

Procedimiento para hemorroides con prolapso de mucosa: Técnica de Longo. Reporte preliminar.

Procedure for hemorrhoids with mucosal prolapse: Longo's technique. Preliminary report.

Borda Mederos Luis Augusto¹, Pinto Elera Jesús Omar Andrés², Manzaneda Pineda Ana Josefina².

RESUMEN

La hemorroidectomía es una excelente técnica para el tratamiento de las hemorroides grado III y IV pero va asociada invariablemente a dolor postoperatorio. La mucossectomía con stapler circular- procedimiento para prolapso y hemorroides- (PPH) ha demostrado menor dolor y recuperación más rápida. No se ha encontrado reportes de la técnica en nuestro país. **Objetivo:** Evaluar la eficacia y seguridad del PPH en pacientes portadores de hemorroides grado III y IV con prolapso de mucosa rectal. **Material y método:** Estudio retrospectivo tipo serie de casos de pacientes operados de hemorroides grado III - IV con prolapso de mucosa rectal, entre diciembre de 1998 hasta diciembre 2007 en el Hospital de Emergencias Grau - EsSalud, Hospital G. Almenara I. - EsSalud y Clínica San Borja. **Resultados:** Se estudiaron 18 pacientes (13 hombres, 5 mujeres). La hospitalización promedio fue de 1,2 días. El tiempo operatorio promedio fue de 17,5 minutos. El 94,4% de los pacientes no refirió dolor o éste fue leve. Un paciente presentó sangrado postoperatorio importante a nivel de la línea de grapas que prolongó su hospitalización, una paciente presentó dolor intenso y una paciente presentó una fístula rectovaginal. **Conclusiones:** La técnica de PPH es efectiva para tratar la sintomatología de las hemorroides grado III y IV con prolapso mucoso a corto y mediano plazo. (*Rev Med Hered* 2009;20:190-194).

PALABRAS CLAVE: Hemorroides, cirugía colorectal, autosutura, prolapso mucoso.

SUMMARY

The hemorrhoidectomy is an excellent technique for the treatment of grade III and IV hemorrhoids but it is invariably associated to postoperative pain. Mucosectomy with circular stapler- procedure for prolapse and hemorrhoids- (PPH) has shown lower figures for pain and faster recovery. We haven't found published reports of this technique in our country. **Objectives:** Evaluate the efficacy and safety of the PPH technique in patients of grade III and IV hemorrhoids with mucosal prolapse. **Material and methods:** Retrospective study, case series type of patients operated on for Grade III - IV hemorrhoids with rectal mucosal prolapse were retrospectively analyzed, from December 1998 until December 2007 at Hospital de Emergencias Grau - EsSalud, Hospital G. Almenara I. - EsSalud

¹ Cirujano General y Colorectal del Departamento de Cirugía General del Hospital Nacional G. Almenara I. EsSalud. Lima, Perú.

² Alumno de la Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

and Clínica San Borja. **Results:** We studied 18 patients (13 men, 5 women). The average hospital stay was 1.2 days. The average operative time was 17.5 minutes. 94.4% of patients referred no pain or this was mild. One patient had significant postoperative bleeding at the stapled line that extended his hospitalization, one patient developed severe pain and another patient presented a rectovaginal fistula. **Conclusion:** PPH technique is effective in treating symptoms of grade III and IV hemorrhoids with mucosal prolapse at least in the short and medium term. (*Rev Med Hered* 2009;20:190-194).

KEYWORDS: Hemorrhoids, colorectal surgery, autosuture, mucosal prolapse.

INTRODUCCIÓN

El tejido hemorroidal es un componente normal de la anatomía humana y consiste en acúmulos veno-capilares, músculo liso y tejido conectivo (ligamento suspensorio de Parks) ubicados en la subdermis del margen anal y en la submucosa del conducto anorrectal, por debajo y por arriba de la línea pectínea respectivamente (1). Funcionalmente este tejido constituye unas “almohadillas” o “cojines” con papel importante en la oclusión anal y la continencia.

