

CLINICAS QUIRURGICAS COMPLEMENTARIAS

RESUMEN HEMORROIDECTOMIA Y FISTULOCTOMIA



MEDICINA HUMANA
7MO SEMESTRE
11 DE SEPTIEMBRE 2020
DR, ALFREDO LOPEZ LOPEZ
ITZEL JAQUELINE RAMOS MATAMBU

HEMORROIDECTOMIA

La enfermedad hemorroidal es una de las más frecuentes en el mundo occidental. Estudios epidemiológicos han descrito una prevalencia del 5 al 36%^{1,2}. Otros datos epidemiológicos basados en exploraciones endoscópicas reportan hemorroides en el 86% de las rectoscopias realizadas en un hospital. Sin embargo, la mayoría de estas personas permanecerán asintomáticas o responderán a tratamientos conservadores. Sólo alrededor del 5 al 10% de los pacientes requerirá cirugía

INDICACIONES

- 1.- Hemorroides grado III o IV con gran componente externo, en los que la anatomía anorrectal está severa e irreversiblemente comprometida y en quienes el prolapso hemorroidal les ocasiona proctorragia, secreción o dolor intenso.
- 2.- Fluxión hemorroidal
- 3.- Fracaso del tratamiento médico y/o de procedimientos alternativos
- 4.- Pacientes con enfermedad hemorroidal sintomática asociada a otras afecciones benignas anorrectales que requieren cirugía (fístulas, fisuras, papilas hipertróficas, estenosis,

PREPARACIÓN DEL PACIENTE

No es necesario realizar ninguna preparación. Hay autores que recomiendan el uso de un enema el mismo día de la cirugía para vaciar el recto de heces^{10,11}. Tampoco es necesario el uso profiláctico de antibióticos.

PREOPERATORIO

Debe considerarse una anamnesis cuidadosa, examen clínico meticuloso y proctológico completo, preparación psico-física adecuada, mínima internación preoperatoria (2-4 hs.), ayuno de 8 hs y ligera sedación preoperatoria, si es necesaria. Se realiza un enema seis horas antes de la intervención; el uso de laxantes o purgantes no está indicado en el preoperatorio ya que al ocupar el recto con heces líquidas o blandas producen un efecto adverso.

PREPARACIÓN DE LA PIEL

Depende de las preferencias del cirujano pudiéndose rasurar o no, lo importante es una buena higiene de la misma.

ANESTESIA

Puede usarse anestesia local, caudal, peridural o general.

POSICIÓN

La posición depende de la técnica a emplear y de las preferencias del cirujano

TECNICA QUIRURGICA

La hemorroidectomía quirúrgica puede llevarse a cabo por múltiples técnicas que se basan en un principio común conocido como extirpación y ligadura, existiendo controversias sobre las ventajas y desventajas de cada una de ellas. La forma de manejar la piel perianal establece sus diferencias. Existe consenso en que el resultado no depende tanto del tipo de operación como de que la indicación y ejecución sean correctas. Con la introducción de la anastomosis mecánica, difundida por Longo, se abren nuevas perspectivas en el tratamiento de la enfermedad hemorroidal. Dividimos las técnicas en cuatro grandes grupos:

1.- TÉCNICAS ABIERTAS

a. Método de Milligan y Morgan con sus variantes: disección, ligadura y escisión de los paqueteshemorroidales principales en grupos separados

TÉCNICAS CERRADAS

a. Método de Parks: Consiste en la disección y sutura submucosa; técnicamente más difícil.

b. Método de Ferguson: Es una hemorroidectomía cerrada con sutura inmediata.

c. El procedimiento amputativo de Whitehead : de más lenta ejecución, no exento de molestias, de complicaciones postoperatorias y tiene mayor período de convalecencia.

PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS, CON O SIN USO DE AUTOINJERTOS

Sus principales indicaciones son las hemorroides grado IV que comprometen y deforman anatómicamente toda la circunferencia del canal anal.

a. Hemorroidectomía radical posterior con plásticade deslizamiento. Método de Laurence²⁵

b. Autoinjerto en la reconstrucción posthemorroidectomía.

c. Métodos combinados. Bosisio

MÉTODO DE MILLIGAN y MORGAN

*Técnica de Milligan y Morgan: anoscopia: resultado final Se introduce un anoscopio media caña que a la vez de dar un amplio campo operatorio permite una buena exposición del paquete a tratar. Se coloca una pinza de Kocher que tracciona la piel por fuera de la hemorroide externa; una pinza de Allis se ubica a nivel de la línea pectínea y otra de aro o Gregoire sobre la hemorroide interna; a continuación se realiza la disección y ligadura del paquete expuesto debiéndose respetar los siguientes principios:

* El trazado de las incisiones a ambos lados del paquete, que puede realizarse con bisturí o con tijeras de puntas finas, debe seguir una curva de concavidad externa de tal modo que al dejar de traccionar el paquete esta curva se rectifica y los bordes muco-cutáneos quedan paralelos. De no realizar la sección cutánea de esta manera puede quedar una superficie cruenta demasiado ancha, quedando reducidos puentes cutáneos.

