

EVOLUCION DEL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD HEMORROIDAL EN FUNCION DE LOS RECIENTES CONCEPTOS ETIOPATOGENICOS*

P. BOCCASANTA, G. C. MICHELETTO, G. MORI, F. PACINI, G. C. SEMERARO * y A. TAJANA

Istituto di Clinica Chirurgica III dell'Università degli Studi.

(Direttore: Prof. W. Montorsi)

* Ospedale Civile di Codogno. Divisione di Chirurgia Generale.

(Primario inc.: Prof. G. C. Semeraro)

Milano (Italia)

En la Enfermedad Hemorroidal cabe reconocer, de acuerdo con **Rotschke** y **Thompson** (20-31), dos momentos etiopatogénicos fundamentales: El de la hiperplasia y metaplasia hemangiomatosa y el de la pérdida de los medios de sostén conectivo-musculares, acompañados o no de una hiperactividad del músculo interno del esfínter.

En la escuela británica se sugirieron dos terapéuticas, la de **Salmon** continuada por **Hallingham** (1901) de ligadura alta del pedúnculo y la de ligadura baja de **Milligan-Morgan**, seguida por **Miles** (1919). Con la ligadura alta se alcanza el extremo superior del canal anal, en tanto que con la ligadura baja se llega a la unión muco-cutánea de dicho canal. Intentemos ahora interpretar estos dos criterios en el contexto etiopatogénico de la Enfermedad Hemorroidal.

La teoría de la hiperplasia vascular, ya popular en el siglo XIX por **Velpeau** (1826), **Malgaigne** (1837), **Bourgery** (1840) y por **Cruveihier** (1852), consideraba las hemorroides como el resultado de una suerte de metaplasia hística de tipo hemangiomatoso, con los caracteres de un tejido extraordinariamente engrosado que **Stieve** (1928) demostraba que formaba parte del mecanismo de la continencia.

De modo sucesivo, **Staubesand** y **Stelzner** (1962/63) remarcaban el concepto hemangiomatoso en la definición de cuerpo esponjoso rectal, demostrando histológicamente la presencia de comunicaciones arteriovenosas. **Thomson** (31) confirmaba tales comunicaciones con la simultánea perfusión retrógrada de la vena rectal y de la correspondiente arteria.

Es evidente, pues, que la intervención de **Milligan-Morgan** (1933) es propuesta ya como intervención que conduce a actuar sobre los componentes hemangiomaticos, por separación del esfínter a la vez que todo el revestimiento muco-cutáneo de las hemorroides, dejando curar las tres áreas de exéresis por segunda intención.

Sigue luego la técnica conocida universalmente del St. Mark's Hospital de ligar el pedúnculo en el extremo superior del canal anal, es decir, hacia la mucosa rectal sana de forma que la ligadura no comprenda la piel ni el músculo sino los afluentes arteriolares y venulares del saco.

(*) Traducido del original en italiano por la Redacción.

Cuando **Goligher** admite haber adoptado, sólo en un segundo tiempo, el hábito de una delicada dilatación del ano, nunca efectuada por **Morgan**, hay que reconocer que se aproxima conceptualmente a la vieja y abandonada maniobra de extroflexión del saco según **Langenbeck**, para una mayor facilidad de clampaje con la pinza anular.

El estiramiento de la divulsión provocada sobre los componentes esfinterianos, si en la técnica de clampaje y cauterización, sin un análisis etiológico de su coparticipación causal, resulta un tiempo de la hemorroidectomía, en los países de más allá de los Alpes constituye un desarrollo de la teoría de la hiperactividad y esclerosis del esfínter interno, que recuerda la banda pecten del lenguaje anglosajón. Todo ello, aunque fue observada (**Hancock**, 5) la miofibrosis del esfínter interno, histológicamente demostrada por **Stelzner** (22) y manométricamente comprobada por **Hancock** y por **Gemsenjager** (3), no ofrecía una clara relación con el grado de las hemorroides y la intensidad de los síntomas. Por otra parte, en el decenio 1965-75 aparecen la esfinterotomía lateral según **Notaras** y la posterior según **Parnaud**, adoptada por **Arnous** durante sus intervenciones de hemorroidectomía. En la acepción de **Notaras** la esfinterotomía se practica en casos de hipertonia esfinteriana, es decir la fisura. En la intervención de **Arnous** seguía la exposición de los tres pedúnculos hemorroidales y se procedía, además de interesar la sección el esfínter interno a fin de reducir la hipertonia presente y que era incidido de modo prudencial, a exteriorizar la porción superior del canal anal. **Arnous**, comprobaba con el dedo este descenso del canal anal por medio de un tercer clamp sobre el saco.

