Tratamiento del prolapso hemorroidal mediante mucosectomía circular endoanal (técnica de Longo)

J. Álvarez, P. Anchústegui, J.I. Dopereiro, J.A. Rodríguez-Montes y L. García-Sancho
Departamento de Cirugía. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Resumen

Introducción. La enfermedad hemorroidal es un proceso de gran prevalencia en la población, cuyo tratamiento quirúrgico quedó establecido hace tiempo mediante la técnica de Milligan y Morgan y sus posteriores modificaciones. No obstante, el hecho de que se generen molestias y dolor postoperatorios han motivado la propuesta de métodos alternativos, con mayor o menor éxito, pero sin duda menos idóneas que la hemorroidectomía convencional. En 1998 Longo propuso una nueva técnica, la mucosectomía circular endoanal, como tratamiento eficaz de la enfermedad hemorroidal.

Objetivos. Se evalúa la dificultad de la técnica y sus resultados respecto al dolor y las complicaciones postoperatorias.

Pacientes y métodos. Pacientes con hemorroides de grado III que fueron tratados mediante la técnica descrita por Longo durante el período comprendido entre abril de 1999 y julio de 2000. Se analiza la edad, el sexo, la dificultad del procedimiento, la morbilidad y la estancia hospitalaria. Siempre se prescribió la misma pauta analgésica. Al alta se le entregaba al paciente una "Encuesta de satisfacción" y un folleto donde debía anotar la intensidad y duración del dolor, así como el consumo de analgésicos. El seguimiento se realizó a los 7, 15, 30 días y 6 meses de la cirugía. El tiempo operatorio se midió con un cronómetro.

Resultados. Fueron intervenidos 28 enfermos, 17 varones y 11 mujeres, con una media de edad de

36 años (rango 24-68); intervención única y completa en todos los casos; estancia media 1,2 días (rango 1-5). No hubo dificultad técnica en ningún caso. Hubo complicaciones mayores (n = 1; 3,5%) y menores (n = 12; 42,1%): la mayor, un caso de hemorragia postoperatoria debido a fallo técnico, que requirió cirugía urgente para sutura del punto sangrante bajo anestesia general y transfusión de hemoderivados; las menores: retención urinaria en las primeras 24 h (n = 9; 32,1%), hemorragia escasa durante la primera semana posterior a la cirugía (n = 5; 17,5%) y tenesmo rectal (n = 3; 10,7%). No se objetivaron dolor postoperatorio ni incontinencia temporal. El tiempo operatorio medio fue de 18,3 ± 4,1 min. El dolor posquirúrgico fue controlado en todos los casos con la medicación prescrita, excepto en uno (el que precisó reintervención por hemorragia). Todos los pacientes tuvieron menos dolor que el esperado; ninguno precisaba medicación en la segunda revisión. El grado de satisfacción fue del 97%. La actividad laboral, controlada en 19 de los 28 enfermos, se reanudó en menos de 2 días (n = 8), en menos de 7 días (n = 9) y al mes (n = 2).

Conclusiones. a) La técnica descrita por Longo es fácil de realizar y eficaz para el tratamiento de hemorroides de grado III, con una tasa baja de complicaciones, y b) se necesita un seguimiento a largo plazo de estos pacientes para evaluar resultados definitivos y detectar posibles secuelas.

Palabras clave: Hemorroides. Hemorroidectomía. Longo.

(Cir Esp 2001; 70: 99-101)

Este trabajo ha sido parcialmente presentado en el IV Congreso Iberoatlántico-americano de Coloproctología, celebrado en Marbella (Málaga), del 22 al 24 de noviembre de 2000.

Correspondencia: Dr. J. Álvarez Álvarez.
Valle del Roncal, 39. Villanueva de la Cañada. 28692 Madrid.

Aceptado para su publicación en mayo de 2001.

TREATMENT OF HEMORRHOIDAL PROLAPSE BY ENDOANAL CIRCULAR MUCOSECTOMY (LONGO'S TECHNIQUE)

Introduction. Hemorrhoidal disease is highly prevalent. Surgical treatment using Milligan and Morgan's technique and its subsequent modifications has long

been established. Nevertheless, because this procedure produces postoperative pain and discomfort, alternative methods have been proposed, with greater or lesser success. Undoubtedly these methods are less effective than conventional hemorrhoidectomy. In 1998 Longo proposed a new technique, endoanal circular mucosectomy, as an effective treatment in hemorrhoidal disease. The aim of this study was to evaluate the technical difficulty of Longo's technique and its results in terms of postoperative pain and complications.

