

**HEMORROIDECTOMIA:  
TECNICA DE CIRUGIA ANO-RECTAL INTEGRADA (CARI).  
ESTUDIO DE 100 CASOS CONSECUTIVOS EN LA CLINICA DR. ABEL GONZALEZ,  
EN EL AÑO 1989**

\* Dr. Amable Gerdo Ceballos  
\* Dra. Elsa Maritza Peña Lara  
\* Dr. Luis María Peña Lara  
\* Dr. José Antonio Núñez Liriano

#### RESUMEN

Se presenta un estudio prospectivo de 100 casos consecutivos de hemorroidectomías realizadas por la Técnica Cirugía Anorrectal Integrada (CARI), por un mismo cirujano, en el año 1989. La edad de los pacientes osciló entre 18 y 63 años, con un promedio de 38.3 años, presentando un ligero predominio del sexo masculino (54%) de los casos. El tiempo quirúrgico empleado fue en promedio de 40 minutos y el tiempo de hospitalización en el 76% de los casos fue de dos días. No se presentaron complicaciones y el uso de antibióticos fue mínimo.

#### SUMMARY

A prospective study of 100 consecutive hemorrhoidectomy cases done by the Anorrectal Integrated Surgery Technich (CARI) by the same surgeon in the year 1989, is presented. The age of the patients oscillated between 18 and 63 years with an average of 38.3 years, presenting a slight prevalence of the masculine sex (54%) of the cases. The average surgical time needed was 40 minutes and the hospitalization time in 76% of the cases was 2 days. Complications did not present and the use of antibiotics was minimal.

#### INTRODUCCION

La enfermedad hemorroidal es la patología más común de la región ano-rectal; tradicionalmente se define como dilatación de los plexos venosos que protruyen dentro del canal anal y causan sangrado y prolapso de la mucosa.

Este tipo de patología afecta generalmente a adultos jóvenes, vinculando este hecho a la mayor actividad en esta etapa de la vida, donde están presentes con mayor intensidad los factores predisponentes de la misma, como son:

la ingestión de sustancias irritantes (alcohol, alimentos muy condimentados, etc.), pero también puede presentars en niños y ancianos.<sup>1</sup> Su etiología era algo oscura y se asociaba con el estreñimiento producido por el tipo de alimentación y las limitaciones físicas impuestas por la vida moderna, pero hoy día se considera que la etiología de la enfermedad hemorroidal tiene estrecha relación con la infección cripto-glandular. Las manifestaciones clínicas van desde el simple prurito hasta el sangrado franco.<sup>2-9</sup> (Figura A).

El tratamiento conservador puede aliviar la sintomatología clínica de la enfermedad hemorroidal durante un tiempo más o menos prolongado, pero en sentido general el tratamiento definitivo es quirúrgico. El objetivo de la intervención debe ser el de eliminar todo el tejido

(\*) Del Departamento de Cirugía de la Clínica Dr. Abel González, Avenida Independencia No.101, Santo Domingo, R.D.



vascular de las hemorroides en la submucosa y corregir las deformidades producidas por el prolapso de la mucosa.<sup>3</sup>

Las estadísticas nacionales con respecto a esta patología son muy escasas, por no decir nulas, además de que nuestras escuelas de residencias quirúrgicas no enfatizan el manejo de técnicas proctológicas adecuadas; incluso minimizan estos trastornos hasta el punto que le rehuyen a esta cirugía y el último médico en llegar al servicio es quien tiene que realizarla. Todas estas razones motivan sobremanera la realización de esta investigación, donde se resalta el tratamiento quirúrgico de las hemorroides.

## OBJETIVO

1. Presentar las ventajas que ofrece la hemorroidectomía bajo la técnica de cirugía ano-rectal integrada (CARI) durante el trans y post-operatorio inmediato.

## MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 100 casos consecutivos de hemorroidectomías realizadas por un mismo cirujano bajo la técnica de Cirugía Ano-Rectal Integrada (CARI); para dicho estudio se elaboró un formulario donde se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, síntomas de presentación, tipo de anestesia aplicada, tiempo quirúrgico, antibioterapia y analgésicos empleados, complicaciones, tiempo de hospitalización y dieta en el post-quirúrgico inmediato. Este estudio fue realizado en pacientes del servicio de proctología de la clínica Dr. Abel González durante el año 1989.

## TECNICA QUIRURGICA

### PRE-OPERATORIO

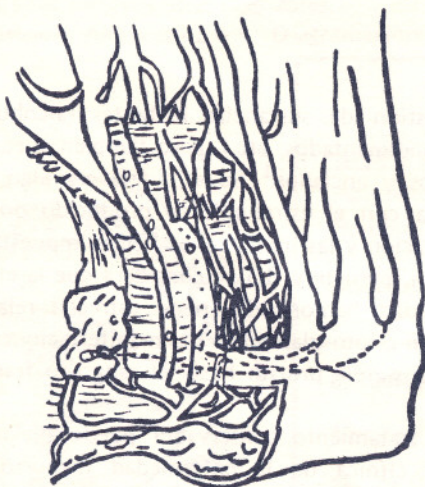


FIGURA A. Vías de infección cripto-glandular.

