

Hemorroidopexia con Sutura Mecánica: ¿Qué hemos Aprendido?

Gerardo Martín Rodríguez, Mario José Bareiro, José Ismael González,
Andrés Guillermo Quintana
Clínica "Dr. Jorge Vrsalovic". Formosa

RESUMEN

Introducción: El procedimiento ideal para el tratamiento de la Enfermedad Hemorroidal debe aliviar los síntomas, conservar la funcionalidad anorrectal y minimizar las complicaciones. En los Grados III y IV estos objetivos representan un verdadero desafío.

Objetivo: Comunicar la experiencia de un equipo quirúrgico con el procedimiento de Hemorroidopexia con sutura mecánica y revisar la evidencia nacional e internacional.

Diseño: Análisis retrospectivo sobre una base de datos prospectiva.

Material y método: Entre junio de 2007 y diciembre de 2016, fueron intervenidos 135 pacientes con Enfermedad Hemorroidal sintomática Grados III y IV. Se analizan las variables demográficas, indicaciones, técnica, morbilidad a corto y largo plazo.

Resultados: 59% de los operados fueron mujeres. La edad promedio con todos los procedimientos fue de 51 años. El 52% de los pacientes presentaban Hemorroides Grado III y el 47% Hemorroides Grado IV. La Hemorroidopexia se realizó como Cirugía ambulatoria en el 17% de los casos. El índice global de complicaciones fue de 11,11%, que agrupamos según Clasificación de Dindo-Clavien. No se registraron complicaciones graves ni mortalidad.

Conclusiones: La Hemorroidopexia con sutura mecánica es un procedimiento seguro y efectivo para el tratamiento de los grados avanzados de Enfermedad Hemorroidal. Puede llevarse a cabo en forma ambulatoria. Son esenciales la correcta indicación y capacidad para el manejo de probables complicaciones.

Palabras clave: Hemorroides; Cirugía; Sutura Mecánica

ABSTRACT

Background: The best surgical procedure for the Hemorrhoidal Disease must relieve the symptoms, retain anorectal functionality and minimize complications. At Grades III and IV those aims are a real challenge.

Objective: To communicate the one surgical team experience with stapled Hemorrhoidopexy and to analyse the national and international evidence.

Design: Análisis retrospectivo sobre una base de datos prospectiva.

Methods: From June 2007 to December 2016 we operated 135 patients to have Hemorrhoidal Disease Grade III and IV. We described demographics dates, indications, and surgical procedure, short and long morbidity.

Results: 59% of the patients was female. In all procedures, the mean age was 50. 52% of the patients was Hemorrhoid Disease Grade III and 47% was Grade IV. The Stapled Hemorrhoidopexy was Ambulatory in 17%. The global morbidity was 11,11%. No, have mortality with the surgical procedure.

Conclusions: The Stapled Hemorrhoidopexy is a safe and effective surgical procedure to treatment of symptomatic Grade III and IV of Hemorrhoidal Disease. It can be carried out as ambulatory surgery. Are clues the right indication and the capacity to resolve complications.

Key words: Hemorrhoids; Surgery; Stapled Hemorrhoidopexy

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la Enfermedad Hemorroidal es un discutido capítulo de la Coloproctología donde es posible realizar una amplia variedad de procedimientos.¹⁻¹⁴

En los prolapsos mucosos o mucoso-hemorroidales completos, circunferenciales, sangrantes, el desafío es aún mayor.

La cirugía ideal busca aliviar los síntomas conservando la funcionalidad anorrectal con la menor morbilidad posible, sobretodo en lo que se refiere al dolor postoperatorio y el retorno precoz a las actividades del paciente.

El principal objetivo de esta presentación es comunicar la experiencia de nuestro equipo quirúrgico en el tratamiento de las Hemorroides Grado III y Grado IV con el método de Hemorroidopexia con sutura mecánica, analizando su factibilidad técnica, morbilidad y resultados. Revisamos además la evidencia actual al respecto.

Gerardo Martín Rodríguez
drgmrodriguez@yahoo.com.ar

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un análisis longitudinal retrospectivo y consecutivo, de datos cargados en una base en forma prospectiva de las Hemorroidopexias con sutura mecánica.

Analizamos las variables demográficas, indicaciones, técnica y morbilidad a corto y largo plazo.

Los datos fueron cargados en forma prospectiva en una base de datos informatizada (Excel). Los resultados se expresan como promedios y porcentajes.

Todos los procedimientos fueron llevados a cabo por el mismo equipo quirúrgico, con experiencia en Cirugía Colorrectal.

En el pre operatorio se realizó limpieza mecánica del Recto con enemas de Fosfatos y profilaxis antibiótica en la Inducción anestésica.