Se garantizaba así, todavía, una ligadura alta de los componentes arteriolo-venulares por encima del saco, con una aproximación conceptual a la ligadura alta de **Salmon** adoptada por el St. Mark's Hospital. En efecto, en las reflexiones verbales de **Parks** la hemorroidectomía según el St. Mark's Hospital y la de **Arnous** eran conceptualmente similares.

La coparticipación del esfínter en la patología hemoroidal lleva a una evolución teórica quizá desesperada, en el sentido de que los autores de lengua alemana, como **Schiller** (1981) y **Allgöwer**, describen la esfinterotomía lateral izquierda como posible terapéutica de las hemorroides, de la misma manera que se ha llegado a la exasperación conceptual de **Lord** (1968) con la dilatación pluridigital del ano. Parece aquí oportuno, para intuir cómo se ha ido madurando, el criterio de actuar sobre los componentes esfinterianos en vez de sobre los hemangiomaticos, volviendo a la teoría del «sludging», es decir alinearse al exterior de la circunferencia anal de las hemorroides prolapsadas, por un pérdida progresiva e irreversible del sostén conectivo (representado en esencia por el ligamento suspensorio de Parks). En nuestra terminología italiana, la teoría del «sluding anal lining» nos lleva de nuevo al prolapso mucoso.

Una nota interesante de **Thomson** en términos clínicos es la observación de una formación en Y, constituida por paquetes de tejido mucoso: lateral izquierdo, anterior derecho, posterior derecho. Estos a modo de cojines anales pueden permanecer en la luz anal y constituir formaciones anatómicas normales que juegan su papel sobre el mecanismo de la continencia, o ser desplazados por rotura del ligamento de Parks.

En este último caso (teoría mecánica de las hemorroides) se manifiestan los síntomas de la Enfermedad Hemoroidal por medio de trastornos circulatorios secundarios a estrangulamiento de los vasos por la contracción del esfínter: agudos con

hemorragia y trombosis (3^{er} grado), crónicos con edema y organización conectiva (hemorroides de 4^o grado) (**Pernaud**, 1985).

En el primer caso, por contra (hemorroides intraluminales, hemorroides de 2^o y 3^{er} grado), la crisis hemoroidal (hemorragia, congestión, trombosis) habría que relacionarla a una brusca perturbación, a la que pueden contribuir a la vez fenómenos flogísticos del sistema neurovascular regulador de la circulación hemoroidal (teoría vascular). Teorías vascular y mecánica parecen, hoy día, los conceptos etiopatogénicos más acreditados y la base de las actuales orientaciones terapéuticas.

La terapéutica quirúrgica de las hemorroides debe, así, jugar toda en relación con estos dos momentos clínicos y de semeiótica instrumental. Cuando las hemorroides ocupan toda la luz del canal anal están indicadas las intervenciones de hemorroidectomía según el St. Mark's Hospital; cuando están prolapsadas fuera de la circunferencia anal pueden hallar indicación también las intervenciones según **Parks** y según **Toupet**, aunque mas complejas, largas y difíciles.

El objetivo de estas dos intervenciones es recomponer una línea anocutánea por introducción en la luz del canal anal, con un respeto escrupuloso y difícil del anodermis sensible (de las porciones superiores del canal anal que están adosadas a la neorima anocutánea). Como se exponía recientemente, la intervención de **Toupet**, modificación de la antigua **Whithead**, encuentra su indicación en el prolapso hemoroidal submucoso.