La enfermedad hemorroidal es resultado de la dilatación, congestión y desplazamiento de la mucosa del canal anal hacia abajo a consecuencia de la laxitud y desintegración del ligamento suspensorio, hasta que de forma patológica protuye en el canal anal y provoca síntomas.

Luego de una larga experiencia en el tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidal, la hemorroidectomía convencional ha demostrado ser un método eficiente en el manejo de ésta enfermedad desde 1937, con resultados a largo plazo satisfactorios (2-4). Sin embargo, este procedimiento es aún muy temido por los pacientes, debido al consiguiente dolor en el periodo postoperatorio y que de hecho se considera inherente al procedimiento; adicionalmente, el tiempo de convalecencia usualmente no llega a ser menor de cuatro semanas (4).

Debido al dolor asociado a la hemorroidectomía, se han realizado numerosos estudios comparativos entre diferentes técnicas, con el fin de minimizar el dolor y el tiempo de recuperación (5,6). Una de estas técnicas fue descrita por A. Longo, quien en 1998 reporta su experiencia con reducción de la mucosa anal prolapsada con stapler circular en el procedimiento para prolapso y hemorroides (PPH) en 144 pacientes con seguimiento a 2 años (1). Esta técnica consiste en la reducción del prolapso mucoso y hemorroidal por escisión de banda transversal de mucosa anal prolapsada (7).

La aparición del PPH como un método quirúrgico capaz de controlar en forma eficiente los síntomas de las hemorroides prolapsadas, con escaso o nulo dolor y cicatrización rápida ha despertado gran interés (8). No hemos encontrado reportes en la literatura peruana sobre el uso de la técnica del PPH.

El objetivo del trabajo fue evaluar la eficacia y seguridad del procedimiento para prolapso y hemorroides (PPH), en pacientes portadores de hemorroides grado III y IV con prolapso de mucosa rectal.

MATERIAL Y METODOS

Estudio retrospectivo y descriptivo tipo serie de casos realizado entre diciembre de 1998 y diciembre de 2007, en el Hospital de Emergencias Grau - EsSalud, Hospital G. Almenara I. - EsSalud y Clínica San Borja. Se incluyeron 18 pacientes que presentaban hemorroides grado III o IV con prolapso mucoso y consintieron el procedimiento quirúrgico. Se excluyeron del estudio a pacientes con un solo cojín hemorroidal sujeto a prolapso o con grado IV de prolapso hemorroidal con compromiso total del anodermo. Todos los pacientes fueron operados por el autor, se evaluaron el tiempo operatorio, dolor postoperatorio, la estancia hospitalaria y las complicaciones. El dolor postoperatorio se evaluó por el método de escala visual análoga (EVA).

El set de PPH consta de un dilatador anal circular, con su obturador y dilatador transparente, un anoscopio de sutura, una grapadora (stapler) circular de 33 mm con dos canales laterales y de un jalanudos o enhebrador.

Se utilizó la posición de litotomía en todos los pacientes. El dilatador anal circular se insertó para reducir el prolapso del anodermo, luego se retiró el obturador y el dilatador transparente se fijó a la piel perianal con seda permitiendo ver claramente la línea pectínea. Se introdujo el anoscopio para permitir la elaboración de una sutura circunferencial en jareta con polipropilene

2/0, exclusivamente de la mucosa y submucosa a 4 o 5 cm. sobre la línea pectínea. El *stapler* abierto completamente se introdujo dentro del canal anal, la sutura en jareta fue firmemente ajustada alrededor del eje del *stapler*. El jala nudos del set se utilizó para tirar de los extremos libres de la sutura por los canales laterales del *stapler*, mientras se hacía tracción en la sutura en jareta. Una vez posicionado adecuadamente, el *stapler* se cerró durante aproximadamente 30 segundos antes del disparo y 20 segundos después. Se observó la línea de grapas con el anoscopio para ver la presencia de sangrado, y en caso de existir se utilizaron puntos hemostáticos con poliglactina 3/0.

RESULTADOS

En el periodo de estudio se intervinieron a 18 pacientes en forma consecutiva con la técnica del PPH, 13 hombres y 5 mujeres; la edad promedio fue 43,5 años (rango 22-65).

