

## Anopexia grapada. ¿Un antes y un después en el tratamiento de las hemorroides prolapsadas?

Es una obviedad que la cirugía de la enfermedad hemorroidal ha estado siempre marcada por el temor al dolor postoperatorio. Desde que Edward Milligan y Clifford Naunton Morgan, en el hospital de San Marcos de Londres en 1937<sup>1</sup>, describieron la ligadura y escisión (Milligan-Morgan), los cirujanos disponemos de una técnica segura y fiable para la curación de esta enfermedad, aunque a costa de un dolor postoperatorio no despreciable. Esto es conocido tanto por médicos como por pacientes, que temen esta reputación de la intervención, aunque pueda efectuarse incluso en régimen de cirugía "de día". Esto ha supuesto múltiples abordajes y opciones médicas para su prevención y tratamiento, incluyendo desde una amplia gama de analgésicos al uso de antibióticos<sup>2</sup>.

Se han descrito algunas modificaciones técnicas, como la de Ferguson<sup>3</sup>, de amplia raigambre en los EE.UU., que aducen, entre otras, la ventaja de un menor dolor postoperatorio. Numerosos estudios prospectivos y aleatorios se han efectuado en este sentido con resultados contradictorios<sup>4</sup>. Lo mismo ha ocurrido al comparar la disección con diatermia y tijeras<sup>5</sup> o al efectuar gestos añadido como la esfinterotomía lateral interna, que ha demostrado incluso ser de riesgo para la continencia futura del paciente<sup>6</sup>.

Por otra parte, los propios cirujanos del hospital londinense en que se describió la técnica de ligadura y escisión, han eliminado la ligadura del pedículo, con el empleo de diatermia, también con objeto de reducir este síntoma. Otra modificación técnica con mayor difusión social que científica, ha sido el empleo del láser, del que no hay estudios concluyentes que presenten sus ventajas, aunque se haya hecho excesiva propaganda del mismo guiada probablemente por intereses comerciales<sup>7</sup>.

Finalmente, han emergido al escenario quirúrgico en los últimos años, opciones como el empleo del bisturí armónico, el sellador de vasos o la desarterialización hemorroidal transanal guiada por Doppler, sobre los que aún no existen estudios controlados suficientes como para apoyar su uso<sup>8-10</sup>.

Sin embargo, Longo<sup>11</sup> describe recientemente una técnica con un fundamento fisiopatológico distinto, según el cual, y siguiendo las ya clásicas teorías de Thomson<sup>12</sup>, las hemorroides son resultado de la degeneración del tejido de sostén de la mucosa anal y de los cojinetes hemorroidales. Se basa en que la hemorroidectomía no es una operación fisiológica, y presenta en sociedad a la

anopexia grapada como una intervención que restaura la alteración anatomofisiológica en el conducto anal, corrigiendo el prolapso, mejorando el retorno venoso, reduciendo el flujo arterial al espacio subepitelial (este aspecto es controvertido)<sup>13</sup>, y todo ello sin alterar la sensibilidad del anodermo. Por ende, esto debe producir lógicamente menor dolor postoperatorio y una pronta vuelta a la actividad. Le cabe, además, el honor de haber sido capaz de convencer a una potente multinacional del diseño de una grapadora circular específica y haber supuesto un *hit* sin precedentes en la cirugía de esta clásica y denostada enfermedad. ¿Qué cirujano, con experiencia en el problema, no incluiría en su armamentario una técnica así? ¿Qué paciente no la solicitaría?

Pero el advenimiento de esta nueva técnica quirúrgica tan atractiva no ha simplificado la polémica, sino que ha contribuido a ampliarla. De hecho, la primera confusión puede ser la semántica. No se trata de una hemorroidectomía con grapadora (*stapled hemorrhoidectomy*), sino de una anopexia que no extirpa las hemorroides sino que las restaura en una posición adecuada en el conducto anal<sup>14</sup>. Hasta ocho denominaciones distintas se recogen en la bibliografía. Esto no es banal, sino que indica que sigue habiendo poca claridad en lo que respecta a su mecanismo de acción. Las comparaciones se han efectuado entre esta técnica y la hemorroidectomía con alguna variante, y ello en términos de dolor postoperatorio, tiempo de estancia y de recuperación, y resultados a largo plazo. Se han efectuado para ello una gran cantidad de estudios comparativos, uni o multicéntricos, no siempre bien diseñados, y en ocasiones estimulados por presiones comerciales.