Se aplican dos enemas, doce y cuatro horas antes de la intervención quirúrgica, con el paciente en ayunas por lo menos seis horas antes de la cirugía. No se recomienda rasurar el área quirúrgica.

La premedicación preoperatoria se realiza administrando demerol 0.50mg y una ampolla de 2mg de atropina. La anestesia de elección es la peridural.

## OPERACION

Se coloca al paciente en posición decúbito prono, colocando un rolo debajo de la pelvis y otro debajo de las piernas (facilita el abordaje del recto). En mujeres embarazadas y personas muy obesas se prefiere la posición decúbito lateral izquierda con piernas semiflexionadas. Nunca se usa la posición ginecológica (litotomía).

Se realiza antisepsia cuidadosa del periné. Previa dilatación del ano, introduciendo el espéculo de Prats, se hace lavado de ampolla rectal con solución de mercurio cromo al 1/1000. Luego se verifican todas las criptas en la línea pectinada (para ver si hay algún seno anal o alguna cripta perforada). Se visualiza el paquete hemorroidal de mayor tamaño.

A una distancia de 4-5cm por encima de línea pectinada se da un punto de sutura con hilo de ácido poliglicólico 3-0 con aguja T-5. Tomando pinza de disección rusa y un bisturí con hoja No.15 se hace incisión elíptica o en gota invertida (Fig. ByC) que desciende oblicuamente desde el punto inicial hasta línea pectinada, la cual se completa con otra incisión oblicua que viene a terminar del otro lado en línea pectinada. Luego con tijera de Mesembaun se corta el triángulo que contiene mucosa,

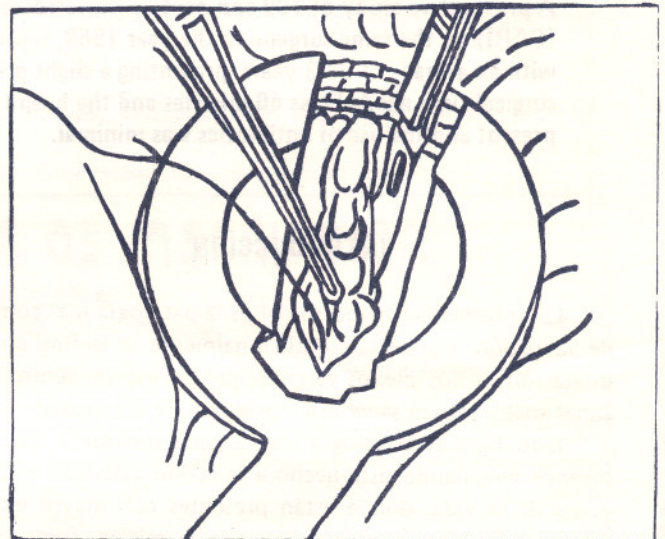


FIGURA B. Punto de sutura 4-5cm por encima de la línea pectinada. Incisión elíptica o en gota invertida hasta línea pectinada.



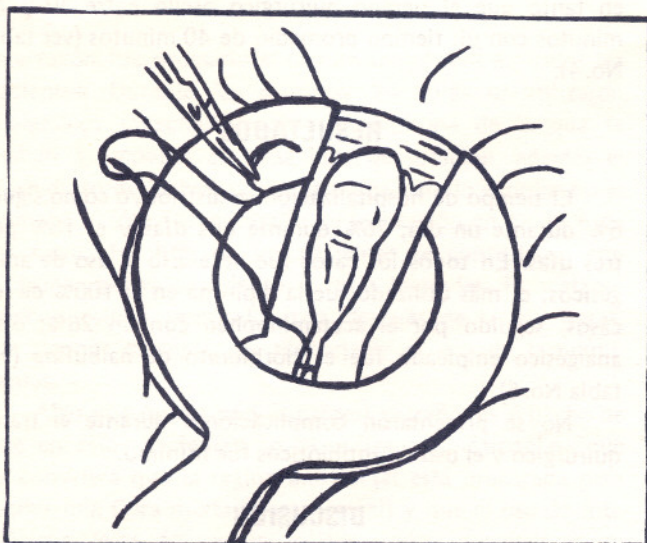


FIGURA C. Con tijera Mesembaun se corta triángulo que contiene mucosa, submucosa y plexos hemorroidales.

