

Tratamiento no resectivo de la enfermedad hemorroidal: HAL/RAR, ¿una alternativa?

Pablo Piccinini¹, Gustavo Francisco Lemme¹, Guillermo Rosato², Nicolás Avellaneda¹,
Carina Chwat², Gustavo Néstor Lemme²

¹CEMIC. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

²Hospital Universitario Austral. Pilar, Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Introducción: Las consultas por complicaciones de la enfermedad hemorroidal son frecuentes y algunos pacientes requieren tratamiento quirúrgico. En estos, la técnica HAL/RAR puede resultar de utilidad.

Materiales y métodos: Se confeccionó una base de pacientes prospectiva, tomando en cuenta todos los pacientes operados con esta técnica en un período de dos años en dos hospitales universitarios de Buenos Aires. Se evaluaron las complicaciones del procedimiento (objetivo primario) y el índice de satisfacción del paciente (objetivo secundario).

Resultados: Cincuenta y seis pacientes fueron incluidos, con una mediana de seguimiento de 89 días (7-469). Las complicaciones más frecuentes fueron dolor (19,64 %) y sangrado (14,21 %). Un 23 % de los pacientes presentó recidiva de su enfermedad. En la escala de satisfacción, la mayoría de los pacientes manifestaron sentirse muy conformes o conformes.

Conclusiones: El HAL-RAR parece ser de utilidad para el tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidal, presentando baja tasa de complicaciones y un alto índice de satisfacción para los pacientes.

Palabras claves: HAL-RAR; Enfermedad hemorroidal; Hemorroidectomía

ABSTRACT

Introduction: Consultations for complications of hemorrhoidal disease are frequent and some patients require surgical treatment. In these patients, the HAL/RAR technique can be useful.

Material and methods: In a prospective data all patients operated on with this technique in a two-year period in two university hospitals in Buenos Aires were registered.

Objective: To evaluate the complications of the procedure (primary objective) and patient satisfaction index (secondary objective).

Results: Fifty-six patients were included, median follow-up of 89 (7-469) days. The most frequent complications were pain (19.6%) and bleeding (14.2%). Twenty-three percent of patients had recurrence. On the satisfaction scale, most patients stated that they felt very satisfied or satisfied.

Conclusions: The HAL-RAR technique seems to be useful for the surgical treatment of hemorrhoidal disease, has a low rate of complications and a high rate of patient satisfaction.

Keywords: HAL-RAR; Hemorrhoidal disease; Hemorrhoidectomy

INTRODUCCIÓN

Las hemorroides son el motivo de consulta más frecuente en el área de la coloproctología. Entre un 10 a 20 % de los pacientes afectados por esta patología requieren un tratamiento quirúrgico.

Kazumasa Morinaga et al.,¹ en 1995, en Japón, reportaron una técnica novedosa: HAL (Hemorrhoidal Artery Ligation), la cual se basa en la reducción mediante ligaduras del flujo de sangre arterial hacia las hemorroides, detectados con un sensor de ecodoppler ubicado en un anoscopio diseñado para tal fin. Desde entonces, su uso se extendió hacia el Sudeste Asiático, India, Europa y los Estados Unidos de América.

Luego se agregó la mucopexia, descrita por Faraq y Hussein, pero desarrollada y publicada por Scheyer,² en el año 2006 (RAR: Recto Anal Repair), a fin de reducir la

redundancia de tejido mucoso. El procedimiento completo se conoce como HAL/RAR (Hemorrhoid Artery Ligation/Recto Anal Repair-A.M.I. GmbH, Austria).

En Argentina, la ANMAT ha aprobado su uso desde junio de 2012 y está disponible comercialmente desde octubre de 2012.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo fue evaluar el índice de complicaciones en pacientes con hemorroides grados III/IV sometidos a tratamiento con técnica HAL/RAR y como objetivo secundario, el índice de satisfacción del paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio fue llevado a cabo por dos equipos quirúrgicos, pertenecientes al Hospital Universitario Austral y al Hospital Universitario CEMIC. Se incluyeron todos los pacientes adultos operados con la técnica HAL/

Nicolás Avellaneda

n.avellaneda86@gmail.com

Recibido: junio de 2020. Aceptado: julio de 2020

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés. El trabajo ha sido aprobado por el comité de ética de ambas instituciones.

RAR por enfermedad hemorroidal complicada durante el período entre octubre de 2012 y septiembre de 2014. A todos los pacientes se les realizó una encuesta telefónica entre el mes de octubre y diciembre del 2015, a fin de evaluar su grado de satisfacción acerca del procedimiento. La pesquisa de hemorroides residuales se realizó en consulta ambulatoria.

