

# Hemorroidopexia. Nuestra experiencia. Análisis descriptivo de las complicaciones de la técnica de hemorroideopexia con sutura mecánica y el grado de satisfacción

Marianela Grandoli, Mónica Pasarín, Fernando Grinovero, Julieta Cittadini, Pablo Farina, Luciana La Rosa, María Eva Serrano, Omar Rubén Miravalle, Carlos Miguel Lumi  
Centro Privado de Cirugía y Proctología, Ciudad autónoma de Buenos Aires

## RESUMEN

**Introducción:** La hemorroidopexia con sutura mecánica, es una técnica eficaz para los prolapsos hemorroidales grado III y IV.

**Objetivo:** Describir nuestra experiencia con dicho método.

**Material y métodos:** Se realizó un análisis descriptivo, retrospectivo sobre una base de datos cargada en forma prospectiva. Se analizaron pacientes con hemorroides grado III y IV, en quienes se realizó hemorroideopexia con PPH- 03, desde enero del 2010 hasta diciembre de 2017. Se evaluaron las variables demográficas, las complicaciones y el grado de satisfacción. Se realizó seguimiento postoperatorio semanal, a los 15 días, al mes, a los 6 meses y finalmente un control telefónico.

**Resultados:** Se estudiaron 452 pacientes. La edad media fue de 46 años (rango: 20-75), siendo el 63% (n=291) del sexo masculino. El 84% (n=387) presentaban hemorroides grado III. El índice de complicación fue del 25% (n=115) durante el periodo de seguimiento, en el postoperatorio inmediato, 60 (52%) pacientes presentaron un evento considerado como complicación, y 55 (48%) pacientes presentaron complicaciones mediatas y tardías. Las complicaciones más frecuentes fueron: dolor en 37 (8%) de los pacientes, seguida por proctorragia en 18 casos (4%) y trombosis hemorroidal externa en 15 pacientes (3,3%).

**Palabras claves:** Hemorroides; Cirugía; Sutura Mecánica

## ABSTRACT

**Background:** Hemorrhoidopexy with mechanical suture is an effective technique for hemorrhoidal prolapses grade III and IV.

**Objective:** Describe our experience with this method.

**Material and methods:** A descriptive, retrospective analysis was performed on a prospectively loaded database. Patients with grade III and IV hemorrhoids were analyzed, in whom hemorrhoidopexy was performed with PPH-03, from January 2010 to December 2017. Demographic variables, complications and degree of satisfaction were evaluated. Weekly postoperative follow-up was performed at 15 days, at month, at 6 months and finally a telephone control.

**Results:** 452 patients were studied. The average age was 46 years (range: 20 - 75), being 63% (n = 291) of the male sex. 84% (n = 387) had grade III hemorrhoids. The complication rate was 25% (n = 115) during the follow-up period, in the immediate postoperative period, 60 (52%).

The most frequent complications were: pain in 37 (8%) patients, follow-up by proctorrhagia in 18 cases (4%) and hemorrhoidal thrombosis external in 15 patients (3.3%).

**Key words:** Hemorrhoids; Surgery; Stapled Hemorrhoidopexy

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad hemorroidal afecta a cerca del 4% de la población general.<sup>1</sup> Las hemorroides internas han sido clasificadas, según Goligher, en 4 grados, siendo grado I las que protruyen hacia el canal anal y se visualizan por anoscopia y grado II las que protruyen por fuera del orificio anal durante el pujo y se reintroducen espontáneamente. Aquellas que prolapsan durante el pujo y se reducen manualmente se clasifican como grado III, y las que resultan irreductibles son grado IV.

Aproximadamente el 10% de los pacientes con hemorroides sintomáticas requerirán cirugía.<sup>2</sup> Las técnicas quirúrgicas convencionales consisten en la resección del tejido hemorroidal con o sin cierre del defecto (técnicas de Ferguson y Milligan y Morgan, respectivamente). Sin embargo, dicho procedimiento no está exento de complicaciones, tales

como dolor, sangrado, incontinencia y estenosis anal.<sup>3</sup>

La técnica de hemorroideopexia descrita por Longo,<sup>(4)</sup> en 1998, se basa en un principio diferente que preserva la anatomía del conducto anal. Tiene un doble objetivo, por una parte, garantizar una ligadura circular completa de los pedículos vasculares mucosos y submucosos de las hemorroides internas y, por otra parte, corregir el prolapso mucoso con la realización de una resección de la mucosa prolapsada inmediatamente por encima del conducto anal en una zona de sensibilidad reducida o nula.<sup>3</sup> Esta técnica ha ganado aceptación por presentar menor dolor postoperatorio en comparación con las técnicas convencionales y en consecuencia una pronta reinserción laboral y a actividades cotidianas. Desde su implementación varios estudios con importante valor estadístico han documentado sus beneficios.<sup>5,6</sup>

## OBJETIVO

Describir nuestra experiencia, las complicaciones y el

Adrián Mattacheo

amattacheo@gmail.com

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

grado de satisfacción con la hemorroidopexia con sutura mecánica (PPH).

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un análisis descriptivo, retrospectivo sobre una base de datos cargada en forma prospectiva. La misma cuenta con variables demográficas, así como también la clínica predominante, antecedentes personales, el tipo de anestesia realizada durante la cirugía, el requerimiento de analgésicos y los controles postoperatorios.

