

Experiencia inicial en el tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidal con la engrapadora PPH

José Martín Morales-Olivera,* Liliana Velasco,*
Orlando Bada-Yllán,* Omar Vergara-Fernández,* Takeshi Takahashi-Monroy*

* Servicio de Cirugía de Colon y Recto.
Departamento de Cirugía, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

First experience in surgical treatment of hemorrhoidal disease using the PPH stapler

ABSTRACT

Background. Haemorrhoidal disease is a frequent entity worldwide. The surgical management is indicated in third or fourth degree internal hemorrhoidal disease. The conventional hemorrhoidectomy has showed good results but the severe postoperative pain is an important complain. Currently diverse surgical alternatives have been described, mainly to avoid the postoperative pain that follows surgical hemorrhoidectomy. One of these new options is the stapled hemorrhoidectomy using the PPH stapler. This procedure may produce less postoperative pain, with a shorter inpatient stay and faster return to work. **Objective.** The aim of this paper is to analyze the results of using the Procedure for Prolapsed Hemorrhoids (PPH) as treatment in Hemorrhoidal Disease. **Material and methods.** This is an observational and descriptive study, where 17 patients underwent stapled hemorrhoidectomy with PPH procedure, between march 2000 and august 2003. **Results.** 52.8% of this patients presented grade three internal hemorrhoids and 47.2% grade four; 52.9% presented mild postoperative pain; 41.2% moderate and 5.9% severe pain. In a short and median follow up, due to the persistence of hemorrhoidal disease symptoms two patients required surgical re-intervention. Two more patients presented incontinency. One patient presented stenosis in the line of staples treated satisfactory with an anal dilatation session. **Conclusions.** The use of PPH is a feasible and safe procedure and it could be a surgical alternative in the treatment of hemorrhoidal disease, even before than conventional hemorrhoidectomy.

Key words. Haemorrhoidal disease. Stapled hemorrhoidectomy PPH.

RESUMEN

Introducción. La enfermedad hemorroidal tiene una prevalencia elevada en nuestro medio. El tratamiento quirúrgico está indicado cuando se presenta enfermedad hemorroidal interna grado III y IV. La hemorroidectomía convencional ha demostrado tener buenos resultados; sin embargo, el dolor postoperatorio es un inconveniente frecuente. Por ello se han propuesto otras alternativas entre las que se encuentra la hemorroidectomía con engrapadora (PPH), que puede ocasionar menor dolor postoperatorio y una recuperación más rápida. **Objetivo.** El objetivo de este trabajo es analizar los resultados a corto y mediano plazos del uso de la engrapadora PPH en la enfermedad hemorroidal. **Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo y observacional de 17 pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico con engrapadora PPH entre marzo de 2000 a agosto de 2003. **Resultados.** De los pacientes, 52.8% presentó hemorroides internas grado III y 47.2% grado IV. Presentaron dolor mínimo postoperatorio, 52.9%; 41.2% moderado y 5.9% dolor intenso. Debido a persistencia sintomática dos pacientes fueron reintervenidos quirúrgicamente. Dos más presentaron incontinencia. Un paciente presentó estenosis en la línea de grapas, tratado satisfactoriamente mediante una sesión de dilatación anal. **Conclusiones.** El empleo de la engrapadora PPH es un método factible y seguro que puede proponerse como una alternativa de elección antes de la hemorroidectomía convencional.

Palabras clave. Enfermedad hemorroidal. Hemorroidectomía convencional. Engrapadora PPH.

INTRODUCCIÓN

Se ha estimado que la prevalencia de la enfermedad hemorroidal afecta a más de un millón de personas de la población occidental.¹ Solamente en EU se encuentra presente en 4.4% de la población adulta, mientras que en países como Inglaterra se observa hasta en 36.4% de la práctica médica diaria.² Su presentación es poco frecuente antes de los 20 años; sin embargo, a partir de esta edad alcanza un pico máximo entre los 45 y 65 años, sin diferencias entre ambos sexos.³⁻⁵ Hasta lo mejor de nuestra revisión, no es posible identificar la incidencia de enfermedad hemorroidal, pero se reconoce que es frecuente.