Los síntomas más frecuentes fueron sangrado rectal, prolapso hemorroidal y descarga de moco. A todos los pacientes se les realizó proctoscopia rígida, siendo los hallazgos: hemorroides de grado III (9 pacientes) y IV (9 pacientes) con prolapso de mucosa rectal. Respecto a los antecedentes patológicos, dos pacientes tenían obesidad, un paciente era hipertenso y uno era diabético.

Los pacientes fueron preparados con un enema evacuante un día antes de la operación y todos recibieron profilaxis antibiótica consistente en 500 mg de metronidazol endovenoso y 200 mg de ciprofloxacino endovenoso durante la inducción anestésica. Se utilizó anestesia epidural en todos los casos. La técnica del PPH fue efectuada sin incidentes intraoperatorios con una duración promedio del procedimiento de 17,5 minutos (rango 10-40).

En el postoperatorio inmediato todos los pacientes recibieron tramadol vía endovenosa, éste se cambió por paracetamol vía oral una vez iniciada la dieta. El 94,4% de los pacientes no refirió dolor o éste fue leve.

La estancia hospitalaria fue de 1,2 días en promedio.

Tres pacientes presentaron complicaciones. Uno presentó sangrado postoperatorio importante de aproximadamente 300 cc a nivel de la línea de grapas y se resolvió en el mismo momento de la operación con refuerzo de poliglactina 3/0, una paciente presentó dolor intenso, motivo por el cual requirió petidina, no fue

necesaria una reintervención y evolucionó favorablemente y por último una paciente presentó una fístula rectovaginal que fue reoperada a los 6 meses.

DISCUSIÓN

En ésta serie seleccionamos a pacientes con hemorroides grado III ó IV con prolapso mucoso debido a que es la mejor indicación para el uso de la técnica del PPH (3). La anestesia a usar puede ser local, regional o general, nosotros utilizamos anestesia epidural en todos los pacientes. El uso de profilaxis antibiótica se justifica por reportes de sepsis retroperitoneal asociadas a falta de profilaxis antibiótica (9-12); en nuestro estudio no hubo casos de sepsis.

La duración del procedimiento suele ser corta, siendo una de las ventajas de ésta técnica; en el reporte de Longo del año 1998 el tiempo operatorio fue de 8 minutos en promedio (7). Nuestro tiempo operatorio fue en promedio de 17,5 minutos, resultado comparable con otras series donde fueron de 15 y 20 minutos (3,13), y menor en comparación a otras donde fue de 25 y 26 minutos (14,15); sin embargo, este tiempo sigue siendo corto en comparación con la hemorroidectomía convencional, que puede llegar a durar hasta 50 minutos (16). En comparación con la técnica de Ferguson, Senagore et al reportaron que no existe diferencia significativa en el tiempo operatorio (17).

Sin duda alguna, una de las razones por que la técnica de Longo está logrando cada vez más aceptación, es el poco dolor que la mayoría de los pacientes suelen tener en el postoperatorio y cuya diferencia es significativa en comparación con las técnicas de Milligan-Morgan, siendo esta diferencia usualmente más marcada en la primera semana luego del post operatorio (4,15,17,18). Es debido a esto que la analgesia postoperatoria inmediata sea con tramadol y luego para el 94,4% de nuestros pacientes sea suficiente sólo paracetamol.

Existen estudios donde la técnica de PPH fue usada de manera ambulatoria, por ejemplo William et al reportaron su experiencia donde el tiempo de hospitalización fue 189 minutos en promedio (3). Para poder realizar éste procedimiento de manera ambulatoria, es necesario contar con un sistema de salud preparado para solucionar complicaciones que eventualmente puedan surgir en el postoperatorio mediato, debido a que estas condiciones no se dan en nuestro medio, es necesaria una hospitalización corta para vigilar la evolución de los pacientes. En nuestro estudio la

estancia hospitalaria fue en promedio de 1,2 días, tiempo comparable a otras series en las cuales la estancia fue de 1 a 2 días (15,18,19).

