



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



OR-236 - ESCLEROSIS HEMORROIDAL COMO ALTERNATIVA REAL A LA HEMORROIDECTOMÍA. ¿DEBERÍAMOS REPLANTEAR LOS ANTIGUOS ALGORITMOS?

Ibáñez, Noelia; Abrisqueta, Jesús; Alcaraz, Angela; Hernández, Quiteria; Gil, Elena; Montoya, Mariano J.; Gil, Jose; Ramírez, Pablo

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción: La patología hemorroidal constituye uno de los principales motivos de consulta en Coloproctología. Los algoritmos de tratamiento vigentes se basan en la clasificación de Goligher (1980), que únicamente valora el prolapso. Según estos, la hemorroidectomía sigue siendo la técnica *gold estándar* a pesar de sus múltiples inconvenientes (anestesia locorregional, riesgo de incontinencia, estenosis y sangrado, dolor posoperatorio, baja laboral...). Sin embargo, el prolapso no es siempre el único ni principal síntoma, y existen técnicas menos agresivas, como la esclerosis hemorroidal, que ofrecen buenos resultados a pesar de estar restringidas para los grados más leves (I-II).

Métodos: Se ha analizado una cohorte prospectiva de pacientes atendidos en la consulta de Coloproctología de nuestro centro desde enero 2017 hasta marzo 2021 a los que se les ha realizado una esclerosis hemorroidal mediante 2 ampollas de etoxiesclerol de forma ambulatoria. Se han excluido pacientes embarazadas, con otros tratamientos o con patología concomitante que impidiese la realización de la técnica. Se han recogido datos demográficos, intensidad de los síntomas basales y evolución de los mismos tras los procedimientos, número de sesiones necesarias y se ha evaluado la seguridad de la técnica con las complicaciones. Se ha considerado fracaso de la técnica la necesidad de cirugía.

Resultados: De 524 pacientes, tras aplicar los criterios de inclusión/exclusión se analizaron 398 pacientes (204 hombres/194 mujeres), con una edad media $50,5 \pm 13,7$ [21-90] años. El principal motivo de consulta fue el sangrado (59,3%, $n = 236$) seguido del prolapso (30,7%, $n = 122$), picor (9%, $n = 36$) y dolor (1%, $n = 4$). Tras la primera sesión, se objetivó una mejoría de todos los síntomas con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0001$). Un 62,6% de los pacientes quedó asintomático ($n = 249$) tras la primera sesión. El 75,1% ($n = 299$) refirió mejoría del sangrado con solo una sesión y el 60,1% ($n = 239$) del prolapso. Con una sesión, se consiguió una reducción del número de pacientes con prolapso grado III-IV del 37% al 5,3%. También se objetivaron diferencias significativas para el sangrado ($p < 0,0001$), prolapso ($p < 0,0001$), dolor ($p < 0,005$) y prurito ($p < 0,004$) en aquellos pacientes que se sometieron a 2 sesiones ($n = 141$). Tras la tercera sesión ($n = 27$), solo se objetivó mejoría en sangrado ($p < 0,0001$). La intensidad del sangrado fue el único factor estadísticamente significativo determinante del número de sesiones de escleroterapia (p

= 0,007). 15 pacientes (3,76%) presentaron complicaciones, todas ellas de carácter leve y ningún paciente requirió ingreso ni baja laboral. No se han registrado casos de estenosis anal o incontinencia fecal. Se produjo un fracaso de la técnica en 16 pacientes (4%) que requirieron cirugía, sin embargo, si hubiésemos seguido las indicaciones de las guías estrictamente, se habrían intervenido todos los pacientes con prolapso grado III-IV (36,1%) por lo que la escleroterapia ha conseguido disminuir el número de pacientes que requirieron cirugía.

Conclusiones: Son necesarios nuevos sistemas de clasificación que reflejen la complejidad de los síntomas de la patología hemorroidal y que nos permitan actualizar los algoritmos terapéuticos. La escleroterapia puede ser una alternativa segura y eficaz a la cirugía ahorrando hospitalización, baja laboral y riesgos derivados de la esta independientemente del grado de prolapso.