El tratamiento quirúrgico convencional o hemorroidectomía ha sido por muchos años el “estándar de oro” para el tratamiento de las hemorroides principalmente de grado avanzado (III y IV). Sin embargo, el dolor postoperatorio es un problema importante que ha motivado la búsqueda de alternativas, entre las que se encuentran el empleo de la engrapadora PPH (Procedure for Prolapsed Hemorrhoids/Ethicon Endosurgery Johnson and Johnson).⁶ Estudios prospectivos y aleatorios han demostrado menor dolor postoperatorio, así como una recuperación más rápida en comparación con las técnicas quirúrgicas tradicionales.⁷⁻¹¹ En Europa, el uso de PPH parece ser uno de los más frecuentemente utilizados para el tratamiento de la enfermedad hemorroidal; sin embargo, en Norteamérica, el papel de la PPH no ha sido tan ampliamente aceptado.¹² En nuestro medio, la experiencia es aún escasa. Correa, *et al.*, han reunido una gran experiencia,¹¹ pero otros grupos en nuestro país han sido todavía escépticos en las ventajas de este procedimiento.

Los autores creen que la evidencia generada en la actualidad justifica el iniciar la utilización de este procedimiento en los pacientes con enfermedad hemorroidal que reúnen las indicaciones. Por ello, el presente trabajo presenta la experiencia inicial generada con este tratamiento, con el objetivo de analizar la efectividad, seguridad y presencia de efectos adversos, en el empleo de la engrapadora PPH como tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidal, así como determinar los resultados a corto y mediano plazos.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente es un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional, en el que se incluyó a pacientes operados por uno de los autores (TTM) de enfermedad hemorroidal grado III-IV con el procedimiento de hemorroidectomía con engrapadora PPH entre marzo

de 2000 y agosto de 2003 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y en práctica privada (Fundación Clínica Médica Sur y Hospital Ángeles del Pedregal). Se empleó una escala visual análoga para medir el dolor. El seguimiento a mediano plazo de los pacientes fue de doce meses a través de la consulta.

RESULTADOS

Se incluyeron 17 pacientes, cuatro mujeres (23.5%) y 13 hombres (76.5%), con una edad promedio de 46 años. Los síntomas principales fueron rectorragia (94%) y/o prolapso hemorroidal (53%). Nueve pacientes (52.8%) presentaron hemorroides internas grado III y ocho (47.2%) grado IV. Cuatro pacientes (23.6%) tuvieron patología anal agregada y en los cuales se realizaron procedimientos quirúrgicos para su corrección (fisura anal con esfinterotomía lateral interna cerrada en dos pacientes [11.7%] y resección de papilas hipertróficas con electrofulguración en dos pacientes más). No hubo complicaciones transoperatorias. De los pacientes, 52.9% presentó dolor mínimo postoperatorio, mientras que 41.2% moderado y sólo un paciente (5.9%) dolor intenso (Figura 1). La mediana de hospitalización fue un día. En relación con el seguimiento a mediano plazo, dos pacientes (11.7%) tuvieron persistencia de los síntomas de enfermedad hemorroidal (rectorragia, dolor anal y prolapso hemorroidal) y dos más presentaron incontinencia (uno a gases y el otro únicamente manchado). Ninguno de ellos requirió tratamiento quirúrgico. En el seguimiento a dos años, un paciente (5.9%), presentó este-

