

Hemorroidopexia con sutura mecánica. Indicaciones en el 2021

Pablo Piccinini, Nicolas Avellaneda, Augusto Carrie

Instituto Universitario CEMIC (Unidad Patología Orificial). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

A modo de reseña histórica, Antonio Longo fue el primer cirujano que hizo referencia a la técnica de hemorroidopexia con sutura mecánica en el año 1998, describiéndola en ese entonces como “una solución ideal con dolor postoperatorio mínimo, sin herida y con tiempo operatorio mínimo”.¹ El objetivo de la cirugía no era la resección del tejido hemorroidal, sino restablecer la anatomía y fisiología de los plexos hemorroidales.

En 2003, un consenso de expertos en esta técnica fue reunido,² y determinó las indicaciones para esta cirugía:

1. Hemorroides grado III.
2. Hemorroides grado IV no complicadas que pueden ser reducidas durante la cirugía.
3. Hemorroides grado II (casos seleccionados).
4. Falla en aliviar los síntomas asociados a hemorroides por otras técnicas quirúrgicas (por ej.: ligadura con banda elástica).

A su vez, este consenso establece las contraindicaciones de esta cirugía (absceso, gangrena, estenosis anal, prolapso rectal de grosor completo).

Durante los primeros años, posteriores a la primera publicación, muchos estudios publicados concluían en favor de esta técnica, destacando entre sus ventajas que disminuía la estadía hospitalaria, bajaba significativamente el dolor postoperatorio, el sangrado también era menor y lograba un rápido retorno a las actividades habituales, en comparación con la hemorroidectomía convencional.³ Incluso, algunos estudios postularon a la hemorroidopexia con sutura como la técnica “más efectiva y segura en el tratamiento de las hemorroides”.⁴

Hoy, 22 años después del manuscrito del Dr. Longo, esta técnica se ha propagado a nivel mundial y, en muchos casos (como es el de quien suscribe), gracias a la enseñanza personal del propio Longo y de cirujano a cirujano. Si bien la técnica en sí no ha sufrido grandes cambios, vale la pena hacer ciertas consideraciones que se han hecho desde entonces hasta ahora.

Primero, si bien oficialmente las indicaciones son similares, hoy parece haber cierto consenso en no indicar esta cirugía para hemorroides grado II, las cuales pueden re-

solver en su mayoría con ligaduras con banda elástica.⁵ En cuanto a las hemorroides grado III-IV, sigue siendo indicada. Es ideal en casos con un componente circumferencial, y de preferencia con escaso componente externo, aunque esto último no resulta una contraindicación absoluta, ya que la propia cirugía muchas veces termina reduciendo dicho componente.

Segundo, algunos estudios han hecho hincapié en que esta cirugía tiene más riesgo de complicaciones mayores en comparación con la cirugía convencional. Se incluyen entre estas (descriptas en la literatura) sangrado profuso de la línea de sutura, hematomas, fístulas recto vaginales y fístulas perianales, sepsis perineal, perforación del recto, estenosis rectal (muchas veces debido a suturas altas que generan el consabido defecto en reloj de arena) estenosis anal y lesiones del esfínter anal (suturas demasiado bajas).⁶⁻⁹

Sin embargo, también existen trabajos que postulan que la hemorroidopexia con grapas tiene menor tasa de complicaciones. Un reciente metaanálisis, con al menos 2000 pacientes, encontró que el porcentaje de complicaciones fue de 20,2 % para la hemorroidectomía con sutura mecánica vs. 25,2 % para hemorroidectomía convencional (resultado estadísticamente significativo).¹⁰

Nuestra opinión es que las complicaciones mayores surgen por defectos en la técnica quirúrgica. Por eso es importante la tutoría durante la corta curva de aprendizaje.

Nuestra morbilidad, sobre un total de 822 pacientes operados, incluye:

1. Trombosis hemorroidal 2,5 %.
2. Fisura anal 1 %.
3. Sangrado de línea de sutura 1 % (2 pacientes requirieron reexploración quirúrgica, evolucionando bien en el postoperatorio).
4. Hematoma de la línea de sutura 0,5 %, que no requirieron reexploración.
5. Un paciente presentó una estenosis leve a nivel de la línea de sutura que resolvió con dilataciones ambulatorias por consultorio.

