

Hemorroidectomía con técnica de Mitchell modificada. Experiencia del Hospital Clínico Regional de Valdivia entre los años 1991–2000

Alejandro Murúa B, Pablo Mariángel P, John Bohle O.

RESUMEN

Introducción. El objetivo del trabajo es describir la técnica y analizar los resultados obtenidos con el tratamiento quirúrgico de la patología hemorroidal mediante el método de Mitchell modificado, durante el decenio 1991-2000.

Pacientes y Métodos. Entre 1991 al 2000 se intervinieron 71 pacientes utilizando esta técnica. Se analiza la técnica, dolor postoperatorio, la morbilidad y la recurrencia.

Resultados. El dolor postoperatorio fue nulo o leve en el 77% de los pacientes, siendo manejado en la gran mayoría sólo con analgésicos no esteroideos. Las complicaciones más frecuentes atribuibles a la cirugía fueron fístula perianal en un 2,8% y hemorragia precoz en un 2.8%. Otras complicaciones fueron cefalea post-raquídea y retención urinaria. No hubo recurrencia en la serie.

Conclusión. La hemorroidectomía con la técnica de Mitchell modificada es una alternativa fácil, rápida y segura para el manejo de la patología hemorroidal. El dolor postoperatorio es manejable con antiinflamatorios no esteroideos en la mayoría de los pacientes. Esta técnica se asocia a un bajo número de complicaciones y de recurrencia. (**Palabras claves/Key words:** Hemorroides/Hemorrhoids; Cirugía/Surgery; Dolor postoperatorio/Postoperative pain).

INTRODUCCIÓN

Las hemorroides constituyen un problema de salud muy antiguo. Aunque su verdadera prevalencia se desconoce con exactitud, se estima que el 5% de la población general y más del 50% de la población mayor de 50 años presenta algún problema derivado de la patología hemorroidal¹.

Las hemorroides constituyen la patología proctológica más frecuente en nuestro medio. En sus formas no complicadas pueden ser manejadas de manera eficiente sólo con tratamiento médico, modificación de la dieta y analgésicos, o con el uso de técnicas mínimamente invasivas, como la ligadura elástica, escleroterapia, crioterapia o electrocoagulación.

La hemorroidectomía se reserva sólo para casos seleccionados.

En este trabajo se reporta la experiencia de nuestro servicio en el tratamiento quirúrgico de la patología hemorroidal utilizando la técnica con ligadura, escisión y sutura sobre pinzas descrita por Mitchell en 1903 a la que se agregó el cierre de la piel, analizando puntos de interés, como dolor postoperatorio, tipo de analgesia utilizada, complicaciones postoperatorias y recidiva.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se revisaron en forma retrospectiva las fichas clínicas de los pacientes sometidos a hemorroidectomías entre Enero de 1991 a Diciembre

del 2000. Las operaciones fueron realizadas por cirujanos digestivos o por residentes bajo la supervisión directa de un docente. Se seleccionaron los pacientes sometidos a hemorroidectomías con técnica de Mitchell modificada, según lo especificado en el protocolo operatorio. Se incluyen en el análisis las variables sexo, diagnóstico postoperatorio, patologías anales asociadas, procedimientos quirúrgicos asociados, dolor postoperatorio, tipo de analgesia utilizada, refuerzo de analgesia, días de hospitalización, complicaciones postoperatorias y recidivas. Los datos obtenidos fueron ingresados y

analizados en una base de datos Microsoft Excel 2000, utilizando las opciones estadísticas disponibles por este programa.

Técnica quirúrgica

Goligher divide las hemorroidectomías en:

- Ligadura alta y escisión (Salmon, Lokhart – Mummery).
- Ligadura, escisión y sutura.
 - Sobre pinzas (Mitchell 1903, Earle 1911, Buie 1931, Bacon 1949).
 - Sin pinzas (Ferguson)³.

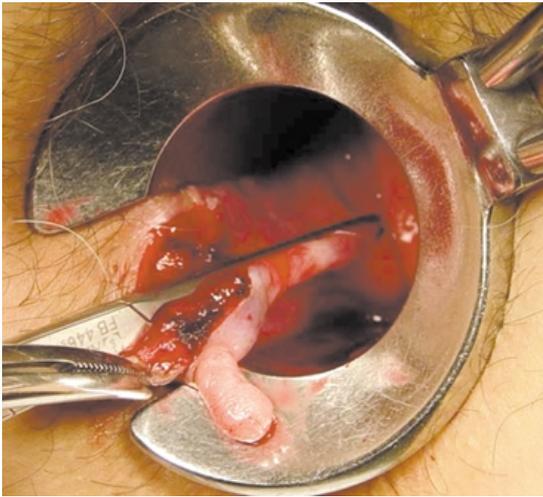


FIGURA 1. Se aprecia el complejo hemorroidal interno tomado de manera longitudinal con pinza recta, previa disección del paquete hemorroidal externo.



