

# EXPERIENCIA INICIAL EN EL HOSPITAL VOZANDES QUITO CON LA TÉCNICA DE PPH PARA EL TRATAMIENTO DE HEMORROIDES

Dr. Alberto Gordillo C.<sup>1</sup>  
Dr. Xavier Guarderas C.<sup>2</sup>  
Dra. Stefanie Castro R.<sup>3</sup>

## RESUMEN

El presente artículo tiene como objetivo evaluar la experiencia inicial en el Servicio de Cirugía General del Hospital Vozandes Quito con el procedimiento para prolapso y hemorroides (PPH); para lo cual se realizó un estudio retrospectivo longitudinal, en el que se seleccionaron todos los pacientes intervenidos con dicha técnica entre septiembre del 2005 hasta junio 2007 y se evaluó el tiempo quirúrgico, tipo de analgesia, estadía hospitalaria y complicaciones postoperatorias. Un total de 31 pacientes fueron intervenidos con la técnica de PPH. El tiempo quirúrgico promedio fue de 38.3 minutos. El tipo de analgesia en el postoperatorio fue AINES en el 68% de los casos, opiodes en el 6% y combinados en el 26%; se utilizó analgesia de rescate en el 32% de pacientes, quienes refirieron dolor intenso. El promedio en cuanto al tiempo de hospitalización fue de 1.8 días. No hubo complicaciones en el postoperatorio inmediato. En la primera semana postoperatoria se evidenció que en 3 casos (9.6%) existió la presencia de un pequeño paquete hemorroidal residual los mismos que no requirieron reintervención quirúrgica. En un solo caso (3.2%) recidivó un paquete hemorroidal importante que requirió ser reintervenido por técnica convencional.

**Palabras Clave:** Enfermedad hemorroidal, Procedimiento para prolapso y hemorroides (PPH).

## SUMMARY

This article evaluates the initial experience on the General Surgery Service of Hospital Vozandes, Quito, with the procedure for prolapse and hemorrhoids (PPH) using a retrospective longitudinal study which included patients receiving this intervention from September, 2005, to June, 2007. Operating time, type of analgesia, hospital length of stay, and post-operative complications were studied. A total of 31 patients received PPH. The average operating time was 38.3 minutes. The type of analgesia in the post-op period was NSAIDS in 68% of cases, opiates in 6%, and a combination of the two in 26%. Rescue analgesia was used in 32% of patients who experienced intense pain. The average hospital stay was 1.8 days. There were no immediate post-op complications. In the first post-op week three patients (9.6%) were noted to have a small amount of residual hemorrhoidal tissue which did not require further surgical intervention. In one case (3.2%) the remaining hemorrhoidal tissue was sufficient to require a second surgery using standard techniques.

**Key Words:** Hemorrhoidal disease, the procedure for prolapse and hemorrhoids (PPH).

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad hemorroidal es una de las patologías más comunes que afecta a la población. La sociedad americana de cirugía de colon y recto ha reportado que el 50% de la población norteamericana tendrá hemorroides durante su vida y la mayoría la padece en silencio sin acudir a la consulta médica, principalmente por miedo al dolor postoperatorio que se ha creado tradicionalmente a la hemorroidectomía convencional.<sup>1</sup> La edad más frecuente está entre los 45 y 65 años de y se presenta sin distinción de sexos. En Ecuador no existen datos estadísticos al respecto.

La introducción de la técnica de PPH (procedimiento para Prolapso y Hemorroides) creada por el médico italiano Antonio Longo representa un cambio radical en el tratamiento de la enfermedad hemorroidal.<sup>1,2,3</sup>

1 Médico Cirujano General, Hospital Vozandes Quito

2 Médico Cirujano General, Hospital Vozandes Quito

3 Médico Residente, Postgrado Medicina Familiar, Hospital Vozandes Quito

Este procedimiento que no es más que una hemorroidopexia mediante un sistema de grapado consiste en reseca de manera circunferencial la mucosa anal redundante, aproximadamente 4-5 cm por arriba de la línea dentada, reposicionándola y fijándola en su posición anatómica normal.<sup>4,5</sup>

