

HEMORROIDECTOMIA POR EL PROCEDIMIENTO DE LIGADURA Y EXCISION SEGUN MILLIGAN-MORGAN*

JULIO Z. TATAJE

En este trabajo se presenta un serie consecutiva de 116 casos de pacientes con hemorroides internos, quienes han sido sometidos a hemorroidectomía por el procedimiento de ligadura y excisión, según Milligan y Morgan.

Estos casos han sido operados en el Servicio de Cirugía General del Hospital Obrero de Lima, entre Setiembre de 1958 y Noviembre de 1961 (más de tres años), correspondiendo la mayoría a uno de los cirujanos de ese Servicio, el Dr. Eugenio Beltroy Patrón (67 casos).

Respecto al sexo, tenemos que 78 casos han sido de sexo masculino y 38 de sexo femenino. Ello sin embargo, no representa la distribución por sexos, ya que el Hospital Obrero tiene varias veces más pacientes varones que de sexo femenino.

La edad de los pacientes ha fluctuado entre 20 y 72 años, con un promedio de 39 años.

Según la clasificación de Miles en grados, relacionada con el prolapso de los paquetes hemorroidales internos por el ano, se tiene que ha sido de 1er. grado, o sea que no se prolapsaban: 26 casos (22 %).

Los de 2do. grado, o sea cuando los paquetes hemorroidales se prolapsaban, pero se reducían espontáneamente, han sido 61 casos (53 %). Este es el grado que más frecuentemente ve el cirujano.

Los de 3er. grado, o sea los más voluminosos, que se prolapsa-

* Este es un resumen de la tesis presentada por el autor para optar el grado de Bachiller, en julio de 1962, en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

ban y no se reducían espontáneamente, sino sólo por taxis, han sido 29 casos (25 %).

El tiempo de evolución ha variado entre un mes y 20 años, con un promedio de 4 años.

Si referimos el tiempo de evolución al grado alcanzado por los hemorroides, tenemos:

Primer grado promedio tiempo de evolución 1 año 10 meses; segundo grado promedio tiempo de evolución 4 años; tercer grado promedio de tiempo de evolución 6 años.

En esta serie de 116 pacientes, se ha tratado de hemorroides no complicados en 85 casos (72 %) y de hemorroides complicados en 31 casos (28 %). No se consideran aquí las lesiones asociadas, ya que no constituyen complicaciones.

La pérdida hemática provocada por las hemorroides ha producido anemia definida en un grupo reducido de pacientes. Tenemos que la hemoglobina ha estado entre 11 gr. % y 10 gr. % en 10 pacientes; en 1 caso con 9 gr. % y en 4 casos la anemia ha sido marcada, en los que la hemoglobina ha variado entre 5.39 gr. % y 7.65 gr. %. En total 15 casos (13 %) con anemia y solamente 4 con anemia marcada (3 %).

Otra complicación importante que sufren las hemorroides es la trombosis. Esto se produce solamente en los que se prolapsan, es decir los de 2do. y 3er. grado; estando más expuestos los últimos. Sin embargo, en nuestra serie ha habido solamente 8 casos de trombosis hemorroidiaria, o sea 6 %.

Una tercera complicación puede considerarse la fisura anal crónica, cuando los paquetes hemorroidales son de 2do. y 3er. grado y actúan como cuerpos extraños que pueden dar lugar a la fisura. En nuestra serie hay 2 casos de fisura anal crónica atribuibles a los hemorroides. Esta complicación es muy dolorosa y es la que ha transmitido su fama de dolorosa a las hemorroides.

El tag cutáneo o repliegue de piel de la margen del ano, suele acompañar a las hemorroides internas de 3er. grado. Es piel desprendida que queda prominente y que también ha recibido el calificativo impropio de hemorroides externas. Esto se ha presentado en 19 casos de nuestra serie (16 %). Conviene extirparlos durante la hemorroidectomía.

Las lesiones asociadas son aquéllas que no necesariamente son originadas por las hemorroides internas; son contaminantes. Entre ellas tenemos el prolapso mucoso. Este consiste en un corrimiento de la

mucosa rectal que puede ser favorecido por hemorroides voluminosas; pero las hemorroides pueden también ser muy pequeñas. En nuestra serie ha habido 7 casos de prolapso mucoso (6 %), uno de ellos con hemorroides pequeñas.

