

Desarterialización hemorroidaria guiada por Doppler. Una alternativa quirúrgica en el manejo de la enfermedad hemorroidaria

El artículo titulado *Desarterialización hemorroidaria guiada por Doppler. Una alternativa quirúrgica en el manejo de la enfermedad hemorroidaria*, cuyos autores son Charúa Guindic y colaboradores, publicado en la *Rev Gastroenterol Mex* 2004; 69: 83-7,¹ ofrece un contenido interesante y de importancia actual en el manejo de la enfermedad hemorroidaria, una patología frecuente en nuestro medio.

Cabe consignar que presenta algunas inconsistencias en su estructura, porque la introducción es demasiado extensa, parece ser una revisión de la literatura sobre la enfermedad hemorroidaria. Sería de mayor interés una introducción corta que proporcione un panorama general de la enfermedad y la técnica de manejo propuesta.

El objetivo del trabajo es: "Demostrar que éste es un procedimiento ambulatorio económico, con dolor postoperatorio leve o moderado y con tiempo corto de incapacidad laboral". Es importante mencionar que al menos bajo nuestra percepción, la totalidad del objetivo no se desarrolló o queda insuficientemente explícito dentro del texto, en los apartados de material, métodos y resultados no se refirió cómo se obtuvieron los datos para valorar el control de dolor postoperatorio (número de dosis intravenosas y por vía oral), los márgenes, promedio y desviación estándar de la estancia hospitalaria y tiempo para la reincorporación a las labores cotidianas no están descritos o lo están de manera superficial, tampoco se realizó un estudio de economía o al menos las cifras a este respecto no se consignan y por ende concluir que es un procedimiento económico es poco sustentable.

La discusión no trata a fondo el tema en cuestión (desarterialización hemorroidaria) porque en cuanto al tema sólo menciona que en 1967, Stelzner y cols.² demostraron que hay comunicación entre arterias y venas. Por lo que hubiese sido de mayor importancia comparar los resultados de la técnica propuesta con lo informado por otros autores con otras técnicas.

Es importante resaltar que sus conclusiones son poco sustentables bajo la óptica de este diseño: "Se utiliza mínimo de material anestésico y quirúrgico (¿cuál, cuáles y cuánto?), mínimo dolor postoperatorio (compara-

do con qué) y el tiempo de integración laboral es menor que el estándar de oro, que es la hemorroidectomía cerrada de Ferguson (no tuvieron grupo de comparación o grupo control), porque como se mencionó: en el texto no se hizo mención en ningún momento del material utilizado, cuánto tiempo transcurrió para la integración del paciente al campo laboral ni cuánto tiempo tardan en hacerlo los pacientes sometidos a hemorroidectomía cerrada.

Por otro lado, hacemos las siguientes observaciones:

Las referencias con numeración 7 a 10 no se localizan dentro del texto, la introducción y parte de la discusión no se encuentran totalmente referenciadas, por lo que no conocemos la fuente real de la información ahí escrita.

La referencia 6 del manuscrito pertenece a Thompson H. *Br J Surg* 1975; 62: 542, y en el texto se anotó (página 87, primer párrafo, renglón 7): "En 1975, Torzón describe...", y ésta no corresponde al autor citado.

A continuación citamos resultados de varios investigadores en cuanto a las diferentes técnicas utilizadas en el tratamiento de la enfermedad hemorroidaria, enfatizando principalmente los días para el inicio de la actividad laboral, el dolor y las complicaciones:

1. En un estudio de prospectivo de 512 pacientes, a quienes se les realizó ligadura con banda, las complicaciones incluyeron retención urinaria, hemorragia rectal, sepsis pélvica y absceso perianal como complicaciones mayores en 2.5%, las complicaciones menores incluyeron trombosis, desplazamiento de la banda, hemorragia moderada y formación de úlceras mucosas en 4.6%. Concluyendo que previene la sepsis y tiene un bajo porcentaje de complicaciones.³
2. La ligadura con banda es el procedimiento ambulatorio más efectivo para hemorroides y provee la resolución de las mismas en 79% de los pacientes con paquetes grados I a III.⁴