La técnica de Longo es considerada segura, sin embargo puede tener complicaciones. Existen varios reportes de sangrado profuso, uno de ellos reporta 4 pacientes (4,1%) con sangrado importante a nivel de la línea de grapas (20), otro señala a 1 paciente (1%) con la misma complicación (4), otro estudio señala el uso de suturas hemostáticas en 9 casos (16), e incluso se reportó un caso que requirió transfusión sanguínea (18); pero todos ellos fueron controlados. En nuestra serie el paciente que presentó sangrado importante de alrededor de 300 cc, fue manejado con suturas hemostáticas de poliglactina 3/0 de refuerzo en el mismo acto operatorio.

Una paciente presentó dolor intenso en el postoperatorio que requirió de petidina y prolongó su estancia hospitalaria, al evaluar el canal anal se observó que la línea de grapas quedó muy cerca a la línea pectínea, donde existen receptores de dolor, siendo la posible causa del dolor intenso. Luego de esta experiencia siempre usamos una regla estéril para poder colocar la jareta a la altura adecuada; hay que tener en cuenta que el dilatador anal circular es transparente y permite medir la distancia exacta a la línea pectínea. Otros estudios también han reportado dolor intenso luego del PPH (14, 21), verificándose la línea de grapas muy cerca a la línea pectínea (3).

La fístula rectovaginal es otra complicación descrita (22,23). Ésta complicación se dió en una paciente (20% de pacientes de sexo femenino), se debió a la inclusión de la vagina dentro de la sutura en jareta y al realizar el disparo con el *stapler* las grapas incorporaron la pared vaginal. La paciente fue operada los 6 meses para retirar la línea de grapas y realizar un colgajo de avance endorectal, corrigiendo la fístula. Debido a esto recomendamos que en las pacientes se realice un tacto vaginal al momento de realizar la sutura en jareta, a fin de cerciorarse que la pared de la vagina no esté incluida.

Existen reportes de otras complicaciones, como disturbios en la continencia, estenosis rectal, recidiva, retención urinaria o estreñimiento, estas complicaciones también se pueden presentar con otras técnicas y en algunos casos con mayor frecuencia (2,8,17,24).

La efectividad de la técnica de Longo es fácil de entender si tenemos en cuenta que al reseca una franja

de mucosa y submucosa rectal se reduce el prolapso, se restaura la anatomía del canal anal, se mejora el retorno venoso y la obstrucción; por tanto se soluciona la sintomatología de la enfermedad hemorroidal (4,7,25); tampoco existe daño del esfínter anal, pues un estudio con manometría anorectal reveló que no existe diferencia significativa entre antes y después del PPH (20). La técnica de Longo no compromete la piel ni el margen anal resultando en un postoperatorio menos doloroso (26).

Un buen entrenamiento en la técnica, una buena selección de los pacientes, cuidado con el septo rectovaginal y colocación adecuada de la jareta pueden disminuir la incidencia de complicaciones.

En conclusión la técnica de Longo es rápida y fácil de realizar, tiene poco dolor postoperatorio y es efectiva para tratar la sintomatología de las hemorroides grado III y IV con prolapso rectal por lo menos a corto y mediano plazo.

Correspondencia:

Pinto Elera Jesús Omar Andrés
Bernini 398 departamento 101 San Borja
Lima, Perú.
Teléfono: 511-997376374
Correo electrónico: jesus.pinto@upch.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Contreras J. Urgencias proctológicas. *Gastr Latinoam* 2004;15(2):127-130.
2. Corman ML. Colon and rectal surgery. Philadelphia: Lippincott; 1989. p. 82-4.
3. Orrow W, Hayashi A, Rusnak C, James K. Initial experience with stapled anoplasty in the operative management of prolapsing hemorrhoids and mucosal rectal prolapse. *Am J Surg* 2002;183:519-524.
4. Shalaby R, Desoky A. Randomized clinical trial of stapled versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 2001;88:1049-1053.
5. Dávila R, Díaz J, Silva M, Mantilla N, Ottolino P. Estudio comparativo entre hemorroidectomía cerrada y la técnica de Milligan-Morgan. *Rev Venez Cir* 2006;59:39-47.
6. De Miguel M, Oteiza F, Ciga M, Ortiz H. Tratamiento quirúrgico de las hemorroides. *Cir Esp* 2005;78(3):15-23.
7. Longo A. Treatment of hemorrhoidal disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with a circular suturing device: a new procedure. Rome: 6th Congress of Endoscopic Surgery; 1998. p.777-784.
8. Seow-Choen F. Stapled hemorrhoidectomy: pain or gain. *Br J Surg* 2001; 88:1-3.