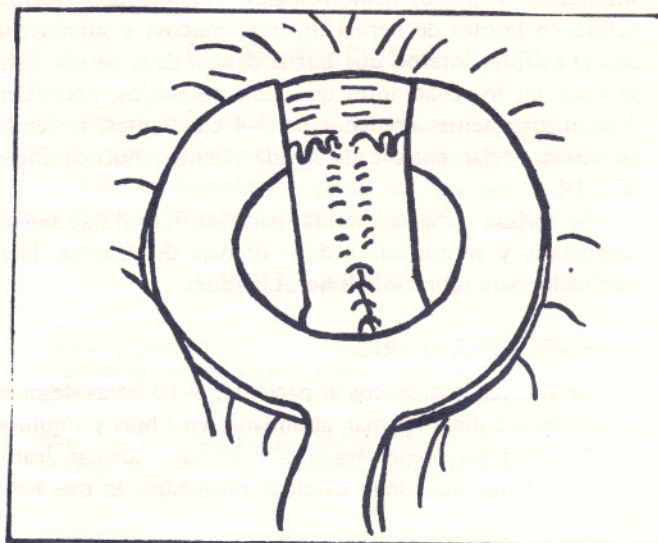


FIGURA D. Se suturan bordes de herida uniendo mucosa y submucosa con el esfínter interno que queda debajo de la herida, dejando entre cada herida puentes mucocutáneos.

Tabla No.1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACUERDO A GRUPOS DE EDADES

Grupos de Edades	Frecuencia	Tasa
10 - 20	4	4%
21 - 30	33	33%
31 - 40	31	31%
41 - 50	16	16%
51 - 60	12	12%
61 - 70	4	4%
<b>TOTALES</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Tabla No.2

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACUERDO AL SEXO

Sexo	No. de Casos	Tasa
Masculino	54	54%
Femenino	46	46%
<b>TOTALES</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Tabla No.3

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LOS SINTOMAS DE PRESENTACION

Síntomas de Presentación	No. de Casos	Tasa
Dolor/Rectorragia/Protrusión	38	38%
Dolor/Rectorragia	30	30%
Dolor/Protrusión	22	22%
Dolor	10	10%
<b>TOTALES</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Tabla No.4

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACUERDO AL TIEMPO QUIRURGICO EMPLEADO

Tiempo Quirúrgico en Minutos	No. de Casos	Tasa
30 - 45	38	38%
46 - 60	46	46%
61 - 75	16	16%
<b>TOTALES</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>



submucosa y plexos hemorroidales. Finalmente se realiza sutura en bordes de herida uniendo mucosa y submucosa con el esfínter interno que queda debajo de la herida. Esto se hace en los cuadrantes que sean necesarios, necesiándose regularmente alrededor de 3-4 cuadrantes, teniendo en cuenta dejar entre cada herida puentes mucocutáneos (Fig. D).

Se revisan todas las heridas para verificar si hay buena hemostasis y se procede a dejar drenaje de penrose, bien lubricado, para retirarlo seis horas después.

#### POST-OPERATORIO

Se indican analgésicos al paciente; 8-10 horas después se administra dieta normal, abundante en fibras y líquidos (8-10 vasos) para tener evacuación blanda. Además deambulación temprana; debe caminar promedio de tres Km/día.

Se recomiendan baños de asiento con agua tibia por diez minutos cada dos horas.

48 horas después de la cirugía se recomienda sentarse en sillas duras y en ángulo recto (no usar almohadillas) y evacuar diariamente una vez al día; si no lo logra se aplica enema de solución jabonosa con 1,000 a 2,000 cc de agua.

#### MATERIAL

Se estudiaron prospectivamente 100 casos de hemorroides.

Las edades de los pacientes estudiados oscilaron entre 18 y 63 años con un promedio de 38.3 años. En cuanto al sexo hubo un 54% para el masculino y un 46% para el femenino (ver tablas No.1 y No.2).

Todos presentaron sintomatologías: el dolor estuvo presente en el 100% de los casos, la rectorragia en el 68% y la protrusión en el 60%. Los tres combinados estuvieron presentes en el 38% de los casos (ver tabla No.3).

El tipo de anestesia empleada fue la raquídea en el 100% de los casos (94% sub-aracnoidea y 6% peridural),

en tanto que el tiempo quirúrgico osciló entre 30 y 75 minutos con un tiempo promedio de 40 minutos (ver tabla No.4).

#### RESULTADOS

El tiempo de hospitalización se distribuyó como sigue: 6% durante un día; 76% durante dos días y el 18% por tres días. En todos los casos fue necesario el uso de analgésicos; el más utilizado fue la dipirona en el 100% de los casos, seguido por el acetaminophen con un 26%; otro analgésico empleado fue el clorhidrato de nalbufina (ver tabla No.6).

No se presentaron complicaciones durante el transquirúrgico y el uso de antibióticos fue mínimo.