Nos parece, no obstante, que la intervención de hemorroidectomía submucosa seguida de preferencia por **Parks** subvierte, en efecto, los criterios de la hemorroidectomía mucho más de cuanto lo habían hecho **Morgan** y **Arnous**.

El empleo del retractor autostático del canal anal tiende a proporcionar o mejor a restituir una proyección anatómica operatoria al plano cutáneo-mucoso y al muscular de soporte y permite operar en un espacio amplio no mayor de 6 cm por sectores de canal anal, poco a poco expuestos a diferentes niveles. **Parks** solía valorar siempre la laxitud de los tejidos con la infiltración anestésica o salina, valorar con las pinzas la intensidad del prolapso mucoso, reforzar el plano muscular con puntos de fijación que retomaban la mucosa en segunda instancia. La propia hemorroidectomía permitía una amplia exéresis de los componentes hemangiomaticos, patogénicamente comprometidos en sostener los síntomas, y una recuperación del «lining» anal deslizado al exterior, es decir la corrección del prolapso mucoso.

Para concluir, los dos momentos etiopatogénicos fundamentales de la enfermedad hemoroidal, perturbaciones neurovasculares del sistema de regulación hemoroidal y su metaplasia angiomatica y pérdida progresiva de anclaje a la línea pectenea, son dos fases de la misma enfermedad que puede permanecer bien distintas incluso durante años. Por tanto, requieren un tratamiento adecuado y posiblemente oportuno.

La hemorroidectomía según el St. Mark's Hospital debe sustituir a la vieja cauterización tras pinzamiento de los casos, aunque incluso ahora ésta se adapta y modifica a criterios quirúrgicos más racionales.

La indicación de proceder de forma distinta según **Parks** o según **Toupet** puede y debe ser dejada a los cirujanos que deben afrontar estos problemas en términos estrechamente proctológicos (incluso porque estas intervenciones vienen grabadas por un largo tiempo de ejecución y por posibles complicaciones cuando no son efectuadas con la minuciosidad y pericia necesarias).

Exponemos, a fines de explicación, una Tabla con las indicaciones y los resultados del tratamiento de la Enfermedad Hemorroidal con la experiencia madurada de la Escuela del Prof. Montorsi. Este escrito indica las bases racionales, fruto de la observación clínica, del «follow-up» postoperatorio cuidadoso y prolongado, de investigaciones histológicas y manométricas, de contactos con los principales Centros proctológicos europeos.

TABLA

**Resultados comparativos personales del tratamiento quirúrgico
de las hemorroides (400 casos)
1975-1982**

| | | Langenbeck (100 casos) | Milligan Morgan St. Mark's (170 casos) | Milligan Morgan Arnous (80 casos) | Parks (50 casos) |
|-----------------|--|---------------------------|---|--|---------------------|
| Anestesia | general local | Sí — | Sí — | Sí — | Sí — |
| Dolor | intenso | 90% | 10% | 5% | 2% |
| | suave | 10% | 60% | 60% | 30% |
| Secreción | escasa | 20% | 16% | 18% | 30% |
| Hemorragia | copiosa | 5% | 2% | 2% | 2% |
| | escasa | 30% | 39% | 40% | 16% |
| Hospitalización | media (días) | 6 | 4 | 4 | 6 |
| Hemorroides | recidivadas o re- siduales | 21% | 4% | 2% | 2% |
| Trombosis | | 10% | 0% | 0% | 0% |
| Fístulas | | 1% | — | — | — |
| Fisuras | | 0 | 4% | 0 | 1% |
| Incontinencia | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Resultados | satisfactorios (de- saparición de los síntomas) | 73% | 95% | 96% | 76% |

RESUMEN

Se comentan y discuten las diferentes bases etiopatogénicas y terapéuticas de la Enfermedad Hemorroidal.

SUMMARY

The several etiopathogenic and therapeutical basis of the Haemorrhoidal Disease are discussed and commented on.

Se acompaña extensa bibliografía, que puede solicitarse de los autores.