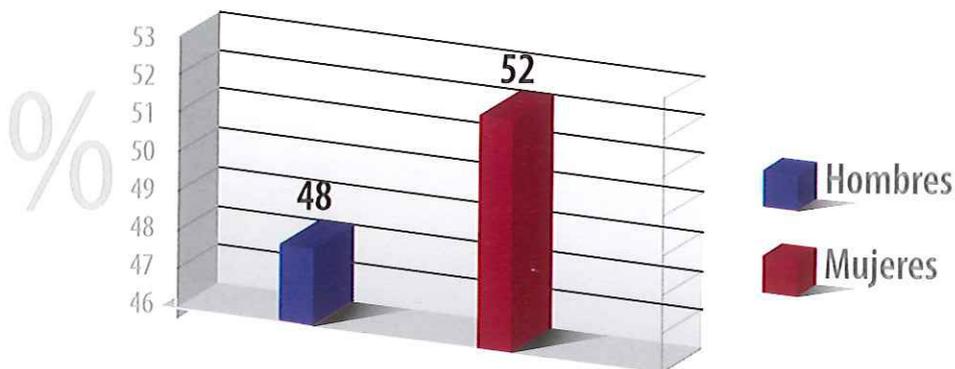
Debido a que esta técnica evita la excisión de los paquetes hemorroidales y líneas de sutura por debajo de la línea dentada, área con gran

inervación sensitiva, se ha demostrado menor dolor postoperatorio y una temprana incorporación a la actividad diaria de los pacientes.<sup>6</sup>

## RESULTADOS

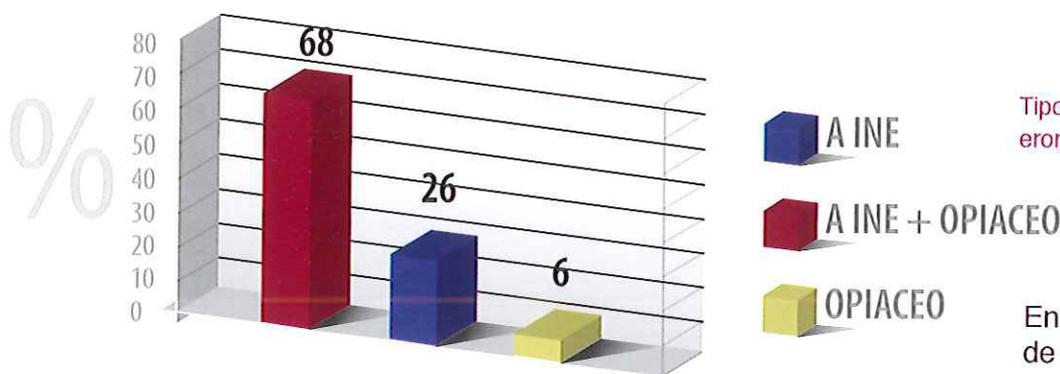
Un total de 31 pacientes fueron intervenidos con la técnica de PPH entre septiembre del 2005 a junio del 2007 en el Hospital Vozandes de Quito, 15 pacientes (48%) fueron hombres y 16 pacientes (52%) mujeres.

Tabla 1  
Distribución Según El Género  
De Pacientes Sometidos A Pph



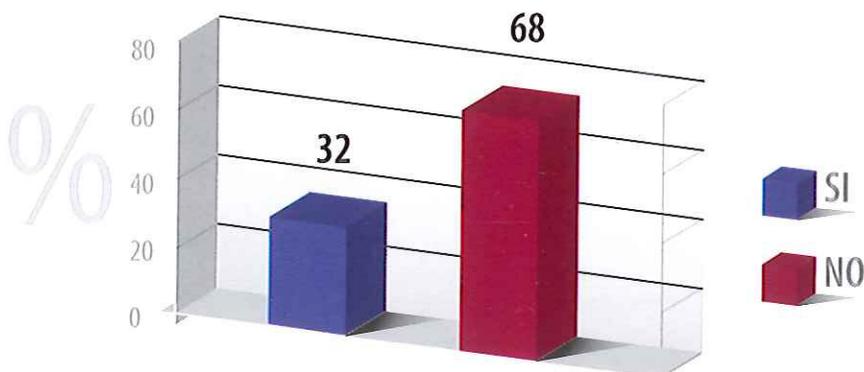
El tiempo quirúrgico promedio fue de 38.3 minutos, con un mínimo de 20 minutos y máximos de 90 minutos. El promedio en cuanto al tiempo de hospitalización fue de 1.8 días. El tipo de analgesia en el postoperatorio fue AINES en el 68% de los casos; opiodes en el 6% y combinados en el 26%.