Patients and methods. We studied patients with grade III hemorrhoids who underwent surgery with Longo's technique from April 1999-July 2000. Age, sex, technical difficulty, morbidity and length of hospital stay were analyzed. The same analgesic was always used. On discharge, patients were given a questionnaire measuring satisfaction and a sheet in which to note down pain intensity and duration as well as analgesic consumption. Follow-up was performed at days 7, 15 and 30 after surgery and again at 6 months. Operating time was measured with a chronometer.

Results. Surgery was performed in 28 patients, 17 men and 11 women. Mean age was 36 years (range: 24-68). In all patients a single intervention was complete. Mean hospital stay was 1.2 days (range: 1-5). No patients presented technical difficulty. Major complications occurred in 1 patient (35%) and minor complications in 12 (42.1%). Major complications consisted of postoperative bleeding due to a technical fault requiring urgent surgery to suture the site of bleeding under general anesthetic and hemoderivative transfusion. Minor complications consisted of urinary retention in the first 24 hours after surgery in 9 patients (32.1%), slight bleeding in the first postoperative week in 5 patients (17.5%) and rectal tenesmus in 3 (10.7%). No postoperative pain or temporal incontinence was noted. Mean operating time was 18.3 ± 4.1 minutes. In all patients postoperative pain was controlled with the prescribed medication except in the patient who required reintervention for bleeding. All patients had less pain than expected and none required medication in the second follow-up. Degree of satisfaction was 97%. Occupational activity, suspended in 19 of the 28 patients, was resumed in less than 2 days in 8 patients, in less than 7 days in 9 patients and after 1 month in 2 patients.

Conclusions. 1) Longo's technique is easy to perform and effective in the treatment of grade III hemorrhoids with a low complication rate; 2) long-term follow-up is required in these patients to evaluate the definitive results and detect possible sequelae.

Key words: Hemorrhoids. Hemorrhoidectomy. Longo.

Introducción

La enfermedad hemorroidal es un proceso de gran prevalencia en la población, cuyo tratamiento quirúrgico quedó establecido hace tiempo con la técnica de Milligan y Morgan¹. Sin

embargo, debido a las molestias y al intenso dolor postoperatorio que produce esta intervención se han propuesto métodos alternativos²⁻⁷, con mayor o menor éxito, pero sin duda de menos idóneas que la hemorroidectomía convencional.

En 1998, Longo propuso la mucosectomía circular endoanal⁸ como tratamiento eficaz de la enfermedad hemorroidal, basándose en estudios previos⁹ que empleaban el mismo procedimiento como opción terapéutica del prolapso rectal. Los buenos resultados descritos tanto en términos de curación de la enfermedad como de alivio del dolor postoperatorio han motivado que se haya recomendado la sustitución de la hemorroidectomía clásica por la nueva intervención¹⁰.

El objetivo de este trabajo ha sido evaluar la dificultad de realización del procedimiento y sus resultados respecto al dolor y complicaciones postoperatorias.

Pacientes y métodos

Se ha revisado la historia clínica de todos los pacientes tratados de hemorroides mediante la técnica descrita por Longo, durante el período comprendido entre abril de 1999 y septiembre de 2000. Se analizó la edad, el sexo, la dificultad técnica, la morbilidad y la estancia media.

La selección de los pacientes, todos de riesgo anestésico ASA I, así como la cirugía, el seguimiento y las revisiones posteriores fueron realizados por los mismos cirujanos, quienes tras informar a los enfermos del procedimiento les solicitaron el consentimiento para la intervención quirúrgica. Se eligieron en todos los casos hemorroides del grado III, según la clasificación de Gogliher¹¹; tres de ellos presentaban, además, un prolapso rectal moderado.

La cirugía se realizó bajo anestesia raquídea y con el paciente en posición ginecológica. La técnica practicada fue la descrita por Longo⁸ utilizando un dispositivo PPHI 33 (Ethicon Endosurgery). Todos los pacientes cumplimentaron una encuesta de satisfacción a los 7 días de la cirugía. La pauta de analgesia seguida se estableció con Ketorolaco (Toradol[®]) a demanda de los pacientes, según su propia percepción del dolor (dosis máxima: 40 mg/día durante 5 días; un comprimido/6 h/5 días). En los enfermos con antecedentes de enfermedad ulcerosa gastroduodenal se administraron simultáneamente receptores anti-H2 (ranitidina, 150 mg/12 h *per os*). Todos los pacientes permanecieron ingresados tras la operación. Se recogieron las complicaciones postoperatorias que ocurrieron durante el ingreso hospitalario y durante los primeros 6 meses posteriores a la cirugía.

