

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE HEMORROIDES INTERNAS: EVOLUCIÓN A DIEZ AÑOS

ALEJANDRO FUSTER*, SERGIO FUSTER

Centro de Gastroenterología

Rosario, Argentina - Mayo 2020

Recibido: 31-05-2020

Aprobado para su publicación: 20-09-2020

Resumen

La ligadura de hemorroides internas con bandas elásticas (RBL por sus siglas en inglés *rubber band ligation*) provoca la necrosis isquémica de las hemorroides y su posterior fijación por cicatrización a la pared muscular rectal. Es considerado un pilar en el tratamiento de hemorroides internas de grado I a III que presentan síntomas de sangrado o prolapso. Objetivos: evaluar la eficacia a largo plazo de la ligadura endoscópica de hemorroides. Métodos: Se presenta una serie de 46 pacientes con hemorroides internas grado II y III tratados endoscópicamente con RBL en el Centro de Gastroenterología en Rosario, Argentina, en los que fue posible valorar su evolución a 10 años. Resultados: La tasa de curación fue de 82,6% luego de una sesión. El 15,2% presentó recidiva del sangrado y requirió una segunda sesión. Un paciente (2,1%) requirió hemorroidectomía por recidiva del sangrado luego del segundo tratamiento. No se registraron complicaciones significativas como tampoco necesidad de hospitalización en ninguno de los pacientes. Los resultados son similares a los reportados por diversos estudios internacionales. Conclusión: Frente al fracaso del manejo farmacológico, la ligadura endoscópica se recomienda para hemorroides internas de grado II y III como primera línea de tratamiento por tratarse de un método ambulatorio, mínimamente invasivo, de bajo costo, con alta efectividad y seguridad, y que puede repetirse en caso de recidiva.

ENDOSCOPIC TREATMENT OF INTERNAL HAEMORROIDS: RESULTS AT TEN YEARS

Summary

The ligation of internal hemorrhoids with rubber bands leads to the ischemic necrosis of the hemorrhoids and the subsequent fixation to the rectal wall, due to submucosal scarring. This method is considered the mainstay of treatment for bleeding and prolapsing internal hemorrhoids [33]. OBJECTIVES: to assess the long term efficacy of endoscopic rubber band ligation of hemorrhoids. METHODS: We present a series of 46 patients with internal haemorrhoids grades II and III treated with endoscopic rubber band ligation (RBL) in the Centro de Gastroenterología, Rosario, Argentina, in whom we were able to evaluate a 10 years outcome. The curation rate after a single session was 82.6%. 15.2% presented with symptoms relapse and needed a second session. One patient (2.1%) underwent surgical hemorrhoidectomy because of relapse after two sessions. No significant complications were recorded, nor was the need for hospitalization in any patient. The results

* alejandroluisfuster@gmail.com

are similar to those reported by various international studies. **CONCLUSION:** When medical treatment fails, endoscopic rubber band ligation is recommended as a first line treatment for hemorrhoids grade I-III, as it is an effective and safe ambulatory method, minimally invasive, that has a low cost and bares the possibility of being repeated in case of relapse.

Introducción

La ligadura con bandas elásticas es un método ambulatorio, simple y efectivo para el tratamiento de hemorroides internos de grados I a III.¹⁹ El procedimiento provoca la necrosis isquémica de las hemorroides y posterior cicatrización con fijación del tejido conectivo a la pared rectal. En el Centro de Gastroenterología en Rosario, Argentina, este método se realiza desde el año 1984, lo que nos permitió analizar retrospectivamente una serie de pacientes que recibieron este tratamiento y valorar su evolución a diez años.

Materiales y métodos

Del total de los procedimientos realizados, se seleccionaron aquellos en los cuales fue posible su seguimiento a diez años. De esta manera, nuestra serie consiste en 46 pacientes, 28 varones, 18 mujeres, de entre 24 y 65 años de edad (media 51). Todos recibieron inicialmente tratamiento farmacológico, dieta y cambios en el estilo de vida, tras lo cual persistieron sintomáticos. La mayor indicación fue el sangrado (40 pacientes) seguido del prolapso (6 pacientes).

Todos los pacientes fueron estudiados inicialmente con colonoscopia para descartar otras causas de sangrado digestivo bajo. Se excluyeron aquellos pacientes que evidenciaron pólipos grandes o malignidad en dicho estudio. Sólo aquellos pacientes con hemorroides internos grado II y III fueron tratados. Todos los pacientes dieron su consentimiento informado para el procedimiento de ligadura. En aquellos pacientes recibiendo antiagregantes o anticoagulante, se discontinuó el tratamiento previo al procedimiento.