Técnica Quirúrgica

Todos los pacientes fueron operados en posición de Lito-

tomía con anestesia raquídea. Se colocó el Anoscopio del Set de Hemorroidopexia. Se realizó Sutura en bolsa de tabaco entre 3 y 4 cm. por encima de la Línea Pectínea, empezando siempre en horas 9, con sutura Prolene 2/0 con Aguja SH® (Ethicon inc.); en horas 3 se realizó un punto de contra-tracción con Prolene 2/0 con Aguja SH®.

Terminada la jareta, se realizó Proctopexia + Proctorrafia perineal con un disparo de sutura mecánica diseñada para Hemorroidopexia, revisando en las mujeres la cara posterior de vagina previo al disparo. Retirado el dispositivo se constató hemostasia de la línea de sutura, realizando puntos de hemostasia en forma selectiva. Se realizaron procedimientos adicionales según necesidad o solicitud del paciente (cuestiones estéticas).

En el Postoperatorio inmediato se dejó analgesia endovenosa continua con Diclofenac + Hidrocortisona. Se indicó movilización activa una vez pasado el efecto de la anestesia. Al alta se indicó analgesia con AINES y refuerzo de opioides a demanda.

Las complicaciones postoperatorias fueron registradas de acuerdo a la clasificación de Dindo y Clavien (2004).²

Los controles se realizaron a los 10 días, 1 mes y cada 6 meses postoperatorios con interrogatorio y exámen proctológico.

RESULTADOS

Desde junio de 2007 a diciembre de 2016, fueron intervenidos 135 pacientes con el método de Hemorroidopexia con sutura mecánica. Veintitrés pacientes (17,04%) se operaron con el régimen de cirugía ambulatoria.

Ciento veintidós procedimientos fueron realizados con dispositivo PPH 03® (Ethicon inc.) lo que representa el 90,37% de nuestra serie; 2 con dispositivo PPH 01® (Ethicon inc.) 1,48% y 11 (8,14%) con dispositivo HEM® (Covidien).

Las variables demográficas y técnicas se especifican en la Tabla 1.

El signo principal que motivó la propuesta del procedimiento fue el prolapso mucoso-hemorroidal, siendo 70 pacientes diagnosticados con Grado III (51,85%), 63 con Grado IV (46,67%) y 2 pacientes con prolapso mucoso completo circunferencial (1,48%). El 80% de los pacientes además refirió hemoproctorragia episódica, con 11 pacientes con cuadro de anemia ferropénica que requirió transfusiones de glóbulos rojos en la evolución de su patología (8,14%).

Además, 22 pacientes (16,29%) presentaban antecedente de hemorroidectomía o refirieron aplicación de algún tratamiento alternativo para hemorroides (ligadura elástica, fotocoagulación infrarroja).

En 23 pacientes (17,03%) realizamos procedimientos agregados a la hemorroidopexia, principalmente resección de plicomas residuales y hemorroides externas.

El tiempo quirúrgico promedio fue de 25 minutos.

En cuanto a la morbilidad, 15 pacientes presentaron complicaciones postoperatorias, lo que implica un índice global de 11,11%, que agrupamos según clasificación de Dindo-Clavien. No se registraron complicaciones graves ni mortalidad con la técnica (Tabla 2).

Con respecto a los resultados alejados, los mismos se muestran en la Tabla 3.

No evaluamos específicamente calidad de vida, aunque el índice de satisfacción de los pacientes con el procedimiento fue elevado, logrando en el 100% de los casos mejoras significativas en todos los aspectos de vida de relación (higiene, sangrado, viajes, actividad física, pudor).

DISCUSIÓN

La indicación de los métodos propuestos para tratar las hemorroides sintomáticas requiere ciertos requisitos que

TABLA 1: VARIABLES DEMOGRÁFICAS, INDICACIONES, TÉCNICA

Total de Pacientes Operados (n): 135	100%
Cirugía Ambulatoria: 23	17,04%
Mujeres: 80	59%
Hombres: 55	41%
Paciente de Mayor edad: 86 años	Edad Promedio:
Paciente de Menor edad: 19 años	51 años
Hemorroides Grado III: 70	51,85%
Hemorroides Grado IV: 63	46,67%
Prolapso Mucoso Circunferencial: 2	1,48%
PPH 03: 122	90,37%
PPH 01: 2	1,48%
GEM: 11	8,14%
Pacientes con Cirugía o Procedimiento alternativo previo: 22	16,29%

TABLA 2: MORBILIDAD

DINDO – CLAVIEN		(%)	
I	Dolor / Pujo / Tenesmo	3	2,22%
	Globo Vesical	3	2,22%
II	Dolor con Re internación	5	3,70%
	Hemoproctorragia	1	0,74%
	Hemoproctorragia + Transfusión	2	1,48%
IIIa	Hemoproctorragia + Reintervención	1	0,74%
IV		0	0%
V		0	0%
TOTAL:		15	11.11%