La revisión postoperatoria fue realizada en todos los casos por los mismos cirujanos, a los 7 y 15 días y al mes y 6 meses de la intervención quirúrgica.

Resultados

Durante el período analizado (6 meses) fueron intervenidos 28 enfermos, 17 varones y 11 mujeres, con una edad media de 36 años (rango 24-68). La operación se efectuó de forma completa y única en los 28 pacientes sin que en ningún caso se asociara otra técnica. No se evidenció ninguna dificultad respecto a la realización de la técnica quirúrgica, practicándose en todos los casos el mismo procedimiento con el que se trataron 3 casos de prolapso rectal. Se observaron las complicaciones que se indican en la tabla 1.

La complicación más importante fue una rectorragia postoperatoria en las primeras 24 h, que requirió cirugía urgente para suturar el punto de hemorragia, bajo anestesia general, y transfusión de hemoderivados. Otro paciente precisó reintervención a los 7 días, con anestesia local, para reparar un pequeño nódulo hemorroidal ero-

TABLA 1. **Complicaciones postoperatorias observadas en los pacientes de la serie (n = 28) operados de hemorroides mediante la técnica descrita por Longo**

Complicación	N.º de pacientes	Porcentaje
Rectorragia	1	3,5
Retención de orina en las primeras 24 h	9	32,1
Hemorragia escasa en la semana posterior a la cirugía	5	17,5
Tenesmo rectal	3	10,7
Dolor a la defecación	0	0
Incontinencia temporal	0	0

sionado residual. El tiempo operatorio medio fue de 18,3 ± 4,1 min. La estancia media fue de 1,2 días (rango 1-5). La primera deposición ocurrió el primer día en 15 pacientes, el segundo día en 8, y el tercer día en 5.

En todos los casos, excepto en uno, el dolor fue controlado con la medicación prescrita. Respecto a la expectativa del dolor, todos los pacientes indicaron haber tenido menos que el esperado. Ningún enfermo necesitaba medicación a los 15 días de la cirugía. No se objetivó dolor necesario ni incontinencia temporal. El tiempo medio de consumo de analgésicos fue 3,4 ± 2,3 días (rango, 1-12), siendo la dosis media de 20 mg/día (rango, 10-30 mg). Todas las complicaciones menores cesaron de modo espontáneo sin necesidad de tratamiento alguno.

El regreso a la actividad laboral se controló en 19 de los 28 pacientes operados; de ellos, 8 lo hicieron en menos de 2 días, 9 en menos de una semana y 2 en un mes. El grado de satisfacción fue del 97%.

Discusión

Los resultados de nuestra serie, en cuanto a las complicaciones, son similares en algunos aspectos a las descritas en algunos trabajos en la bibliografía médica. Uno de nuestros pacientes presentó una rectorragia postoperatoria, complicación que ha sido descrita por Señaris et al¹² y que, en nuestro caso, hubiera podido ser evitada si se hubiera realizado una adecuada revisión intraoperatoria, ya que no se llevó a cabo por circunstancias ajenas a la intervención. La paciente reintervenida con anestesia local asociaba un gran prolapso con hemorroides muy voluminosas en los tres nódulos principales, lo que en cierta medida dificultó la ejecución de la técnica quirúrgica.

A diferencia de lo publicado por otros autores¹³, ningún paciente de nuestra serie refirió incontinencia temporal, alteración que, según Ortíz et al¹⁴, podría ser atribuida a la dilatación anal que produce el anoscopio a través del cual se introduce la máquina de autosutura circular. En este sentido, Longo⁸ ha comprobado una disminución significativa de la presión de reposo un año después de la operación en 44 enfermos en los que aquella fue medida, aunque, al igual que nosotros y otros autores¹⁰, no refiere alteraciones de la continencia. No obstante, el

mecanismo íntimo de este fenómeno es desconocido, aunque la inclusión de músculo en el *donut* puede ejercer algún papel en la producción de la citada incontinencia.