9. Molloy R, Kingsmore D. Life threatening pelvic sepsis after stapled haemorrhoidectomy. *Lancet* 2000;355:768-769.
10. Ripetti V, Caricato M, Arullani A. Rectal Perforation, Retroperitoneum, and Pneumomediastinum after stapling procedure for prolapsed hemorrhoids. Report of a case and subsequent considerations. *Dis Colon Rectum* 2002;45:268-270.
11. Maw A, Eu K, Seow-Choen F. Retroperitoneal sepsis complicating stapled hemorrhoidectomy. Report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 2002;45:826-828.
12. Wong L, Jiang J, Chang S, Lin J. Rectal Perforation: A Life-Threatening Complication of Stapled Hemorrhoidectomy. Report of a Case. *Dis Colon Rectum* 2003;46:116-117.
13. Altomare D, Rinaldi M, Chiumarulo C, Palasciano N. Treatment of external anorectal mucosal prolapse with circular stapler. An easy and effective new surgical technique. *Dis Colon Rectum* 1999;42:1102-1105.
14. Bannura G, Melo C, Barrera A. Técnica del PPH en el tratamiento quirúrgico de los hemorroides. *Rev Chil Cir* 2002;54(6):589-594.
15. Boccasanta P, Giuseppe P, Venturi M. Randomised controlled trial between stapled circumferential mucosectomy and conventional circular hemorrhoidectomy in advanced hemorrhoids with external mucosal prolapse. *Am J Surg* 2001;182:64-68.
16. Beattie G, Loundon M. Stapled haemorrhoidectomy offers substantial benefits. *BMJ* 2001;322(7281):303.
17. Senagore A, Singer M, Abcarian M. A prospective, randomized, controlled multicenter trial comparing stapled hemorrhoidopexy and Ferguson hemorrhoidectomy: Perioperative and one-year results. *Dis Colon Rectum* 2004;47:1824-1836.
18. Ganio E, Altomare D. Prospective randomized multicentre trial comparing stapled with open haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 2001;88:669-674.
19. Wilson M, Pope V, Doran H, Fearn S, Brough W. Objective comparison of stapled anopexy and open hemorrhoidectomy: a randomized, controlled trial. *Dis Colon Rectum* 2002;45(11):1437-1444.
20. Budó A, Gubern J, Hidalgo L, García J, Suñol X. Anopexia mucosa circular en el tratamiento de las hemorroides y del prolapso mucoso rectal: complicaciones y resultados. *Cir Esp* 2004;72(2):78-83.
21. Milito G, Cortese F, Casciani CU. Surgical treatment of mucosal prolapse and haemorrhoids by stapler. Rome: 6th World Congress of Endoscopic Surgery; 1998. p. 785-789.
22. Roos P. Haemorrhoid surgery revised. *Lancet* 2000;355:768-769.
23. Kanazawa S. Transvaginal repair of a rectovaginal fistula occurring after a procedure for prolapse and hemorrhoids: A case report. *J Jpn Soc Coloproct* 2006;54(8):456-459.
24. Beck D, Wexner S. Fundamentals of anorectal surgery. 2ª Edición. London: WB Saunders; 1998. p. 238-253.
25. Thompson W. The nature of Haemorrhoids. *Br J Surg* 1975;62:542-552.
26. Melkonian E, Villar V, Campaña G. Mucosectomía con estapler (PPH) como alternativa quirúrgica para las hemorroides. *Rev Chil Cir* 2006;58(4):266-269.

Recibido: 14/01/09

Aceptado para publicación: 20/08/09