Ningún paciente presentó incontinencia anal, estenosis moderada/grave, fístulas de ningún tipo ni otras complicaciones graves. Los síntomas más frecuentes postoperatorios fueron tenesmo y dolor, ambos manejables con tratamiento médico.

Pablo Piccinini

pablopiccinini@gmail.com

Recibido: marzo de 2020. Aceptado: mayo de 2020

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Algunos consejos para prevenir este tipo de complicaciones:

1. Realizar una serie de casos acompañado de un cirujano con experiencia (aplica para cualquier cirugía).
2. Realizar la jareta a 3-4 cm. De la línea pectínea (como lo describe la técnica), dando puntos que tomen solo mucosa y submucosa. Realizarla más arriba por miedo a lesión esfintérica puede llevar a complicaciones a nivel del recto (ya descritas) y realizarla más abajo con la finalidad de reseca más tejido puede llevar a lesiones a nivel de la musculatura anal o dolor (recordemos que la finalidad de esta cirugía no es reseca tejido, sino desarterializar y corregir el prolapso, por lo que los beneficios serán secundarios a esto último). Sin embargo, cabe destacar que, en manos experimentadas, lograr una jareta más baja podría mejorar los resultados y disminuir el índice de recidiva de la enfermedad postoperatoria.
3. Para prevenir la hemorragia postoperatoria (complicación más frecuente), se pueden realizar puntos hemostáticos a nivel de la línea de sutura con materiales reabsorbibles, tanto reforzando toda la línea (esto tendría como objetivo también ligar cualquier tejido hemorroidal residual) o bien en los lugares donde existiera sangrado activo luego de disparar la sutura. Tomar como consideración que, si uno quisiera reforzar toda la línea, debe ajustar el surget con la media caña adentro, ya que de lo contrario podría llevar a una estenosis de la línea de sutura. Nuestra recomendación, sin embargo, es de solo realizar puntos hemostáticos en sitios de sangrado activo, y no reforzar toda la sutura.
4. Un esquema analgésico en el postoperatorio mediato puede ser adecuado para reducir los síntomas asociados a la inflamación rectal y anal. También, indicar una dieta semi sólida, abundante ingesta de líquidos y algún laxante natural para mejorar la calidad de la materia fecal, ya que la constipación es frecuente luego de la cirugía, motivada en muchos casos por el miedo al dolor postevacuatorio.

Una última mención, aunque no menor (ya que la mayoría de los detractores de esta técnica hacen hincapié en esto), es que la hemorroidectomía con grapas parece estar asociada a mayor número de recurrencia de la enfermedad en el largo plazo, con un mayor requerimiento de retratamiento. A esa conclusión llega una revisión sistemática de la base de datos Cochrane, 6 % para hemorroidectomía con sutura mecánica vs. 3 % para hemorroidectomía convencional,¹¹ así como otros estudios también.¹²

En nuestra experiencia, un 3 % de los pacientes han consultado por recidiva del prolapso hemorroidal. Sin embargo, la mayoría de estos pacientes presentaban recidiva de un paquete (y no un prolapso circunferencial) y fueron satisfactoriamente tratados con ligaduras con banda elástica de forma ambulatoria por consultorio. Dos pacientes requirieron una reoperación con sutura mecánica por un prolapso hemorroidal mayor y evolucionaron satisfactoriamente después de la segunda cirugía, permaneciendo sin síntomas a la fecha.

Una técnica que ha surgido en el último tiempo para el tratamiento de este tipo de pacientes y que ha sido comparada en la cirugía propuesta por Longo es la desarterialización hemorroidal transanal guiada por Doppler, primero descrita por Morinaga et al.¹³ Algunos estudios han demostrado que esta última técnica está asociada a menor dolor postoperatorio y menos complicaciones graves,^{14,15} sin embargo, otros no han encontrado diferencias entre uno y otro método.¹⁴ Creemos que todavía faltan estudios para poder determinar la superioridad de una u otra técnica.