RESULTADOS

Se incluyeron 56 casos (20 femeninos), promedio de edad 50 años (31-70). El 68 % de los pacientes presentaban hemorroides grado III y 32 % hemorroides grado IV. La mediana de tiempo quirúrgico fue de 40 minutos (rango 19-120). El número medio de puntos de sutura de HAL fue de 4,57 (rango 2-7) y de RAR de 2,2 (1-4). La mediana de días de seguimiento entre la cirugía y el último control ambulatorio fue de 89,5 días (rango 7-469) días.

Luego de la encuesta telefónica, el 82,14 % de los pacientes manifestaron hallarse muy conformes o conformes con el procedimiento. Las complicaciones fueron: dolor en el 19,64 % y sangrado en el 14,29 %.

En 23 % de los casos (n=13) se constataron hemorroides residuales. Todos estos pacientes fueron resueltos con ligadura con banda elástica en forma ambulatoria. Un paciente con recidiva fue sometido a otro procedimiento de HAL/RAR. La mayor frecuencia de hemorroides residuales (38 %) se apreció en los casos con 4 puntos de HAL. No hubo diferencias en la frecuencia de hemorroides residuales según el número de puntos de RAR.

En la tabla 1 se describen los resultados de satisfacción según complicaciones.

Del total de hemorroides residuales, 76,92 % se produjeron en pacientes con hemorroides GIII. En este subgrupo, el 53,8 % de los casos calificaron su satisfacción como “poco conforme”.

DISCUSIÓN

Existen múltiples tratamientos para la patología hemorroidal, especialmente para los grados I y II. Sin embargo, solamente la hemorroidectomía convencional y el PPH se

consideran de elección para el grado III y IV. El riesgo relativo de recidiva luego de una hemorroidectomía convencional se estima alrededor del 4 %.³ Sin embargo, ambas opciones quirúrgicas se asocian con un gran dolor postoperatorio,⁴ incontinencia fecal y estenosis anal.⁵ A pesar de esto, para muchos autores la hemorroidectomía convencional continúa siendo el tratamiento estándar para los casos avanzados, porque técnicas más novedosas, como el PPH, no han demostrado la misma efectividad.

De acuerdo a nuestra experiencia podemos afirmar que la técnica de HAL/RAR es una alternativa quirúrgica que ofrece resultados alentadores, dado el alto porcentaje de pacientes satisfechos luego de la cirugía y su aceptable morbilidad en relación a las complicaciones. Si bien es cierto que un porcentaje significativo de los pacientes registró algún tipo de complicación luego de la cirugía, en ninguno de los pacientes operados con esta técnica se observaron complicaciones graves. Por ende, esto ofrece una gran ventaja frente a otras técnicas que conllevan una morbilidad considerable.

El trabajo de Wan Jo Jeong et al.⁶ consideró la recurrencia en los casos de resangrado y repropulso. Este estudio también comparó el dolor pre y postoperatorio, y el tiempo que le tomó al paciente retomar sus actividades habituales. En nuestro estudio optamos por denominar hemorroides residuales a los casos en los cuales hubo que agregar al tratamiento quirúrgico una ligadura con banda elástica para controlar alguno de los síntomas, mientras que la recidiva se refiere al fracaso terapéutico que requiere una nueva cirugía para controlar la patología hemorroidal. Al tener un concepto distinto de recidiva, resulta difícil comparar esta variable con el trabajo citado previamente.

En este estudio se realizaron, en promedio, 6 puntos de HAL y de RAR. El promedio de tiempo quirúrgico fue de 35 minutos. En nuestro estudio el promedio de puntos de HAL fue de 4,57, mientras que 2,21 fue el promedio de puntos de RAR. A su vez, en otros estudios⁸⁻¹³ el número de HAL fue de 5 a 10; particularmente el número de RAR fue de un mínimo de 1 a un máximo de 5, lo cual es más parecido a nuestra experiencia. La razón detrás de estas diferencias puede atribuirse a diferencias en los mé-

TABLA 1: RESULTADOS DE SATISFACCIÓN

INDICE DE SATISFACCION	Sin Complicaciones	Dolor	Sangrado	Prolapso	Dolor + Sangrado	Dolor + Prolapso	Sangrado + Prolapso	Dolor + Sangrado + Prolapso	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
MUY CONFORME	34 (60,7)	1 (1,78)	1 (1,78)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1,78)	0 (0)	37 (66,07)
CONFORME	3 (5,35)	3 (5,35)	1 (1,78)	1 (1,78)	0 (0)	0 (0)	1 (1,78)	0 (0)	9 (16,07)
POCO CONFORME	0 (0)	2 (3,57)	0 (0)	1 (1,78)	1 (1,78)	3 (5,35)	2 (3,57)	1 (1,78)	10 (17,85)
Total	37 (66,07)	6 (10,71)	2 (3,57)	2 (3,57)	1 (1,78)	3 (5,35)	4 (7,14)	1 (1,78)	56 (100)

todos quirúrgicos.

