

Terapéutica de la Fluxión Hemorroidal

Martín Barrionuevo López¹, Amalia Perren², Rodrigo García³, Diego Cardozo³, Carlos Olivato⁴, Daniel García Andrada⁵

¹Jefe de Residentes del Servicio de Cirugía del Hospital San Roque-Ciudad de Córdoba. ²Residente de III año de Cirugía General del Hospital San Roque. Ciudad de Córdoba. ³Médico de planta del área de Coloproctología del Hospital San Roque. Ciudad de Córdoba. ⁴Jefe del área de Coloproctología del Hospital San Roque. Ciudad de Córdoba. ⁵Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital San Roque. Ciudad de Córdoba.

RESUMEN

Introducción: La fluxión hemorroidal es una complicación severa de la enfermedad hemorroidaria.

Combinando el tratamiento conservador con el quirúrgico, puede resultar en una cirugía menos amputativa.

Objetivos: Analizar los resultados en pacientes con fluxión hemorroidal y evaluar los beneficios del tratamiento combinado médico-quirúrgico.

Pacientes y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 35 hemorroidectomías por fluxión, operados entre mayo de 2010 y mayo de 2015.

Resultados: El sexo masculino fue más frecuente con 68,5%, con una proporción hombre/mujer de 2,2 a 1. El rango etario general varió desde los 20 a 75 años. El motivo de consulta más frecuente fue la tumoración anal en 29 (82,8%). En 22 pacientes (65,7%) que se les completó más de 48hs de tratamiento médico, se le denominó grupo A, a quienes se realizaron 2 Buie bilateral (9%), 7 Hemi Buie con S/A asociada (31,8%), 10 Salmon Allingham (45,4%) y 3 Ferguson (13,6%). Mientras que los restantes 13 (31,4%) fueron denominados como grupo B, donde existieron 2 Buie bilateral (15,3%), 4 Hemi Buie con S/A asociada (30,7%), 5 Salmon Allingham (38,4%) y 2 Ferguson (15,3%). La estadía hospitalaria varió en el rango de 2 a 7 días, con una media de 2,8 días, no hubo diferencia en los grupos de pacientes.

Conclusión: Los resultados son buenos, sin recidivas o secuelas. El tratamiento combinado podría beneficiar reduciendo la magnitud de la cirugía.

Palabras Claves: Fluxión; Tratamiento Combinado

SUMMARY

Introduction: The hemorrhoidal fluxion is a severe complication of hemorrhoidal disease. Combining conservative surgical treatment, it may result in a less amputative surgery.

Objectives: Analyzing the results in patients with hemorrhoidal fluxion and evaluate the benefits of combined medical-surgical treatment.

Patients and Methods: The retrospective observational study of 35 hemorrhoidectomies by fluxion operated between May 2010 and May 2015.

Results: Males were more frequent with 68.5%, with a male / female ratio of 2.2 to 1. The general age range varied from 20 to 75 years. The most frequent symptom was the anal tumor in 29 (82.8%). Group A was conformed by 22 patients (65.7%), who underwent 48 hours of medical treatment, and after that the surgical treatment: Buie in 2 (9%), 7 Hemi Buie were performed using S / A associated (31.8 %), 10 Salmon Allingham (45.4%) and 3 Ferguson (13.6%). The remaining 13 (31.4%) were designated as Group B, where there were 2 Buie (15.3%), 4 Hemi Buie with S / A associated (30.7%), 5 Salmon Allingham (38, 4%) and 2 Ferguson (15.3%). Hospital stay varied from 2 to 7 days, with a medium 2.8 days. There was no difference between both groups.

Conclusion: The results are good, without recurrence or sequelae. The combination therapy could benefit by reducing the extent of the surgery.

Key words: Fluxion; Combined Therapy

INTRODUCCIÓN

La fluxión hemorroidal es una complicación severa de la Enfermedad Hemorroidaria, producida por la tromboflebitis de los paquetes internos y externos.¹ Esta, es desencadenada por algún tipo de esfuerzo por diarrea o

constipación en personas con prolapso hemorroidario.²

Es una verdadera urgencia debido a la potencial progresión a la necrosis y el esfacelo de la mucosa, siendo indicación de internación para tratamiento precoz.

