

# Principios generales de la cirugía proctológica

**R. Lombard-Platet**  
**X. Barth**

*La cirugía proctológica no es más que un campo de aplicación de la cirugía y los principios generales que la rigen no son otros que los de la cirugía general. Se trata de una cirugía esencialmente funcional. Sus resultados deben ser excelentes y para ello es necesario realizar maniobras simples y ordenadas. Sin embargo, por el hecho de su carácter superficial y la ausencia habitual de riesgos inmediatamente graves durante su realización y, sobre todo, por sus condiciones particulares de realización, merecen ser considerados ciertos aspectos.*

## Preparación para la intervención

Si es posible, aunque no es imprescindible, hay que conseguir una evacuación rectal antes de la intervención, mediante una pequeña lavativa administrada unas horas antes de la intervención. Si el ano es doloroso, ésta puede obviarse.

No es necesario rasurar el periné antes de la intervención. Si ello fuera útil, podrá hacerlo el cirujano sin dificultad, una vez que el enfermo esté instalado y tras la anestesia local o general.

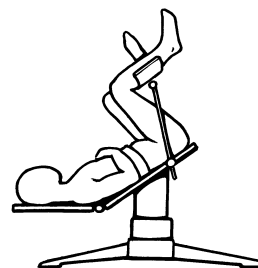
Algunos autores recomiendan la antibioticoterapia. Nosotros no la empleamos jamás en la cirugía de la fisura o de las hemorroides y sólo la empleamos para el tratamiento de las supuraciones, cuando hay colecciones agudas o crónicas. En esos casos se utiliza una cefalosporina asociada a metronidazol.

La evaluación preoperatoria depende de la intervención prevista y sobre todo del tipo de anestesia. Debe reducirse al mínimo e incluir básicamente una radiografía pulmonar, un electrocardiograma y sobre todo un estudio de coagulación incluyendo un tiempo de sangría, un tiempo de coagulación y un índice de Quick. La evaluación clínica es evidentemente lo más importante, buscando antecedentes cardíacos, de hipertensión, insuficiencia renal, alergias (en particular medicamentosas).

## Colocación

— La posición de talla (fig. 1) es la más empleada para la cirugía proctológica. Expone perfectamente el periné, el ano y al canal anal y eventualmente la parte baja y posterior del recto. Permite todas las intervenciones habituales de la cirugía proctológica, salvo el tratamiento de ciertas supuraciones (quistes sacrococcígeos, enfermedades de Verneuil extendidas). Tiene el inconveniente de provocar tensión de los tejidos perineales y esto es causa del colapso de la cavidad rectal. Además, es impúdica e incómoda para el enfermo y prácticamente se emplea sólo asociada a la anestesia general.

— La posición de Depage (fig. 2) se emplea poco. El paciente se coloca en decúbito ventral, con un rodillo o cuña de apoyo bajo las caderas para exponer la región anoperineal, o bien sobre una mesa operatoria doblada a nivel de la pelvis. Esta posición expone peor la región que la posición precedente, pero permite una mejor relajación de los tejidos y de los músculos. El ano se dilata más fácilmente, la cavidad

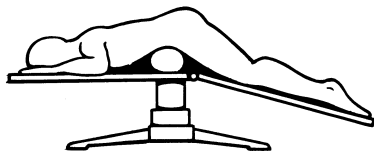


1 Colocación en posición de talla.

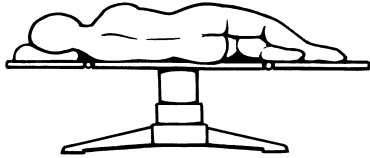
Roger LOMBARD-PLATET: Professeur des Universités, chirurgien des hôpitaux de Lyon.

Xavier BARTH: Praticien hospitalo-universitaire, chirurgien des hôpitaux de Lyon.

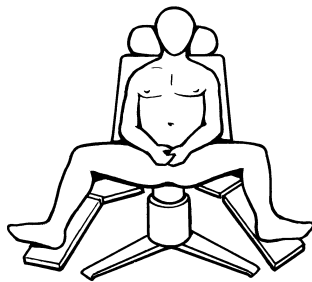
Service des urgences en chirurgie viscérale, hôpital Edouard-Herriot, place d'Arsonval, 69437 Lyon cedex 03.



2 Colocación en posición de Depage.



3 Colocación en decúbito lateral.



4 Colocación sobre un asiento reclinable.

rectal se abre y el acceso a su pared anterior es fácil. Permite tratar todas las supuraciones (quistes sacrococcígeos, enfermedades de Verneuil extensas). Cuando se asocia a anestesia general, se requiere intubación.

— Otras dos formas de colocación están asociadas al empleo exclusivo de anestesia local.