Por otra parte, en el estudio de Roka et al., el promedio de días de internación fue de 2,3 días (rango 1-9).⁷ Encontramos una diferencia significativa con respecto a nuestra experiencia, en la cual el promedio de días de internación fue de 0,62. El número de ligaduras de dicho estudio demostró tener una influencia significativa en la recurrencia de los síntomas. Este equipo tuvo óptimos resultados con 5 a 7 puntos de HAL (mediana 6) y tres a 4 puntos de RAR (mediana 4).⁷ En nuestra experiencia la mayor frecuencia de hemorroides residuales (38 %) se apreció en los casos con 4 puntos de HAL. No hubo diferencias significativas en la frecuencia de hemorroides residuales según el número de puntos de RAR.

A su vez, en este trabajo se afirma que el número de puntos de RAR y en particular el número de HAL demostraron tener influencia en la recurrencia de los síntomas, mientras que el único factor que influenciaba la recurrencia del prolapso era el grado hemorroidal previo a la cirugía. El único factor que influenciaba la satisfacción del paciente fue el número de puntos de HAL. En nuestro trabajo tuvimos mayor porcentaje de hemorroides residuales con 4 puntos de HAL.

En nuestro estudio el porcentaje de pacientes con sangrado en la encuesta telefónica fue de 14 %, lo cual es similar al 14,4 % de pacientes que presentaron resangrado en el estudio de Wan Jo Jeong et al.⁶ un año luego de la cirugía. Sin embargo, este valor fue levemente mayor a aquel observado en otros estudios.⁸⁻¹³ Es difícil comparar con precisión nuestros porcentajes de recidiva y recurrencia con otros estudios, ya que no existe una universalidad de criterios que sirva de referencia y pueda hacer confiable la comparación directa. Por ejemplo, en el estudio de Faucheron et al.¹⁴ el prolapso por sí mismo fue definido como

recurrencia, mientras que en el estudio de Wan Jo Jeong et al. la recurrencia se definió como la presencia de prolapso o sangrado. En nuestro estudio consideramos la recurrencia como aquellos síntomas que pudieran ser controlados con ligadura con banda elástica, mientras que nos referimos a la recidiva como aquellos casos en los que se necesite una nueva cirugía para controlar la patología hemorroidal del paciente. Hubiera sido interesante comparar el dolor pre y postoperatorio como en este trabajo, al igual que el tiempo en retomar actividades habituales, pero estas variables no se encontraban entre los objetivos principales de nuestro trabajo.

Se necesita evaluar la técnica con un estudio a mayor plazo y sería oportuno un estudio multicéntrico a gran escala para aumentar la importancia de estos hallazgos. Por último, un estudio que analice el tratamiento de la patología hemorroidal asociada a otras patologías anales concomitantes sería de suma utilidad.

CONCLUSIONES

De acuerdo a nuestra experiencia podemos afirmar que la técnica de HAL/RAR es una alternativa quirúrgica que ofrece resultados alentadores, dado el alto porcentaje de pacientes satisfechos luego de la cirugía y su baja morbilidad en relación a las complicaciones.

Un hallazgo del estudio fue una sorpresiva asociación entre un mayor porcentaje de complicaciones en aquellos pacientes que recibieron 4 puntos de HAL, aunque esto puede obedecer al hecho de que la mayoría de los pacientes operados recibió este número de puntos.

Finalmente, los pacientes más satisfechos con el tratamiento fueron aquellos que no tuvieron complicaciones.