Las opciones terapéuticas varían desde el manejo conservador hasta el quirúrgico inmediato. El tratamiento médico, centrado en disminución de la inflamación y antibioticoterapia persigue el fin de la reducción del prolapso y la prevención de las complicaciones infecciosas, pudiendo ser suficiente en muchos casos.

Por otra parte, la cirugía es la conducta de elección

Recibido el 31 de agosto de 2015

Corregido y aceptado para su publicación el 10 de septiembre de 2015

Martín F. Barrionuevo López
martinbarrionuevolopez@gmail.com

para el tratamiento del dolor y la prevención de la necrosis.³ En muchos casos son necesarias resecciones amplias con exéresis del tejido inflamado, lo cual lleva al riesgo de la incontinencia o estenosis anal.

La mayoría de los autores consideran a la cirugía inmediata como el único tratamiento efectivo para la prevención de la sepsis perineal y resolución definitiva de la enfermedad.⁴

La controversia que se plantea en esta enfermedad es el tiempo en el que debe realizarse la cirugía resectiva, pues combinando el tratamiento médico-conservador con el quirúrgico, al favorecer la disminución del edema, podría resultar en una cirugía menos amputativa.

Los objetivos del presente estudio son: analizar los resultados en pacientes tratados por fluxión hemorroidal y evaluar los beneficios del tratamiento combinado médico-quirúrgico.

PACIENTES Y MÉTODOS

El diseño del estudio fue observacional retrospectivo de pacientes sometidos a hemorroidectomías, en forma consecutiva por el Servicio de Cirugía General del Nuevo Hospital San Roque, en el período comprendido entre mayo de 2010 a mayo de 2015.

Los datos fueron obtenidos mediante análisis de Historias Clínicas, se analizaron sexo, edad, motivo de consulta, tiempo de tratamiento médico, cirugía empleada, morbilidad postoperatoria y estadía hospitalaria. Se realizó la elaboración de tablas de cruces de variables y su posterior cálculo con la ayuda del coeficiente estadístico Chi Cuadrado utilizando el software INSTAT. Se consideró estadísticamente significativo una $P < 0,05$.

Durante el período de estudio fueron intervenidos quirúrgicamente 186 pacientes con enfermedad hemorroidaria, de los cuales 151 se operaron en forma programada (81,2%) y 35 de urgencia con fluxión (18,8%), siendo este el grupo en estudio (fig. 1).

Todos estos pacientes fueron internados en sala común, recibiendo tratamiento médico que consistió en hidratación parenteral, antiinflamatorios no esteroideos: Diclofenac 75 mg/12hs, corticoides: Dexametasona 4mg/12hs, antibioticoterapia: Ciprofloxacina 200mg/12hs, Metronidazol 500mg/8hs; y medidas locales con paños embebidos en lidocaína gel. El servicio de cirugía general del Hospital San Roque, considera que se necesitan al menos 48 hs de tratamiento para obtener la reducción del edema, y de esa manera realizar una cirugía menos amputativa.

