

En la tabla del coste relativo del Hemorpex, echamos de menos la comparación con las clásicas ligaduras hemorroidales (método de Barron), posiblemente el método más barato y que menos recursos humanos y materiales consume. MacRae et al<sup>3</sup> lo sitúan en un segundo lugar tras la cirugía en su metaanálisis.

La tasa de recidiva para las hemorroides grado 2 y 3 en la serie de los autores es del 1,6% y 3,9%, respectivamente. En nuestra serie<sup>4</sup> con el método de Barron, la tasa de recidivas para hemorroides grado 1, 2 y 3 fue del 5,7%, del 9,8% y del 25,9%, respectivamente. Las de grado 4 se excluyeron del estudio.

Arthur et al<sup>5</sup> comparan la LAHD con las ligaduras con bandas elásticas en el tratamiento de hemorroides grado 2 y 3. Los autores observan una resolución parcial/total del 76% y 88% en hemorroides grado 2 y 3, respectivamente, tratadas con LAHD frente al 69% y 75% en hemorroides grado 2 y 3 con ligaduras convencionales. Esta comparación (sin diferencias significativas) parece evidenciar que la LAHD es algo mejor que la ligadura convencional con bandas elásticas. La vascularización transmural del recto explicaría la insuficiencia tratando solo el plexo submucoso con ambos métodos<sup>6</sup>.

No obstante, queda una duda: los autores del hemorpex realizan alrededor de 6 ligaduras transfixivas (sin Doppler) por paciente y podría plantearse un enfoque similar con el método tradicional para conseguir una comparación más igualada.

En nuestra serie, se realizó un promedio de 1,5 ligaduras por sesión con una media de 2,45 por paciente. Hay una razón para explicar este hecho: a partir de la colocación de más de 2 ligaduras por sesión aumentaba notablemente el disconfort (dolor/tenesmo) hasta en un 32% de los pacientes. Otros autores refieren cifras de dolor incluso más elevadas<sup>7</sup>. Los autores han obtenido con su método un predominio de escala visual analógica de 1 a 3 en un 59,9% de sus pacientes colocando más ligaduras.

Parece que los nuevos dispositivos y técnica para tratar las hemorroides (Hemorpex, LAHD) han mejorado los resultados en cuanto a recidiva y dolor, excepto quizás en el coste.

doi:10.1016/j.ciresp.2009.11.028

## BIBLIOGRAFÍA

1. Iachino C, Guerrero Y, Sias F, Milone L, Saccone M, Giordano GF, et al. Resultados de la hemorroidopexia con sistema hemorpex en el tratamiento quirúrgico ambulatorio de las hemorroides. *Cir Esp.* 2009;86:105-9.
2. Giordano P, Overton J, Madeddu F, Zaman S, Gravante G. Transanal hemorrhoidal dearterialization: a systematic review. *Dis Colon Rectum.* 2009;52:1665-71.
3. Mac Rae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatments: a meta-analysis. *Can J Surg.* 1997;40:14-7.
4. Bernal JC, Enguix M, López García J, García Romero J, Trullenque Peris R. Ligadura con banda elástica de las hemorroides en una Unidad de Coloproctología. Estudio prospectivo. *Rev Esp Enf Dig.* 2005;97:38-45.
5. Arthur J, Barben C, Skaife P. A comparison of initial outcome after Doppler-Guided Haemorrhoidal Artery Ligation and Rubber Band Ligation for 2<sup>nd</sup>/3<sup>rd</sup> degree haemorrhoids. *Colorectal Disease.* 2009;11(Suppl.2):16.
6. Aigner F, Bodner G, Conrad F, Mbaka G, Kreczy A, Fritsch H. The superior rectal artery and its branching pattern with regard to its clinical influence on ligation techniques for internal hemorrhoids. *Am J Surg.* 2004;187:102-8.
7. Hardwick RH, Durdey P. Should rubber band ligation haemorrhoids be performed at the initial outpatient visit? *Surg Clin North Am.* 1992;72:665-79.

Juan Carlos Bernal Sprekelsen\*, Francisco Morera Ocón, Francisco Javier Landete Molina y José López García

Servicio de Cirugía, Hospital General de Requena, Requena, Valencia, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jcbernal@comv.es (J.C. Bernal Sprekelsen).

## Respuesta de los autores

### Authors' reply

Sr. Director:

Ante todo, queremos agradecer a los Dres. Juan Carlos Bernal et al su interés por nuestra reciente publicación en referencia al tratamiento quirúrgico de las hemorroides con sistema hemorpex.

Estamos completamente de acuerdo en que las hemorroides grado 4 tienen indicación de hemorroidectomía, lo cual se ha visto confirmado con la tasa elevada de recidivas (37,5%) presentada en nuestro estudio.

Efectivamente, en la tabla de comparación de costes relativos, no hemos tenido en cuenta el método de Barron (ligaduras hemorroidales), pues como máximo podemos aplicar 2 por paciente y sesión, mientras que con el sistema hemorpex tratamos 6 paquetes. Por otra parte, el método de Barron es una técnica diferente a la nuestra, pues con él solo realizamos la ligadura de la hemorroide; mientras que el sistema hemorpex es un lifting de la mucosa mediante puntos transfixiantes de mucosa y submucosa siempre por encima de la línea pectínea, similar al sistema guiado con doppler, pero mejor, porque soluciona el prolapso debido a

que se empieza cerca de la línea pectínea, ascendiendo para obtener un mecanismo elástico que contribuye a mejorar el prolapso.

Si bien es verdad que los nuevos dispositivos para tratar las hemorroides tienen un elevado coste, debemos pensar que son técnicas a realizar en cirugía ambulatoria, que el consumo de medicación en el postoperatorio es mínimo; todo esto sumado reduce el coste de recursos hospitalarios.

Estamos muy satisfechos de los resultados obtenidos en nuestra serie, estando actualmente en fase de seguimiento de los pacientes.

Carlo Iachino<sup>a</sup> y Yaima Guerrero<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup>*Department of Surgery, School of Medicine,  
University of Genoa, Italia*

<sup>b</sup>*Servicio de Cirugía General, Hospital Municipal de Badalona,  
Badalona, Barcelona, España*

*\*Autor para correspondencia.*

Correo electrónico: yguerrero@bsa.cat (Y. Guerrero).

---

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.ci-  
resp.2009.11.028

doi:10.1016/j.ciresp.2009.12.016