REFERENCIAS

1. 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*. Am J Gastroenterol 1995;90:610-13.
2. Scheyer M, Antonietti E, Rollinger G, et al. Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation. *Am J Surg* 2006;191:89-93.
3. Shao WJ, Li GC, Zhang ZH, et al. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing stapled haemorrhoidopexy with conventional haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 2008;95:147-60.
4. Palimento D, Picchio M, Attanasio U, et al. Stapled and open hemorrhoidectomy: randomized controlled trial of early results. *World J Surg* 2003; 27:203-7.
5. Ommer A, Wenger FA, Rolfes T, et al. Continence disorders after anal surgery - a relevant problem? *Int J Colorectal Dis* 2008; 23:1023-31.
6. Jeong WJ, Cho SW, Noh KT, et al. One Year follow-up result of Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation and recto-anal repair in 97 consecutive patients. *J Korean Soc Coloproctol* 2011; 27:298-302.
7. Roka S, Gold D, Walega P, et al. DG-RAR for the treatment of symptomatic grade III and grade IV haemorrhoids: a 12-month multicentre, prospective observational study. *Eur Surg* 2013; 45:26-30.
8. Satzinger U, Feil W, Glaser K. Recto anal repair (RAR): a viable new treatment option for high-grade hemorrhoids. One-year results of a prospective study. *Pelvipereineology* 2009; 28:37-42.
9. Theodoropoulos GE, Sevrisianos N, Papaconstantinou J, et al. Doppler-guided haemorrhoidal artery ligation, rectoanal repair, sutured haemorrhoidopexy and minimal mucocutaneous excision for grades III-IV haemorrhoids: a multicenter prospective study of safety and efficacy. *Colorectal Dis* 2010;12:125-34.
10. Walega P, Krokowicz P, Romaniszyn M, et al. Doppler guided haemorrhoidal arterial ligation with recto-anal-repair (RAR) for the treatment of advanced haemorrhoidal disease. *Colorectal Dis* 2010;12:e326-29.
11. Infantino A, Bellomo R, Dal Monte PP, et al. Transanal haemorrhoidal artery echodoppler ligation and anopexy (THD) is effective for II and III degree haemorrhoids: a prospective multicentric study. *Colorectal Dis* 2010;12:804-9.
12. Ratto C, Donisi L, Parello A, et al. Evaluation of transanal hemorrhoidal dearterialization as a minimally invasive therapeutic

- approach to hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 2010; 53:803-11.
13. Faucheron JL, Poncet G, Voirin D, et al. Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation and rectoanal repair (HAL- RAR) for the treatment of grade IV hemorrhoids: long-term results in 100 consecutive patients. *Dis Colon Rectum* 2011; 54:226-31.
14. Faucheron JL, Gangner Y. Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation for the treatment of symptomatic hemorrhoids: early and three-year follow-up results in 100 consecutive patients. *Dis Colon Rectum* 2008; 51:945-49.

COMENTARIO

El tratamiento quirúrgico de las hemorroides está reservado para el prolapso hemorroidal de tercer y cuarto grado. El método quirúrgico tradicional, en un porcentaje elevado de pacientes, conlleva un postoperatorio tormentoso, con importante dolor postoperatorio y dificultad evacuatoria inicial; por tal motivo se han ido desarrollando diferentes técnicas quirúrgicas menos agresivas y menos invasivas, para eliminar la patología y la sintomatología sin extirpar los paquetes hemorroidales. Una de esas técnicas es el HAL/RAR.

La ligadura selectiva de la arteria hemorroidal permite una reducción significativa de la irrigación del paquete hemorroidal, el remanente mucoso de la bolsa hemorroidal es fijado, para evitar el prolapso del mismo, realizando la llamada reparación rectoanal (RAR) (Pexia del paquete hemorroidal).

Si comparamos con el método tradicional, en este se realiza un punto inicial profundo que busca reducir francamente el flujo sanguíneo del paquete hemorroidal que posteriormente se va a resecar. La diferencia radica en que no se dispone del Doppler que identifique exactamente donde se encuentra la arteria hemorroidal. Posteriormente en la técnica tradicional se continúa con la resección, a diferencia de la pexia, lo cual incrementaría notablemente el dolor postoperatorio, por las heridas generadas.

Si analizamos comparativamente ambos tratamientos quirúrgicos, vamos a notar que la técnica menos invasiva (no resectiva) genera muchas menos molestias postoperatorias que la tradicional (aunque en algunos reportes se han demostrado prolapsos hemorroidales recurrentes, pero que pueden ser tratados en forma poco agresiva con ligaduras elásticas).

Un punto a tener en cuenta es el costo del equipamiento, que habrá que poner en consideración previo a la decisión quirúrgica.

Se nos plantea el inconveniente cuando el paciente posee otras patologías proctológicas asociadas que debemos resolver en acto operatorio.

Considero que la técnica HAL/RAR es una técnica efectiva y segura, que no conlleva complejidad alguna, aunque se puede ver limitada por el costo del equipamiento. No posee las complicaciones postoperatorias que pueden presentar las técnicas resectivas tradicionales. En caso que persistan paquetes remanentes, siempre tendremos la posibilidad de utilizar algún otro método terapéutico para complementar el tratamiento.

El cirujano coloproctólogo decidirá la conducta terapéutica adecuada, de acuerdo a su saber, la evaluación de la magnitud de la patología y a la presencia o no de patologías asociadas, consiguiendo de esa manera los mejores resultados con la menor agresividad posible.

Marcelo Pollastri

Centro de Coloproctología y Enfermedades Digestivas. Rosario, Santa Fe, Argentina.