Una forma indirecta de valorar el dolor es el consumo de analgésicos, sobre todo tras el alta hospitalaria del paciente. En nuestra serie el número medio de días en los que los enfermos han requerido analgésicos ha sido similar al publicado por algunos autores^{10,15} y diferente a lo descrito por otros^{8,14}.

Dado que el tiempo quirúrgico medio es una variable que nos puede indicar la mayor o menor dificultad técnica, un tiempo quirúrgico medio de 18 min se puede considerar aceptable, sin que sea alto, máxime si se tiene en cuenta que los pacientes fueron intervenidos por cirujanos diferentes. Este tiempo quirúrgico es superponible al referido por Altomare et al¹⁰, que es de 15 min, aunque muy superiores a los 8 min de media obtenidos por Longo⁸ y a los 12 min de media descritos por Ortíz et al¹⁴, variabilidad que podría ser atribuida a la mayor experiencia en la ejecución de la técnica.

A pesar de las complicaciones menores observadas en nuestra serie, todas resueltas espontáneamente, el porcentaje de pacientes que se mostraron satisfechos con el procedimiento fue del 97%, cifra superior, aunque similar, a la de otros colegas¹⁴.

Como conclusión podemos establecer los siguientes aspectos: a) la técnica descrita por Longo es sencilla y eficaz para tratar hemorroides grado III, con una tasa de complicaciones baja, y b) sin embargo, para considerarla como primera y mejor opción es necesario no sólo un seguimiento a largo plazo de estos pacientes para evaluar resultados definitivos y posibles secuelas, sino la realización de estudios aleatorios comparativos con la hemorroidectomía convencional en los que se evalúen la curación de la enfermedad, el bienestar del enfermo y el impacto económico del procedimiento.

Bibliografía

1. Milligan ETC, Morgan CN. Surgical anatomy of canal anal and operative treatment of haemorrhoids. *Lancet* 1937; 2: 1119-1124.
2. MacRae HM, Mc Leads RS. Comparison of haemorrhoidal treatment modalities. A meta-analysis. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 687-694.
3. Murie JA, Sim JW, Mackenzie I. Rubber band ligation versus haemorrhoidectomy for prolapsing haemorrhoids: a long term prospective clinical trial. *Br J Surg* 1982; 69: 536-538.
4. Law W, Chu K. Triple rubber band ligation for haemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 363-366.
5. Kauffman HD. Outpatient treatment of haemorrhoids by cryotherapy. *Br J Surg* 1976; 63: 462-463.
6. Andrews BT, Layer GT, Jackson BT, Nicholls RJ. Randomized trial comparing diathermy hemorrhoidectomy with scissor dissection Milligan Morgan operation. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 580-583.
7. Mathai V, Ong BC, Ho YH. Randomized controlled trial of lateral internal sphincterotomy. *Br J Surg* 1996; 83: 380-382.
8. Longo A. Treatment of hemorrhoids disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with circular suturing device: a new procedure. *Proc. of the 6th World Congress of Endoscopic Surgery*.

- Roma 3-6 de junio, 1998.
9. Pescatori M, Favetta U, Dedola S, Orsini S. Transanal stapled excision of rectal mucose prolapse. *Tech Coloproct* 1997; 1: 96-98.
 10. Altomare DF, Rinaldi M, Chiumarulo C, Palasciano N. Treatment of external anorectal mucosal prolapse with circular stapler. An easy effective new surgical technique. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1102-1105.
 11. Goligher J. *Cirugía de ano, recto y colon*. Barcelona: Salvat Editores, S.A., 1979: 97-140.
 12. Señaris JF, Monsalve E, Frieyro O, Souto JL, Losada M, Bernal E et al. Tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidal mediante técnica de Longo. *Cir Esp* 1999; 66 (Supl 1): 18-19.
 13. Cheetman MJ, Mortensen NJ, Nystrom PO, Kamm MA, Phillips RK. Persistent pain and faecal urgency after stapled haemorrhoidectomy. *Lancet* 2000; 356: 730-733.
 14. Ortíz H, Marzo J, De Miguel M, Armendáriz P. Hemorroidectomía mediante máquina de sutura automática (técnica de Longo). ¿Son reproducibles los resultados de esta técnica? *Cir Esp* 2001; 69: 22-24.
 15. Gravié JF. Traitement des hémorroïdes de stade III et IV par la