Se incluyeron todos los pacientes a los que se realizó cirugía de resección de prolapso hemorroidal con técnica de sutura mecánica (PPH03), que consultaron en el período de enero de 2010 a diciembre de 2017, en el Centro Privado de Cirugía y Coloproctología de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por síntomas de enfermedad hemorroidal en los que el examen proctológico evidenció prolapso hemorroidal grado III y IV.

El seguimiento se realizó a los 7, 15 y 30 días luego de la cirugía, y dos controles alejados a los 6 y 12 meses.

Se realizó, además, el seguimiento a largo plazo mediante una entrevista telefónica, indagando sobre la satisfacción según el índice de Satisfacción de Visik: I asintomático, II síntomas leves que no afectan la calidad de vida, III síntomas moderados que no afectan la calidad de vida pero que requieren medicación, IV síntomas que afectan la calidad de vida, como en el preoperatorio. Con un seguimiento de 8 meses hasta 7 años.

### Criterios de inclusión

- Síntomas de enfermedad hemorroidal: proctorragia, excluyendo otro origen del sangrado.
- Prolapso hemorroidal circunferencial GIII o IV al examen proctológico.

### Criterios de exclusión

- Coexistencia de otras patologías orificiales (fisura, fístulas, complicación hemorroidal aguda, entre otras).
- Antecedentes de cáncer de colon, recto o ano.
- Coagulopatías o anticoagulación medicamentosa.
- Incontinencia anal.

En la consulta inicial los pacientes fueron evaluados por el cirujano a cargo, del Centro Privado de Cirugía y Coloproctología de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; el mismo cuenta con seis cirujanos que realizan dicha cirugía e interrogó sobre episodios de proctorragia, dolor anal, sensación de prolapso, incontinencia anal, sensación de evacuación incompleta y tenesmo rectal. Como parte del examen proctológico se realizó la inspección de la región perianal, tacto rectal, anoscopia y rectoscopia. Se realizó

una colonoscopia a los pacientes con indicaciones de pesquisa de cáncer colorrectal y a aquellos en los que hubiera dudas diagnósticas.

Se indicó la cirugía en pacientes con hemorroides circunferenciales grado III y IV.

### Técnica

Los pacientes realizaron una preparación previa con la aplicación de un enema evacuante 3 horas antes de la cirugía. Se hizo profilaxis antibiótica con ciprofloxacina y metronidazol. Se realizó neuroleptoanestesia combinada con anestesia local con bloqueo de nervio pudendo con bupivacaína al 0,2%.

Todos los pacientes fueron operados en posición de litotomía. Se utilizó el set de PPH-03 de mm de Ethicon (fig 1). Se inició el procedimiento con dilatación progresiva del conducto anal, para la colocación del introductor circular, el cual se fijó, dejando expuesto el prolapso. A 3 cm por encima de la línea pectina se realizó una jareta (fig. 2), desde hora III en sentido horario, con polipropileno 2-0 tomando solamente la capa mucosa y submucosa del recto. Se colocó la sutura mecánica y se cerró, introduciendo en el tambor el tejido que se va a reseca (fig. 3). En las mujeres se prestó particular interés en este paso para preservar el tabique recto-vaginal. Una vez realizada la resección y sutura se procedió con la hemostasia, para la cual utilizamos electrocauterio y/o puntos de sutura reabsorbible. Finalmente, se retiró el introductor, evidenciando inmediatamente la reducción del prolapso.

Se analizaron variables demográficas y complicaciones. Se consideraron complicaciones inmediatas a las ocurridas dentro de los primeros 7 días; mediatas, a aquellas que se sucedieron dentro del primer mes, y tardías entre el mes y el año de seguimiento. Las complicaciones inmediatas inherente al procedimiento que se observaron son la proctorragia, el dolor, la trombosis hemorroidal externa e interna, entre otras complicaciones que aparecieron en nuestra serie. Se consideró a la proctorragia como una complicación cuando requirió reintervención o reinternación.

A las complicaciones mediatas y alejadas evaluadas se le agrega la estenosis, prolapso, la recidiva y la incontinencia anal.

El manejo del dolor postoperatorio se realizó siguiendo los lineamientos de la "escala analgésica de la Organización Mundial para la Salud (OMS)".<sup>7,8</sup> Como primera línea se utilizaron AINES por vía endovenosa durante las primeras seis horas postoperatorias durante la internación, seguido de diclofenac por vía oral en dosis fraccionadas y rescates con ketorolac sublingual. Como segunda línea se utilizaron opiáceos débiles como tramadol. La duración del esquema fue estipulada por 5 días. Aquellos pacientes que manifestaron dolor fuera de este protocolo se registra-



Figura 1: Set PPH 03 Ethicon.