FIGURA 2. El punto de material reabsorbible se pasa y anuda en el extremo de la pinza.

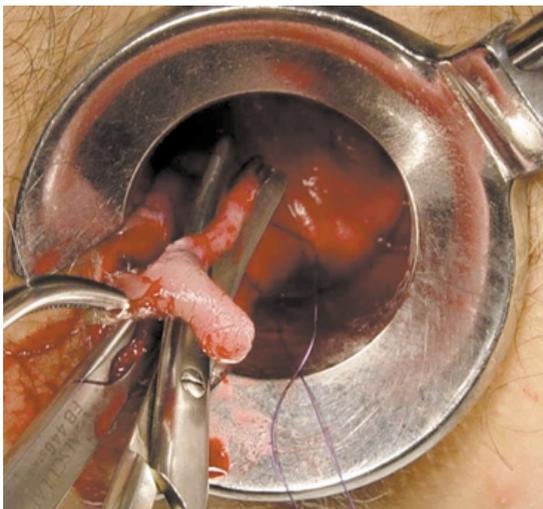


FIGURA 3. La resección de los plexos se realiza con tijera o bisturí frío.



FIGURA 4. Sutura corrida por sobre la pinza recta hasta la línea pectínea.

La hemorroidectomía con la técnica de Mitchell modificada se realiza de la siguiente manera⁹:

1. Paciente en posición de litotomía, bajo anestesia regional (espinal).
2. Introducción del anoscopio de Fansler, identificación del plexo a resear.
3. Se toma el plexo hemorroidal externo con pinza y se talla un colgajo de piel que lo incluye, hasta la línea pectínea. Hemostasia de la zona con electrobisturí.
4. Con pinza recta se toma el plexo hemorroidal interno en forma longitudinal (Figura 1).
5. Se pasa un punto de material absorbible, por ejemplo poligecaprone (Monocryl™), en el extremo de la pinza y se anuda (Figura 2).
6. Se resecan los plexos venosos por encima de la pinza (Figura 3).
7. Se realiza una sutura corrida por sobre la pinza hasta la línea pectínea (Figura 4), retirando posteriormente la pinza, tensando la sutura y anudando en el extremo. La piel se sutura con puntos intradérmicos del mismo material
8. Hemostasia por compresión (gasas-gelita)

RESULTADOS

De los 71 pacientes sometidos a hemorroidectomía mediante la técnica de Mitchell modificada en el periodo estudiado, 33

(46.5%) correspondieron al sexo femenino y 38 (53.5%) al masculino. El tipo de hemorroides se describe en la Tabla 1.

Las patologías anales asociadas se describen en la Tabla 2.

El 62,3% correspondió a hemorroides internos de grado III o mayor (42% Grado III, 20,2% Grado IV). En el 85% de las hemorroidectomías se asoció un procedimiento complementario, siendo las más frecuentes la esfinterotomía interna y la ligadura escalonada (de 1 ó 2 plexos). El 36,6% de los pacientes se fue de alta al 2º día postoperatorio, mientras que el 28,2% al 3º día.

La evaluación de dolor postoperatorio se realizó de manera subjetiva, estableciendo categorías de acuerdo a la percepción del paciente. En la Figura 5 se grafica los resultados obtenidos según la intensidad del dolor. Un 35% de los pacientes no presentó dolor en el postoperatorio inmediato y un 42% presentó dolor "leve". Todos se manejaron con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) vía intravenosa asociado o no a AINE vía intramuscular. No se administró anestésico local en el intraoperatorio. Sólo un paciente utilizó analgesia peridural continua.

Nueve pacientes (12.6%) requirieron un refuerzo analgésico con AINEs vía intramuscular o intravenosa y sólo 4 (5.6%) requirieron de opiáceos endovenosos por dolor postoperatorio severo.

Tabla 1. Tipo de hemorroides (N=71).

