

Dr. Marcos Levy B\*  
Dr. Joel Levy\*\*  
Dr. Luis Posniac\*\*\*

## RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas anales por patología anal benigna, en el Centro Médico de Caracas entre los años 1988 y 1992 y prospectivo desde 1992 y 1994, con la finalidad de evaluar las causas que determinan la conducta quirúrgica en estos pacientes, los procedimientos efectuados y la evolución de dichos pacientes de acuerdo a cada procedimiento.

Se incluyen en este estudio un total de 206 casos con una edad promedio de 40,2 años comprendidas entre los 13 meses de edad y los 79 años, de los cuales 56,3% fueron del sexo masculino y el 49,7 al sexo femenino; teniendo una relación de 1,3: 1. El promedio de estancia hospitalaria fue de 2,54 días con un tiempo quirúrgico promedio de 40 minutos.

## PALABRAS CLAVE

Patología Benigna; Cirugía Anal.

## ABSTRACT

A retrospective study was done in the Centro Medico de Caracas of all patients having ano rectal surgery for non-tumoral disease, between 1988 and 1992, and prospective from 1992 and 1994, to determine the cause of the surgery, the surgical technics employed and the patients evolution in each procedure. 206 patients were included in this study with male - female relation 1,3 : 1 (56,3% male and 49,7% female) median age of 40,2 years (13 months - 79 years).

The average surgical time was 40 minutes and the average hospital stay was 2,54 days.

## KEY WORDS

Non-Tumoral disease, Ano Rectal Surgery.

## INTRODUCCION

La patología ano rectal benigna, se presenta con mayor frecuencia cada vez, siendo uno de sus principales factores el stress de las ciudades y los malos hábitos alimentarios.

La patología ano rectal benigna es muy variada, existiendo alternativas profilácticas que evitan la aparición de estas entidades; sin embargo, al no tomarse estas medidas, casi invariablemente, evolucionan hasta requerir un procedimiento quirúrgico.

Existen muchas técnicas quirúrgicas para cada entidad, así como combinaciones de entidades en un mismo paciente. Por qué operamos a estos pacientes y qué técnica quirúrgica utilizamos en cada caso los cirujanos en el Centro Médico de Caracas entre los años 1988 y 1994 fue lo que nos motivó a realizar este estudio.

## MATERIALES Y METODOS

Doscientos seis pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente por patología anal benigna en el Centro Médico de Caracas por diversas causas, siendo la enfermedad hemorroidal la patología más frecuente en 140 pacientes (67,9%) fístulas perianales en 20 pacientes (9,7%) fisuras anales en 18 casos (8,7%) abscesos perianales en 16 casos (7,7%) y en los restantes 12 pacientes (5,8%) la patología fue mixta.

Los 140 pacientes con enfermedad hemorroidal presentaron hemorroides en diferentes estadios de evolución, realizándose hemorroidectomía simple según la técnica abierta de Milligan y Morgan en 80 de ellos (57%), en 24 pacientes (17%) además de la hemorroidectomía abierta se realizó esfinterotomía, por considerarse en el momento del acto quirúrgico que había hipertonia del esfínter anal por tacto rectal, en 23 pacientes (16,4%); Además de la hemorroidectomía abierta, se ligaron paquetes hemorroidales con bandas elásticas, por encontrarse asociado a las hemorroides prolapso simple de la mucosa ano rectal o porque el numero de paquetes hemorroidales, no permitía la conservación de puentes mucosos; en 13 (9,3%) pacientes se ligaron las hemorroides con bandas elásticas por ser hemorroides internas sin contacto con el borde de piel anal.

Tuvimos 20 pacientes intervenidos por fístulas perianales. Al (70%), 14 pacientes, se les realizó, fistulectomías y a 6 pacientes (30%) de les realizó fistulotomías y curetajes. 18 pacientes (8,7%) de esta casuística ingresaron con diagnostico de fisura anal, realizándose a 7 de ellos (38,8%) fisurectomía simple y a 11 pacientes (61,1%) fisurectomía más esfinterotomía parcial interna.

Los 16 pacientes que consultaron por abscesos perianales fueron divididos en dos grupos.

**Grupo A:** 8 pacientes (50%) se les realizó drenaje simple de los abscesos.

**Grupo B:** 8 pacientes (50%) se les realizó drenaje de los abscesos más localización de la papila anal inflamada para papilotomía.

\*Cirujano del Centro Médico de Caracas

\*\*Ex-residente del Centro Médico de Caracas

\*\*\*Ex-residente del Centro Médico de Caracas

Los 12 pacientes (5,8%) restantes de esta casuística, presentaron patología anal mixta, realizándose procedimientos quirúrgicos, de acuerdo a cada situación, siendo la combinación más frecuente la presencia de hemorroides y fisuras anales en el 75% de los casos (9 pacientes).