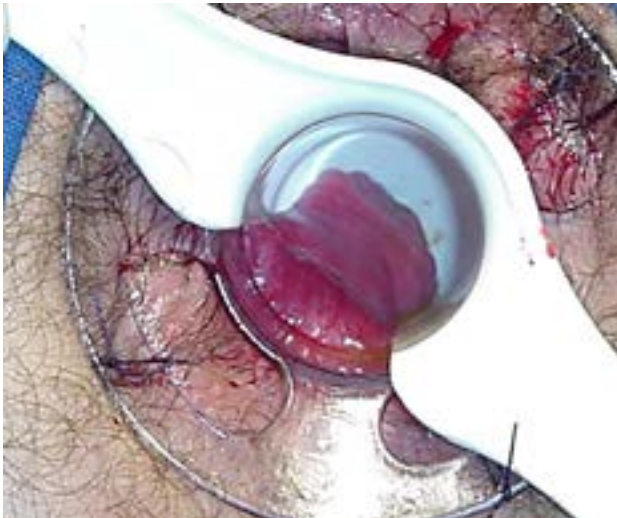


Figura 2: Dilatador y anoscopio.



Figura 3: Sutura mecánica.

ron como complicación.

Se consignó el manejo de las complicaciones, readmisión, manejo ambulatorio, y necesidad de reintervención quirúrgica.

El grado de satisfacción del paciente con el resultado del procedimiento y su vivencia durante el postoperatorio fueron valorados mediante una encuesta telefónica que inclu-

yó el Índice de Satisfacción de Visik (9) que contempla una gradación del I al IV, siendo I satisfacción completa y IV síntomas iguales que en el preoperatorio

### Análisis estadístico

Para las variables continuas se calculó la media y desvío estándar. Para las variables nominales se calcularon las frecuencias y los porcentajes. Se utilizó el paquete estadístico SPSS v20 para Windows.

## RESULTADOS

En el periodo comprendido entre enero del 2010 y diciembre del 2017, 452 pacientes fueron sometidos a hemorroideopexia con sutura mecánica por presentar enfermedad hemorroidal grado III o IV. La edad media fue de 46 años (rango, 20-75), siendo el 63% (291) del sexo masculino. El 84% (n=387) presentaban hemorroides grado III.

A lo largo del período de seguimiento, el 25% de los pacientes (n=115) registraron alguna complicación durante el periodo de seguimiento, distribuyéndose de la siguiente forma: durante el postoperatorio inmediato, 60 pacientes (52%) presentaron un evento considerado como complicación. Con respecto a las complicaciones mediatas y alejadas, se constataron en 55 pacientes (48%).

Las complicaciones más frecuentes fueron: dolor en 37 (8%) de los pacientes, seguida por proctorragia en 18 casos (4%) y trombosis hemorroidal externa en 15 pacientes (3,3%) (tabla 1).

El 43% de las complicaciones tuvieron que ser reintervenidas, que representa el 12% de los pacientes (tabla 2).

### Dolor

Fue reportado en el 8% de los casos (n=37). Tres pacientes se reinternaron para manejo del mismo dentro de los 15 días postoperatorios. En seis de ellos se realizó examen bajo anestesia y en dos casos se constató que el dolor se debía a una trombosis hemorroidal interna. En ambos casos se realizó una hemorroidectomía del paquete comprometido.

### Proctorragia

Durante el periodo de estudio se documentaron 18 casos de proctorragia.

Dos pacientes durante el postoperatorio inmediato presentaron proctorragia que requirió internación, que se autolimitó, sin requerir intervención quirúrgica.

Dieciséis pacientes tuvieron que ser reintervenidos por esta complicación. En diez casos se realizó hemostasia con puntos de sutura reabsorbible, por sangrado en la línea de sutura. Todos ellos se dieron en el postoperatorio inmediato.

En 6 pacientes se realizaron hemorroidectomía por paquete, dos casos de ellos se dieron durante el postoperatorio

TABLA 1: COMPLICACIONES INMEDIATAS, MEDIATAS Y TARDÍAS

Complicaciones	Inmediatas (n)	Mediata y tardías (n)	Total (n)	%	Reintervención (n)
Dolor	21	16	37	8	6
Proctorragia	14	4	18	4	16
Trombosis hemorroidal externa	9	6	15	3,3	11
Impactación fecal	5	1	6	1,2	6
Trombosis hemorroidal interna	6	1	7	1,5	7
Absceso	1	1	2	0,4	2
Recidiva		18	18	3,9	8
Soiling		1	1	0,2	
Urgencia defecatoria		1	1	0,2	
Dolor postevacuatorio	2	3	5	1	
Fluxión	1		1	0,2	
Plicomas		2	2	0,4	2
Estenosis		1	1	0,2	1
Total	60	55	115	25	57

rio inmediato, el resto se dieron en el postoperatorio mediato y tardío.

### Trombosis hemorroidal externa

La tercera complicación fue la trombosis hemorroidal externa ocurrida en 15 pacientes (3,3%). En 11 (73%) de ellos se realizó la hemorroidectomía externa por persistencia del dolor.

### Estenosis anal

Un paciente presentó estenosis anal en el primer mes de la cirugía. Fue tratado mediante dilatación anal instrumental en forma ambulatoria. Con buena respuesta a la misma.

### Trombosis hemorroidal interna

Ocurrió en siete pacientes, representa el 1,5% de las complicaciones. Seis de los casos fueron durante el periodo inmediato, el restante durante el postoperatorio tardío.

En todos los casos se realizaron hemorroidectomía por paquetes.

### Recidiva

Durante en seguimiento se constataron 18 (3,9%) casos, que se dieron durante el postoperatorio alejado, entre los 3 y 7 años de seguimientos.