Tabla 2  
Tipo De Analgesia Que Recibieron Los Pacientes En El Postoperatorio



En cuanto al porcentaje de pacientes que por dolor intenso recibieron analgesia de rescate, el 32% de pacientes recibieron analgesia de rescate al referir dolor intenso.

Tabla 3  
Porcentaje De Pacientes Que Recibieron Analgesia De Rescate



No hubo complicaciones en el postoperatorio inmediato. Como complicaciones en la primera semana postoperatoria se evidenció que en 3 casos existió la presencia de pequeño paquete hemorroidal residual los mismos que no requi-

rieron reintervención quirúrgica. En un caso (3.2%) recidivo un paquete hemorroidal importante que requirió ser reintervenido por técnica convencional.

Tabla 4  
Porcentaje De Recidiva Posterior A La Intervención Con Pph

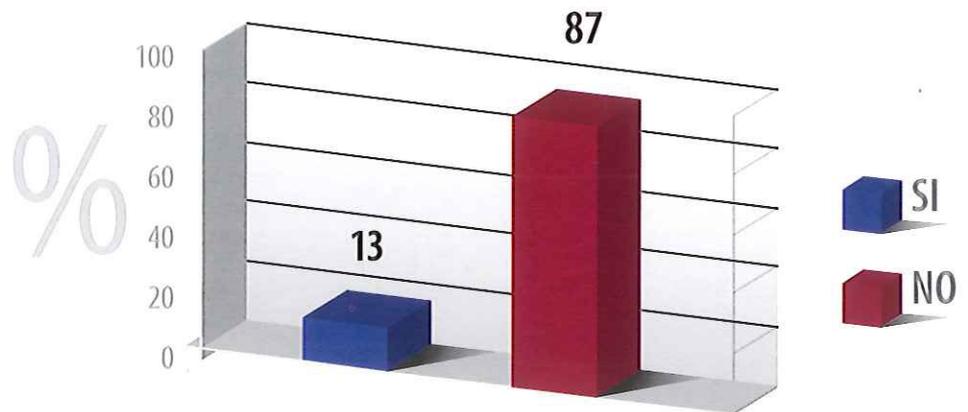
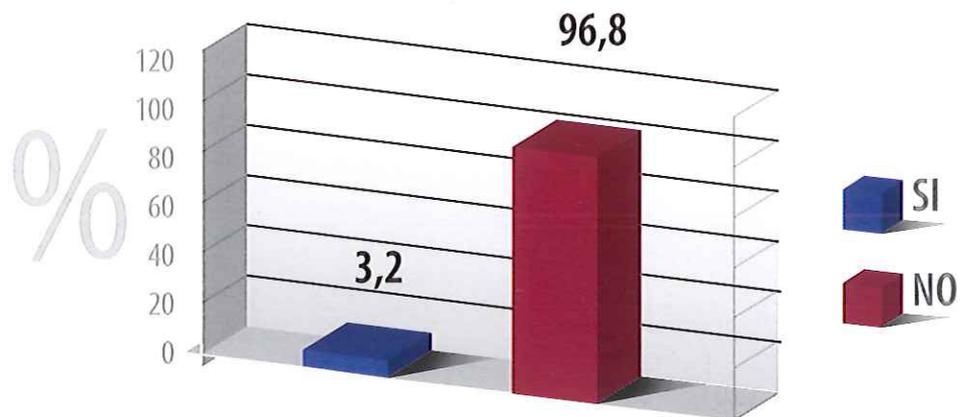
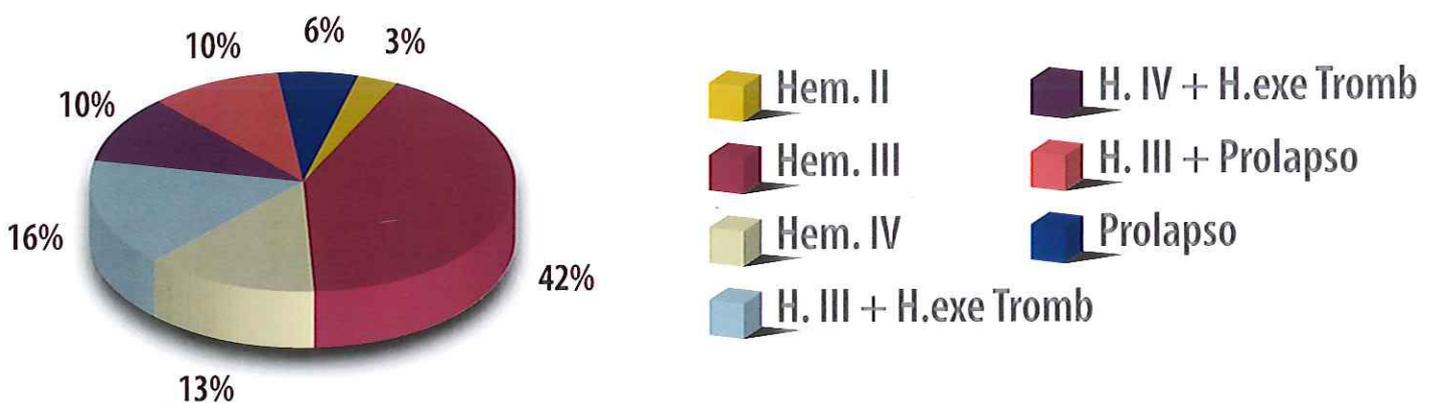


