

Hemorroides circunferenciales ¿cuál es la mejor opción?

Pablo A. Farina,^{1,2} Fernando Grinovero,² Marianela Grandoli²

¹Sección de Coloproctología. Hospital Pirovano. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

²Centro Privado de Cirugía y Coloproctología. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Siendo que entre el 10 al 20 % de la patología hemorroidal tiene indicación quirúrgica, el coloproctólogo debe elegir la técnica adecuada de acuerdo al grado hemorroidal, la sintomatología del paciente y su experiencia.¹ Sin embargo, en ciertas situaciones como las hemorroides circunferenciales o en corona, la toma de decisión se torna más compleja.

La hemorroidectomía con técnica abierta (Milligan y Morgan) o cerrada (Ferguson) continúa siendo el Gold Standard con menor índice de recidiva.² Pero este procedimiento se asocia a mayor dolor postoperatorio y un prolongado tiempo de cicatrización, que conlleva a un retraso en la reinserción laboral.

Es muy importante que el cirujano indague sobre los síntomas que más afectan la calidad de vida del paciente,^{1,2} evaluando muy bien, en el examen proctológico, la unidad anátomo-funcional del conducto anal y el grado de compromiso del anodermo. Si el mismo se encuentra preservado, los tratamientos alternativos son una muy buena opción para las hemorroides circunferenciales.

En la década del 50 Blissen describe la ligadura hemorroidal con banda, posteriormente modificada por Barron, que busca disminuir el tejido hemorroidal y lograr la pexia del tejido mediante la cicatrización.

Es un procedimiento sencillo, muy bien tolerado y con mínimas complicaciones. Así la revisión de Cochrane,³ demuestra que la ligadura con banda elástica es el tratamiento de elección para las hemorroides grado II con resultados similares, pero sin los efectos secundarios de la hemorroidectomía, reservando esta última para la patología más avanzada o la recurrencia post ligadura.

Diversas técnicas fueron propuestas con un principio en común: la ligadura vascular del paquete hemorroidal y la mucopexia. En 2007 Reis Neto publica su técnica de macroligadura que permite introducir en el tambor del ligador hasta 3 cm³ de tejido hemorroidal y fijarlo a 30 mm por encima de la línea pectínea. En su estudio retrospectivo de 1634 pacientes grado II y III, informa una recidiva de 4,2 % con seguimiento de un año.⁴

Con respecto a las técnicas de desarterialización Doppler (DGHAL) y (THD), se han realizado importantes trial randomizados, prospectivos y comparativos. En Reino Unido el multicéntrico (Hubble) que incluyó 350 pacientes, grado II y III, comparándola con bandas. La desarterialización presentó menor recidiva al año (30

versus 49 %), con resultados similares respecto a la calidad de vida y score de continencia, pero el HAL fue más costoso y con mayor dolor postoperatorio temprano.⁵

En Francia el estudio LigaLongo,⁶ desarrollado en 22 centros durante tres años, comparó el (DGHAL) con hemorroideopexia mecánica (PPH) randomizando 407 pacientes, la morbilidad a tres meses no presentó diferencias significativas, hallando resultados similares a otros trabajos con respecto a un grado de satisfacción superior en los pacientes con (DGHAL), pero con un alto costo en comparación con PPH.

Como sabemos el (PPH) es una técnica que requiere una baja curva de aprendizaje, con un alto nivel de satisfacción del paciente.^{7,8} Tiene la ventaja del menor dolor en el postoperatorio inmediato, rápida reinserción laboral, pero a costo de un mayor índice de recidiva.⁹ Esto se ve reflejado en el trial multicéntrico (ETHoS) del Reino Unido con 777 pacientes randomizados, el más importante en nuestra opinión que compara (PPH) con cirugía convencional y demuestra que las dos técnicas son clínicamente efectivas pero con resultados superiores para la hemorroidectomía convencional a largo plazo (seguimiento a 2 años). Esta última es mejor en calidad de vida, continencia, bajo costo y menor número de reintervenciones.¹⁰

En nuestra serie retrospectiva con (PPH), incluimos 452 pacientes grado III (84 %) y IV, logrando una alta tasa de satisfacción al procedimiento (95 %) con un bajo índice de complicaciones y bajo índice de recidiva (3,9 %) en un seguimiento a 12 meses.¹¹

Lin H. C. y cols. desarrollaron la hemorroideopexia mecánica parcial (CSH), como alternativa al (PPH) por el alto índice de complicaciones de este último, urgencia defecatoria (40 %) y estenosis (6 %). La técnica efectúa una mucopexia con resección de los vasos nutrientes, pero solo de los paquetes hemorroidales comprometidos con técnica similar al PPH.

Este grupo¹² comparó (CHS) con (PPH) en hemorroides grado III-IV, randomizando 300 pacientes con seguimiento promedio de 60 meses. Concluyen que esta nueva técnica no es inferior respecto a la recurrencia, pero con una tasa significativamente menor de dolor postoperatorio, de urgencia defecatoria y de estenosis rectal que el PPH. Esta línea de trabajo resulta original pero faltan estudios multicéntricos para llegar a conclusiones más fuertes.

Por último, las diferentes técnicas resectivas circunferenciales, Whitehead, la modificación de Buie que preserva puentes mucosos en hora 6 y 12 y Laurence¹³ en nuestro medio, proponen la escisión en bloque de hemorroides junto con la membrana mucosa que las recubre.

Este tipo de cirugías es ideal para hemorroides circunferenciales complicadas. Wolff y Culp¹⁴ en su serie de 484 pacientes con seguimiento a tres años, consideraron al Whitehead, una técnica injustamente criticada demostrando cero recidiva y ectropión mucoso. Sin embargo no tuvieron la adherencia suficiente en los cirujanos debido al grado de dificultad técnica y al riesgo asociado de estenosis anal, incontinencia y/o ano húmedo.