Fueron más frecuentes las recidivas en los pacientes con hemorroides grado IV.

Los pacientes con hemorroides grado III tuvieron un 3,1% de recidiva, en comparación con el 9,2% en los pacientes con grado IV.

Se reintervinieron 8 pacientes. En los cuales se realizó, en 6 casos hemorroidectomía por paquetes y en dos macroligaduras.

### Otras

Se describieron entre otras complicaciones: impacta-

TABLA 2: REINTERVENCIONES

Intervencion nº 59	Nº	%
Hemorroidectomía por paquete	19	29
Proctorragia	6	
Trombosis hemorroidal interna	7	
Recidiva	6	
Hemorroidectomía externa	11	19.2
Desmorronamiento fecaloma	6	10.5
Drenaje de absceso	2	3.5
Hemostasia con puntos	10	15
Macroligaduras	2	1.7
Dilatacion mecanica	1	1.7
Reseccion de plicoma	2	3.5
Examen bajo anestesia	6	10.5

ción fecal en seis pacientes (1,2%), los cuales tuvieron que ser desmoronados en quirófano. Dos abscesos perianales (0,4%), en los cuales se realizó drenaje, y en un caso la fistulotomía. Cinco pacientes con dolor postevacuatorio (1%), dos plicomas (0,4%), los cuales se resecaron en el postoperatorio alejado.

### Grado de satisfacción

Un porcentaje de la muestra (14%) se perdió en el seguimiento.

Refirieron satisfacción completa el 67% (n=267), el 4,5% (n=7) refirieron síntomas similares o peores que en el preoperatorio (tabla 3).

### DISCUSIÓN

Desde su descripción, la hemorroidopexia con sutura mecánica se ha asociado a menor dolor postoperatorio y, si bien puede tener diferentes complicaciones, son en su mayoría leves.

TABLA 3: GRADOS DE SATISFACCIÓN

Grado	Nº	%398
I	267	67
II	62	15.5
III	51	13
IV	18	4.5

La heterogeneidad en la definición de las diferentes complicaciones varía mucho entre las distintas serie, hecho que dificulta compararlas.

A nivel nacional, en 2010 Canelas y col.<sup>11</sup> publicaron un estudio retrospectivo con 74 pacientes; tuvieron un índice de complicaciones del 11% y de recidiva del 11,1% a dos años de seguimiento. En el mismo año, la serie de Piccini<sup>12</sup> con 200 pacientes, reportó una tasa de complicaciones del 6,5% y 3% de recidiva. En 2017, Rodríguez y col.<sup>13</sup> publicaron 11,1% de complicaciones sobre 135 pacientes.

Recientemente, Porrett y col.<sup>14</sup> publicaron una revisión sistemática que incluyó 14.245 pacientes. El sangrado postoperatorio fue la complicación temprana y mediata más frecuente con una incidencia global de 0% a 68% y de 0.18% a 33%, respectivamente. En nuestra serie representó el 4%.

La presentación de trombosis hemorroidal externa dificulta la interpretación del factor dolor, ya que por sí misma lo provoca. Ha sido considerada como una complicación propia del procedimiento y así se interpreta en nuestro análisis. Ortiz y col.<sup>15</sup> reportan tasas de aparición temprana del 13%; en nuestra serie representó el 3,3%. La incidencia de estenosis reportada en dos estudios de análisis retrospectivo fue de 1.6% y 8.8%.<sup>16,17</sup> La mayor parte de los casos respondieron a la dilatación manual y el 1.4% requirió de intervención quirúrgica.<sup>18</sup> En nuestra serie se presentó un solo paciente con esta complicación dentro de los 30 días del postoperatorio y se resolvió con dilatación manual de forma ambulatoria.

Las hemorroides son estructuras anatómicas que actúan como un factor de continencia, este hecho hizo pensar que la pexia con grapas podría preservar esta función en comparación con la cirugía resectiva. Sin embargo, la incontinencia puede manifestarse luego de la hemorroidopexia,<sup>19,20</sup> en ocasiones transitoria debido a la dilatación provocada durante el procedimiento. Ha sido reportada para gases y materia fecal en porcentajes variables que oscilan entre el 3% a 31%.<sup>21-23</sup> Altomare et al.,<sup>24</sup> en un estudio comparativo de 7 años de seguimiento informó un 7%. En nuestra serie se observó soiling en 1 caso y urgencia

evacuatoria en otro, que se autolimitaron.

Si bien han sido descriptas complicaciones de mayor severidad como perforación rectal, gangrena, fistulas rectovaginales y sepsis,<sup>25-27</sup> ninguna de ellas se presentó en nuestra serie.

El tenesmo rectal tiene una incidencia del 3% en la literatura.<sup>15</sup> Se cree que se debe a la inflamación circunferencial de la mucosa y a una inserción baja de la línea de sutura.<sup>15</sup> En nuestra serie no se documentó esta complicación. Otra complicación que ha sido relacionada es la retención urinaria, en nuestra serie no se reportó esta complicación. En la literatura tiene una incidencia del 1 al 5,43% en las distintas series.

La recidiva en nuestra serie tiene una incidencia del 4% (n=18), que se dieron entre los 3 y 7 años de seguimiento. Fueron más frecuentes en la hemorroides grado IV.