Tabla 5  
Porcentaje De Reintervención



La distribución en cuanto al diagnóstico de los pacientes intervenidos fue la siguiente

Tabla 6  
Diagnóstico de Pacientes sometidos a Pph



## DISCUSIÓN

La enfermedad hemorroidal es una de las patologías más frecuentes que afecta tanto a hombres como a mujeres. La sociedad americana de cirugía de colon y recto indica que el 50% de la población norteamericana tendrá hemorroides durante su vida con una prevalencia de 4.4%.<sup>1</sup> Se ha determinado que la mayoría de estos pacientes padecen de la enfermedad en silencio siendo una de las causas para este silencio la creencia tradicional que la cirugía de hemorroides es dolorosa.

Anatómicamente debemos recordar que los cojinetes hemorroidales existen de forma fisiológica y se encuentran en tres áreas constantes: anterior derecha, posterior derecha y lateral izquierda y forman la terminación del aporte vascular del canal anal.

La fisiopatología de la enfermedad hemorroidal se debe al deterioro del tejido conectivo de soporte del epitelio hemorroidal, lo cual induce un prolapso distal de los paquetes hemorroidales con la consecuente alteración en el retorno venoso.<sup>1,2</sup>

A las hemorroides se las clasifica como externas o internas de acuerdo a su posición relativa a la línea dentada o línea pectínea; éstas últimas a su vez se dividen en cuatro grados, así:

**Grado I:** cuando los cojinetes hemorroidales sobresalen en la luz del conducto anal pero no se exteriorizan.

**Grado II:** Se exteriorizan sólo durante la evacuación pero se reducen de forma espontánea.

**Grado III:** Se exteriorizan de forma espontánea o durante la defecación y requieren la reducción manual.

**Grado IV:** El prolapso no es reductible.

El síntoma más común es la proctorragia y se acompaña también de prolapso y prurito. En el caso de trombosis el síntoma predominante es el dolor.