Se utilizaron endoscopios Olympus GIF-100 y Olympus GIF-Q-140, y sets de ligadura múltiple de Boston Scientific y Cook, los mismos que para ligadura de várices esofágicas. En retroflexión en recto, se identificaron las hemorroides (Fig. 1) y se realizó aspiración y colocación de bandas elásticas por lo menos 5 mm proximal a la línea pectínea (Fig. 2).

El procedimiento se realizó en todos los casos de

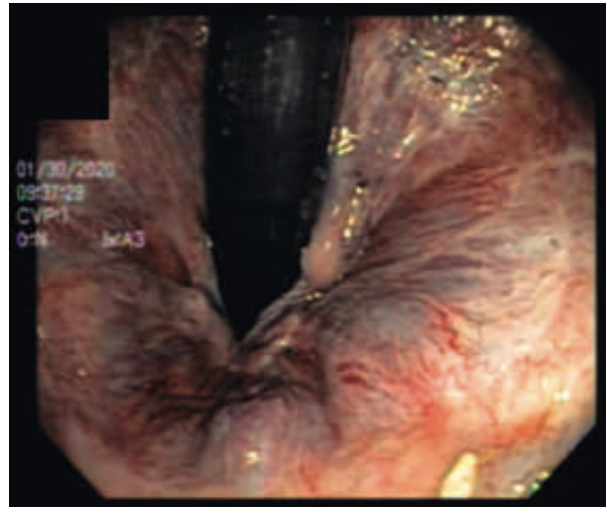


Figura 1. Hemorroides internas grado II, visión en retroflexión en recto.

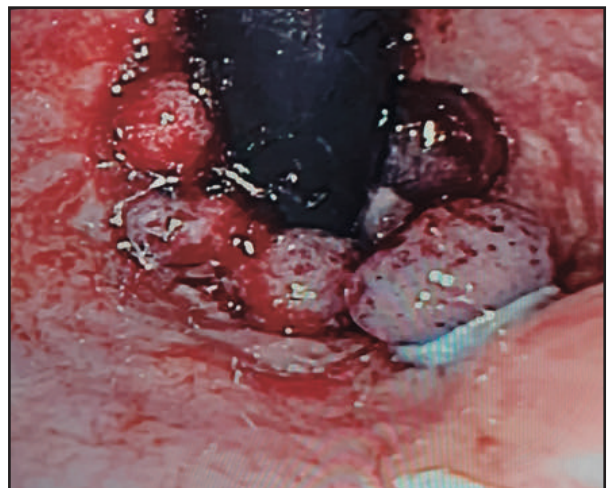


Figura 2. Ligadura de las hemorroides con cinco bandas elásticas.

forma ambulatoria y bajo neuroleptoanalgesia, con una duración aproximada de 20 minutos. En todos los pacientes se realizó analgesia endovenosa durante la sedación, y se reglaron analgésicos vía oral por 48-72 hs. To-

dos recibieron tratamiento antibiótico profiláctico con ciprofloxacina durante 5 días posteriores a la ligadura. A todos los pacientes se les brindó el teléfono de contacto y se los controló a los 7 y 30 días en consultorio. Todos continuaron controles periódicos que nos permitieron observar su evolución a diez años.

Resultados

Se colocaron entre 1 y 7 bandas por sesión, con una media de 4. El número de sesiones por paciente fue entre 1 y 2, con una media de 1,17. 38 pacientes (82,6%) no requirieron tratamiento adicional luego de la primera sesión. 7 (15,2%) requirieron una segunda sesión, todos ellos por recidiva de sangrado. El tiempo para la reintervención fue: 1 paciente a los dos años, 2 a los cinco años y 4 entre los 6 y 10 años.

Un paciente (2,1%) requirió hemorroidectomía por recidiva del sangrado luego del segundo tratamiento. 35 pacientes (76%) refirieron dolor posterior a la ligadura, que en el 90% cedió en las primeras 72 hs con analgésicos por vía oral. 18 pacientes (39%) refirieron proctorragia leve luego del procedimiento, entre el día 1 y 15, que se autolimitó en todos los casos. No se registraron complicaciones severas en ninguno de los pacientes, ni requerimiento de hospitalización postprocedimiento.