En la literatura el índice de recidiva varía del 5 al 42%.<sup>28,29</sup>

Bellio G. y col.<sup>30</sup> publicaron, en 2018, una serie de 86 pacientes operados de hemorroidopexia con hemorroides grado III, con seguimiento a 10 años, donde tuvieron 39% de recidiva.

En nuestra serie la recidiva tiene el sesgo del seguimiento ya que las recidivas se manifestaron luego de los 3 años de seguimiento.

El trabajo de Bellio, a pesar del alto índice de recidiva, logro un grado de satisfacción del 68%.

El índice de Visick se utiliza para la evaluación de resultados de diversos tipos de cirugías digestivas altas,<sup>31,32</sup> la cual se puede extrapolar para medir la satisfacción en otro tipo de cirugías. En nuestra serie el 95% de los pacientes no tienen un grado de satisfacción que no altera su calidad de vida, un 4,5% tiene un grado malo de satisfacción que altera la calidad de vida.

## CONCLUSIÓN

Se trata de un procedimiento seguro, que el mismo no está exento de complicaciones.

Las mayorías son de fácil diagnóstico y resolución.

Con una tasa de recidiva baja y grado de satisfacción sin alteración en la calidad de vida del 95%.

En nuestra experiencia es una opción válida para la patología hemorroidal.

Con índice de recidiva más alta en las hemorroides grado IV, por lo cual no se indica en todos los pacientes con patología grado IV sino en pacientes seleccionados.

## BIBLIOGRAFÍA

- Johansson JF, Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study. *Gastroenterology* 1990;98:380-6.
- Bleday R, Pena JP, Rothenberg DA, Golberg SM, Buls JG. Symptomatic hemorrhoids: current incidence and complications of operative surgery. *Dis Colon Rectum* 1992;35:477-81
- Gravie JF, Lehur PA, Hutten N, et al. Stapled hemorrhoidopexy versus Milligan-Morgan hemorrhoidectomy: a prospective, randomized, multicenter trial with 2-year postoperative follow up. *Ann Surg* 2005;242:29-35
- Longo A. Treatment of hemorrhoids disease by reduction of mucosa



