



# CLINICAS QUIRURGICAS COMPLEMENTARIAS

---

DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

MEDICINA HUMANA

7MO SEMESTRE DE MEDICINA HUMANA

11 DE SEPTIEMBRE DEL 2020

SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS CHIAPAS

La patología hemorroidal es una de las enfermedades más prevalentes que existen en la actualidad, con una prevalencia en torno al 5-36 %. Para remover las hemorroides internas o externas, puede ser necesario realizar una cirugía, la cual está indicada en aquellos pacientes que después de haber realizado un tratamiento con medicamento y una dieta adecuada, mantienen dolor, malestar, comezón y sangrado, especialmente al evacuar.

Existen varias técnicas para remover las hemorroides, siendo la más común la técnica tradicional llamada hemorroidectomía, la recuperación demora entre 1 semana y 1 mes, siendo necesario permanecer hospitalizado alrededor de 2 días y mantener una buena higiene de la región íntima durante el tiempo de recuperación.

Técnica de cirugía para remover las hemorroides

Algunas técnicas para extirpar las hemorroides internas o externas pueden ser:

### 1. Hemorroidectomía

La hemorroidectomía es la cirugía más común en la que se extirpan las hemorroides a través de un corte en la piel. Este procedimiento es muy utilizado para retirar las hemorroides de grado 3 y 4.

### 2. Técnica por THD

Esta técnica conocida como desarterialización hemorroidal transanal, se realiza sin cortes y consiste en la sutura de los vasos sanguíneos que transportan sangre hacia la hemorroide, siendo un método común en los grados 2, 3 y 4.

### 3. Técnica PPH

La técnica por PPH es conocida por hemorroidopexia con engrapadora circular, que es una forma de extirpar las hemorroides a través de un anillo que aprieta la hemorroide y causa la muerte de las células, siendo un procedimiento que no necesita suturas, es menos dolorosa y se realiza en hemorroides internas de grado 3 y 4 y de pequeño tamaño.

Ligadura con banda elástica

Este es un tratamiento donde se aplica una pequeña banda elástica en la base de la hemorroide, lo que va a interrumpir el transporte de sangre y provocar su muerte, siendo común en el tratamiento de las hemorroides de grado 2 y 3.

### 5. Escleroterapia

En esta técnica se inyecta en los vasos de las hemorroides un producto que provoca la muerte de los tejidos, siendo utilizado para el tratamiento de las hemorroides de grado 1 y 2.

Además de esto, también existen otros métodos que pueden ser utilizados para remover las hemorroides como la fotocoagulación infrarroja, crioterapia y láser. La técnica a ser utilizada dependerá del tipo y del grado de hemorroide que se pretende tratar. Conozca más sobre la escleroterapia y sus posibles efectos secundarios.

#### 6. Coagulación infrarroja

Esta técnica puede indicarse cuando hay sangrados internos en caso de hemorroides. Para ello, el médico utiliza un aparato con luz infrarroja que calienta el área a tratar y crea una cicatriz en la hemorroide, deteniendo del paso de sangre, y consecuentemente endureciendo el tejido hemorroidal el cual terminará por caerse.

## FISTULOTOMIA

La fístula anal es una enfermedad que ha sido descrita desde principios de la historia médica y se define como un conducto de paredes fibrosas infectada que comunica una cripta anal con la piel o con la luz del recto; el orificio localizado en la cripta anal se denomina primario o interno, y el cutáneo, secundario o externo.

### Fistulotomía

La fistulotomía extirpa sólo el techo del trayecto fistuloso y deja en su sitio el fondo. La técnica quirúrgica es similar a la fistulectomía, pero al momento de incidir la piel, se profundiza con el electrobisturí sólo hasta el nivel del estilete y se reseca sólo el tejido que incluye el techo. Algunos cirujanos prefieren retirar el tejido de granulación de la parte expuesta de la fístula, dejando la capa subyacente fibrosa y pálida. Esto se logra con el bisturí, con unacucharilla cortante o con una legra.