* Se disecciona la hemorroide externa del esfínter quedando éste hacia afuera por sección parcial del ligamento de Parks.

* Se disecciona la hemorroide interna de manera tal que la ligadura del pedículo se realice sobre la mucosa.

* Hemostasia rigurosa con electrobisturí sobre pinzamientos muy delicados.

* Se coloca un punto por transfixión dejando los cabos largos; este punto cae a los pocos días. Se secciona la hemorroide 4 a 5 mm por debajo de la ligadura. Se fijan ambos bordes mucosos del muñón al lecho cruento tratando de cubrir la mayor extensión del esfínter interno descubierto. Se procede de igual manera con los otros paquetes hemorroidales dejando amplios puentes cutáneos-mucosos.

Con esta técnica se resecan los tres paquetes principales, pudiendo también tratarse un cuarto paquete (secundario ubicado entre dos primarios) de la misma manera.

En las grandes hemorroides, llamadas circunferenciales, siempre es posible delimitar los tres paquetes principales; en estos casos es necesario completar la intervención destruyendo suavemente con tijeras los vasos situados debajo de los puentes de tal modo que éstos queden totalmente “limpios” de venas dilatadas; de no realizar esta maniobra, en el postoperatorio, se pueden instalar debajo de los mismos dolorosas trombosis de los vasos hemorroidales externos o ser causa de recidiva de la enfermedad. Se finaliza la operación colocando en el recto 10 cm³ de una jalea anestésica por su acción analgésica y lubricante; se puede colocar pomadas a base de nitroglicerina al 2% para reducir el dolor postoperatorio temprano; se completa con un apósito que comprima suavemente la zona operatoria.

MÉTODO DE PARKS O HEMORROIDECTOMÍA

SUBMUCOSA

Esta técnica extirpa todo el tejido hemorroidal sin lesionar la cubierta epitelial columnar y escamosa. La principal ventaja potencial del procedimiento es que las heridas curarían más rápidamente, con menor induración cicatrizal, secreción y formación de estenosis

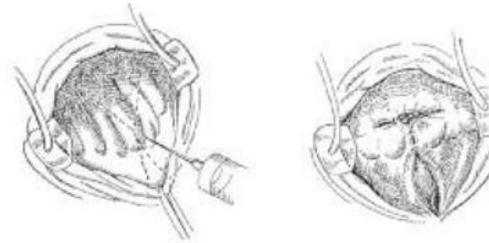
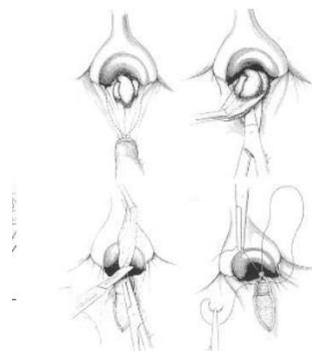


Fig. 7. Incisión en la técnica de Parks, resultado final de la sutura

HEMORROIDECTOMÍA CERRADA DE FERGUSON

Se trata de una hemorroidectomía en la que luego de la resección del paquete se realiza el cierre de la herida con una sutura continua con hilos reabsorbibles. Del mismo modo se tratan a continuación los restantes paquetes. La operación de Ferguson, con distintas modificaciones, es la más difundida en Estados Unidos y rápidamente ha sido aceptada en Europa y en nuestro país; quienes la realizan encuentran que el postoperatorio es más confortable por ser menos doloroso y las heridas cicatrizan más rápidamente; tiene en su contra que es más laboriosa, requiere mayor tiempo para su ejecución y deja mayor cantidad de plicomas



HEMORROIDECTOMÍA DE WHITEHEAD

Consiste en la extirpación circunferencial de las hemorroides seguida de sutura de la piel perianal con la mucosa a la altura de la línea pectínea. Este procedimiento es poco empleado en nuestro país, sin embargo si se realiza correctamente proporciona buenos resultados.

PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS CON O SIN USO DE AUTOINJERTOS

Siguiendo el concepto que debe tratarse de una sola vez toda la patología hemorroidaria, cuando existen paquetes confluentes, se han ideado distintos procedimientos de los cuales los más usados son: dal del hemiano posterior, incluyendo los paquetes de horas cinco y siete, ya que en la mayoría de los pacientes con hemorroides de grado IV este segmento es el más afectado. Una vez extirpada la mucosa correspondiente al sector reseca se sutura a la piel deslizada a lo Sarner. Quienes lo emplean obtienen excelentes resultados funcionales, un postoperatorio benigno que no supera los diez días y pronta restitución a las labores.

TÉCNICA SEMICERRADA

Consisten en tratar las hemorroides internas colocando tres puntos por transfixión por arriba de la línea pectínea tomando sólo mucosa y submucosa respetando la masa muscular esfinteriana. El plexo externo es reseca a través de una incisión elíptica que lo rodea y se extirpa todo el tejido vascular debajo de la piel. Luego se realiza el cierre parcial de la herida por medio de una sutura continua que tracciona los bordes de ésta sin tensión fijándola al tejido celular subcutáneo; esta sutura debe reducir entre un 70 a un 80% la superficie de la herida. El procedimiento se repite en cada uno de los paquetes hemorroidales. Compartimos la opinión de quienes expresan que cada cirujano ha sido entrenado en una técnica quirúrgica y los resultados no dependerán del procedimiento empleado sino que éste sea correctamente realizado.

PROCEDIMIENTOS COMBINADOS

Bosisio y col combinan dos descensos mucosos laterales a lo Buie con un único colgajo posterior deslizado a lo Sarner, dejando un puente cutáneo mucoso sano a horas doce. Fundamenta su procedimiento en que reseca totalmente el tejido patológico, previene la estenosis postoperatoria al dejar un puente cutáneo mucoso natural anterior sin enfermedad y otro amplio posterior

artificial, previene el ectropion mucoso y logra una anatomía anal estética y funcionalmente satisfactoria

HUGO R. AMARILLO HEMORROIDES y SUS COMPLICACIONES Servicio de Coloproctología Hospital Británico de Buenos Aires

FISTULOTOMIA

fístula perianal a la comunicación que se puede producir entre el canal anal con la piel que se encuentra alrededor de la salida del ano. Esta comunicación se origina en unas glándulas del interior del canal anal, que tienen como función lubricar la zona para que las heces puedan salir sin dificultad. La fístula atraviesa los esfínteres hasta llegar al orificio exterior en la piel, a través del cual suele producirse una secreción de pus o incluso, se puede dar que salgan heces por esa abertura.

La causa por la que puede aparecer una fístula perianal es que las glándulas que hemos nombrado con anterioridad, se obstruyan debido a un exceso en la producción de lubricación propiciando de esta manera la aparición de gérmenes en la zona por el estancamiento de la mucosidad, que a su vez, puede degenerar en una infección con pus (absceso anal).

Un absceso detectado a tiempo, evitaría que se llegara a convertir en fístula, pero no siempre presentan síntomas. Las fístulas perianales se pueden intervenir mediante 2 técnicas quirúrgicas principales: la fistulectomía y la fistulotomía.

La fistulectomía es la extirpación del trayecto de una fístula. Para realizar esta extirpación se suele realizar un corte para acceder a la comunicación que se debe cerrar. Se puede colocar también una ligadura a través del trayecto que ha generado la fístula para realizar un cierre diferido.

Según la complejidad de la fístula, la operación puede requerir la reparación de los esfínteres, o colocación de injertos de piel para tapar el orificio. En fístulas complejas que comunican con otros órganos, se deben reparar ambos orificios, llegando incluso a necesitarse en casos extremos la implantación de un ano artificial. Normalmente, se utiliza anestesia local en este tipo de intervenciones y estas suelen durar entre 30 y 90 minutos, según el caso y la gravedad del mismo. Actualmente se están introduciendo nuevas técnicas no invasivas como es el uso de una sustancia denominada fibrina que se introduce en el trayecto fistuloso y lo sella.

La recuperación o postoperatorio para una fistulectomía se alargará alrededor de dos semanas tras la intervención, periodo tras el cual el paciente podrá llevar una vida completamente normal. La herida suele cicatrizar al cabo de unas 6 semanas.

El éxito de la operación de una fístula perianal depende en gran medida de la experiencia y calidad del cirujano que lleve a cabo la intervención, pues una intervención de estas características en manos inexpertas podría dañar los esfínteres y acarrear una consecuente incontinencia fecal.