TABLA 3: SEGUIMIENTO

	6 MESES	12 MESES	24 MESES	MAS DE 24 MESES
Alteración de la calidad de vida	0%	0%	0%	0%
Hemorragia	5 (3,7%)	6 (4,4%)	9 (6,6%)	10 (7,4%)
Prolapso parcial	6 (4,4%)	8 (5,9%)	8 (5,9%)	9 (6,6%)
Otros	1 (Absceso Perianal) (0,74%)	0%	2 (Fisura Anal) (1,4%)	0%
Reintervención	2 (Prolapsos parciales sangrantes) (1,4%)	0%	0%	0%

se consideran imprescindibles: ser de simple ejecución, ocasionar al paciente mínimo dolor postoperatorio, precoz restablecimiento de la defecación y esta debe ser lo menos traumática posible, bajo índice de complicaciones postoperatorias, nula mortalidad, rápido reintegro a las actividades laborales, ser preferentemente de tratamiento ambulatorio, ser de bajo costo.^{1,14}

Hasta el presente ningún método de los propuestos reúne todas las condiciones. Para que alguno se acerque al cumplimiento de la mayor cantidad de ellas deberá ser indicado en forma precisa según el grado clínico y los síntomas que tenga el paciente.¹

En nuestra experiencia, los pacientes con prolapso mucoso-hemorroidal grados III y IV pueden ser tratados exitosamente con el procedimiento de hemorroidopexia con sutura mecánica y es lo que venimos haciendo desde el año 2007, con aceptable morbilidad y excelente aceptación por parte de los enfermos.

En el año 1998, el Dr. Antonio Longo presenta el procedimiento de reducción mucosa y del prolapso a través de un dispositivo de sutura mecánica. Señala al prolapso mucoso-hemorroidal como una condición anatómica que induce a los síntomas de la enfermedad hemorroidal y plantea que su corrección soluciona también aquellos. Para ello realiza una sección de la mucosa y submucosa rectales por encima del anillo anorrectal con un dispositivo de sutura mecánica, induciendo además interrupción de las ramas terminales de la arteria hemorroidal superior. De esta forma corrige el prolapso y posiciona las almohadillas hemorroidales anatómicamente, conservando la funcionalidad, con menor dolor postoperatorio que las técnicas convencionales.^{3,7}

Ya en esta primera comunicación hace factible la realización de la cirugía con anestesia regional o local y presenta 144 pacientes intervenidos, siendo el 67% de Grado III y el 29% de Grado IV (el 4% restante fueron pacientes con hemorroides Grado II que habían sido tratados previamente con ligaduras elásticas, 6 pacientes).³

A partir de esta presentación se sucedieron los reportes que evaluaron su factibilidad, resultados y complicaciones alrededor del mundo, comparando además el procedi-

miento con otras técnicas con distintos niveles de evidencia científica (Tabla 4).

Lo que caracteriza a la mayoría de los estudios es la gran heterogeneidad de las muestras, lo cual es importante para elaborar conceptos concluyentes y es interesante revisarlos cuidadosamente.

Con el tiempo, el instrumental original sufrió modificaciones técnicas y se desarrollaron otros similares, ofreciendo ventajas para minimizar la morbilidad.

Altomare et Al. Publican, en 1999, 18 pacientes consecutivos tratados con prolapso completos de más de un año de evolución, operados en posición de Lloyd-Davies, bajo anestesia raquídea, realizando inclusive un segundo disparo en casos de prolapso redundante. En este, uno de los primeros reportes no presenta complicaciones locales, 5% (1 paciente) con retención urinaria y 5% (1 paciente) con fiebre por infección pulmonar asociada. El índice de satisfacción de los pacientes con el procedimiento, con una media de seguimiento de 20 meses fue del 100% y 11% (2 pacientes) necesitaron en ese tiempo ser sometidos a Ligadura Elástica por Prolapso residual.⁴

Singer et al. muestran el 2002 la primera experiencia con el método en USA. Seleccionaron y operaron 68 pacientes con hemorroides Grado III y IV con sintomatología de 9 años promedio, la mayoría sometidos a otros tratamientos previos, operados en posición de navaja sevillana, en dos instituciones, bajo anestesia local, regional o general de acuerdo a la preferencia del anestesiólogo. Aquí describen 89,7% de sangrado de la línea de sutura que requirieron hemostasia (61 pacientes) y 1 caso de falla de la sutura. En el postoperatorio inmediato reportan 11,8% de retención urinaria, 2,9% con espasmo del elevador, 1,5% de sangrado, 1,5% de cefalea y 1,5% de separación de la línea de sutura. No encontraron diferencias estadísticas de estas complicaciones según el tipo de anestesia. El seguimiento promedio fue de casi 9 meses en el que cuentan 19% de pacientes que refirieron prolapso, sangrado o prurito, 7,5% casos que precisaron otros tratamientos posteriores y 1 paciente (1,47%) con recidiva del prolapso completo. Llamativamente al evaluar el dolor POP no encontraron diferencias en los resultados de las escalas del dolor y la