## RESULTADOS

De los 140 pacientes intervenidos por Hemorroides, 127 (90,7%) se sometieron a hemorroidectomía simple, según la técnica abierta de Milligan y Morgan, presentándose, como única complicación en estos pacientes, sangramiento moderado del Lecho Hemorroidal en 7 pacientes (5,5%), las cuales cedieron en las primeras 24 a 48 horas del postoperatorio con tratamiento local.

De estos 127 pacientes en los que se realizó hemorroidectomía, en 23 de ellos (18,1%) se asociaron ligaduras hemorroidales con bandas elásticas, por prolapso mucoso asociado o porque el número de paquetes hemorroidales a resecar no permitía la conservación de puentes mucosos, no teniendo complicaciones de ningún tipo y el dolor postoperatorio pareció ser menor, cuantificado por el número de analgésicos solicitado por el paciente después del acto quirúrgico.

El 9,3% restante de este grupo de pacientes (13 pacientes) no se sometió a resección hemorroidal sino tan solo a ligadura hemorroidal con bandas elásticas por ser hemorroides internas, evolucionando en forma satisfactoria sin dolor y egresando el mismo día del procedimiento.

Los pacientes con fístulas perianales que se sometieron a fistulectomía, evolucionaron en forma satisfactoria sin complicaciones ni recidivas, mientras que en los que sólo se realizó fistulotomía y curetaje, tuvimos 2 recidivas (33,3%).

Los 18 pacientes con fisuras anales, al 8,7% se le realizó fisurectomía simple y al 61,1%, además de la fisurectomía se les realizó esfinterotomía parcial interna evolucionando estos últimos con mucho menos dolor postoperatorio, egresando en menor tiempo e incorporándose antes a sus labores cotidianas que aquellos en los que sólo se realizó la fisurectomía.

En el grupo de pacientes con abscesos perianales se presentaron 3 recidivas, en aquellos pacientes en los que no se resecó la papila inflamada (37,5%) dentro de los 6 meses siguientes al acto quirúrgico, y en el grupo con papilotomía no se presentaron recidivas.

## CONCLUSIONES

La patología anal benigna, afecta principalmente a personas en la época productiva de sus vidas, siendo entre las segunda y la cuarta década el mayor período de afectación, teniendo en este estudio un promedio de edad de 40 años, con una incidencia casi igual por sexos.

La enfermedad hemorroidal es la causa más frecuente de consulta en la patología anal, que en nuestra casuística representó el 67,9% de los casos. Al evaluar a estos enfermos, encontramos que la mayoría de las patologías anales benignas tienen causas comunes, como son constipación, Hipertonía del

esfínter anal, y contracciones paradójicas del esfínter anal. Sin embargo el tratamiento debe ser individualizado de acuerdo a los hallazgos en el examen clínico preoperatorio.

Entre los pacientes con fístulas perianales tuvieron menor número de recidivas, aquellos que fueron sometidos a resección del trayecto fistuloso que aquellos en los que realizó fistulotomía y curetaje, donde a pesar de que la casuística es pequeña, tuvimos un 33% de recidivas.

Las fisuras anales se acompañaron en nuestra casuística en un 61% de hipertonía del esfínter anal, probablemente reactiva anal, por lo que consideramos la esfinterotomía parcial como una parte importante del tratamiento de estos enfermos en los casos indicados.

Los abscesos perianales parecen formarse definitivamente a partir de la inflamación y posterior infección de una o varias papilas anales diseminándose la infección por el tejido subyacente hasta alcanzar los espacios perirectales y perianales. Por ello, consideramos imperante la localización de la papila afectada, papilotomía y drenaje del absceso, y así evitar una alta recidiva en estos casos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Calman, A.S. Submucous Hemorrhoidectomy. *Am J Surg* 1939; 44: 577,580.
2. Khubchandani, I.T. Closed Hemorrhoidectomy With Local Anesthesia. *Surg Gynecol Obstet.* 1972, 135: 955,957.
3. Hancock, B.D. Internal Sphincter and the Nature of Hemorrhoids. *Gut* 1977; 18: 651,655.
4. Arabi, Y., Alexander Williams, J., Keighley M.R.B. Anal Pressures in Hemorrhoids and Anal Fissure. *Am J Surg* 1977; 134: 608,610.
5. Cirocco WC; Reilly JC. Challenging the Predictive Accuracy of Goodsall's Rule for Anal Fistulas. *Dis-Colon-Rectum*; 1992; 35 (6): 537-542.
6. Morgado, P., Alfaro, R., Morgado S., P., Hemorrhoidectomía abierta o cerrada. *Coloproctology* 1993; 9: 10,12.
7. Turrel, R. Hemorrhoidectomy with Special Reference to Open Versus Closed Technics. *Surg Cl North Am* 1952; 32: 677.
8. Milligan ETC, Morgan NC, Jones LE, Office R. Surgical Anatomy of Canal and Operative Treatment of Hemorrhoids. *Lancet* 1937; 2: 1119.