



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Editorial

Importancia del adecuado tratamiento del dolor postoperatorio en la cirugía de la enfermedad hemorroidal

Adequate management of postoperative pain in surgery for hemorrhoidal disease

No hay duda que la hemorroidectomía es una de las intervenciones quirúrgicas realizadas con mayor frecuencia en la práctica quirúrgica diaria. No tenemos datos actualizados de nuestro país, pero se calcula que en los EE.UU., 42 de cada 1.000 habitantes tienen enfermedad hemorroidal, de los cuales 160.000 se intervienen en hospitales de corta estancia¹. Más importante aún es que en muchos casos el control del dolor impide realizar esta intervención en régimen de *cirugía sin ingreso*². De hecho, se conoce que 959.000 estancias hospitalarias anuales en EE.UU., y 5.165 en Reino Unido son utilizados por pacientes con tratamientos para hemorroides^{1,2}.

El control del dolor anal en el postoperatorio de la hemorroidectomía ha sido y será, el punto clave a la hora de realizar un análisis crítico de este procedimiento³. Los plexos hemorroidales como componentes del canal anal, tienen un rol fundamental en el mantenimiento de la continencia fecal. Estas estructuras participan en diferenciar el tipo de contenido fecal del canal anal mediante el reflejo del muestreo. Esta función es posible únicamente por la existencia de una enriquecida red de terminales nerviosas⁴. Es por ello que la extirpación del tejido hemorroidal y por tanto la agresión sobre esta perfecta anatomía, es un acto médico potencialmente asociado con un intenso dolor postoperatorio.

El control del dolor es un signo del avance de la cirugía y desde hace años se han realizado grandes esfuerzos para su control en otros procedimientos quirúrgicos, pero particularmente en esta cirugía^{3,5}. Pero a pesar de ello, todavía hoy las pautas de analgesia no son adecuadas y peor aún, es que tanto los pacientes como en algunos casos los especialistas, consideran que el dolor que hay que sufrir con el tratamiento de esta patología es inevitable. Es por ello que ambos se muestran escépticos sobre la posibilidad de realizar esta cirugía sin ingresar en el hospital².

Recientemente ha sido publicado el resultado de una revisión sistemática de la evidencia científica publicada en el tratamiento del dolor postoperatorio tras cirugía de la enfermedad hemorroidal. Este trabajo ha puesto de manifiesto principalmente los beneficios clínicos de la utilización de un tratamiento global del dolor postoperatorio, con el uso de una preparación preoperatoria adecuada, el uso de

infiltración perianal con anestesia local, y finalmente la adecuada combinación de la mejor terapia analgésica adaptada a las escalas de evaluación de dolor⁶.

En este artículo de revisión se incluyeron aquellos ensayos clínicos aleatorizados en los que se analizaban tratamientos analgésicos, procedimiento anestésicos o intervenciones quirúrgicas y en cuyo objetivo principal se evaluara el control del dolor postoperatorio tras cirugía por enfermedad hemorroidal. Fueron seleccionados únicamente aquellos trabajos que cumplieran unos índices de calidad basados principalmente en el seguimiento de las normas publicadas mediante los criterios del CONSORT. Además tras la revisión de los trabajos publicados, el grupo de trabajo PROSPECT (Procedure Specific postoperative pain management, www.postoppain.org) seleccionó la información clínica resultante a recomendar bajo el acuerdo de todos los expertos del grupo de trabajo.

Se incluyeron un total de 65 artículos de un total de 207 evaluados, y aunque una de las limitaciones más importantes de la revisión fue que la calidad metodológica fue muy variable, la información derivada desde un punto de vista práctico es altamente recomendable.

Los puntos más importantes a destacar en la información obtenida de la revisión sistemática son: en primer lugar que los procedimientos con anestesia local solos o como adyuvantes, son muy efectivos para el control del dolor, especialmente los que utilizan anestésicos de duración prolongada (ropivacaína). Se considera preferible la inyección perianal a el uso de técnicas específicas (por ejemplo al bloqueo pudendo) por la facilidad de administración. En segundo lugar y aunque parezca una obviedad, el uso de paracetamol como analgésico único, debe evitarse. Es por ello que se recomienda el uso combinado de fármacos, entre los que se incluya el uso de antiinflamatorios (valorando el riesgo de hemorragia gastroduodenal), y con la posible asociación de fármacos opiáceos en casos de dolor de moderada o gran intensidad. Finalmente el uso tanto en la preparación preoperatoria como en el seguimiento, de maniobras que han demostrado ser efectivas para el control del dolor, como puede ser el uso controlado de laxantes previos a la cirugía o la administración de metronidazol oral, son maniobras también efectivas⁶.

En conclusión, existe evidencia científica suficiente para recomendar la utilización de una pauta global de tratamiento de control del dolor tras la cirugía de la enfermedad hemorroidal en la que conste una adecuada preparación preoperatoria, el uso de infiltración con anestesia local y la administración combinada de analgésicos. De esta manera, podríamos conseguir que no exista esa terrible asociación entre cirugía de la enfermedad hemorroidal y dolor postoperatorio, potenciando el uso de esta cirugía en régimen de *cirugía sin ingreso*.

BIBLIOGRAFÍA

1. Helton WS. 2001 consensus statement on benign anorectal disease. *J Gastrointest Surg.* 2002;6:302-3.
2. Faiz OD, Brown Tj, Colucci G, Grover M, Clark SK. Trends in colorectal day case surgery in NHS Trusts between 1998 and 2005. *Colorectal Dis.* 2008;10:935-42.
3. Wexner SD. The quest for painless surgical treatment of hemorrhoids continues. *J Am Coll Surg.* 2001;193:174-8.
4. Thekkinkattil DK, Dunham RJ, O'Herlihy S, Finan PJ, Sagar PM, Burke DA. Measurement of anal cushions in idiopathic faecal incontinence. *Br J Surg.* 2009;96:680-4.
5. Raja SN, Jensen TS. Predicting postoperative pain based on preoperative pain perception. Are we doing better than the weatherman? *Anesthesiology.* 2010;112:1311-2.
6. Joshi GP, Neugebauer EA. Evidence-based management of pain after haemorrhoidectomy surgery. *Br J Surg* 2010; 97:1155-68.

David Parés

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Parc Sanitari
Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España
Correo electrónico: david.pares@pssjd.org

0009-739X/\$ - see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los
derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.07.006