Discusión

Las hemorroides constituyen la patología anorectal más prevalente, encontrándose presentes en grado variable en más del 90% de los pacientes que son estudiados mediante colonoscopia.³⁰ Se clasifican en internas o externas de acuerdo a su localización respecto de la línea dentada. Las hemorroides internas pueden clasificarse según Goligher en Grado I, hemorroides que protruyen hacia la luz del canal anal sin prolapsar, que pueden sangrar; grado II hemorroides que prolapsan con el esfuerzo pero reducen espontáneamente, grado III hemorroides con prolapso frente al esfuerzo que requieren reducción manual; grado IV: hemorroides espontáneamente prolapsadas no reductibles.^{19,27}

Actualmente existen diversos métodos de tratamientos disponibles para aquellas hemorroides sintomáticas que no responden a cambios en el estilo de vida, dieta, y tratamiento farmacológico local o sistémico. Estos incluyen métodos no quirúrgicos como escleroterapia, ligadura con bandas elásticas (RBL); coagulación bipolar o unipolar, coagulación infrarroja, y métodos quirúrgicos como la ligadura de las arterias hemorroides

guiada por doppler, la hemorroidopexia circular, la hemorroidectomía abierta (técnica de Milligan-Morgan) y cerrada (técnica de Ferguson).

La ligadura de hemorroides como técnica ambulatoria fue introducida en EEUU en 1951 por Paul C. Blaisdell y luego modificada y simplificada con el advenimiento de las bandas elásticas por James Barron en 1963. Con el paso del tiempo la ligadura con bandas elásticas se convirtió en el pilar del tratamiento para hemorroides internas sangrantes o prolapsadas, y es hoy una técnica con probada efectividad y seguridad,^{30,5,4,21,1} de bajo costo, ambulatoria, y con la posibilidad de repetirse. Puede realizarse endoscópicamente o con anoscopio rígido. La ligadura endoscópica permite mayor rango de maniobrabilidad, otorga un mayor campo visual que el anoscopio rígido, y permite la documentación fotográfica del procedimiento.¹

De acuerdo a los resultados de los metaanálisis de MacRae and McLeod,^{21,22} se recomienda la ligadura con bandas elásticas para hemorroides internas sintomáticas de grado I a III, como primera línea de tratamiento; al presentar menor tasa de recurrencia y menor requerimiento de reintervenciones que aquellos tratados con escleroterapia o coagulación, y menor tasa de complicaciones que la cirugía.² La principal indicación es el sangrado hemorroidal que no responde a tratamiento farmacológico, seguido por el dolor y el prolapso.

En un estudio de Akihisa et al,^{19,1} La ligadura endoscópica de hemorroides sintomáticas de grado I a IV, con una media de 8 bandas colocadas por sesión (rango de 4 a 14), demostró resultados excelentes en el 89% de los pacientes, sin hallarse complicaciones severas en ninguno de los 82 pacientes incluidos (dolor severo, hemorragia tardía con requerimiento de transfusión, o trombosis).

Un estudio de casos¹⁴ de 750 pacientes con hemorroides internas grado II y III tratados con RBL demostró una tasa de curación del 93%, y una tasa de recurrencia de 11% luego de 2 años. 7% de los pacientes reportaron complicaciones menores.

Las complicaciones de la RBL pueden clasificarse en leves y severas, siendo las primeras las más comunes. Numerosos estudios evidenciaron distintas tasas de complicación, que varían entre el 3% y 18%,^{20,18} siendo las más frecuentes el dolor y el sangrado secundario leve.² La tasa de readmisión hospitalaria se encuentra entre el 1.2 y 2.5%.¹⁶

Una revisión de 39 trabajos que incluyen 8060

pacientes mostró complicaciones en 14%, correspondiendo 5,8% a dolor leve a moderado, 1,7% a sangrado menor (que se produce con más frecuencia en los primeros días postprocedimiento con la ulceración de la mucosa y caída de la hemorroide trombosada), 0,05% a infección y 0,4% a fístula y fisura anal.³² Se describen otras complicaciones menos frecuentes como retención aguda de orina, priapismo, síntomas vasovagales, bacteremia, estenosis anal, incontinencia fecal.^{26,11,29,25} Complicaciones severas incluyen sangrado masivo, trombosis hemorroidal, abscesos perianales y sepsis.