El hematoma anal, o sea el coágulo producido por la rotura de las venas de la margen del ano, con frecuencia designado con el nombre erróneo de "hemorroides externos trombosados", es una lesión asociada muy dolorosa. En nuestra serie ha habido 5 casos (4 %).

El pólipo fibroide del canal anal, completamente diferente del pólipo verdadero del recto, puede originarse en un paquete hemorroidal (por lo general el posterior derecho) o en una papila anal que se ha hipertrofiado en forma acentuada. La consideramos como lesión asociada. En nuestra serie hubo 3 casos (2 %).

Una lesión asociada digna de considerarse son las papilas anales hipertrofiadas. Estas formaciones se producen por aumento de volumen de las papilas normales y son factores importantes en la génesis de las fisuras anales crónicas. En nuestra serie hubo 5 casos de estas papilas (4 %), aunque de tamaño mediano y un caso de fisura crónica.

Con respecto a la función intestinal tenemos en la serie de 116 casos la siguiente distribución:

- a. Con estreñimiento 56 casos (48%).
- b. Con diarrea crónica 2 casos (2%).
- c. Con estreñimiento y diarrea alternados 2 casos (2%).
- d. Con deposiciones normales 56 casos (48%).

Se ha tenido 16 casos (14%) que habían sido sometidos anteriormente a otro tipo de hemorroidectomía. En este grupo ha habido 15 pacientes con una operación previa y un paciente con 5 hemorroidectomías previas. La recidiva se ha producido en estos pacientes dentro del año y medio en 10 casos (9%); dentro de dos años en 5 casos (4 %) y dentro de 3 años un solo caso aproximadamente el 1 %.

Con respecto a las indicaciones operatorias, tomando en cuenta las dos principales, a saber: pérdida hemática y el prolapso de los paquetes, tenemos lo siguiente:

- a. Por pérdida hemática principalmente 27 casos (23%).
- b. Por prolapso de los paquetes principalmente 79 casos (68%).
- c. Por ambas indicaciones 10 casos (9%).

Todos los pacientes han sido operados en posición de litotomía, a excepción de 2 casos que lo fueron en decúbito prono. La posición de litotomía ofrece mayor comodidad al paciente, al cirujano y al anestesista.

Con respecto al tipo de anestesia empleada en los 116 pacientes ha sido el siguiente:

Caudal 79 casos (68 %); raquídea baja 26 casos (22 %); general, empleada como complemento cuando la caudal no "prendió" satisfactoriamente, 8 casos (7 %); general 3 casos (3 % aproximadamente).

Es interesante anotar que el dolor post-operatorio ha disminuído en forma definida, comparado con otros tipos de hemorroidectomía. El uso de la Morfina y del Demerol se ha vuelto excepcional. Según el número de analgésico inyectable (pirazolona; antalgina, etc.), se puede considerar los siguientes grupos:

Sin dolor, 5 casos (4 %), no ha recibido ningún analgésico; con dolor discreto, 51 casos (44 %), ha recibido 1-2 ampollas analgésicas; con dolor moderado, 56 casos (48 %), ha recibido 3-4 ampollas analgésicas; con dolor intenso, 4 casos (4 % aproximadamente), ha recibido más de 4 ampollas, incluyendo Morfina y Demerol.

Con respecto a la hemorragia post-operatoria, complicación importante en estas operaciones, se tiene: Hemorragia de pedículo, es decir, cuando se ha soltado o salido la ligadura, 3 casos (2 % aproximadamente); hemorragia en capa de la zona cruenta pero no del pedículo, 5 casos (4 %). Estos casos se presentaron entre los primeros de la serie, cuando la doble ligadura de los paquetes disecados y la aplicación de la venda "T" no se hacía en forma sistemática.

En esta serie no hay mortalidad relacionada con la hemorroidectomía.

La retención urinaria no es rara en este tipo de operaciones. Tanto por la anestesia raquídea, como por el tapón en el recto. Ha tenido importancia en 15 casos 12 %, de los cuales se efectuó cateterismo vesical en 14 casos. Hay que mencionar que algunos cateterismos han podido ser evitados. Tal como se hace en la actualidad, arrodillando o levantando al paciente.