3. Mehigan y colaboradores informaron que con la técnica diatérmica de Milligan-Morgan el tiempo necesario para la incorporación a sus actividades laborales fue de 34 días en promedio y con la técnica de engrapadora 17 días ($p = 0.002$). El dolor según la escala utilizada fue de 18 y 22 ($p = 0.007$). El porcentaje de satisfacción fue de 85 y 75%, respectivamente.⁵
 4. Brown y colaboradores estudiaron el procedimiento de mucosectomía con engrapadora versus hemorroidectomía abierta en pacientes con trombosis hemorroidaria aguda. En este estudio prospectivo encontraron mayor dolor postoperatorio después del alta, con la técnica abierta y la frecuencia de readmisión hospitalaria fue de 20%. El tiempo promedio de reincorporación laboral fue con la primera de 14 días y la segunda con 28 días ($p < 0.05$).⁶
 5. La hemorroidectomía de Ferguson es más popular en Estados Unidos y la de Milligan-Morgan en el Reino Unido. El Departamento de Salud de Londres informa que las complicaciones de ambas son retención urinaria, hemorragia secundaria, estenosis anal, infección e incontinencia y entre 5 a 10% requieren readmisión.⁷
 6. Correa Rovelo y colaboradores realizaron en México un estupendo ensayo clínico controlado comparando la mucosectomía rectal con engrapadora contra la hemorroidectomía cerrada, en pacientes con enfermedad hemorroidaria grados III y IV sin complicaciones, asignados al azar en dos grupos de 42 pacientes cada uno. Tanto la satisfacción del paciente como las complicaciones fueron similares en los dos grupos. Concluyendo que los dos son procedimientos seguros, la hemorroidectomía cerrada fue superior para el control de la hemorragia (95.1% contra 80.5% de la mucosectomía rectal con engrapadora, ($p = 0.04$), pero resultó más dolorosa e incapacitante que la mucosectomía rectal con engrapadora. Considerando que se requiere de estudios con seguimiento a largo plazo.⁸
 7. Hetzer y colaboradores realizaron un ensayo clínico controlado, emplearon la hemorroidectomía con engrapadora (técnica de Longo) contra hemorroidectomía cerrada por excisión (técnica de Ferguson) para valorar los resultados sobre todo recurrencia a 12 meses de seguimiento. Concluyen que la hemorroidectomía con engrapadora es un procedimiento seguro, ofreciendo un tiempo quirúrgico corto, menor porcentaje de complicaciones (15% contra 25%), dolor posquirúrgico reducido y un regreso temprano a la actividad laboral (6.7 contra 20.7 días, $p = 0.001$), con recurrencia baja a un año correspondiendo a 5% con la técnica de engrapado versus 5% con la excisión.⁹ Estos autores recomiendan mayor número de ensayos clínicos a fin de determinar si este procedimiento puede constituirse como el nuevo estándar de oro.
 8. Sohn y colaboradores publicaron en 2001 una serie de casos con diseño semejante al empleado por Charúa Guindic, al utilizar desarterialización hemorroidaria en 60 pacientes quienes encontraron una frecuencia de complicaciones aparentemente baja, pero no discrimina si sus 17 casos complicados tuvieron sólo una complicación o más de una. Incluyeron en éstas al dolor persistente por más de 48 horas y que hubiese impedido el retorno a las actividades cotidianas. Describe un grupo de 10% de pacientes que requirieron reintervención quirúrgica o aplicación de bandas para tratar enfermedad residual y/o recurrente y cuatro casos tuvieron trombosis aguda aunque refieren no haber encontrado complicaciones crónicas como ulceración, necrosis o estenosis.¹⁰ Pese a que ellos consideran que los resultados de su serie son excelentes, adolece del principio de comparación (grupo control) con otras técnicas sobre todas las quirúrgicas (hasta ahora consideradas los estándares de oro) que tienen menor incidencia de complicaciones como las que ellos describieron.
 9. Bursics y colaboradores realizaron un ensayo clínico comparando la hemorroidectomía cerrada y la ligadura de la arteria hemorroidaria temprana guiada con Doppler, a un año de seguimiento. Dividiendo en dos grupos, A para el procedimiento convencional ($n = 30$) y B para la ligadura de la arteria ($n = 30$). Informando que el grupo B requirió analgésicos por menor tiempo, así como el tiempo de estancia hospitalaria fue menor, regresando a sus actividades diarias en 24 días en grupo A y tres días en el B. Concluyendo que los dos procedimientos fueron efectivos y que a largo plazo los resultados en cuanto a la patología no fueron diferentes, sustentando entonces al procedimiento de ligadura como un procedimiento de invasión mínima.¹¹
- Sin duda, el procedimiento metodológico que puede contestar las discrepancias entre cualquiera de los procedimientos es un ensayo clínico controlado. Recomendamos se dimensionen los resultados de una serie de casos e invitamos a los autores a que consideren llevar a cabo un ensayo clínico controlado, comparando este procedimiento

con las otras técnicas, a fin de obtener datos más fidedignos. Además, si se quiere conocer si el procedimiento es económico o no, lo mejor es realizar un estudio de costo-beneficio contrastado contra el procedimiento estándar de oro o varias de las técnicas conocidas.