Un problema de partida en estos estudios puede ser la propia indicación de la técnica, generosa para Longo, que incluye a pacientes de grados II, III y IV y que no está clara en algunos de los ensayos publicados. Si aceptamos que el tratamiento no quirúrgico, fundamentalmente con el empleo de bandas elásticas es adecuado para el tratamiento de hemorroides de grado I y II, y muchas de grado III; sin duda una anopexia grapada sería una indicación por exceso (más costes, riesgo de morbilidad, etc.), mientras que en los pacientes con prolapso irreductible grado IV y fundamentalmente aquellos pacientes con componente fibrótico externo que no resuelve la intervención, sería una mala indicación por defecto. Un reciente estudio prospectivo aleatorio de anopexia frente a ligadura elástica demuestra que hay más moles-

tias con la primera, si bien menos tasa de recidiva sintomática<sup>15</sup>. Ello es acorde con un clásico metaanálisis de 18 estudios prospectivos aleatorios de hemorroidectomía clásica frente a *banding* que demuestran mejores resultados con la cirugía, si bien con más complicaciones y dolor<sup>16</sup>. Así, se podría concluir que la ligadura elástica sería la primera alternativa terapéutica ante hemorroides prolapsadas reducibles. ¿Cuántos cirujanos en España han ignorado esta técnica?

Respecto al dolor, varios ensayos aleatorios, comprobaron ya inicialmente su disminución postoperatoria con la anopexia<sup>17,18</sup> a pesar de existir un 18% de pacientes con dolor intenso que requería opiáceos. Sin embargo, un artículo refirió una tasa inaceptable de dolor persistente y urgencia evacuatoria en el 31% de pacientes<sup>19</sup>. Esto no se ha comprobado en otras series y la bibliografía es bastante unánime en que presenta ventajas en este sentido. Evidentemente, la altura adecuada de la línea de grapas puede ser un factor determinante, dado que en las recomendaciones técnicas de diferentes autores, se indica efectuar la bolsa de tabaco rectal ¡de 1,5 a 6 cm sobre la línea dentada!

Respecto a las complicaciones postoperatorias, se han descrito algunas intensas aunque afortunadamente raras, tales como sepsis retroperitoneal, gangrena de Fournier o fístulas complejas. La hemorragia postoperatoria es un problema más frecuente, aunque no mayor que con hemorroidectomía, pero evidentemente todas las complicaciones disminuyen con la curva de aprendizaje y la atención a detalles técnicos y de selección de pacientes básicos<sup>20-22</sup>.

La presencia de músculo en el estudio anatomopatológico de las piezas remitidas ha sido otro problema referido, que probablemente es más conceptual que real, siempre y cuando la sutura se efectúe a una distancia adecuada de la línea pectínea, donde no existe esfínter anal interno propiamente dicho. De hecho, tanto las puntuaciones de incontinencia anal, como las valoraciones manométricas y endosonográficas no difieren de las que se obtienen con técnicas clásicas<sup>23</sup>. Sin embargo, hay que aprender gestos técnicos, como no incluir músculo en la bolsa de tabaco, efectuar una dilatación anal suave o incluso emplear un retractor anal diferente<sup>24</sup>, con objeto de reducir los riesgos de incontinencia postoperatoria. No hay que olvidar tampoco que, en una hemorroidectomía clásica con cualquiera de las técnicas existentes, o incluso con cualquiera de las otras novedades de que disponemos hoy día (sellador de vasos, bisturí ultrasónico, etc.), es preciso también respetar estructuras como el esfínter anal interno, fácilmente lesionable si no se identifica, o dejar unos puentes cutaneomucosos adecuados, ya que el disponer de un instrumento novedoso no supone una patente de corso para actuar fuera de los principios básicos de la cirugía.

Evidentemente, los gestos y habilidades técnicas son necesarios para obtener un buen resultado. Así, es fundamental reducir el componente externo hemorroidal antes de comenzar la sutura. También puede suponer una dificultad, la obtención de un anillo circunferencial uniforme de mucosa, y en ocasiones se extirpa un rodete asimétrico o incompleto que puede conducir a una recidiva temprana o persistencia del proceso. Esto se puede mini-

mizar con unos puntos tractores verticales en la línea de sutura en bolsa que ayudan a introducir uniformemente el tejido en la grapadora. Esta modificación técnica que aprendimos hace años de un cirujano balear (Dr. Ruiz), ha sido recientemente publicada por otro grupo<sup>25</sup>.

Finalmente, se dispone sólo de resultados a medio plazo, y queda, pues, la incógnita de posibles recidivas tardías de la enfermedad aun cuando, de momento, los visos existentes son de que se trata de una buena técnica en este sentido; el grado de satisfacción de los pacientes es igual al año que tras hemorroidectomía convencional, y entre el 5 y el 7% precisan algún procedimiento adicional como ligaduras elásticas o exéresis de algún paquete residual<sup>26-28</sup>. En el presente número de CIRUGÍA ESPAÑOLA, Escribano et al<sup>29</sup> efectúan un estudio prospectivo aleatorizado frente a la hemorroidectomía de Milligan-Morgan, observando una tasa de satisfacción bastante superior en los pacientes sometidos a anopexia y mejor recuperación posquirúrgica. Hay que tener en cuenta que las técnicas clásicas tampoco suponen una curación completa y definitiva de todos los síntomas: el seguimiento de un grupo muy numeroso de pacientes tras hemorroidectomía cerrada puso de manifiesto que el 72% estaba asintomático a 5 años y el resto presentaba básicamente prurito, con un 7% de sangrado y un 4% de dolor<sup>31</sup>.