- and hemorrhoidal prolapsed with a circular uturing device: a new procedure. Proceedings of the 6th World Congress of Endoscopic Surgery, Rome, Italy, June 3–6, 1998.
5. Ganio E, Altomare F, Gabrielli F, et al. Prospective randomized multicentre trial comparing stapled with open haemorrhoidectomy. *Br J Surg*. 2001;88:669–674.
  6. Pavlidis T, Papaziogas B, Souparis A, et al. Modern stapled Longo procedure vs. conventional Milligan-Morgan hemorrhoidectomy: a randomized controlled trial. *Int J Colorectal Dis*. 2002;17:50–53.
  7. Rowsell M, Bello M, Hemingway DM. Circumferential mucosectomy (stapled haemorrhoidectomy) versus conventional haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. *Lancet*. 2000;355:779–781.
  8. Comité de Expertos de la OMS en Selección y Uso de Medicamentos Esenciales. Lista modelo OMS de medicamentos pediátricos esenciales: 2. a lista (actualizada), marzo de 2010. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.
  9. Comité de Expertos de la OMS en Selección y Uso de Medicamentos Esenciales. Selección y Uso de Medicamentos Esenciales: informe del Comité de Expertos de la OMS, 2003 (incluye la 13. a lista modelo de medicamentos esenciales). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 ([http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_920.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_920.pdf), consultado el 7 de septiembre de 2011)
  10. Visick AH. Measured radical gastrectomy; review of 505 operations for peptic ulcer. *Lancet* 1948;1 (6501):551–5
  11. Visick AH. Measured radical gastrectomy; review of 505 operations for peptic ulcer. *Lancet* 1948;1 (6501):551–5
  11. Canelas AG, Bun ME et al: Procedimiento para Prolapso y Hemorroides como Cirugía Ambulatoria. *Rev. Argent. Coloproct*. 2010; 21 (2): 103 – 106. 17.
  12. Piccinini P: Experiencia en Procedimiento para Prolapso y Hemorroides con Sutura Mecánica. *Rev. Argent. Coloproct*. 2010; 21 (4): 263 – 268.
  13. Rodriguez GM, Bareiro MJ et al: Hemorroidopexia con Sutura Mecánica: ¿Qué hemos Aprendido? *REV ARGENT COLOPROCT | 2017 | VOL. 28, Nº 2 : 150-157*.
  14. Porrett L, Porrett J, Yik-Hong Ho. Documented Complications of Staple Hemorrhoidopexy: A Systematic Review. *Int Surg* 2015;100:44–57
  15. Ortiz H, Marzo J, Armendáriz P, De Miguel M. Stapled hemorrhoidopexy vs. diathermy excision for fourth-degree hemorrhoids: a randomized, clinical trial and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 2005;48(4):809–815
  16. Oughriess M, Yyer R, Faucheron JL. Complications of stapled hemorrhoidectomy: a French multicentre study. *Gastroenterol Clin Biol* 2005;29(4):429–433
  17. Ng KH, Seow-Choen F, Tang CL, Heah SM, Ooi SS (2004) Stapled hemorrhoidectomy. Our experience with more than 3000 cases. *Colorect Dis* 6[Suppl 2]:8 (abstract)
  18. Ng KH, Ho KS, Ooi BS, Tang CL, Eu KW (2006) Experience of 3711 stapled haemorrhoidectomy operations. *Br J Surg* 93:226–230
  19. Senagore AJ, Singer M, Abcarian H, Fleshman J, Corman M, Wexner S et al. A prospective, randomized, controlled multicenter trial comparing stapled hemorrhoidopexy and Ferguson hemorrhoidectomy: perioperative and one-year results. *Dis Colon Rectum* 2004;47(11):1824–1836
  20. Ravo B, Amato A, Bianco V et al (2002) Complications after stapled haemorrhoidectomy; can they be prevented? *Tech Coloproctol* 6:83–88
  21. Fueglistaler P, Guenin MO, Montali I et al (2007) Long-term results after stapled hemorrhoidopexy: high patient satisfaction despite frequent postoperative symptoms. *Dis Colon Rectum* 59:204–212
  21. Fueglistaler P, Guenin MO, Montali I et al (2007) Long-term results after stapled hemorrhoidopexy: high patient satisfaction despite frequent postoperative symptoms. *Dis Colon Rectum* 59:204–212
  22. Finco C, Sarzo G, Savastano S, Degregori S, Merigliano S (2006) Stapled haemorrhoidopexy in fourth degree haemorrhoidal prolapse: is it worthwhile? *Colorectal Dis* 8:130–134
  23. Perez-Vicente F, Arroyo A, Serrano P, Candela F, Sanchez A, Calpena R (2006) Prospective randomised clinical trial of single versus double purse-string stapled mucosectomy in the treatment of prolapsed haemorrhoids. *Int J Colorectal Dis* 21:38–43
  24. Ganio E, Altomare DF, Milito G, Gabrielli F, Canuti S (2007) Long-term outcome of a multicentre randomized clinical trial of stapled haemorrhoidopexy versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 94:1033–1037.
  25. Cirroco WC. Life threatening sepsis and mortality following stapled hemorrhoidopexy. *Surgery* 2008;143(6):824–829
  26. McCloud JM, Doucas H, Scott AD, Jameson JS. Delayed presentation of life-threatening perineal sepsis following
  27. Faucheron JL, Voirin D, Abba J. Rectal perforation with life threatening peritonitis following stapled hemorrhoidopexy. *Br J Surg* 2012;99(6):746–753
  28. GIORDANO P, GRAVANTE G., SORGE R., OVENS L., NASTRO P. Longterm outcomes of stapled hemorrhoidopexy vs conventional hemorrhoidectomy : a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Surg*, 2009, 144 : 266-272.
  29. Watson AJM, Hudson J et al: Comparison of stapled haemorrhoidopexy with traditional excisional surgery for haemorrhoidal disease (eTHoS): a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet* 2016; 388: 2375– 2385
  30. Bellio G.;Pasquali A.;Schiano di Visconte M. Stapled Hemorrhoidopexy: Results at 10-Year Follow-up. *Diseases of the Colon & Rectum*. 61(4):491–498, APR 2018
  31. Pescatori M, Gagliardi G. Postoperative complications after procedure for prolapsed haemorrhoids (PPH) and stapled transanal rectal resection (STARR) procedures. *Tech Coloproctol* 2008;12(1):7–19
  32. Jongen J, Bock JU, Peleikis HG, Eberstein A, Pfister K. Complications and reoperations in stapled anopexy: learning by doing. *Int J Colorectal Dis* 2006;21(2):166–171

## COMENTARIO

Desde su aparición en el año 1998, la hemorroidopexia con sutura mecánica descrita por Longo demostró ser un procedimiento seguro y efectivo para los grados III y IV de la enfermedad hemorroidal. Permite en un mismo tiempo la ligadura de los pedículos vasculares hemorroidales y la corrección del prolapso mucoso preservando la anatomía del conducto anal. Esto se traduce en un menor dolor postoperatorio en comparación con las técnicas convencionales.

El presente es un análisis descriptivo retrospectivo que resulta de gran interés por la inclusión de un alto número de casos para nuestro medio. Cabe destacar el bajo porcentaje de complicaciones obtenido y su fácil resolución, así como el alto grado de satisfacción referido por los pacientes. Si bien informan un porcentaje de recidiva realmente bajo del 4%, es importante mencionar el sesgo del seguimiento que en algunos casos resulta aún insuficiente para ser comparado con otras series publicadas. De todas formas, permite evidenciar una vez más los beneficios de una técnica que resulta ideal para tratamiento del prolapso completo en pacientes correctamente seleccionados.