El tratamiento quirúrgico de la patología está indicado en hemorroides sintomáticas grado III y IV.<sup>7</sup> La hemorroidectomía convencional consiste en la excisión y/o ligadura de los paquetes

hemorroidales, sin embargo esta técnica es causa de considerable dolor en el postoperatorio debido al compromiso de la piel perianal y a la manipulación que existe bajo la línea dentada, sitio altamente inervado.<sup>7,8,9</sup>

En 1998 el médico italiano Antonio Longo propuso una nueva técnica utilizando una engrapadora circular o PPH (Procedimiento para Prolapso y Hemorroides), técnica introducida en Estados Unidos en octubre del 2001 y desde entonces popularizada en América.<sup>8,10</sup> En cuanto a sus indicaciones están las hemorroides grado II que no mejoran con otro tipo de tratamiento, hemorroides grado III, hemorroides grado IV y prolapso rectal.

El instrumental quirúrgico utilizado es el diseñado por Longo que consiste de una engrapadora circular de 33mm.<sup>11</sup>



El procedimiento consiste en un dispositivo circular de grapado cuyo fin es el "llevar hacia arriba" o reposicionar la mucosa anal y reducir el flujo de sangre a los paquetes hemorroidales internos lo que producirá una reducción del paquete a las cuatro a seis semanas de realizado el procedimiento.<sup>12,14</sup>



Hemorroides G III y IV y prolapso de mucosa

Este procedimiento, como ya hemos mencionado, produce menos dolor debido a que se lo realiza por arriba de la línea dentada. La ventaja es que este procedimiento afecta pocas terminaciones nerviosas a diferencia de la cirugía convencional que se realiza por debajo de la línea dentada afectando muchas terminaciones nerviosas sensitivas.<sup>6,13</sup>

Estudios comparativos entre la técnica de PPH y hemorroidectomía convencional han demostrado que han reportado que los pacientes intervenidos con PPH experimentan menos dolor postoperatorio, una recuperación postoperatoria más rápida, menos tasa de complicaciones, menor analgesia postquirúrgica y una temprana incorporación a la actividad normal.<sup>7,8,14</sup> A pesar de ser una técnica muy segura y con baja tasa de complicaciones,<sup>15,16,17</sup> sin embargo se han reportado algunos riesgos, principalmente el daño del esfínter anal interno que conllevará a incontinencia anal, dolor o daño de la pared del recto y fístula recto vaginal en mujeres si durante la técnica quirúrgica se colocan puntos muy profundos por arriba de la línea dentada, por lo que es recomendable antes del disparo realizar un tacto vaginal para comprobar que la pared de la vagina no está incorporada en la

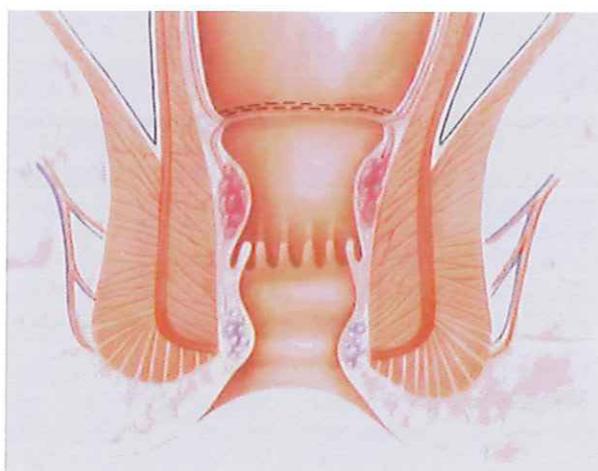


Imagen posterior al disparo del PPH. Muestra la mucosectomía circunferencial sobre la línea pectínea

grapadora, sin embargo la literatura no reporta diferencias en la presentación de estas complicaciones al comparar con la técnica de hemorroidectomía convencional.<sup>16, 18,19</sup>

## CONCLUSIONES

La técnica de PPH es considerada una técnica confiable y segura para el tratamiento quirúrgico de hemorroides.