#### DISCUSION

Como se había señalado anteriormente, la enfermedad hemorroidal se presenta mayormente en adultos jóvenes,<sup>1</sup> hecho que queda evidenciado en nuestra investigación, donde la edad de los pacientes estuvo bordeando los 38 años. En cuanto al sexo se evidencia un ligero predominio del sexo masculino sobre el femenino; en sentido general estas diferencias son mayores, situación que podría explicarse por el mayor uso de sustancias irritantes (alcohol, comidas picantes, etc.) por parte de los hombres.

El tiempo quirúrgico empleado para realizar esta cirugía fue relativamente corto, encontrándose que un 84% necesitó un tiempo menor o igual a una hora; esto unido a la juventud y movilización temprana del paciente, más una dieta adecuada (rica en residuos y abundantes líquidos), redonda notablemente en la producción de un postquirúrgico benigno, lo que hizo que el tiempo de hospitalización fuera breve y sin aparatoidades.

Una particularidad de este tipo de cirugía lo constituye el hecho de que el área en que se realiza es muy sensible, por lo que resulta muy dolorosa, no importando la posición que adopte el paciente, incluso teme evacuar; por

Tabla No.5

#### TIEMPO DE HOSPITALIZACION DESPUES DE REALIZADA LA CIRUGIA

Tiempo de Hospitalización en Días	No. de Casos	Tasa
1	6	6%
2	76	76%
3	18	18%
<b>TOTALES</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Tabla No.6

#### ANALGESICOS EMPLEADOS EN EL POST-QUIRURGICO INMEDIATO

Analgésicos Empleados	No. de Casos	Tasa
Dipirona	44	44%
Dipirona/Clorhid. de Nalbufina	10	10%
Dipirona/Acetaminophen	46	46%
<b>TOTALES</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>



esta razón fue necesario el uso de analgésicos en todos los pacientes. Durante las primeras 24 horas se utilizaron analgésicos inyectables como la dipirona de la que se usaban 3 ampollas en cada litro de solución, además el clorhidrato de nalbufina que se usaba cuando el dolor no se calmaba y sólo fue necesario su utilización en un 10% de los casos. El 90% de los pacientes se controlaron con dipirona, baños de asiento y curas húmedas. El acetaminophen estuvo reservado para después de las 48 horas. En algunos pacientes es aconsejable el uso de tranquilizantes.

Algo que quizás podría parecer extraño, es el hecho de que en estos pacientes no se utiliza antibióticos, porque se considera que la región ano-rectal está preparada para recibir una flora mixta (flora normal) y que el uso de antibióticos, lejos de ayudar, lo que podría producir es un desequilibrio, produciendo la proliferación de gérmenes oportunistas; en este caso sí se produciría una infección.

### CONCLUSIONES

1. La enfermedad hemorroidal es más frecuente en adultos jóvenes.
2. El tiempo empleado para realizar el procedimiento quirúrgico mediante la técnica de CARI es relativamente corto.
3. El período de hospitalización también es relativamente corto.
4. Casi siempre es necesario el uso de analgésicos en el post-quirúrgico inmediato.
5. El uso de antibióticos no es necesario en esta cirugía.

### RECOMENDACIONES

1. Que se enfatice más en las residencias quirúrgicas sobre el manejo correcto de las técnicas proctológicas.
2. Que el tratamiento quirúrgico no sea retardado demasiado si ya el tratamiento médico ha fracasado.

### BIBLIOGRAFIA

1. Hequera, Jorge A., y col.: "Aspectos etiopatogénicos de la enfermedad hemorroidal". Prensa Méd. Argent. 71: 644, 1984.
2. Hiltunen, Kari; Matikainen, Martti, M.D.: "Anal manometric findings in symptomatic hemorrhoids". Dis Colon, Rectum 1985; 28: 807-809.
3. Davis-Christopher: "Tratado de patología quirúrgica", tomo I, undécima edición. Nueva Editorial Interamericana, Pág. 1112-1113.
4. Bosisio, Osvaldo; Romero Montés, Juan, y Gómez, Carlos: "Hemorroides en corona. Combinación de técnicas para su solución quirúrgica". Prensa Méd. Argent. Vol.73 No.11, 1986.
5. Martini, Ronald y col.: "Hemoroidectomía. Técnica cerrada". Prensa Méd. Argent. 72: 423, 1985.
6. Arabi y Alexander, Willian J.; Keighley, Mr.: "Anal pressures in hemorrhoids and anal fissure". AM; J. Surg. 1977; 134: 608-10.
7. Haas, P.A.; Fox Ta Jr., Haas GP: "The pathogenesis of hemorrhoids". Dis. Colon, Rectum 1984; 27:442-50.
8. Santangelo, H.D. y col.: "Hemorroides. Tratamiento quirúrgico". Prensa Méd. Argent. 73: 508, 1986.