Dr. Sebastian Guckenheimer, Hospital Pirovano, Buenos Aires

---

**SESIÓN 12 DE OCTUBRE DE 2018**

---

**Dr. Salomon:** Por un lado, quería saber por qué excluyeron los pacientes anticoagulados de las cirugías, en lo que en teoría es un procedimiento menos agresivo, deja menos lecho expuesto que una hemorroidectomía tradicional. Por otro lado, quería saber cómo definieron recidiva, porque realmente la incidencia de recidiva es muy baja, 4%, comparado contra el estudio de 10 años de seguimiento que mostraste vos, el estudio francés del año pasado, a un año tiene más del 30% de recidiva. Y el dolor, realmente en muchas series aparece como una complicación. Creo que en la mayor parte de los procedimientos el dolor es inherente al procedimiento. Y acá si una de las ventajas que tiene, o quizá la única que tiene la anopexia es evitar el dolor, y a 30 días los pacientes están en iguales condiciones y los índices de satisfacción son más o menos similares para cirugía abierta, para cirugía convencional y la anopexia. Creo que el dolor es una complicación, una falla de la técnica, porque la sutura se hizo... la careta se hizo baja, muy próxima a la línea pectínea, si no el paciente prácticamente no tendría dolor, pero que es una complicación en relación con la técnica. Gracias. Felicidades.

**Dra. Grandoli:** Gracias doctor, gracias por su aporte. En primer lugar, el tema de la anticoagulación generalmente no operamos, por lo menos en nuestra técnica a paciente que esté anticoagulado porque la verdad que revertir la anticoagulación o ver por qué el paciente está anticoagulado necesita después un seguimiento posoperatorio mayor. La verdad que no es grande tampoco la tasa de pacientes anticoagulados que dejamos de lado, se habrán hecho algún porcentaje de pacientes se habrán operado con anticoagulado PPH, pero no fueron representativos, y los sacamos de la lista porque podrían llegar a tener una mayor incidencia en el sangrado, quizá no lo evaluamos. En cuanto a la recidiva, se tomó como recibida al nuevo prolapso, o que el paciente tuviera un prolapso similar al preoperatorio, y como bien se vio en el artículo de Vedia publicado la alta tasa es a los años de seguimiento, y nuestra serie tiene el sesgo del seguimiento, justamente porque tenemos pacientes de 8 meses de seguimiento, a 7 años. Y hemos visto en los últimos años pacientes con recidiva operados en 2010. O sea, todavía nos queda un periodo por recorrer, 30 pacientes todavía no llegaron a los 3 años de seguimiento, o sea, obviamente esa tasa de recidiva puede aumentar con los años de seguimiento. Y, en cuanto al dolor, estoy de acuerdo, es una característica en la hemorroidopexia el menor dolor posoperatorio, pero hay diferentes complicaciones y nuestro trabajo al ser retrospectivo tiene dificultad en valorar este tipo de complicación. Hay muchos pacientes que tuvieron, como dije anteriormente, trombosis hemorroidal tanto externa como interna, que dificultaron la interpretación si se debe exclusivamente al dolor posoperatorio, o por alguna otra complicación aparejada que causó dolor.

**Dr. Tyrrell:** Me llama la atención el hecho de que..., o escuché mal, si hubieron 18 pacientes de los cuales reintegración tuvieron dos, que se dio el sangrado espontáneamente. Y 16 fueron reintervenidos, ninguno requirió internación de esos reintervenciones?

**Dra. Grandoli:** Sí, por ahí estaba mal explicado, hay muchos pacientes que se hicieron en forma ambulatoria, aproximadamente 8 pacientes se hicieron en forma ambulatoria, los otros se hicieron con internación, pero requirió cirugía, lo que quise decir por ahí que fueron 2 pacientes donde solamente requirieron internación y los otros fueron a cirugía.

**Dr. Lumi:** Continúa en consideración el trabajo. Muy bien, doctor Piccinini

**Dr. Piccinini:** Felicidades por el trabajo, muy bueno. Igual que Mario, creo que los pacientes anticoagulados hoy no serían un criterio de exclusión. Nosotros en CEMIC tenemos un trabajo que hacemos ligaduras a pacientes anticoagulados sin suspender la anticoagulación, y hubo más sangrado que el grupo comparativo. En mi experiencia personal que ya es casi cerca de 900 casos, sí he tenido casi todas las complicaciones, llamativamente no trombosis hemorroidales, yo presenté el trabajo y entre los distintos casos había una sola. El trabajo era compartido con el doctor Arias, le había pasado a él, no entiendo por qué yo no he tenido ninguna. Y sí, dolor, y las veces en que he tenido dolor lo que me he encontrado han sido realizados muy bajos, eso me pasó en un momento cuando cambié y use otra sutura. Creo que con esa sutura hay que hacer la jareta un centímetro más arriba. O me encontré una fisura anal, o en un caso me encontré un hematoma bajo de la línea de sutura. Coincidió también con el doctor Salomón, creo que el dolor la mayoría de las veces es una falla de la técnica, es hacerlo muy bajo, si no, no debería tener dolor. Y con respecto a las complicaciones, la revisión más grande que yo encontré en Cochrane, hablaba de 10%. O sea, cuando aparecen trabajos con cuarenta y pico por ciento, o casi 40% de recidiva, uno piensa que también tiene que haber una falla en la técnica. Y ahí la falla sería al revés, hacerlo demasiado alto. Si uno hace la careta demasiado alta para protegerse de tomar la línea pectínea o de una lesión del esfínter, en ese caso vas a tener un porcentaje de recibida más alto. En general, media alrededor del 8 a 10%, creo que es aceptable, a cambio del poco dolor postoperatorio y de la rápida recuperación.