La técnica de PPH tiene la ventaja de producir mínimo dolor postoperatorio y una reintegración temprana a la actividad normal de los pacientes con enfermedad hemorroidal y que requieren tratamiento quirúrgico.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio, a pesar de tratarse de una muestra de pacientes relativamente pequeña, corroboran las ventajas obtenidas con esta técnica.

Al tratarse de una técnica quirúrgica que tiene poco tiempo de implementación en nuestra institución, es conveniente crear un protocolo de manejo postoperatorio para un mejor seguimiento de estos pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Longo A. Treatment of hemorrhoidal disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with a circular stapling device: a new procedure. Proceedings of the 6 th World Congress of Endoscopic Surgery, June 3, 1998.
2. Mehigan B, Monson J, Hartley J. Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy : randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 355: 782-85.
3. Rowsell M, Bello M, Hemingway D. Circumferential mucosectomy (stapled haemorrhoidectomy) versus conventional haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 355: 779-81
4. Ho YH, Cheong WK, Tsang C, et al. Stapled hemorrhoidectomy – cost and effectiveness. Randomized, controlled trial including incontinence scoring, anorectal manometry, and endoanal ultrasound assessments at up to three months. *Diseases of the Colon and Rectum*, 2000, Vol. 43, No. 12, pp.1666-1675
5. Ganio E, Altomare F, Gabrielli F, et al. Prospective randomized multicentre trial comparing stapled with open haemorrhoidectomy. *British Journal of Surgery* 2001, Vol. 88, pp. 669-674
6. Anthony J. Senagore, MD, MS. Surgical Technique for the Procedure for Prolapsing Hemorrhoids, *MBAOperative Techniques in General Surgery - Volume 7, Issue 3 (September 2005)*
7. Dell Abate P. Longo hemorrhoidopexy vs Milligan-Morgan hemorrhoidectomy: perspective analysis. *Chir - 01-NOV-2005; 26(11-12): 443-5*
8. Sobrado CW. Initial experience with stapled hemorrhoidopexy for treatment of hemorrhoids. *Arq Gastroenterol - 01-JUL-2006; 43(3): 238-42*
9. Hoffman GH. Stapled hemorrhoidopexy: a new device and method of performance without using a pursestring suture. *Dis Colon Rectum - 01-JAN-2006; 49(1): 135-40*
10. Madoff R, Fleshman J. American Gastroenterological association technical review on the diagnosis and treatment of hemorrhoids. *Gastroenterology*, 2004; 126: 1463-73.
11. Zaragoza C. Results of Longo s stapled hemorrhoidectomy in ambulatory surgery for grade III-IV hemorrhoids. *Cir Esp - 01-MAR-2007; 81(3): 130-3*
12. Regadas FS. New devices for stapled rectal mucosectomy: a multicenter experience. *Tech Coloproctol - 01-DEC-2005; 9(3): 243-6*
13. Correa-Rovelo JM. Surgical treatment of hemorrhoids with rectal mucosal resection using a stapler. *Rev Gastroenterol Mex - 01-OCT-2006; 71(4): 422-7*
14. Senagore AJ. A prospective, randomized, controlled multicenter trial comparing stapled hemorrhoidopexy and Ferguson hemorrhoidectomy: perioperative and one-year results. *Dis Colon Rectum - 01-NOV-2004; 47(11): 1824-36*
15. Angelone G. Bleeding after stapled haemorrhoidopexy using the PPH 03 stapler device. Experience and results in 100 consecutive patients. *Chir Ital - 01-MAR-2007; 59(2): 225-9*
16. Oughriss M. Complications of stapled hemorrhoidectomy: a French multicentric study. *Gastroenterol Clin Biol - 01-APR-2005; 29(4): 429-33*
17. MEDSTAT and Bleday, et. al; "Symptomatic Hemorrhoids: current incidence and complications of operative therapy," *Disc. Colon Rectum*, May 1992 (PPH patient brochure).
18. American Society of Colon and Rectal Surgeons. Hemorrhoids (PPH patient brochure). 1996
19. The American Gastroenterological Association. "Hemorrhoids." 9 January 2003.