Diversos estudios funcionales mostraron que no existen cambios significativos en la manometría anorrectal luego de una RBL, tanto en la presión máxima basal como en la presión de máxima contracción voluntaria.^{14,10,17}

Las contraindicaciones principales son relativas y secundarias a enfermedad estructural adyacente, como la enfermedad de Crohn anorrectal. La inmunosupresión es otra contraindicación relativa. La anticoagulación debe suspenderse una semana previa y dos semanas posteriores al procedimiento.²⁷

La RBL demostró sustancialmente mejores resultados a largo plazo comparado con el tratamiento médico solamente, sin asociarse a morbilidad significativa.²

Según el metaanálisis de Shanmugam et al,²⁸ la hemorroidectomía se asocia a mayor dolor, mayor tasa de complicaciones y mayor tiempo de recuperación postquirúrgica, y no demostró mayor efectividad que la RBL en el tratamiento a largo plazo de hemorroides de grado II.¹⁹

Las principales indicaciones de hemorroidectomía incluyen el fracaso del manejo no quirúrgico, las complicaciones agudas como estrangulación o trombosis hemorroidal, la preferencia del paciente, y patología anorrectal preexistente como fístula o abscesos que requieren un abordaje quirúrgico.¹³

La hemorroidopexia circular, con sutura mecánica o con engrampadora, constituye un método más tolerable en términos de recuperación, con menor dolor postoperatorio que la hemorroidectomía,^{3,31,24,24,9} a expensas de una mayor tasa de recurrencia a largo plazo (10-25% comparado con 6% de la hemorroidectomía).³ No obstante, está indicada solamente para hemorroides internas circunferenciales grado III asociadas a prolapso, y requiere de cirujanos entrenados ya que las complicaciones pueden ser graves y poner en riesgo la vida,^{15,12} se incluyen sangrado, infección, dehiscencias de suturas, fístulas rectovaginales, estenosis anal y sepsis.^{23,6,8}

La ligadura de arterias hemorroidales guiada por doppler es un método quirúrgico, bajo anestesia general, efectivo en el tratamiento de hemorroides internas grado II a III. Es más costoso y cruento que la RBL, y registra mayor dolor postprocedimiento. Presenta una tasa de recurrencia de hasta 30% a un año.⁷ La recidiva a largo plazo del prolapso hemorroidal está dada por la revascularización de las ramas de la arteria hemorroidal superior.

Conclusión

Ante el fracaso del tratamiento médico conservador, se recomienda la ligadura endoscópica con bandas elásticas para hemorroides internas de grado II y III como primera línea de tratamiento, por su alta efectividad y baja tasa de complicaciones. Este método se realiza en nuestro centro desde hace 36 años con resultados semejantes a los reportados internacionalmente y una evolución a largo plazo favorable. Si bien la hemorroidectomía es un método efectivo y con baja recurrencia, debería reservarse para enfermedad avanzada y hemorroides mixtas (hemorroides externas asociadas) por sus mayores costos, así como mayor tasa y severidad de complicaciones.