**Dra. Grandoli:** Gracias, doctor, y gracias por su aporte. Y estoy de acuerdo, sí, en cuanto al dolor la verdad, como le dije, al ser un trabajo retrospectivo fue difícil valorarlo o documentarlo. En los 6 exámenes bajo anestesia que se realizaron dos requirieron... dos tenían trombosis hemorroidal interna, que era la causa del dolor, en los otros cuatro pacientes no

se evidenció ni que la línea de sutura quedara más abajo, ni alguna que justificara el dolor. Y la mayoría de los pacientes cedieron el dolor en el posoperatorio inmediato, tampoco fue... Solamente cinco pacientes continuaron con dolor posoperatorio, que cedieron en posoperatorio también inmediato.

**Dr. Lumi:** Continúa en consideración el trabajo, doctor Latif.

**Dr. Latif:** Solamente para ver si ustedes comparten lo que me pasó a mí, cuando leí los trabajos estadísticos, la revisión Cochrane y todas esas cosas, hubo un gran cambio cuando dejaron de comparar los resultados con el PPH 01, y pasaron al PPH 03. Entonces creo que habrá que ver si la recidiva tan alta por ahí se debía a alguna cuestión también de la sutura. Y segundo que cuando uno toma el dolor como complicación postoperatoria es un problema, porque no hay una forma objetiva de estadificar ese dolor. Depende fundamentalmente del paciente. Nosotros hicimos escalas comparativas de dolor entre técnicas abiertas y cerradas, usamos muy poco hemorroidopexia con sutura mecánica para el tratamiento de las hemorroides. Pero es muy subjetivo. La forma de poder cuantificar ese dolor es muy difícil. Y lo que me llamó la atención, solamente en cuanto a las complicaciones, las que refirieron hemorragia, entre las que tuvieron hemorragia fue que las dos que internaron pararon solas. Y de las 16 que no se internaron se tuvieron que hacer procedimientos quirúrgicos para detenerlas. Este es un dato

**Dra. Grandoli:** Exactamente. También tiene que ver con que, al tener un centro de cirugía ambulatoria, los pacientes concurren por sangrado, por proctorragia, vienen, se hace el examen bajo anestesia, se constata que el sangrado viene de la sutura o del paquete hemorroidal y se hace la intervención. Yo creo que también tiene eso nuestro centro, se hace mucha cirugía ambulatoria.

**Dr. Piccinini:** Para contarle al doctor, o responderle al doctor Latif, la única diferencia que hay, significativa, entre PPH 01 y PPH 03 es el cierre. En el PPH 03 se cierra a 0.75 mm, y el otro a 1mm. Después por ahí el anoscopio nuevo tiene unas líneas que te marcan la profundidad, que por ahí te puede ayudar. Yo creo que la diferencia se debe a la curva de aprendizaje. Todos los casos cuando el PPH 01 fueron los primeros, y los que se hacen con PPH 03 aparecen dos o tres años después del PPH 01, cuando ya todos teníamos bastante más experiencia. Me parece que ese debería ser el factor más significativo, porque la máquina en sí, el único cambio significativo es el cierre de grapa. Lo que sí, y eso en nuestro trabajo se vio, nosotros tuvimos bastante más sangrados con el 01 que con el 03. La cantidad de puntos que damos en la línea de sutura bajó significativamente con el 03, y eso es porque los ganchitos al ajustar más son más hemostáticos.

**Dra. Grandoli:** Con respecto a eso, sí, en los trabajos publicados que hacen en forma comparativa el uso del PPH 01 con el PPH 03, el PPH tiene esto, menor sangrado del PPH 03, se cree porque son más chicas las grapas, mejor hemostasia en realidad, pero fue la única parte significativa con el tema del sangrado puntualmente en los trabajos comparativos.

**Dr. Lumi:** Doctor Gutiérrez.

**Dr. Gutiérrez:** Estaría bueno ya que estamos acá hablando todos, muchos hacemos PPH de los que estamos acá, tal vez lo que más hacemos en Buenos Aires, saber si dentro de la sala hay alguien que no da analgésicos, porque el único modo de saber eso es no dando analgésicos. No es lo mismo una molestia, un tenesmo, que son sintomatologías probables, o decir que es un procedimiento indoloro. Yo lo pregunto, no sé si corresponde, pero ya que estamos acá, si no tenemos que ir después hablarlo al bar, si les parece, perdóneme doctor Lumi, ¿puedo hacer esa pregunta?

**Dr. Lumi:** Al auditorio, si alguno que desee contestar...

**Dr. Piccinini:** Yo particularmente, los pacientes que se operan a la mañana se van a la casa a la tarde. Si un paciente se opera a la tarde, se queda hasta el día siguiente. Mientras está en el sanatorio, de rutina le dejo un goteo de diclofenac. Ahora, cuando el paciente se va a la casa, usualmente usamos diclofenac con paracetamol, y lo dejo a criterio del paciente, que lo tome solo si tiene dolor. Y la mayoría de los pacientes no lo toma, lo mismo cuando hago una ligadura, le hago una receta de diclofenac, le digo, "no lo compres si no te duele". La mayoría de los pacientes no lo compran. En el caso del PPH también le damos la receta, y también lo dejamos a criterio de los pacientes, la mayoría de los pacientes, afortunadamente, no consumen analgésicos. Pero le dejamos la opción al paciente.

**Dr. Lumi:** Muchas gracias por la presentación.