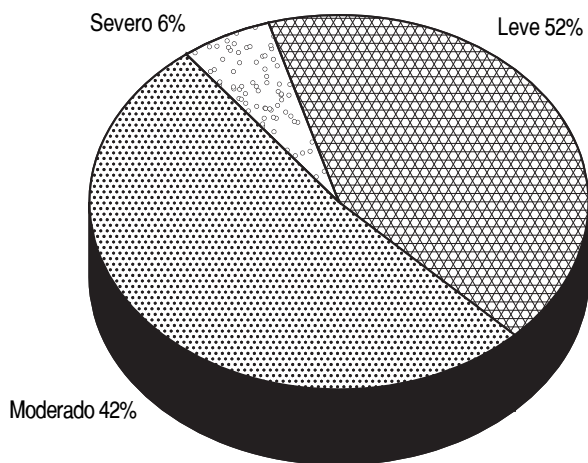


Figura 1. Intensidad de dolor postoperatorio. Distribución porcentual de intensidad de dolor en pacientes sujetos a la intervención quirúrgica con la engrapadora PPH.

nosis en la línea de grapas, tratado satisfactoriamente mediante una sesión de dilatación anal y dos pacientes más (11.7%) requirieron reintervención quirúrgica por recurrencia de síntomas de enfermedad hemorroidal.

DISCUSIÓN

La enfermedad hemorroidal es una entidad con una alta prevalencia en nuestro medio, por lo que la realización de un correcto diagnóstico y clasificación resulta de gran importancia para la indicación del tratamiento adecuado. Actualmente para el manejo de las hemorroides en sus grados iniciales se indica un tratamiento conservador. Para las de primer grado, suplementos de fibra y medidas higiénico-dietéticas;¹⁻⁵ en las grado II o grado I con fallo del manejo médico, se propone la ligadura con banda.¹⁻⁵ En los grados más avanzados de la enfermedad, ya se considera el manejo quirúrgico, sin embargo, incluso en las grado III la ligadura con banda puede ser la primera opción antes del tratamiento quirúrgico.¹⁻⁵ Las grado IV requieren un abordaje quirúrgico¹⁻⁵ (Cuadro 1).

La hemorroidectomía puede ser cerrada o abierta, pero en Norteamérica y en nuestro país, la técnica cerrada es la más empleada.¹² Aunque es efectiva en el control de la enfermedad, el dolor sigue siendo un problema que llega a incapacitar por varias semanas a un paciente. Ello ha motivado la búsqueda de alternativas que originen menor dolor postoperatorio.^{6,12} La engrapadora PPH posee un mecanismo mediante el cual se realiza una mucosectomía circunferencial sin involucrar áreas con inervación somática,⁶ y es por medio de este mecanismo que origina menor dolor postoperatorio y una reincorporación a las actividades cotidianas más rápida como se ha demostrado por otros autores.⁷⁻¹¹ Es menester enfatizar la indicación para el uso de la técnica con engrapadora PPH en la enfermedad hemorroidal de predominio interno de grados II-IV con prolapso, hemorragia pero sin presencia de trombosis y libre de sintomatología ex-

Cuadro 1. Principal abordaje terapéutico de la enfermedad hemorroidal de acuerdo con su grado.

Grado I	1. Manejo médico conservador
Grado II	1. Manejo médico conservador 2. Ligadura con banda 3. Escleroterapia
Grado III	1. Ligadura con banda 2. Tratamiento quirúrgico
Grado IV	1. Tratamiento quirúrgico

terna.¹³ En nuestra serie inicial de casos, los pacientes presentaron hemorroides internas de grado III y IV con sintomatología. En ninguna cirugía se presentaron incidentes de ningún tipo, y más de 90% de los pacientes refirieron en el postoperatorio dolor de leve a moderado. Cabe mencionar que a mediano plazo se presentaron complicaciones de importancia, donde un paciente requirió de una sesión de dilatación por estenosis, y dos más requirieron de una nueva intervención quirúrgica por recurrencia de síntomas de la enfermedad.