Bibliografía

1. Akihisa F, Toru K, Hiroaki A y col. *Retroflexed endoscopic multiple band ligation of symptomatic internal hemorrhoids*. Gastroenterol Endosc 59: 380-384, 2004.
2. Albuquerque A. *Rubber band ligation of hemorrhoids: A guide for complications*. World J Gastrointest Surg 8: 614-620, 2016.
3. Altomare D F, Giuratrabocchetta S. *Conservative and surgical treatment of haemorrhoids*. Nat Rev Gastroenterol Hepatol 10: 513, 2013.
4. Barron J. *Office ligation of internal hemorrhoids*. Am J Surg 105: 563-570, 1963.
5. Blaisdell PC. *Office ligation of internal hemorrhoids*. American J Sur 96: 401-404, 1958.
6. Brown S, Baraza W, Shorthouse A. *Total rectal lumen obliteration after stapled haemorrhoidopexy: a cautionary tale*. Tech Coloproctol 11: 357-358, 2007.
7. Brown, Steven R., et al. *Haemorrhoidal artery ligation versus rubber band ligation for the management of symptomatic second-degree and third-degree haemorrhoids (HubBLE): a multicentre, open-label, randomised controlled trial*. Lancet 388: 356-364, 2016.
8. Bufo A, Galasse S, Amoroso M. *Recurrent severe postoperative bleeding after stapled hemorrhoidopexy requiring emergency laparotomy*. Tech Coloproctol 47: 1837-1845, 2006.
9. Burch J, Epstein D, A Baba-Akbari S y col. *Stapled haemorrhoidopexy for the treatment of haemorrhoids: a systematic review*. Colorectal Dis 11: 233-243, 2009.
10. Bursics A, Weltner J, Faultner LE y col. *Ano-rectal physiological changes after rubber band ligation and closed haemorrhoidectomy*. Colorectal Dis 6: 58-61, 2004.
11. Cintron R, Abcarian H. *Benign anorectal: hemorrhoids*. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. New York, NY: Springer-Verlag. 156-177, 2007.
12. Cirocco W C. *Life threatening sepsis and mortality following stapled hemorrhoidopexy*. Surgery 143: 824-829, 2008.
13. Clinical Practice Committee, and American Gastroenterological Association. *American Gastroenterological Association medical position statement: Diagnosis and treatment of hemorrhoids*. Gastroenterology 126: 1461-1462, 2004.
14. El Nakeeb M, Fikry A, Omar W A y col. *Rubber band ligation for 750 cases of symptomatic hemorrhoids out of 2200 cases*. World J Gastroenterol 14: 6525-30, 2008.
15. Grigoropoulos P, Kalles V, Papanagiotou I y col. *Early and late complications of stapled haemorrhoidopexy: a 6-year experience from a single surgical clinic*. Tech Coloproctol 15: 79-81, 2011.
16. Guy R J, Seow-Choen F. *Septic complications after treatment of haemorrhoids*. Br J Sur 90: 147-156, 2003.
17. Izadpanah A, Seyed Vahid H M, Mahjoob M. *Comparison of electrotherapy, rubber band ligation and hemorrhoidectomy in the treatment of hemorrhoids: a clinical and manometric study*. MEJDD 2: 9-13, 2010.
18. Komborozos, Vassilios A, Skrekas G J, Pissiotis C A. *Rubber band ligation of symptomatic internal hemorrhoids: results of 500 cases*. Digestive surgery 17: 71-76, 2000.
19. Lohsiriwat V. *Hemorrhoids: from basic pathophysiology to clinical management.* World journal of gastroenterology. World J Gastroenterol 18: 2009-2017, 2012.
20. Longman RJ, Thomson WHF. *A prospective study of outcome from rubber band ligation of piles*. Colorectal Dis 8: 145-148, 2006.
21. MacRae H M, McLeod R S. *Comparison of hemorrhoidal treatments: a meta-analysis*. Canad J Surg 40: 14-17, 1997.
22. MacRae H M, Temple LKF, McLeod R S. *A meta-analysis of hemorrhoidal treatments*. Seminars in Colon and Rectal Surgery. 13, 2002.
23. McDonald, P J., R. Bona, and C. R. G. Cohen. "Rectovaginal fistula after stapled haemorrhoidopexy." Colorectal Dis 6: 64-65, 2004.
24. Ommer A, Hinrichs, J, Möllenberg H y col. *Long-term results after stapled hemorrhoidopexy: a prospective study with a 6-year followup*. Diseases of the colon & rectum 54: 601-608, 2011.
25. Pattana-arun, J, Wesarachawit W, Tantiphlachiva K y col. *A comparison of early postoperative results between urgent closed hemorrhoidectomy for prolapsed thrombosed hemorrhoids and elective closed hemorrhoidectomy*. Journal of the Medical Association of Thailand 92: 1610-5, 2009.
26. Sayfan J. "Complications of Milligan-Morgan hemorrhoidectomy" Digestive surgery 18: 131-133, 2001.
27. Schrock T R. *Hemorrhoids: nonoperative and interventional management*. Advanced therapeutic endoscopy. Raven Press, New York: 91-104, 1991.
28. Shanmugam V, Thaha M A, Rabindranath K S y col. *Rubber band ligation versus excisional haemorrhoidectomy for haemorrhoid*. Cochrane Database Syst Rev 20;(3):CD005034. doi: 10.1002/14651858.CD005034.pub2, 2005.
29. Sielezneff, I, Salle E, Lecuyer J y col. *Early postoperative morbidity after hemorrhoidectomy using the Milligan-*

- Morgan technique. A retrospective studies of 1134 cases.* J Chir(Paris) 134: 243-247, 1997.
30. Su M Y, Chiu Ch T, Lin W P y col. *Long-term outcome and efficacy of endoscopic hemorrhoid ligation for symptomatic internal hemorrhoids.* World J Gastroenterol 17: 2431-36, 2011.
31. Tjandra J J, Chan M K. *Systematic review on the procedure for prolapse and hemorrhoids (stapled hemorrhoidopexy).* Dis Colon Rectum 50: 878-892, 2007.
32. Wechter D G, Luna G K. *An unusual complication of rubber band ligation of hemorrhoids.* Dis Colon Rectum 30: 137-140, 1987.
-

"Un buen médico es aquel que se equivoca raramente, pero el perfecto, el que reconoce sus errores".

HIPÓCRATES (460 A DE C- 370 A DE C)

"Hay enfermedades que son raras, pero no lo somos las personas que las padecemos"

MIGUEL ÁNGEL ECHEITA. ENFERMO DE SÍNDROME MCLEOD

"Nada en biología tiene sentido, excepto a la luz de la evolución".

TEODOSIO DOBZHANSKY(1900-1975)