En conclusión, en nuestra opinión, a 22 años del trabajo de Antonio Longo, creemos que la hemorroidectomía con sutura mecánica es una técnica que continúa vigente para el tratamiento de hemorroides grado III-IV y circunferenciales, que en nuestro caso es de primera elección. Puede ser que en el futuro mediato nuevas técnicas lleguen para reemplazarla, pero al día de hoy no tenemos evidencia suficiente para dejar de lado una técnica que disminuye mucho el dolor postoperatorio inmediato con buenos resultados a corto, mediano y largo plazo.

REFERENCIAS

1. Longo A. Treatment of hemorrhoidal disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapsed with a circular suturing device: a new procedure. In: Proceedings of the 6th World Congress of Endoscopic Surgery. Bologna, Italy: Monduzzi Editore; 1998. pp 777-84.
2. Corman M, Gravié JF, Hager T, Loudon MA, Mascagni D, Nyström PO, et al. Stapled haemorrhoidopexy: a consensus position paper by an international working party - indications, contra-indications and technique. *Colorectal Dis* 2003;5:304-10.
3. 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; 335-44.
4. Stuto A, Favero A, Cerullo G, Braini A, Narisetty P, Tosolini G. Double stapled haemorrhoidopexy for haemorrhoidal prolapse: indications, feasibility and safety. *Colorectal Dis* 2012;e386-e89
5. Shanmugam V, Thaha MA, Rabindranath KS, Campbell KL, Steele RJ, Loudon MA. Rubber band ligation versus excisional haemorrhoidectomy for haemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;20:CD005034.
6. Faucheron J, Voirin D, Abba J. Rectal perforation with life-threatening peritonitis following stapled haemorrhoidopexy. *B J Surg* 2012;99:746-53.
7. Pescatori M, Gagliardi G. Postoperative complications after

- procedure for prolapsed hemorrhoids (PPH) and stapled transanal rectal resection (STARR) procedures. *Tech Coloproctol* 2008;12:7-19.
8. Joyce E, Kavanagh D, O'Connell P, Hyland J. Massive intra-abdominal haemorrhage following stapled haemorrhoidopexy. *Int J Colorectal Dis* 2012;27:679-80.
 9. Faucheron JL, Arvin-Berod A, Riboud R, Morra I. Rectal perforation and peritonitis complicating stapled haemorrhoidopexy. *Colorectal Dis* 2010;12:831-32.
 10. Nisar PL, Acheson AG, Neal KR, Scholenfield JH. Stapled hemorrhoidopexy compared with conventional hemorrhoidectomy. Systematic review of randomized controlled trials. *Dis Colon Rectum* 2004;47:1837-45.
 11. Jayaraman S, Colquhoun PH, Malthaner RA. Stapled versus conventional surgery for hemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;18:CD005393.
 12. Shao WJ, Li GC, Zhang ZH, Yang BL, Sun GD, Chen YQ. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing stapled haemorrhoidopexy with conventional haemorrhoidectomy. *BJ Surg* 2008;95:147-60.
 13. Morinaga K, Hasuda K, Ikeda T. A novel therapy for internal hemorrhoids: ligation of the hemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Doppler flowmeter. *Am J Gastroenterol* 1995;90:610-13.
 14. Sajd MS, Paramalli U, Whitehouse P, Sains P, McFall MR, Baig MK. A systematic review comparing transanal haemorrhoidal dearterialisation to stapled haemorrhoidopexy in the management of haemorrhoidal disease. *Tech Coloproctol* 2012;16:1-8. . A systematic review comparing transanal haemorrhoidal dearterialisation to stapled haemorrhoidopexy in the management of haemorrhoidal disease. *Tech Coloproctol*. 2012; 16:1-8
 15. Venara A, Podevin J, Godeberge P, Redon Y, Barussaud ML, Sielezneck I, et al. A comparison of surgical devices for grade II and III hemorrhoidal disease. Results from the LigaLongo Trial comparing transanal Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation with mucopexy and circular stapled hemorrhoidopexy. *Int J Colorectal Dis* 2018;33:1479-83.