### Fistulectomía

La fistulectomía consiste en la extirpación completa de la fístula para ello se requiere la introducción de un estilete por el orificio fistuloso secundario, pasándolo con presión muy leve, que permita el paso fácil del instrumento, hasta su salida por el orificio primario; en ningún momento debe de ser forzado, para evitar la creación de trayectos falsos. En los casos en que no se puede identificar el orificio fistuloso primario, se puede instilar peróxido de hidrógeno o leche por el orificio fistuloso secundario para identificar el primario. Se hace una incisión en la piel, de extremo a extremo de la fístula, siguiendo el trayecto fistuloso ya identificado por el estilete; se profundiza el corte con electrobisturí, hasta extirpar por completo el trayecto fistuloso y así obtener una pieza que contiene el estilete aún en su sitio.

### Fistulotomía versus fistulectomía

El estándar de oro en el tratamiento de la fístula anal es la fistulotomía, pero en la Unidad de Coloproctología del Hospital General se prefiere la fistulectomía. Con la fistulotomía efectivamente se reseca menos cantidad de tejido, tanto en amplitud como en profundidad y puede disminuir el riesgo de incontinencia fecal por sección esfinteriana y permite una cicatrización más rápida. Estas ventajas, sin embargo, son más aparentes que reales, porque la persistencia del tejido infectado y la economía en la resección, representan un tratamiento incompleto con riesgo de reproducción de la fístula y la formación de cicatrices defectuosas, por lo que la indicación de la fistulotomía, en nuestra Unidad, está limitada a las fístulas muy profundas, con trayectos curvos y tortuosos rodeados de tejido fibroso denso y abundante, que hacen difícil la operación y obligan a practicar resecciones demasiado extensas. Por fortuna, estas fístulas son poco frecuentes y casi siempre es posible practicar la fistulectomía; la diferencia de tiempo de cicatrización no justifica el riesgo de reproducción y la posibilidad de que se presente incontinencia, como lo demostró nuestro estudio, en el que sólo 1.3% presentaron incontinencia anal total o parcial, muy por debajo de otros estudios similares.

## Fistulectomía con reparación primaria de esfínteres

La sección completa del aparato esfinteriano en una fístula supraesfintérica es una conducta muy riesgosa. No obstante de que la reparación directa se puede realizar inmediatamente, la posibilidad de dehiscencia es muy alta. Para este tipo de fístulas se recomienda otra técnica como el avance de colgajo, la utilización de setón en sus diferentes modalidades o el tapón de colágeno biodegradable. En una fístula transesfintérica alta o transesfintérica anterior en la mujer, puede ser una buena alternativa.

### Setón

Existen otras técnicas, como son la colocación de sedal o setón. En la actualidad se manejan tres modalidades, que son el sedal, el setón de corte y el setón de drenaje. El sedal se basa en la colocación de un cuerpo extraño en el trayecto fistuloso, con objeto de promover fibrosis y en una segunda cirugía se retira el sedal; con ello, se evita la sección sfinteriana y la pérdida de la fuerza de contracción. El setón de corte tiene el mismo principio que el sedal, pero el material empleado es diferente, en la actualidad se utiliza silastic. La forma en que se coloca el setón de corte es el siguiente: se introduce un estilete por el orificio fistuloso secundario, pasándolo con presión muy leve que permita el paso fácil del instrumento hasta su salida por el orificio fistuloso primario. Se hace una incisión en la piel, de extremo a extremo de la fístula, siguiendo el trayecto fistuloso ya identificado por el estilete; se profundiza el corte con bisturí o electrobisturí hasta el esfínter anal interno y externo, sin seccionarlos. Se ata el setón de silastic a uno de los extremos del estilete, que se tracciona hasta retirar éste, con lo que queda colocado el setón en el trayecto fistuloso rodeando a ambos esfínteres anales. Por último, se anuda con seda los extremos y el setón queda como un anillo. El setón de drenaje sirve únicamente para evitar la formación de nuevos abscesos. Las tres técnicas están indicadas en fístulas complejas, como las supraesfintéricas, que comprometen el aparato esfinteriano.