TABLA 4: PRINCIPALES SERIES INTERNACIONALES PUBLICADAS

AUTORES	AÑO	REVISTA	Nº DE PACIENTES	CARACTERÍSTICAS
Altomare DF, Rinaldi M, et al. - Italia	1999	DCR	18 Todos PPH	Observacional consecutivo. Pacientes con Prolapso Mucoso Hemorroidal (G III-IV), demostrando la factibilidad, efectividad y confiabilidad del procedimiento
Singer MA, Cintron JR, et al. - USA	2002	DCR	68 Todos PPH	Prospectivo consecutivo. 1 Paciente con Grado II circunferencial y Pacientes G III y IV. Todos con procedimientos previos. Presentar la primera experiencia con el método en USA.
Nisar PJ, Acheson AG, et al. - Reino Unido	2004	DCR	1.077 totales Todos PPH con 1 estudio que comparo PPH vs otro	Revisión sistemática de 15 estudios que comparan PPH versus Hemorroidectomía convencional. Gran variabilidad de selección de pacientes y objetivos que dificultan la interpretación
Senagore AJ, Singer M et al. - USA	2004	DCR	156 totales 77 con sutura mecánica todos PPH	Primer estudio prospectivo, randomizado y multicéntrico en USA comparando Hemorroidopexia versus Hemorroidectomía cerrada.
Tjandra JJ, Chan MKY, et al. - Australia	2007	DCR	1918 totales. 971 con sutura mecánica todos PPH	Revisión sistemática de todos (25) estudios randomizados controlados publicados en inglés hasta 2006 comparando Proctopexia con sutura mecánica versus Hemorroidectomía convencional. Incluyen todos los grados de Hemorroides
Lumb KJ, Colquhoun PH et al.	2010	Cochrane Database of Systematic Reviews	22 estudios Incluyen cualquier tipo de sutura	Revisión sistemática de 22 estudios randomizados controlados comparando Hemorroidopexia versus Hemorroidectomía convencional con mínimo seguimiento de 6 meses publicados hasta 2009. Incluyen Grados II, III y IV
Sun Kim, Vashist YK et al. - Alemania	2013	J. Gastrointest. Surg.	122 totales. 61 con sutura mecánica todos PPH. 61 Hemorroidectomía Abierta	Prospectivo randomizado comparando Proctopexia versus Hemorroidectomía abierta. Seguimiento a largo plazo. Pacientes con Hemorroides circunferenciales G III
Aytac E, Gorgun E et al. - USA	2015	Tech. Coloproctol.	217 totales. 99 con sutura mecánica todos PPH	Revisión retrospectiva consecutiva evaluando resultados a largo plazo de Hemorroidopexia versus Hemorroidectomía cerrada. Evaluación por cuestionario
Lehur PA, Didnee AS, et al. - Francia	2016	Ann. Surg.	393 totales. 196 con sutura mecánica. -106 PPH 03. -79 HEM	Multicéntrico, randomizado, controlado comparando Proctopexia versus DGHAL en cuanto a costos y morbilidad a 3 meses. Grados II y III
Watson AJM, Hudson J, et al. - Reino Unido	2016	The Lancet	774 totales. 388 con sutura mecánica	Multicéntrico, randomizado, controlado comparando Hemorroidopexia versus Hemorroidectomía convencional a largo plazo. Grados II, III y IV.

distancia de la línea de sutura de la línea pectínea ni con la realización de procedimientos adicionales. No reportan complicaciones graves y concluyen en la efectividad y seguridad del método.⁵

Nisar et al. presentan en 2004 una Revisión Sistemática de 15 estudios randomizados y controlados que comparan la hemorroidopexia con sutura mecánica con hemorroidectomía convencional publicados hasta 2002. Con una gran variabilidad de datos, criterios de inclusión y objetivos analizan 1.077 pacientes. El tiempo medio de seguimiento reportado fue de 37 meses. En todos los estudios la cirugía fue realizada por cirujanos colorrectales, aunque solo 4 estudios fijaron la curva de aprendizaje que varió entre 5 a 30 procedimientos.

El Índice global de complicaciones, publicado solamente en 3 estudios, no tuvo diferencias en ambos procedimientos. En cuanto a la hemorragia, la presentada en el postoperatorio inmediato favoreció al grupo de cirugía convencional, mientras que la ocurrida entre una y dos semanas después favoreció al grupo de PPH.