Técnica Quirúrgica

La preparación preoperatoria consistió en ayuno de 8

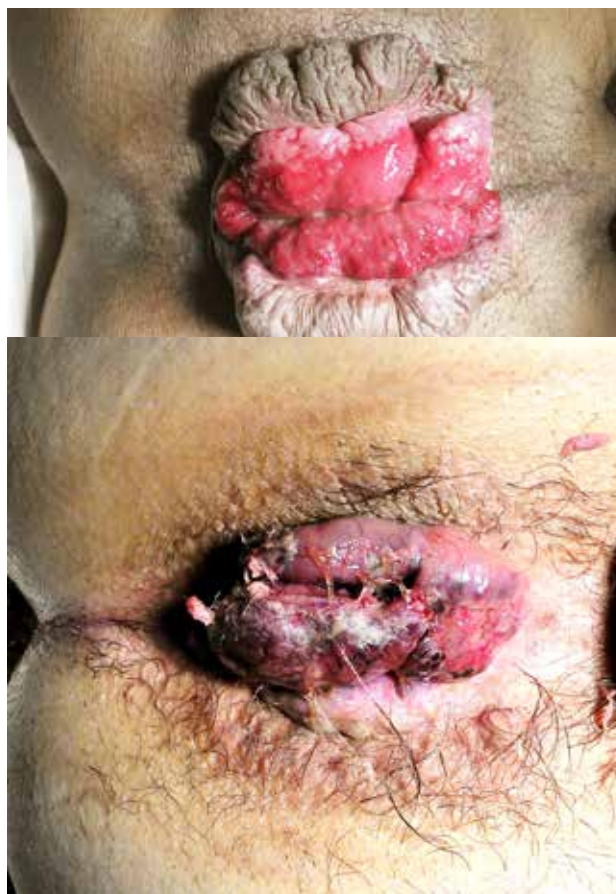


Figura 1: Hemorroides coronales con episodio agudo de fluxión hemorroidal. El edema progresivo lleva al esfacelo mucoso.

hs y 2 enemas evacuantes. En quirófano, bajo anestesia raquídea, en posición de litotomía, se realiza tacto rectal y anoscopía, evaluando el grado evolutivo de la fluxión y el compromiso parcial o total de la circunferencia anal. En ese momento se decide la amputación del hemiano con operación de Buie bilateral o unilateral, o cirugías de los paquetes ya sea abierta (Salmon Allingham) o cerrada (Ferguson).

En el postoperatorio inmediato, los pacientes fueron controlados diariamente evaluando la herida, el dolor y las complicaciones. Se otorgó el alta hospitalaria con corticoides de depósito, antibióticos y medidas higiénicas locales, con control a la semana y al mes por consultorio externo de Coloproctología.

RESULTADOS

De los 35 pacientes con diagnóstico de Fluxión Hemorroidal, 24 (68,5%) fueron de sexo masculino y 11 (31,5%) femenino, con una proporción de 2,2 a 1. El rango etario general varió desde los 20 a 75 años, con una media de 46,1.

El motivo de consulta más frecuente fue la tumorción anal en 29 (82,8%), seguido por el dolor en 27

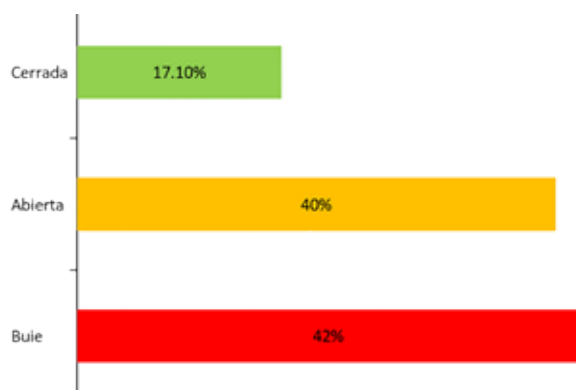


Gráfico 1: Tipos de cirugía realizada.

(77%). Sólo un 11,4% presentó antecedentes patológicos con hipertensión arterial, como más frecuente.

Las cirugías realizadas fueron: 15 Operaciones de Buie, 11 unilaterales (hemi Buie) y 4 bilaterales; 14 con técnica abierta (Salmon-Allingham) y 6 con técnica cerrada (Ferguson), como se puede observar en el gráfico 1.

Con respecto al tiempo de tratamiento médico varió desde 1 día hasta 7 días. Dependiendo de la sintomatología del paciente o los signos de necrosis de los paquetes fluxionados (tabla 1).

Las cirugías empleadas de acuerdo a los días de tratamiento médico fueron las expuestas en la tabla 2 donde se relaciona las variables de cirugía realizada con el tiempo de tratamiento médico. Entre estas variables no existió una relación estadísticamente significativa $P=0,20$.