Así, ¿dónde nos encontramos en la actualidad? La evidencia es bastante clara en algunos términos: se trata de una técnica segura, que proporciona unos índices de curación satisfactorios, escasas complicaciones si se atiende a detalles técnicos, y pronta recuperación (otra cosa sería la valoración de la vuelta al trabajo en un modelo de sanidad como el nuestro). Es una técnica que reduce el dolor postoperatorio, si bien no lo elimina, y que proporciona, al menos a medio plazo (no se dispone lógicamente de estudios de seguimiento prolongado), resultados similares a otras intervenciones, y en este sentido no parecen vislumbrarse cambios.

¿Cuál es el problema entonces?: a mi juicio, la selección de pacientes. Hay que recordar que la enfermedad hemorroidal es buena muestra de un proceso que puede ser tratado en distintas fases, con distintos métodos muy variados y que oscilan de la simple corrección de hábitos higienicodietéticos a la cirugía, pasando por una amplia gama de tratamientos médicos y técnicas ambulatorias muy eficaces. Por desgracia, en España, aún son muchos los cirujanos que indican una intervención quirúrgica ante hemorroides en grados iniciales aludiendo habitualmente masificación asistencial, o desconocimiento práctico, obviando métodos igualmente resolutivos, con menos problemas y costes, y que se pueden efectuar en escasos minutos en la consulta. Las nuevas generaciones de cirujanos con interés en coloproctología deben inexcusablemente formarse en estas técnicas.

Los promotores de la anopexia grapada han tenido la virtud de poner en mente de muchos cirujanos un concepto patogénico aceptado por los coloproctólogos desde hace muchos años y aplicado a la práctica desde hace aún más (la ligadura elástica es prácticamente idéntica en su filosofía a la técnica que estamos valorando ahora). Resultaría, pues, extraño descubrir y apuntarse rápidamente a una técnica tan novedosa despreciando en la práctica algo tan básico, simple y de tanta

utilidad como colocar unos aros de goma por encima del tejido hemorroidal. El hecho de disponer de un nuevo recurso técnico no implica que sea la panacea para todos los pacientes y no debe hacer que se disparen las indicaciones, aun cuando prometa ser un muy buen procedimiento.

Toda nueva técnica debe ser valorada con pensamiento crítico. Posiblemente un buen punto de partida para indicarla serían los pacientes con hemorroides de grado III no susceptibles o con fracaso de ligadura elástica, los que presentan hemorroides circunferenciales y prolapso mucoso y los que padecen hemorroides de grado IV con componente externo no fibrótico. Pero esto es una apreciación personal, y hoy día la medicina debe basarse en la evidencia científica. Esperemos, pues, sus conclusiones. De momento, bienvenida sea esta técnica.

**José Vicente Roig Vila**

Jefe de Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Sagunto. Board Europeo en Coloproctología (EBSQC). España.