Para un seguimiento mínimo de 6 meses se demostró mayores tasas de recurrencia del prolapso con PPH. Con la retención urinaria, plicomas residuales, trombosis, estenosis o fisura no hubo diferencias entre ambos grupos. Para el tiempo operatorio, días de internación, dolor postoperatorio y tiempo de retorno a las actividades, los estudios favorecieron al grupo de sutura mecánica. Aunque el índice de satisfacción o la calidad de vida luego de la cirugía fue establecido en solo 9 estudios, no hubo diferencias estadísticas entre la cirugía convencional o la proctopexia con sutura mecánica.⁶

Senagore et al., publican los resultados del primer estudio prospectivo, randomizado y multicéntrico comparando los resultados de PPH versus hemorroidectomía con técnica de Ferguson, en pacientes con enfermedad hemorroidal Grado III, realizados por cirujanos colorrectales. Randomizaron 156 pacientes con prolapso reductible manualmente al menos en 3 cuadrantes y no fueron excluidos pacientes con plicomas o hemorroides externas. Operaron 77 pacientes, todos con PPH®, con anestesia variable y sin profilaxis antibiótica, realizando procedimientos complementarios según el criterio del cirujano actuante, en varias posiciones y la gran mayoría en forma ambulatoria. No encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en lo que se refirió a complicaciones, con excepción de la dehiscencia de herida quirúrgica y la necesidad de volver a quirófano en el postoperatorio inmediato (0% PPH versus 7,6% en Ferguson). En lo que se refirió al dolor y el retorno de evacuación, los pacientes con PPH presentaron una clara ventaja, así como la necesidad de procedimientos complementarios a corto plazo. Hasta el año seguimiento estas ventajas se mantuvie-

ron, aunque luego mayor número de pacientes operados con PPH refirió retorno de los síntomas.⁷

Tjandra et al. realizan otro exhaustivo análisis de estudios randomizados y controlados que comparan estos dos procedimientos publicados hasta el año 2006. Recopilaron 25 estudios, incluyendo todos los grados de hemorroides. Todos los procedimientos fueron realizados por cirujanos colorrectales y la curva de aprendizaje, donde fue nombrada, variable. También con variedad de dispositivos de sutura mecánica y de procedimientos "convencionales" y tipo de anestesia utilizada, para los parámetros establecidos de "Eficacia" la Hemorroidopexia con sutura mecánica se mostró superior (tiempo operatorio, dolor, recuperación, satisfacción de los pacientes y reintervención precoz). En cuanto a la "Seguridad", con pequeñas diferencias que no llegaron a ser estadísticamente significativas, todos los tópicos de complicaciones fueron similares (sangrado, recurrencia, plicomas, trombosis, constipación, incontinencia, estenosis, fisuras, fistulas, prurito, retención urinaria, aspectos técnicos y reintervención). Para la recurrencia temprana (dentro de los 6 meses) no se encontraron diferencias entre ambos grupos.

Para la recurrencia tardía (luego de 1 año) la incidencia fue mayor en el grupo de PPH, pero sin diferencias en cuanto a síntomas ni tasas de reintervención. Es interesante destacar que solamente 3 estudios evaluaron la calidad de vida y 4 la costo-efectividad de los procedimientos, con leve ventaja para la hemorroidopexia con sutura mecánica.⁸

En el año 2010 se publica una actualización de la Revisión Cochrane, realizada previamente, comparando los resultados a largo plazo de la cirugía convencional y la hemorroidopexia con sutura mecánica.⁹ En ella se incluyen todos los estudios controlados y randomizados que compararon los dos procedimientos con un mínimo de 6 meses de seguimiento, publicados desde 1998 a 2009, incluyendo todos los grados de enfermedad hemorroidal, ya sea electiva o de urgencia, con todos los dispositivos e incluyendo todas las técnicas quirúrgicas de resección. Enrolaron y estudiaron 22 estudios, logrando una media de seguimiento de 12,3 meses. No analizaron calidad de vida de los pacientes ni costos. Concluyen que la hemorroidopexia con sutura mecánica presenta mayores índices de recurrencia y prolapso a largo plazo, así como la necesidad de nuevas intervenciones quirúrgicas. Aunque no fue posible por la variabilidad de los estudios comparar los procedimientos grado por grado, concluyen además que ambas técnicas son seguras, que los pacientes debieran ser informados sobre los riesgos de recurrencia a largo plazo (pues los beneficios a corto plazo están demostrados) y que existiría un grupo de ellos en que la sutura mecánica es más beneficiosa, quedando por resolver si las recidivas pueden

ser tratadas nuevamente con sutura mecánica.