Asimismo agrupando a los pacientes según el impás de terapéutica de 48 hs, hubo 22 pacientes (65,7%) que tuvieron más de 48 hs, grupo al cual se le denominó A; mientras que los restantes 13 (31,4%) no llegaron a completarlo y fueron denominados como grupo B.

En el grupo A se realizaron 2 Buie bilateral (9%), 7 Hemi Buie con S/A asociada (31,8%), 10 Salmon Allingham (45,4%) y 3 Ferguson (13,6%).

En el grupo B fueron realizadas 2 Buie bilateral (15,3%), 4 Hemi Buie con S/A asociada (30,7%), 5

Salmon Allingham (38,4%) y 2 Ferguson (15,3%). Como se puede observar en el gráfico 2.

La estadía hospitalaria varió en el rango de 2 a 7 días, con una media de 2,8 días, no hubo diferencia en los grupos de pacientes.

Sólo se encontró 2 complicaciones, con trombosis hemorroidal externa y dolor post defecatorio, que resolvieron con medidas locales. Ambas pertenecieron al grupo A de los pacientes con más de 48hs de tratamiento, como se puede observar en el gráfico 3.

A la fecha del cierre de la revisión no se documentaron secuelas o recidivas hemorroidarias (figs. 2, 3 y 4).

DISCUSIÓN

La enfermedad hemorroidal es la patología ano orificial más frecuente, con una prevalencia que oscila entre un 4 a 5% de la población general.⁵ La fluxión hemorroidal es la complicación más dolorosa, se desarrolla por el estrangulamiento que produce el esfínter interno sobre las hemorroides prolapsadas e irreductibles.⁶ Además la tromboflebitis puede evolucionar hacia el peligroso cuadro de necrosis y sepsis perineal.¹

En los enfermos con patología hemorroidal, la fluxión varía desde un 8 al 30% según autores,⁷ siendo en esta revisión de 18,8%. El sexo masculino es el más afectado con una relación 3 a 1,1 comparable a esta muestra de 2,2 a 1.

La terapéutica es variable de acuerdo a los autores, algunos indican una hemorroidectomía precoz para prevenir la sepsis perineal con un alivio temprano y curación completa de la enfermedad.⁷

Hansen JB y Jorgensen SJ en 1975, ya recomiendan la hemorroidectomía de urgencia para el tratamiento del prolapso y trombosis hemorroidaria, luego de comparar 25 pacientes sometidos a procedimiento de Milligan con tratamiento conservador y posterior cirugía electiva, sin encontrar diferencias significativas con respecto a complicaciones post operatorias y resultados a largo plazo.

TABLA 1: TIEMPO DE TRATAMIENTO MÉDICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 día	7	20,0	20,0	20,0
	2 días	6	17,1	17,1	37,1
	3 días	11	31,4	31,4	68,6
	4 días	2	5,7	5,7	74,3
	5 días	6	17,1	17,1	91,4
	6 días	2	5,7	5,7	97,1
	7 días	1	2,9	2,9	100,0
	TOTAL	35	100,0	100,0	