Hemorroides externos	2	(2.8%)		
Hemorroides mixtos	51	(71.8%)		
			Grado I	5 (7.2%)
			Grado II	12 (17.4%)
			Grado III	29 (42%)
			Grado IV	14 (20.2%)
			Sin información	(13.2%)
Hemorroides internos	18	(25.4%)		

Tabla 2. Patología anal asociada (N=31)

Fisura anal	13	(42%)
Plicoma	12	(38,7%)
Papiloma	2	(6,5%)
Prolapso rectal	1	(3.2%)

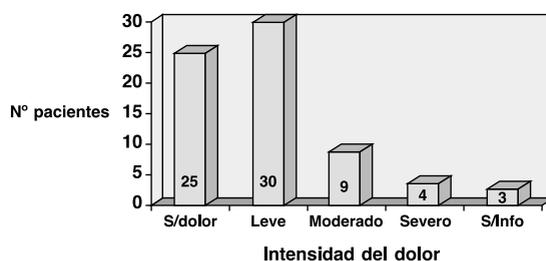


Figura 5. Número de pacientes según la intensidad de dolor postoperatorio.

Las complicaciones postoperatorias se describen en la Tabla 3.

Tabla 3. Complicaciones postoperatorias (N=8).

Fístula perianal	2	(2.8%)
Hemorragia precoz	2	(2.8%)
Plicoma fisurado	1	(1.4%)
Retención urinaria	2	(2.8%)
Cefalea post-raquídea	1	(1.4%)
Síndrome convulsivo	1	(1.4%)

Sólo 8 pacientes (11.2%) presentaron complicaciones en el postoperatorio, algunas de ellas atribuibles a la cirugía y otras no.

Un paciente presentó hemorragia precoz y retención urinaria concomitante. Los pacientes que presentaron hemorragia precoz (antes de 24 horas) se exploraron bajo anestesia regional. La retención urinaria fue manejada sólo con cateterismo vesical, sin presentar otras complicaciones. Ninguna retención urinaria duró más de 12 horas.

Durante el seguimiento de los pacientes ocurrieron 2 casos de fístula perianal. Un paciente presentó una fístula perianal extraesfinteriana simple. Un caso de fístula perianal intraesfinteriana se presentó aproximadamente 2 años después de la cirugía. Ninguno autorizó la realización de un procedimiento quirúrgico corrector. Un paciente con antecedentes de un tumor hipofisario operado requirió terapia anticonvulsivante (benzodiazepínicos intravenosos) por presentar un episodio convulsivo en el postoperatorio, con buena respuesta al tratamiento efectuado y evolución posterior satisfactoria.

Hasta la fecha de cierre de la revisión (Julio 2003) ningún paciente ha presentado recidiva de su patología hemorroidal.

DISCUSIÓN

La patología hemorroidal es el motivo de consulta proctológico más frecuente que enfrenta el médico en su quehacer diario. La hemorroidectomía ha demostrado ser un método curativo seguro y que presenta escasa recurrencia. Las alternativas diseñadas para reseca los cojinetes vasculares causantes de las hemorroides han evolucionado a través de los años, integrando técnicas modernas como inyecciones esclerosantes, coagulación con

rayos infrarrojos, diatermo coagulación bipolar, tratamiento con láser, ligadura con bandas elásticas, criocirugía, ligaduras escalonadas, y en los últimos años tratamiento del prolapso mucoso de las hemorroides con grapadoras circulares.

Sin embargo, muchas de estas técnicas no se encuentran disponibles en los policlínicos de coloproctología de los hospitales públicos, por lo que la cirugía abierta de las hemorroides se sigue practicando con cierta frecuencia en nuestro país.

La introducción de la ligadura elástica en nuestro policlínico contribuyó de manera notable en la disminución de la cirugía hemorroidal clásica, permitiendo el manejo de pacientes en forma ambulatoria, con buenos resultados en el mediano plazo. En la actualidad, la hemorroidectomía se realiza sólo de manera esporádica.

La historia de la cirugía hemorroidal se remonta hace más de 200 años, cuando el anatomista francés Petit realizó la primera ligadura hemorroidal. En 1814 Copeland reportó 3 casos de hemorroidectomía, uno de ellos exitoso (1 recidivó y el otro murió de sepsis pelviana). Posteriormente Salmon, en 1830, realizó la primera hemorroidectomía abierta².