Sun Kim et al. muestran en 2013 los resultados de un estudio randomizado y controlado comparando el largo plazo entre hemorroidopexia con sutura mecánica versus hemorroidectomía con técnica de Milligan-Morgan para pacientes con hemorroides Grado III circunferenciales, uno de los estudios con mayor seguimiento a largo plazo (mínimo de 3 años, con media de 6 años). Randomizaron 130 pacientes, operando todos bajo anestesia general, en posición de litotomía, por cirujanos entrenados en ambos procedimientos. Todas las hemorroidopexias fueron realizadas con PPH 01®. Logrando una media de seguimiento de 5.93 años fueron seguimientos 122 pacientes (61 en cada rama). Quizás como resultado más importante las tasas de recurrencia acumulativa luego de 5 años mostraron ser para ellos de 18% (11 pacientes) para el grupo de PPH y 23% (14 pacientes) para el grupo de Milligan – Morgan, planteando que los resultados en una población homogénea son comparables para ambas técnicas.¹⁰

Aytac et al. evaluaron los resultados a largo plazo comparando retrospectivamente la hemorroidopexia con sutura mecánica y la hemorroidectomía cerrada de Ferguson, operados en forma consecutiva entre 2000 y 2010, por cirujanos colorrectales, en forma ambulatoria o de cirugía de corta estancia.

La técnica elegida se hizo en base a la preferencia del cirujano, no se especifica el grado de hemorroides operado y se lograron seguir 217 pacientes (99 PPH y 118 Ferguson por 6,3 y 7,7 años respectivamente). Los índices de recurrencia e intervenciones adicionales fueron similares en ambos grupos. La mayoría de los pacientes estuvieron satisfechos con sus resultados a largo plazo y recomendaría su procedimiento a los otros.¹¹

Lehur et al. realizaron un interesante estudio multicéntrico, randomizado y controlado comparando resultados quirúrgicos a 1 año y costo-efectividad de dos nuevos tratamientos para enfermedad hemorroidal: la hemorroidopexia con sutura mecánica y la ligadura hemorroidal guiada por Doppler Transanal con Mucopexia (DGHAL). Evaluaron 393 pacientes con hemorroides Grado II y III, 196 operados con dispositivos PPH 03® (106) y HEM® (79) y 197 intervenidos utilizando dos dispositivos (THD® y AMI AL-RAR®) recolectados en 22 instituciones públicas de Francia entre 2010 y 2013. Todos los procedimientos fueron realizados por cirujanos colorrectales, el 94% de los casos bajo anestesia general. La duración del procedimiento fue más larga en el grupo de DGHAL y la estadía hospitalaria similar. Las complicaciones se registraron acorde a la clasificación de Dindo-Clavien también con resultados equiparables en ambos grupos, sin complicaciones severas aunque al año mayor porcentaje de pacientes con DGHAL fueron reintervenidos por re-

currencia (18 vs 7). Finalmente, este estudio demostró que en ese país el DGHAL es más costoso que la proctopexia con sutura mecánica.¹²

En 2016 se publican los resultados de un estudio multicéntrico, randomizado hecho en el Reino Unido, diseñado con el objetivo de evaluar la efectividad de la hemorroidopexia con sutura mecánica y la hemorroidectomía convencional, comparando la calidad de vida a largo plazo (24 meses).¹³ Randomizaron 774 pacientes con Hemorroides Grados II, III y IV (388 para hemorroidopexia con sutura mecánica y 386 para hemorroidectomía convencional), operados por cirujanos generales, cirujanos colorrectales y cirujanos en formación con tres dispositivos distintos de sutura mecánica y técnica abierta o cerrada clásicas. La mayoría de las operaciones fueron realizadas bajo anestesia general. Nuevamente, a corto plazo reportaron las ventajas conocidas con la sutura mecánica. No obstante, para este grupo de estudio, los índices de calidad de vida a largo plazo favorecieron al grupo de la hemorroidectomía convencional, así como los costos totales.

Finalmente, Araujo y col. Publican, en Brasil, el primer estudio retrospectivo comparando las tasas de recidiva para pacientes operados únicamente con Hemorroidopexia Mecánica comparado con pacientes operados con Hemorroidopexia + algún procedimiento excisional agregado, principalmente hemorroides externas, plicomas¹⁴ demostrando que no agregan morbilidad al método y que cualquier procedimiento complementario, en pacientes seleccionados podría prevenir las recurrencias a largo plazo, comparándolas con la hemorroidopexia sola.

En Argentina algunos grupos quirúrgicos publicaron sobre el método (Tabla 5).