TABLA 2: RELACIÓN CIRUGÍA – TIEMPO DE TRATAMIENTO

		1 día	2 días	3 días	4 días	5 días	6 días	7 días	TOTAL
Buie Bilateral	Recuento	1	1	0	0	1	0	1	4
	% dentro de Tiempo tratamiento médico	14,3%	16,7%	0,0%	0,0%	16,7%	0,0%	100,0%	11,4%
	% del total	2,9%	2,9%	0,0%	0,0%	2,9%	0,0%	2,9%	11,4%
Buie Unilateral	Recuento	1	3	4	2	1	0	0	11
	% dentro de Tiempo tratamiento médico	14,3%	50,0%	36,4%	100,0%	16,7%	0,0%	0,0%	31,4%
	% del total	2,9%	8,6%	11,4%	5,7%	2,9%	0,0%	0,0%	31,4%
Ferguson	Recuento	1	1	3	0	0	0	0	5
	% dentro de Tiempo tratamiento médico	14,3%	16,7%	27,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	14,3%
	% del total	2,9%	2,9%	8,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	14,3%
Salmon Allingham	Recuento	4	1	4	0	4	2	0	15
	% dentro de Tiempo tratamiento médico	57,1%	16,7%	36,4%	0,0%	66,7%	100,0%	0,0%	42,9%
	% del total	11,4%	2,9%	11,4%	0,0%	11,4%	5,7%	0,0%	42,9%
Total	Recuento	7	6	11	2	6	2	1	35
	% dentro de Tiempo tratamiento médico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	20,0%	17,1%	31,4%	5,7%	17,1%	5,7%	2,9%	100,0%

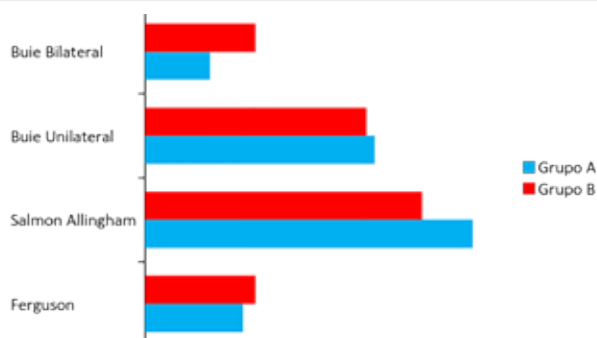


Gráfico 2: Relación de Grupos según tiempo de tratamiento médico.

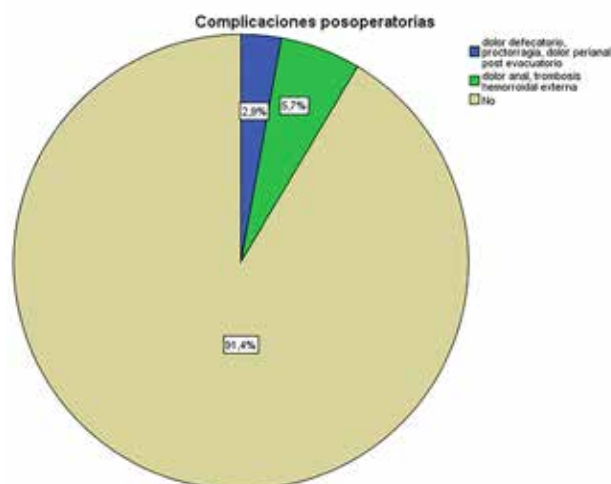


Gráfico 3: Complicaciones Postoperatorias.



Figura 2: Acto operatorio. Exposición hemorroidaria.



Figura 3: Resección hemorroidaria circunferencial con preservación del esfínter interno.



Figura 4: Operación de Buie terminada.

Por otro lado, otros sugieren que el tratamiento médico puede resolver la fluxión y a veces hace innecesaria la cirugía. Además remarcan que la hemorroidectomía en un tejido severamente edematizado predispone a una resección desmedida, dejando puentes cutáneos mucosos insuficientes lo que conduce a la estenosis anal.²

El tratamiento a pesar de los años, continúa siendo controvertido ya que no existen estudios prospectivos analíticos que avalen una u otra conducta.

La cirugía empleada debe reseca todo el prolapso hemorroidario, pudiendo ser necesaria la exéresis de una mitad o toda la circunferencia anal. Buie modificó la técnica de Whitehead dejando dos puentes anocutáneos, uno anterior y otro posterior en caso de rea-

lizar esta cirugía bilateralmente, para evitar la estenosis anal. Además pone cuidado al realizar la sutura de la mucosa con la piel del ano, de manera que se introduzca en el canal anal y evitar el prolapso mucoso.⁸ Es por esto que se indica cuando el compromiso es coronal; mientras que si es menor se lleva a cabo técnicas de paquetes como Salmon Allingham o Ferguson.