CONCLUSIONES

El empleo de la engrapadora PPH fue factible y seguro. En esta serie inicial de pacientes, los resultados obtenidos en relación con la tolerancia y recurrencia temprana, podrían proponer a este procedimiento a consideración antes de realizar la hemorroidectomía convencional. Cabe mencionar que a mediano plazo se presentaron complicaciones que aunque en frecuencia baja, fueron de importancia (5.9%). La estenosis anal fue manejada satisfactoriamente. Dicha complicación se presentó al inicio de la serie y podría hacer alusión a la colocación de la jareta en un sitio más distal a lo actualmente recomendado;⁶ es por ello necesario recalcar que el nivel de engrapado es muy importante, aproximadamente tres centímetros por encima de la línea dentada, después del disparo. Aunque en esta serie se trataron patologías anales agregadas sin que esto representara complicaciones para los pacientes, de igual manera coincidimos con lo actualmente recomendado de realizar el engrapado como procedimiento único y no multicirugía.¹³ Pocos estudios han valorado los resultados a largo plazo. En nuestra serie, a dos años de seguimiento, dos pacientes presentaron recurrencia de los síntomas de la enfermedad, que ameritaron cirugía. Esto podría arrojar una nueva duración de la efectividad del procedimiento.

Luego de analizar esta serie inicial podemos comentar que la técnica PPH permite una adecuada resolución de síntomas como el prolapso hemorroidal y la hemorragia, además de causar menos dolor postoperatorio, favorece una rehabilitación más rápida reduciendo el tiempo de hospitalización.

REFERENCIAS

1. Sardinha TC, Corman ML. Haemorrhoids. *Surg Clin N Am* 2002; 82: 1153-67.
2. Nisar PJ, Scholefield JH. Managing hemorrhoids. *BMJ* 2003; 327: 847-51.
3. Standards Task Force. American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the treatment of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 1118.

4. McRae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities for the treatment of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1995; 1118-20.
5. Corman ML. Hemorrhoids: Colon and Rectal Surgery, 4th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998, p. 147-205.
6. Longo A. Treatment of hemorrhoidal disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with circular suturing device: a new procedure. In: Mundozzi. ed. 6th World Congress of Endoscopic Surgery. Rome; 1998, p. 777-84.
7. Rowsell M, Bello M, Hemingway DM. Circumferential mucosectomy (stapled hemorrhoidectomy) versus conventional hemorrhoidectomy: randomized controlled trial. *Lancet* 2000; 355: 779-81.
8. Boccasanta P, Capretti PG, Venturi M, et al. Randomized controlled trial between stapled circumferential mucosectomy and conventional circular hemorrhoidectomy in advanced hemorrhoids with external mucosal prolapse. *Am J Surg* 2001; 182: 64-8.
9. Ho YH, Cheong WK, Tsang C, et al. Stapled hemorrhoidectomy-cost and effectiveness. Randomized, controlled trial including incontinence scoring, anorectal manometry, and endoanal ultrasound assessments at up to three months. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 1666-75.
10. Shalaby R, Desoky A. Randomized clinical trial of stapled versus Milligan-Morgan Hemorrhoidectomy. *Br J Surg* 2001; 88: 1049-53.
11. Correa-Rovelo JM, Tellez O, Obregón L, Miranda-Gómez A, et al. Stapled rectal mucosectomy vs. closed hemorrhoidectomy: a randomized clinical, trial. *Dis Colon Rectum* 2002; 45: 1367-75.
12. Person B. Novel technology and innovations in colorectal surgery: the circular stapler for treatment of hemorrhoids and fibrin glue for treatment of perianal fistulae. *Surg Innov* 2004; 11: 241-52.
13. Correa-Rovelo JM, Tellez O, Obregón L, Duque-López X, et al. Prospective study of factors affecting postoperative pain and symptom persistence after stapled rectal mucosectomy for hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 2003; 46: 955-62.

Reimpresos:

Dr. Takeshi Takahashi-Monroy

Departamento de Cirugía
 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
 Salvador Zubirán,
 Vasco de Quiroga No. 15, Tlalpan
 14000, México, D.F.
 Fax: (5255) 5655-1076
 Correo electrónico: takahashit@infosel.net.mx

*Recibido el 3 de abril de 2006.
 Aceptado el 30 de enero de 2007.*