Los pacientes sometidos a hemorroidectomía han salido de alta del Servicio entre el 3er. y 12avo. días del post-operatorio, con un promedio de 5 días de permanencia hospitalaria.

Los pacientes han sido controlados en el Consultorio Externo de Cirugía General, desde el alta del Servicio, hasta el regreso al trabajo; con un promedio de 3 visitas al consultorio.

El control post-operatorio en el Consultorio Externo, antes del regreso al trabajo reveló:

- a) Muy buena evolución, prácticamente sin molestias 81 casos (70 %).
 b) Con molestias, por las siguientes causas:

Sangre y dolor discreto	8 casos
Retardo de cicatrización	5 casos
Granuloma de la herida operatoria	12 casos
Tags cutáneos	6 casos
Estenosis parcial	3 casos
Papilas anales hipertrofiadas	1 caso

Varios de estos casos hacen ver que algunas lesiones asociadas como tags cutáneos y papilas anales hipertrofiadas no fueron extirpadas durante la operación. El resto de complicaciones fueron moderadas y quedaron resueltas en poco tiempo. De esa lista de morbilidad post-operatoria tenemos que fueron resueltos en el Consultorio Externo todos los casos, menos los de tags y papilas hipertrofiadas (7 casos). La aplicación de lápiz de nitrato de plata (NO_3Ag) es muy útil para los granulomas.

Los pacientes se han reincorporado a sus labores entre las 2 semanas y las 10 semanas de operados, con un promedio de 4 semanas.

Se ha citado para la entrevista y control del resultado alejado a un grupo de 50 pacientes, no seleccionados. Se ha interrogado sobre la evolución desde el día del alta hasta la entrevista y se ha examinado minuciosamente a cada uno de ellos, incluyendo la proctoscopia.

Se ha interrogado sobre los siguientes puntos:

Presencia de sangre con las deposiciones, 4 pacientes (en forma ocasional); prolapso hemorroidal, 1 paciente; dolor con las deposiciones, 4 pacientes; heces acintadas, 9 pacientes, de los cuales 4 tenían estenosis moderada objetivable y 5 sin estenosis, sino espasmo esfinteriano.

El resto de los pacientes no presentó molestias desde el alta hasta el control, habiendo transcurrido 3 años 8 meses como mayor lapso y 7 meses como menor lapso, con un promedio de 2 años para estos 50 pacientes.

En este grupo hay 5 pacientes con estreñimiento que ha persistido después de la operación. Algunos usan laxantes en forma habitual (10 %).

Al examinar a cada uno de estos pacientes se ha tenido los siguientes resultados:

Cicatrices operatorias blandas y planas	50 casos
Tags cutáneos	18 casos
Tacto rectal sin dificultad	50 casos
Dolor al tacto rectal (espasmo esfinteriano)	5 casos
Estenosis al tacto y proctoscopia	4 casos
Paquetes hemorroidales residuales	3 casos
Papilas anales hipertrofiadas	3 casos
Fisura anal (cicatrizadas irregularmente)	2 casos

Con respecto a los tags cutáneos su presencia se debe a no haber sido extirpados durante la operación; no ocasionan dolor, pero pueden dar lugar a prurito.

La estenosis no ha constituido un problema de importancia, ya que se ha presentado en 4 casos, los que se han beneficiado con dilatación digital y proctoscópica. Ninguno ha requerido reoperación.

Las papilas anales hipertrofiadas pueden haber sido dejadas durante la operación o también haberse desarrollado después. Ha habido 3 casos en los 50 pacientes controlados.

Los paquetes residuales que se han podido observar, no han sido los principales, a saber: lateral izquierdo, posterior derecho y anterior derecho; sino que se ha tratado de los paquetes secundarios o subsidiarios, sobre todo dependientes del pedículo lateral izquierdo. Ha habido 3 casos; en ello posiblemente ha influido una ligadura colocada por debajo del nivel requerido durante la operación.

Además de estos pacientes, se ha entrevistado en sus domicilios a otros 40 pacientes que han sido interrogados y no refieren molestias; pero no han acudido al control para examinarlos por no perder su jornal dominical y otros beneficios sociales cuando se sentían bien y sin necesidad de atención.