## Bibliografía

1. Milligan ET, Morgan CN, Jones LE, Officer R. Surgical anatomy of the anal canal, and the operative treatment of haemorrhoids. *Lancet* 1937;2:1119-24.
2. Carapeti EA, Kamm MA, McDonald PJ, Phillips RK. Double-blind randomized controlled trial of effect of metronidazole on pain after day-case haemorrhoidectomy. *Lancet* 1998;351:169-72.
3. Ferguson JA, Heaton JR. Closed hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 1959;2:176-9.
4. Arbmán G, Krook H, Haapaniemi S. Closed vs. open hemorrhoidectomy—is there any difference? *Dis Colon Rectum* 2000;43:1174-5.
5. Andrews BT, Layer GT, Jackson BT, Nicholls RJ. Randomised trial comparing diathermy hemorrhoidectomy with the scissors dissection Milligan-Morgan operation. *Dis Colon Rectum* 1993;36:580-3.
6. Mathai V, Ong BC, Ho YH. Randomized controlled trial of lateral internal sphincterotomy with haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 1996;83:380-2.
7. Senagore A, Mazier WP, Luchtefeld MA, MacKeigan JM, Wengert T. Treatment of advanced hemorrhoidal disease: a prospective, randomized comparison of cold scalpel vs. contact Nd:YAG laser. *Dis Colon Rectum* 1993;36:1042-9.
8. Khan S, Pawlak SE, Eggenberger JC, Lee CS, Szilagyi EJ, Wu JS, et al. Surgical treatment of hemorrhoids: prospective, randomized trial comparing closed excisional hemorrhoidectomy and the Harmonic Scalpel technique of excisional hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 2001;44:845-9.
9. Palazzo FF, Francis DL, Clifton MA. Randomized clinical trial of Ligasure versus open haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 2002;89:154-7.
10. Sohn N, Aronoff JS, Cohen FS, Weinstein MA. Transanal hemorrhoidal dearterialization is an alternative to operative hemorrhoidectomy. *Am J Surg* 2001;182:515-9.
11. Longo A. Treatment of hemorrhoids disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with a circular suturing device: A new procedure. Sixth World Congress of Endoscopy Surgery, Rome, Italy. Bologna: Monduzzi Publishing Co., 1998; p. 777-84.
12. Thomson WHF. The nature of hemorrhoids. *Br J Surg* 1975;62:542-52.
13. Kolbert GW, Raulf F. Evaluation of Longo's technique for haemorrhoidectomy by doppler ultrasound measurement of the superior rectal artery. *Zentralbl Chir* 2002;127:19-21.
14. Longo A. Stapled anopexy and stapled hemorrhoidectomy: two opposite concepts and procedures. *Dis Colon Rectum* 2002;45:571-2.
15. Peng B, Jayne D, Ho Y. Randomized trial of Rubber-band ligation vs. Stapled hemorrhoidectomy for prolapsing piles [presentación oral en la reunión anual de la ASCRS de 2002]. *Dis Colon Rectum* 2002;45:A22.
16. MacRae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities. *Dis Colon Rectum* 1995;38:685-94.
17. Mehigan BJ, Monson JR, Hartley JE. Stapling procedure for hemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. *Lancet* 2000;355:782-5.
18. Rowsell M, Bello M, Hemingway DM. Circumferential mucosectomy (stapled haemorrhoidectomy) versus conventional haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. *Lancet* 2000;355:779-81.
19. Cheetham MJ, Mortensen NJ, Nystrom PO, Kamm MA, Phillips RK. Persistent pain and faecal urgency after stapled haemorrhoidectomy. *Lancet* 2000;356:730-3.
20. Maw A, Eu KW, Seow-Choen F. Retroperitoneal sepsis complicating stapled hemorrhoidectomy: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 2002;45:826-8.
21. Ortiz H, Marzo J, De Miguel M, Armendariz P. Hemorroidectomía mediante máquina de sutura automática (técnica de Longo). ¿Son reproducibles los resultados de esta técnica? *Cir Esp* 2001;69:22-4.
22. Hetzer FH, Schafer M, Demartines N, Clavien PA. Prospective assessment of the learning curve and safety of stapler hemorrhoidectomy. *Swiss Surg* 2002;8:31-6.
23. Ho YH, Cheong WK, Tsang C, Ho J, Eu KW, Tang CL, et al. Stapled hemorrhoidectomy—cost and effectiveness. Randomized, controlled trial including incontinence scoring, anorectal manometry, and endoanal ultrasound assessments at up to three months. *Dis Colon Rectum* 2000;43:1166-75.
24. Carriero A, Dal Borgo P, Pucciani F. Stapled mucosal prolapsectomy for hemorrhoidal prolapse with Lone Star Retractor System. *Tech Coloproctol* 2001;5:41-6.
25. Lloyd D, Ho KS, Seow-Choen F. Modified's Longo hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 2002;45:416-7.
26. Pavlidis T, Papaziogas B, Souparis A, Patsas A, Koutelidakis I, Papaziogas T. Modern stapled Longo procedure vs. Conventional Milligan-Morgan hemorrhoidectomy: a randomized controlled trial. *Int J Colorect Dis* 2002;17:50-3.
27. Singer MA, Cintron JR, Fleshman JW, Chaudry V, Birnbaum EH, Read TE, et al. Early experience with stapled hemorrhoidectomy in the United States. *Dis Colon Rectum* 2002;45:360-7.
28. Hetzer FH, Demartines N, Handschin AE, Clavien PA. Stapled vs excision hemorrhoidectomy: long term results of a prospective randomized trial. *Arch Surg* 2002;137:337-40.
29. Escribano J, Sánchez E, Villeta R, Druet JL, Guadalix G, Prieto A, et al. Mucosectomía suprahemorroidal mediante sutura circular mecánica. Estudio prospectivo aleatorio doble ciego frente a Milligan Morgan. *Cir Esp* 2002;72:310-4.
30. Ganchrow MI, Mazier WP, Friend WG, Ferguson JA. Hemorrhoidectomy revisited: a computer analysis of 2038 cases. *Dis Colon Rectum* 1971;14:128-33.