En la serie presentada se observó que no hubo una diferencia estadística comparando las cirugías empleadas según el tiempo de tratamiento. Sin embargo, los pacientes con más de 48 hs de tratamiento médico fueron en menor proporción a cirugías amputativas como la operación de Buie bilateral (9% vs 15%) y las cirugías de paquetes fueron ligeramente más frecuentes (60% vs 53,7%). De esta manera, el tratamiento médico por más de 48 hs se asoció a una cirugía menos resectiva, y podría estar relacionado al menor edema de los paquetes con fluxión.

El tratamiento combinando, inicialmente con antiinflamatorios, antibióticos, medidas locales, con la cirugía luego de 48 hs podría beneficiar a los pacientes con una operación limitada, preservando los puentes cutáneos mucosos, disminuyendo las secuelas asociadas a hemorroidectomías amplias.

CONCLUSIONES

Los resultados en los pacientes tratados por fluxión hemorroidal son buenos, sin recidivas o secuelas postquirúrgicas.

El tratamiento médico por al menos 48 hs combinado con la operación, podría beneficiar a los pacientes reduciendo la magnitud de la cirugía empleada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amarillo H., Actualización en Enfermedad Hemorroidaria. Revista Argentina de Coloproctología 10. 1999, (Número extraordinario 2): 93-160.
2. Graziano A., Patología Hemorroidal. En: Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Anales Benignas. Relato Oficial del 75° Congreso Argentino de Cirugía. 2004: 17-40.
3. Nivatvongs S. Hemorrhoids. En: Gordon P. Nivatvongs S. Principles and Practice of Surgery of the Colon, Rectus and Anus. 3° Edición HealthCare, 2007, 8: 143-164.
4. Hequera J.; Dezanso V. Enfermedades Quirúrgicas de la Región Anal. Ed. Akadia. 1997:105-107.
5. Ferrari L., Vetere J., Barrionuevo M., García Andrada D., Vigencia y Utilidad de la Operación de Buie Modificada en el Prolapso Hemorroidario. Revista Argentina de Coloproctología 2014. Vol. 25 N°4: 211-216.
6. JB, Jorgensen SJ. Radical Emergency operation for prolapsed and strangulated haemorrhoids. Acta Chir Scand. 1975; 141 (8): 810-820.
7. Heidenreich A., Collarini H., Fluxión Hemorroidal. Prensa Universitaria, 1964; 87: 1419-1420.
8. Buie, L.A. Practical Proctology. 1937. Philadelphia and London: Saunders: 217-222.
9. Ferrari L., Jamier L., Barrionuevo M., García Andrada D. Análisis y Resultados de la Operación de Ferguson en el Tratamiento de la Enfermedad Hemorroidal. Revista Argentina de Coloproctología 2013. Vol. 24 N° 2: 85-89.
10. Bosisio, O.A.; Romero Montes, J.; Gomez, C.A.: Hemorroides "en corona". Combinación de técnicas para su Solución quirúrgica. Prensa. Med. Argent. 1986; 73: 459.
11. Gencosmanoglu R, Sad O, Koc D, Inceoglu R: Hemorrhoidectomy: open or closed technique? A prospective, randomized clinical trial. Dis Colon Rectum 2002; 45: 70-5.
12. Goligher, J.C.: Cirugía del Ano, Recto y Colon. Salvat Editores. Barcelona, España. 1979: 97-140.
13. Thomson, W.H.F.: The nature of hemorrhoids. Br. J. Surg. 1975; 62: 542-552
14. Wexner, S.D.; Smithy, W.; Milson, J.W.; Dailey, T.H.: The surgical management of anorectal diseases. Dis. Colon Rectum. 1986; 29: 719-723.
15. Wexner, S.; The quest for painless surgical treatment of hemorrhoids continous. J. Am. Coll. Surg. 2001, 193:174-178.
16. Whitehead, W.: The surgical treatment of hemorrhoids. Br. Med. J. 1882; 1: 148-150.