— *El decúbito lateral* (fig. 3) es la colocación empleada para un examen proctológico banal en muchos países anglosajones. El paciente se coloca en decúbito lateral, ligeramente inclinado hacia delante, con las rodillas cerca del mentón y las nalgas ligeramente por fuera del borde lateral de la mesa de examen. El enfermo se apoya sobre el trocánter mayor, en una posición confortable y decente que requiere una cierta costumbre por parte del cirujano.

— *Posición sentada sobre una silla reclinable* (fig. 4): el periné queda fuera del asiento, los muslos se separan en abducción y los miembros inferiores se apoyan con las pantorrillas sobre los apoyapiernas. El acceso a la región anoperineal es fácil dado que el asiento puede elevarse y bascular hacia atrás. El interés de esta posición reside en la comodidad para el paciente, la colocación rápida para las intervenciones de cirugía ambulatoria y la relativa buena exposición para intervenciones sencillas. Su inconveniente es el coste del material.

## Anestesia

Está relacionada con el tipo de intervención a realizar y la duración de la hospitalización prevista:

— La anestesia general y la raquianestesia precisan una hospitalización de por lo menos 24 horas.

— La anestesia local y caudal permiten una cirugía ambulatoria.

— Sin embargo, en numerosos centros donde se lleva a cabo cirugía de corta hospitalización, de menos de 24 horas, se puede emplear *anestesia general*. El examen preoperatorio puede hacerse previamente o realizarse rápidamente. Las intervenciones se practican sobre todo por la mañana, de forma que la recuperación de la anestesia pueda realizarse durante las primeras horas postoperatorias, que transcurren en medio hospitalario.

— La *raquianestesia* realizada mediante agujas finas permite teóricamente una hospitalización en las mismas condiciones. Pero el riesgo de cefaleas no puede evitarse, sobre todo en personas jóvenes.

— La *anestesia caudal*, frecuentemente empleada en cirugía infantil, sería la anestesia ideal en la proctología del adulto. Desgraciadamente, fracasa en el 5 al 30 % de los casos, según los autores.

— La *anestesia local* debe emplearse con grandes precauciones, dado los riesgos escasos pero reales de colapso cardiovascular o de convulsiones. Por ello debe realizarse siempre en un medio que permita una intubación inmediata, oxigenación, ventilación artificial, utilización rápida de vasopresores, corticoides y miorelajantes potentes.

Pueden emplearse muchas sustancias anestésicas. Preferimos la lidocaína al 1 % dado que la eficacia es doble con respecto a la procaína (anestésico menos potente empleado como referencia). La lidocaína presenta menos riesgos. Es importante no sobrepasar las dosis prescritas, es decir, 200 ml de lidocaína sola o 500 ml de lidocaína con adrenalina. Es interesante emplear una solución de adrenalina al 1/100 000, dado que los anestésicos locales presentan un efecto vasodilatador, y al añadirle adrenalina, por la vasoconstricción que provoca, reduce la hemorragia, la difusión del anestésico y provoca una mayor duración de su efecto.

La inyección de anestésico es de por sí dolorosa. Para que resulte casi indolora, se puede tamponar la solución inyectada con bicarbonato (inmediatamente antes de su empleo, pues la mezcla es inestable). La lidocaína al 1 % se convierte en isotónica añadiendo 2 ml de bicarbonato al 84 ‰ por cada 20 ml de lidocaína. Para la lidocaína al 1% con adrenalina al 1/100 000, hay que añadir 4 ml de bicarbonato al 84 ‰ por cada 20 ml de lidocaína con adrenalina.

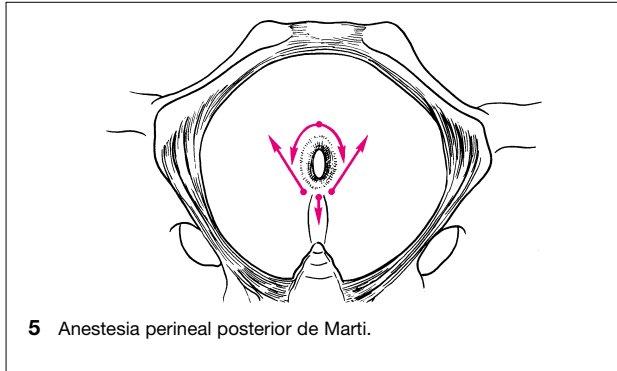
También pueden emplearse, para la inyección epidérmica o intradérmica, agujas finas (calibre 0,5 x 16), con lo que la anestesia local será prácticamente indolora. Para las inyecciones más profundas, se emplearán las agujas 0,8 x 4 y 0,7 x 90.