Donnelly et al., en el Hospital Británico de Buenos Aires evaluaron en forma prospectiva no randomizada 81 pacientes operados por hemorroides Grados III y IV, comparando hemorroidopexia mecánica, hemorroidectomía cerrada y anoplastia de Laurence. La técnica de Longo incluyó 27 pacientes, con 5 procedimientos previos tomados como curva de aprendizaje no incluidos en el estudio, operados en posición de Navaja Sevillana bajo anestesia peridural, con dispositivo PPH 01®, por cirujanos colorrectales. Con resultados similares para los 3 grupos hasta 13 meses de seguimiento, se destacan a favor de PPH el menor tiempo operatorio, tiempo de internación, menor uso de analgesia postoperatoria y más rápida reinserción laboral; realizaron un análisis de costos entre las 3 técnicas y la PPH se mostró levemente más costosa.¹⁵

Canelas y el grupo de trabajo del Hospital Alemán de Buenos Aires, evaluaron la factibilidad, seguridad y resultados de la hemorroidopexia con sutura mecánica en forma ambulatoria para el tratamiento de la enfermedad hemorroidal.¹⁶ Analizaron en forma retrospectiva 74 pa-

TABLA 5: SERIES NACIONALES PUBLICADAS

AUTORES	AÑO	REVISTA	Nº DE PACIENTES	CARACTERÍSTICAS
Donelly E., Patrón Uriburu JC., et al.	2003	Rev. Argent. Coloproct.	27 Todos PPH	Prospectivo, sucesivo, no randomizado de pacientes G III y IV evaluando los beneficios de la Proctopexia
Canelas AG., Bun ME., et al.	2010	Rev. Argent. Coloproct.	74 Todos PPH	Observacional retrospectivo. Evaluar factibilidad, seguridad y resultados del uso de PPH en forma ambulatoria. Pacientes G III, G IV sin componente externo y casos seleccionados de G II luego del fracaso de bandas elásticas.
Piccinini P.	2010	Rev. Argent. Coloproct.	200 Todos PPH	Prospectivo observacional no randomizado. Pacientes G III y G IV con escaso componente externo presentando la experiencia con la técnica PPH.
Rodríguez GM, Bareiro MJ, et al.	2012	Rev. Argent. Coloproct.	40 Todos PPH	Prospectivo consecutivo observacional no randomizado. Pacientes G III, G IV y Prolapso Mucoso circunferencial analizando las indicaciones y técnicas, factibilidad y resultados inmediatos.
Rodríguez GM, González JI, et al.	2017		135	Análisis retrospectivo sobre una base de datos prospectiva. Pacientes G III, G IV y Prolapso Mucoso Circunferencial comunicando la experiencia con la técnica.

cientes operados por PPH, de los cuales 63 (85%) fueron realizados bajo el régimen de cirugía ambulatoria, para grados III, IV y casos seleccionados de Grado II. Operados en posición de litotomía, bajo anestesia general, por cirujanos colorrectales mostraron su seguridad, con índices de complicaciones y recidivas equiparables a series mayores, con seguimiento máximo de 24 meses.

Piccinini publicó en 2010 la mayor experiencia nacional, evaluando los resultados de la proctopexia perineal para el tratamiento de las hemorroides Grados III y IV.¹⁷ Evaluó en forma prospectiva 200 pacientes operados con PPH®, con Hemorroides Grados III y IV, en procedimientos realizados por un equipo de cirujanos colorrectales. Reporta 6,5% de complicaciones y 3% de recidiva del prolapso con un seguimiento mínimo de 60 meses. Destaca el alto grado de satisfacción de los pacientes, un tiempo quirúrgico promedio de 30 minutos y un rápido retorno a la actividad laboral.

Nuestro grupo de trabajo ya evidenció la seguridad y factibilidad del método como parte de un grupo de pacientes en quienes se utilizó sutura mecánica por vía endoanal para tratamiento de hemorroides Grados III y IV (PPH) y rectocele asociado a intususcepción rectoanal (STARR). Se operaron 40 pacientes, con reducción del prolapso en todos los casos y morbilidad de 15% sin complicaciones graves.¹⁸

Reconocemos limitaciones en esta experiencia, como el carácter retrospectivo y la imposibilidad de evaluar concluyentemente la calidad de vida. Aun así, consideramos importante presentarla, así como revisar y analizar lo hecho en Argentina y el mundo.

CONCLUSIONES

La hemorroidopexia con sutura mecánica es un procedimiento seguro y efectivo para el tratamiento de los grados avanzados de enfermedad hemorroidal que ha superado la prueba del tiempo y se presenta actualmente como la mejor opción para corregir el prolapso completo.

La necesidad de procedimientos complementarios (resección de plicomas, pexias o incluso otro disparo de sutura mecánica) no agregan morbilidad.

La curva de aprendizaje del procedimiento puede ser corta, pero es importante, teniendo en cuenta que aún la hemorroidectomía convencional es considerada una cirugía "menor" por muchos cirujanos, inclusive con sub-registros de complicaciones, recidivas y calidad de vida, además de ser pobremente remunerada.

En nuestro país aún no es posible un estudio serio sobre los costos, ya que estos varían de una región a otra y se debe tener en cuenta el lucro cesante, el retorno precoz a las actividades, las reinternaciones y reintervenciones a

corto y largo plazo.

La cirugía incluso puede llevarse a cabo en forma ambulatoria.

Son esenciales la correcta indicación y capacidad para el manejo de probables complicaciones.