En apoyo a la breve descripción que hacemos de las referencias 3 a la 11 sugerimos revisar la bibliografía correspondiente a la numeración 12 a 17 de esta carta, esperando les sea de utilidad para diseños posteriores.

Dra. María Karina Lizbeth López Ramírez,* Dr. Juan José Olivares Becerra,* Dr. Alejandro González Ojeda*

* Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica. Sección Cirugía. UMAE. Hospital de Especialidades, CMNO, IMSS. Guadalajara, Jalisco.

Correspondencia:

Dr. Alejandro González Ojeda.

José Enrique Rodó # 2558.

Col. Prados Providencia.

C.P. 44670, Guadalajara, Jalisco.

Tel.: (33)36418873.

Correo electrónico: avygail@infosel.net.mx

REFERENCIAS

- Charúa GL, Fonseca ME, García PNJ, Osorio HRM, Navarrete CT, Avendaño EO y cols. Desarterialización hemorroidaria guiada por Doppler. Una alternativa quirúrgica en el manejo de la enfermedad hemorroidaria. *Rev Gastroenterol Mex* 2004; 69: 83-7.
- Stelzner R, Staubesand J, Machleidt H. Das cavernosum recti-die Grundlage der inneren hemmorrhoiden. *Langensbecks Arch Klin Chir* 1967; 299: 302.
- Bat L, Melzer E, Koler M, Dreznick Z, Shemesh E. Complications of rubber band ligation of symptomatic internal hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 287-90.
- MacRae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatments: a meta-analysis. *Can J Surg* 1997; 40: 14-17.
- Mehigan BJ, Monson JR, Hartley Jee. Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy. Randomized controlled trial. *Lancet* 2000; 355: 782-5.
- Brown SR, Ballan K, Ho Fams YH, Seow-Chen F. Stapled mucosectomy for acute thrombosed circumferentially prolapsed piles: a prospective randomized comparison with conventional haemorrhoidectomy. *Colorectal Dis* 2001; 3: 175-8.
- Nisar PJ, Scholefield JH. Managing haemorrhoids. *BMJ* 2003; 327: 847-51.
- Correa RJM, Tellez O, Obregón L, Miranda GA, Moran S. Stapled rectal mucosectomy vs. closed hemorrhoidectomy: A randomized, clinical trial. *Dis Colon Rectum* 2002; 45: 1367-74.
- Hetzer FH, Demartines N, Handschin AE, Clavien PA. Stapled vs. excision hemorrhoidectomy: long-term results of a prospective randomized trial. *Arch Surg* 2002; 137: 337-40.
- Sohn N, Aronoff JS, Cohen FS, Weinstein MA. Transanal hemorrhoidal dearterialization is an alternative to operative hemorrhoidectomy. *Am J Surg* 2001; 182: 515-19.
- Bursics A, Morvay K, Kupcsulik P, et al. Comparison of early and 1 year follow-up results of conventional hemorrhoidectomy and hemorrhoid artery ligation: a randomized study. *Int J Colorectal Dis* 2004; 19: 176-80.
- Madoff RD, Fleshman JW. American Gastroenterological Association Technical Review on the Diagnosis and Treatment of Hemorrhoids. *Gastroenterology* 2004; 126: 1463-73.
- Lienert M, Ulrich B. Doppler-guided ligation of the hemorrhoidal arteries. Report of experiences with 248 patients. *Dtsch Med Wochenschr* 2004; 129: 947-50.
- Hetzer FH, Wildi S, Deartines N. New modalities and concepts in the treatment of hemorrhoids. *Schweiz Rundsch Med Prax* 2003; 92: 1579-83.
- Correa RJM, Tellez O, Obregón L, Duque LX, 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.
- Arnold S, Antonietti E, Rollinger G, Scheyer M. Doppler ultrasound assisted hemorrhoid artery ligation. A new therapy in symptomatic hemorrhoids. *Chirurg* 2002; 73: 269-73.
- Müller-Lobeck H. Ambulatory hemorrhoid therapy. *Chirurg* 2001; 72: 667-76.