La inyección anestésica debe realizarse lentamente, aspirando con frecuencia para asegurarse de no inyectar de modo intravenoso o intraarterial. Una vez concluida la infiltración, es necesario esperar 2 ó 3 minutos antes de intervenir para que la anestesia surta todo su efecto.

La anestesia local se puede realizar según dos técnicas diferentes:

— La *técnica clásica* consiste en infiltrar la epidermis y el tejido celular alrededor y por debajo de la zona sobre la que se va a intervenir, lo que permite realizar fácil y rápidamente pequeñas intervenciones (trombosis hemorroidal, resección de un marisco), pero tiene el inconveniente de deformar los contornos del ano y del margen anal.

— Es preferible la técnica de Marti, que realiza una *anestesia perineal posterior*. Se realiza una anestesia epidérmica en cuatro zonas (fig. 5): una zona comisural posterior medial, dos zonas paracomisurales posteriores derecha e izquierda, una zona comisural anterior medial. Sobre la línea comisural posterior, se infiltran 5 ml de lidocaína profundamente en el rafe anococcígeo. A continuación, a partir de las dos zonas paracomisurales posteriores, se inyectan 10 ml en las dos fosas isquiorrectales, se profundiza con la aguja dirigida 45° hacia delante y afuera, hasta tocar la cara interna del



isquion. El líquido se inyecta en contacto con el isquion, después se retira la aguja lentamente de modo que se infiltre todo el espacio isquiorrectal, lo que permite anestesiarse todas las terminaciones nerviosas sensitivas destinadas a la mayor parte del margen del ano y del canal anal. A través del habón epidérmico realizado sobre la comisura anterior, se inyectan a continuación 10 ml de solución a nivel de la dermis de cada lado, para asegurar la anestesia de las terminaciones nerviosas más superficiales. De este modo se han inyectado 60 ml de lidocaína al 1 % con adrenalina.

## Cuidados postoperatorios

Son los mismos en el enfermo hospitalizado y en el que ha vuelto a su domicilio.

Cuando el enfermo es dado de alta hospitalaria tras unos días de hospitalización o cuando regresa a su domicilio el mismo día de la intervención, se le deben explicar algunas normas simples de cuidados y darle por escrito un resumen de las mismas.

## Combatir el dolor

Deben administrarse analgésicos durante las primeras horas o días para evitar que se inicie el dolor. Los antiinfla-

matorios pueden asociarse, sobre todo tras la cirugía hemorroidal y con las precauciones de empleo (antecedentes ulcerosos, eventual protector gástrico).

## Conseguir un tránsito intestinal normal

Desde la tarde de la intervención y según algunos autores, desde los días previos, es recomendable prescribir parafina, salvado, mucílago, laxantes osmóticos para conseguir un tránsito regular y no doloroso. Sin embargo, es necesario evitar las deposiciones múltiples, que son dolorosas.

## Obtener una cicatrización en buenas condiciones

Habitualmente debe conseguirse una cicatrización por primera intención. Todas las suturas cutáneas o mucosas pueden realizarse con hilos de reabsorción lenta, para no tener que retirar los puntos, lo que frecuentemente es doloroso.

Cuando la herida se ha dejado abierta, la higiene de la misma se puede realizar con baños de asiento o duchas frecuentes, sin tener que recurrir a desinfectantes o pomadas. Las curas apretadas o voluminosas son desaconsejables. Una simple compresa sostenida con prenda interior de uso único es habitualmente suficiente y evita la maceración.

Todos los operados deben revisarse en los días siguientes, sobre todo aquellos a los que se les ha dejado la herida abierta. Se debe realizar un seguimiento de toda herida hasta la cicatrización completa, lo que durará 20 o 30 días tras una hemorroidectomía y frecuentemente más tras la cura de una fístula anal.

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención: LOMBARD-PLATET R, BARTH X. – Editions Techniques. – Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France), Techniques chirurgicales – Appareil digestif, 40-681, 1992, 4 p.

## Bibliografía

[1] DEVIEN Ch.V. – Colo-proctologie clinique. – Medsi/McGraw-Hill Book Company, éd., Paris, 1989, 1 vol., 647 p.

[2] GOLDBERG S.M., GORDON Ph.H., NIVATVONGS S. – Essentials of anorectal surgery. – J.B. Lippincott Company, éd., Philadelphia, 1980, 1 vol., 389 p.

[3] MARTI M.C., GIVEL J.C. – Surgery of anorectal diseases. – Springer-Verlag, éd., Berlin, 1990, 1 vol., 319 p.

[4] SARLES J.C., COPE R. – Proctologie. – Masson, éd., Paris, 1990, 1 vol., 313 p.

[5] SOULLARD J., CONTOU J.F. – Colo-proctologie. – Masson, éd., Paris, 1984, 1 vol., 473 p.