En la resección circunferencial, la tasa de morbilidad total es comparable a la observada con la hemorroidectomía por paquetes. Quarabaki et al.¹⁵ en una serie de 688 pacientes, prospectiva comparativa con seguimiento a 7 años, demuestra una reducción de la recidiva a cero pero con un 50 % más de estenosis, que solo requirió técnicas de dilatación con bújia.

Creemos que las líneas de investigación futuras deben

hacer hincapié en indicadores de calidad (IC) orientados al paciente (índice de satisfacción, calidad de vida, contención, incapacidad para trabajar, etc.). Sin embargo, falta evidencia sobre definiciones estandarizadas o métodos de encuesta para evaluar el (IC).¹⁶

Encontramos gran heterogeneidad en el diseño de los trabajos que dificulta tomar decisiones concluyentes por lo tanto el desafío del cirujano es conocer las diferentes técnicas alternativas y o resectivas, aplicándolas a cada caso en particular, de acuerdo a la anatomía del anodermo, el impacto que genera en la calidad de vida del paciente y el medio en que se desarrolla el profesional.

Sugerimos como mejor opción a modo orientativo.

TABLA 1. HEMORROIDES CIRCUNFERENCIALES CON:

Anodermo conservado	Macroligaduras o desarterialización Doppler o PPH
Poca deformidad anatómo-funcional	PPH o Hemorroidectomía
Anodermo totalmente alterado	Técnicas de resección circunferencial

REFERENCIAS

- Riss S, Weiser FA, Schwameis K, Riss T, Mit-tlbock M, Steiner G, et al. The prevalence of hemorrhoids in adults. *Int J Colorectal Dis* 2012;27:215-20.
- Rivadeneira DE, Steele SR, Ternent C, Chalasani S, Buie WD, Rafferty JL. Practice Parameters for the Management of Hemorrhoids (Revised 2010). In *Dis Colon Rectum* 2011;54:1059-64.
- Shanmugam V, Hakeem A, Campbell KL, Rabindranath KS, Steele RJC, Thaha MA, et al. Rubber band ligation versus excisional hemorrhoidectomy for haemorrhoids. (Review) *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1. Art. No.: CD005034. DOI: 10.1002/14651858.CD005034.pub2.
- Reis Neto JA, Reis Neto JA Jr, Kagoharab OH, Simões Netob J, Bancic SO, Oliveira LH. High macro rubber band ligation. *J Coloproctol* 2013;33:151-56.
- Brown SR, Tiernan JP, Watson AJM, Biggs K, Shephard N, Wailoo AJ, et al. Haemorrhoidal artery ligation versus rubber band ligation for the management of symptomatic second-degree and third-degree haemorrhoids (HubBLE): a multicentre, open-label, randomised controlled trial. *Lancet* 2016;388:356-64.
- Lehur PA, Didnée AS, Faucheron JL, Meurette G, Zerbib P, Siproudhis L, et al. Cost-effectiveness of new surgical treatments for hemorrhoidal disease. A multicentre randomized controlled trial comparing transanal doppler-guided hemorrhoidal artery ligation with mucopexy and circular stapled hemorrhoidopexy. *Ann Surg* 2016;264:711-16.
- Longo A. Treatment of hemorrhoidal disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with circular suturing device: a new procedure. In: *Proceedings of the 6th World Congress of Endoscopic Surgery*. Bologna: Munduzzi. 1988:777-84.
- Laughlan K, Jayne DG, Jackson D, Rupprecht F, Ribaric G. Stapled haemorrhoidopexy compared to Milligan-Morgan and Ferguson haemorrhoidectomy: a systematic review. *Int J Colorectal Dis* 2009;24:335-44.
- Jayaraman S, Colquhoun PH, Malthaner RA. Stapled vs. conventional surgery for hemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 Oct;18(4):CD005393.
- Watson AJM, Hudson J, Wood J, Kilonzo M, Brown SR, McDonald A, et al. Comparison of stapled haemorrhoidopexy with traditional excisional surgery for haemorrhoidal disease (eTHoS): a pragmatic, multicenter, randomized controlled. *Lancet* 2016;388:2375-85.
- Grandoli M, Pasarín M, Grinovero F, Cittadini J, Farina P, La Rosa L, et al. Hemorroidopexia. Nuestra experiencia. Análisis descriptivo de las complicaciones de la técnica de hemorroideopexia con sutura mecánica y el grado de satisfacción *Rev Argent Coloproct* 2019;301:19-26.
- Lin HC, He QL, Ren DL, Peng H, Xie SK, Su D, et al. Partial stapled hemorrhoidopexy: a minimally invasive technique for hemorrhoids. *Surg Today* 2012;42:868-75.
- Laurence A. Hemorroidectomia radical posterior con plástica de deslizamiento; *Rev Argent Cirug* 1978;35.
- Wolff BG, Culp CE. The Whitehead hemorrhoidectomy. An unjustly maligned procedure. *Dis Colon Rectum* 1988;31:587-90.
- Qarabaki MA, Mukhashavria GA, Mukhashavria GG, Giorgadze NG. Circular vs. three-quadrant hemorrhoidectomy for end-stage hemorrhoids: Short- and long-term outcomes of a prospective randomized trial. *J Gastrointest Surg* 2013;18:808-15.
- Jongen J, Kahlke V. Qualitätsindikatoren bei der Therapie des Hämorrhoidalleidens. *Der Chirurg* 2019. doi:10.1007/s00104-018-0787-y.