En la actualidad, la hemorroidectomía de acuerdo al tratamiento de la piel se divide en 2 grandes grupos:

1. Abiertas: técnica de Salmon, Milligan-Morgan.
2. Cerradas: técnica de Ferguson, Mitchell modificada.

Se ha descrito un sinnúmero de variaciones a la técnica original de Ferguson. En 1931 Fansler describió una variante semicerrada, la cual sirvió de base para que después Parks, propusiera su propia modificación. La técnica original descrita por Mitchell practicaba el cierre de la mucosa, manteniendo la piel de la región anal abierta³. El cierre de la piel con material absorbible es la modificación que aplicamos en nuestros pacientes.

Se ha demostrado que las técnicas semicerradas presentan una evolución similar o mejor que las técnicas abiertas, en cuanto a la magnitud del dolor postoperatorio, necesidad de analgesia postoperatoria, número de complicaciones y días de hospitalización^{1,4-7}. La evidencia a favor de las cirugías semicerradas es amplia, por lo que la técnica de Mitchell

modificada es desde 1977 la más empleada en nuestro servicio.

Históricamente, la cirugía hemorroidal se asociaba a un postoperatorio doloroso. Muchos pacientes rehusaban la cirugía debido a esta situación. El manejo analgésico post-hemorroidectomía fue un punto de investigación y de debate que generó numerosas publicaciones en las décadas pasadas.

En nuestra serie, es significativo que el 77% de los pacientes sólo refirió dolor leve o ausencia de dolor durante el postoperatorio (Figura 5). La esfinterotomía se realizó en pacientes con fisura anal asociada o quienes presentaban una hipertonía esfinteriana al examen rectal.

En la mayoría de nuestros pacientes, el dolor postoperatorio fue manejado sólo con AINEs sin requerir mayor analgesia posterior. En esta serie no se utilizó la infiltración local de anestésicos (bupivacaína- ropivacaína), método que en series internacionales ha demostrado mejorar el dolor postoperatorio⁸. Los buenos resultados obtenidos sin la utilización de

analgésia peridural continua hacen que este método no se aplique en forma rutinaria en nuestro medio.

El 11.2% de los pacientes presentó complicaciones (Tabla 3). Sin embargo, las complicaciones atribuibles a la cirugía hemorroidal (fístula perianal, hemorragia precoz, plicoma fisurado y retención urinaria) alcanzan sólo a un 8.6% de los casos (6 pacientes), cifra similar a la experiencia reportada en una serie anterior⁹. Destaca en estos resultados la ausencia de abscesos residuales o seromas, ambas complicaciones reportadas cuando se utilizan técnicas cerradas.

Hasta el cierre de la revisión ningún paciente ha presentado recidiva, con un seguimiento mínimo de 36 meses. Es probable que se necesite de un mayor tiempo de evolución para evaluar realmente la efectividad del procedimiento, pero creemos que las recidivas podrán ser manejadas con técnicas mínimas, como ligadura elástica, sin necesidad de realizar un nuevo procedimiento quirúrgico abierto.

REFERENCIAS

1. 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
2. Gathright JB, Araghizadeh F: Closed hemorrhoidectomy. In: Reis Neto JA. *New Trends in Coloproctology*. Rio de Janeiro, Livraria e Editora Revinte R Ltda, 2000: 175-90
3. Goligher JC: *Cirugía del Ano, Recto y Colon*. Barcelona, Editorial Salvat, 1979: 97-140
4. Mikuni N, Oya M, Komatsu J, Yamana T: A prospective randomized comparison between an open hemorrhoidectomy and a semi-closed (semi-open) hemorrhoidectomy. *Surg Today* 2002; 32: 40-7
5. Arbman G, Krook H, Haapaniemi S: Closed vs. open hemorrhoidectomy-is there any difference? *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 31-4
6. Hosch SB, Knoefel WT, Pichlmeier U, Schulze V, Busch C, Gawad KA et al: Surgical treatment of piles: prospective, randomized study of Parks vs. Milligan-Morgan hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 1998; 41:159-64
7. Reis Neto JA, Quilici FA, Cordeiro F, Reis Junior JA: Open versus semi-open hemorrhoidectomy: a random trial. *Int Surg* 1992; 77: 84-90
8. Vinson-Bonnet B, Coltat JC, Fingerhut A, Bonnet F: Local infiltration with ropivacaine improves immediate postoperative pain control after hemorrhoidal surgery. *Dis Colon Rectum* 2002; 45: 104-8
9. Murúa A: Hemorroidectomía con la técnica de Mitchell modificada. *Rev Chil Cir* 1991; 43: 18-25