Es importante tener en cuenta la opinión de los pacientes en cuanto a la satisfacción con el procedimiento, puesto que muchos presentan sintomatología recurrente y de larga data, así como procedimientos previos durante largo

tiempo. El hecho de resolver el prolapso y el sangrado significa para la mayoría un gran alivio, en contraposición a la persistencia de plicomas o recidivas parciales.

Es difícil comparar la hemorroidopexia con sutura mecánica con diferentes métodos que difieren en el fundamento de la cirugía. Seguramente el método que más se acerca es la Ligadura Elástica de Hemorroides, aunque realizar este procedimiento en prolapsos completos y grados avanzados reduciría su eficacia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amarillo Hugo R. en Hequera – Dezano “Enfermedades Quirúrgicas de la Región Anal”; Editorial Akadia 1997; Capítulo 52: 213 – 216.
2. Dindo D, Demartinez N et al: Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann. Surg.* 2004; 240: 205 – 213.
3. Longo Antonio: Treatment of Hemorrhoids Disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with a circular suturing device: a new procedure; Moduzzi Editore International Proceedi Bologna. 1998: 777 – 784.
4. Altomare DF, Rinaldi M et al: Tratment of External Anorectal Mucosal Prolapse with Circular Stapler. An Easy and Effective New Surgical Technique. *Dis. Colon Rectum* 1999; 42: 1102 – 1105.
5. Singer MA, Cintron JR, et al: Early Experience with Stapled Hemorrhoidectomy in the United States. *Dis. Colon Rectum* 2002; 45: 360 – 369.
6. Nisar PJ, Acheson AG et al: Stapled Hemorrhoidopexy Compared With Conventional Hemorrhoidectomy: Systematic Review of Randomized, Controlled Trials. *Dis. Colon Rectum* 2004; 47: 1837 – 1845.
7. Senagore AJ, Singer M, et al: A Prospective, Randomized, Controlled Multicenter Trial Comparing Stapled Hemorrhoidopexy and Ferguson Hemorrhoidectomy: Perioperative and One-Year results. *Dis. Colon Rectum* 2004; 47: 1824-1836.
8. Tjandra JJ, Miranda K et al: Systematic Review on the Procedure for Prolapse and Hemorrhoids (Stapled Hemorrhoidopexy). *Dis. Colon Rectum* 2007; 50: 878 – 892.
9. Lumb KJ, Colquhoun PH et al: Stapled versus conventional surgery for hemorrhoids (Review). *Cochrane Database or Systematic Reviews* 2010; Issue 9.
10. Sun Kim J, Vashist YK et al: Stapled Hemorrhoidopexy versus Milligan-Morgan Hemorrhoidectomy in Circumferential Third-Degree Hemorrhoids: Long-Term Results of a Randomized Controlled Trial. *J. Gastrointest. Surg.* 2013; 17: 1292 – 1298.
11. Aytac E, Gorgun E et al: Long-Term outcomes after circular stapled Hemorrhoidopexy versus Ferguson hemorrhoidectomy. *Tech. Coloproctol.* 2015; 19: 653 – 658.
12. Lehur PA, Didnee AS et al: Cost-Effectiveness of New Surgical Treatments for Hemorrhoidal Disease. A Multicentre Randomized Controlled Trial-Comparing Transanal Doppler-Guided Hemorrhoidal Artery Ligation With Mucopexy and Circular Stapled Hemorrhoidopexy. *Ann Surg.* 2016; 264 (5): 710 – 716.
13. Watson AJM, Hudson J et al: Comparison of stapled haemorrhoidopexy with traditional excisional surgery for haemorrhoidal disease (eTHoS): a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet* 2016; 388: 2375- 2385.
14. Araujo Alonso SE, Horcel LA, et al: Long Term Results after Stapled Hemorrhoidopexy alone and complemented by excisional Hemorrhoidectomy: A Retrospective Cohor Study. *ABCD Arq. Bras. Cir. Dig.* 2016; 29 (3) 159 – 163.
15. Donnelly EJ, Patrón Uriburu JC et al: Evaluación Prospectiva de la Hemorroidectomía con PPH y su comparación con otras Técnicas. *Rev. Argent. Coloproct.* 2003; 14 (3 – 4): 37 – 42.
16. Canelas AG, Bun ME et al: Procedimiento para Prolapso y Hemorroides como Cirugía Ambulatoria. *Rev. Argent. Coloproct.* 2010; 21 (2): 103 – 106.
17. Piccinini P: Experiencia en Procedimiento para Prolapso y Hemorroides con Sutura Mecánica. *Rev. Argent. Coloproct.* 2010; 21 (4): 263 – 268.
18. Rodríguez GM, Bareiro MJ et al: Utilidad de los dispositivos de Sutura Mecánica Circular para Técnicas Endoanales. *Rev. Argent. Coloproct.* 2012; 23 (4): 207 – 211.