc Med 1970; 63:78-8017.
6. Hyams L, Philpot JJ. An epidemiological investigation of haemorrhoids. American Journal of Proctology 1970; 21: 117-93.
7. Thomson JPS, Leicester RJ, Smith LE. Haemorrhoids in Henry MM, Swash M. eds Coloproctology and the pelvic floor. 2nd ed. Oxford Butterworth-Heinemann 1992: 373-93.
8. Minetti A M, Pitaco J I, Sarra C A et al. Tratamiento Quirúrgico de la Enfermedad Hemorroidaria Estudio Comparativo Entre una Técnica Convencional y Dos de Reciente Aplicación Sanatorio de la Trinidad Quilmes Rev Argentina de Coloproct. 2014 VOL. 25, Nº 1:1-14.
9. Mattana C, Coco C, Manno A, et al. Stapled hemorrhoidopexy and Milligan Morgan hemorrhoidectomy in the cure of fourth-degree hemorrhoids: long-term evaluation and clinical results. Diseases of the Colon & Rectum 11/2007; 50(11):1770-5.
10. Guenin M, Rosenthal R, Kern B et al. Ferguson Hemorrhoidectomy: Long-Term Results and Patient Satisfaction After Ferguson's Hemorrhoidectomy. Dis Colon Rectum 2005;48:1523-7.
11. Cruz G, Santana S, Santana J et al. Complicações. Pós-Operatórias Cirúrgicas da Hemorroidectomia: Revisão de 76 Casos de Complicações. Rev Bras Coloproct, 2007;27(1):042-057.
12. Ganchrow MI, Mazier WP, Friend WG, Ferguson JA. et al. Hemorrhoidectomy revisited – a computer analysis of 2.038 cases. Dis Colon Rectum 1971;14(2):128-33.

COMENTARIOS SESIÓN SACP 11 DE JULIO DE 2014

DISCUSIÓN

Carlos Alberto Vaccaro: Deseo realizar una pregunta al doctor. A lo mejor lo dijo y yo no estaba lo suficientemente atento. Respecto a los resultados alejados, que era el objetivo del trabajo, ¿se basaron en la encuesta hecha en forma telefónica o también en datos obtenidos durante el seguimiento en las fichas que mostró inicialmente?

CIERRE DE DISCUSIÓN

Dr. Eduardo Laura: El cuadro que se refiere a complicaciones postoperatorias está extraído de la evaluación de las historias clínicas. En cambio, en los resultados alejados, 218 casos se pudieron ubicar telefónicamente y contestaron la encuesta. Algunos se habían olvidado, y cuando decían que sí, que tenían alguna molestia se trataba de caracterizarla en qué tipo de molestia, en qué frecuencia y cómo la calificaba, si era leve o importante. Un paciente fue operado por mí a los dos años. A este no lo incluí en los llamados telefónicos.