

# Ficha adicional: Hemorroides

| JF Gravié

## Anopexia circular en el tratamiento de las hemorroides: técnica de Longo

**Resumen.** – A. Longo (1994) ha propuesto un nuevo método para el tratamiento quirúrgico de la patología hemorroidal. La utilización de una pinza mecánica circular permite reducir el prolapso hemorroidal. De esta manera, se realiza una verdadera anopexia o lifting anal y una ligadura vascular de los pedículos hemorroidales internos, gracias a una resección mucosa y una sutura circular 2-3 cm por encima de la línea pectínea. La eficacia de la técnica reside en la disminución del aporte sanguíneo a las hemorroides, la recolocación de los paquetes hemorroidales en el canal anal y en un mejor retorno venoso de los mismos.

© 2001, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, París. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** hemorroides, Longo, anopexia, prolapso.

### Introducción

A partir de Milligan y Morgan (1937), se considera a la hemorroidectomía pedicular como el tratamiento quirúrgico de referencia en la patología hemorroidal. La anopexia mecánica circular fue introducida en Francia recientemente <sup>[1]</sup> y A. Longo <sup>[2]</sup> la propuso como tratamiento de la patología hemorroidal en 1994. Se basa en un principio totalmente diferente que preserva la anatomía del canal anal, contrariamente a las técnicas clásicas de hemorroidectomía pedicular. Tiene un doble objetivo, por una parte, garantizar una ligadura circular completa de los pedículos vasculares mucosos y submucosos de las hemorroides internas, y por otra parte, corregir el prolapso mucoso con la realización de una resección de la mucosa prolapsada inmediatamente por encima del canal anal, en una zona de sensibilidad reducida o nula. Ya no se trata de una hemorroidectomía, porque se preservan las hemorroides externas e internas, sino de una reducción del prolapso mucoso <sup>[6]</sup> en el canal anal, es decir, una verdadera anopexia asociada con una disminución del aporte sanguíneo a las hemorroides. Se trata de una técnica cuya eficacia inmediata en la reducción del prolapso la convierte en una excelente indicación para la patología hemorroidal de fase III. Debido a su reciente introducción requiere una evaluación más completa, especialmente de sus resultados a largo plazo y del coste inmediato que supone la utilización de una pinza mecánica de uso único. La publicación de los primeros estudios controlados <sup>[4,7]</sup> demuestra los beneficios inmediatos de esta nueva técnica para el paciente.

### Materiales

El tipo de pinza utilizada es una grapadora circular de uso único, cuyo diámetro mínimo debe ser de 24 mm, para la que se utilizan grapas de tipo vascular con cierre a 1 mm para garantizar una buena hemostasia. Existen en el mercado varios tipos de pinzas y algunas de ellas se utilizan desde hace tiempo para la cirugía colorrectal. La utilización de

estas pinzas puede ser diferente según la morfología del paciente y la importancia de su prolapso hemorroidal.

### Técnica operatoria

#### PRINCIPIOS GENERALES

Se opera al paciente en posición de litotomía.

El tipo de anestesia varía: general, locorregional o bloqueo perineal.

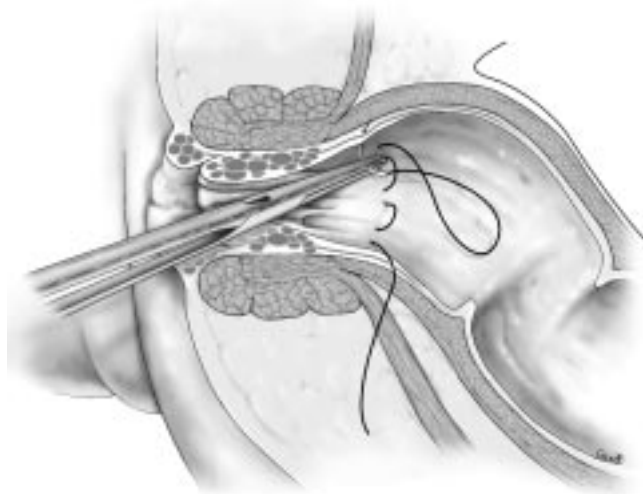
#### ■ Exposición de la línea pectínea y altura de la bolsa

Después de una dilatación progresiva del canal anal, se identifica la línea pectínea, sea por eversión del canal anal, de fácil realización en caso de prolapso grande, sea tras instalación de un dilatador. El nivel de confección de la bolsa se sitúa como mínimo a 5 cm por arriba de la línea pectínea, siempre por encima de los paquetes hemorroidales internos. La bolsa se confecciona en el extremo superior del canal anal, casi en la ampolla rectal (*fig. 1*), exactamente arriba de la prominencia de los elevadores del ano. En caso de prolapso importante, el deslizamiento de la mucosa anal hacia abajo y su exteriorización modifican los puntos de referencia anatómicos y la confección de la bolsa (cf más adelante) depende del material utilizado. En todos los casos, cualquiera que sea el método de exposición del canal anal, es esencial la identificación, en toda su circunferencia, de la línea pectínea durante el tiempo de confección de la bolsa.

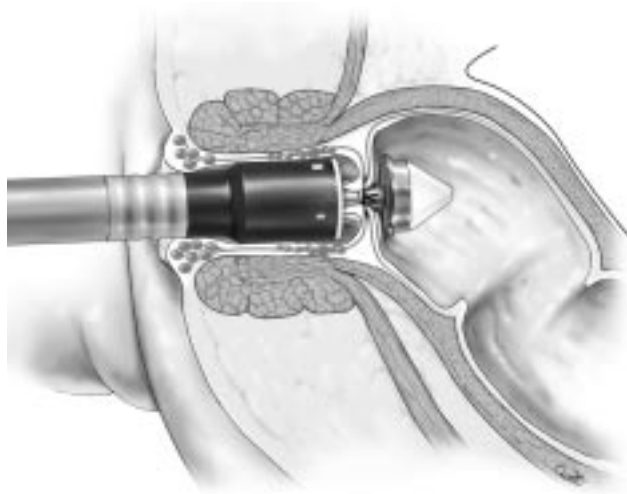
#### ■ Confección de la bolsa

Se confecciona cuadrante por cuadrante, espaciando las tomas regularmente, sin intervalos de mucosa libre, y atrapando en profundidad solamente mucosa y submucosa. Una toma demasiado profunda que afecte a la pared muscular expone a su resección, con riesgo de estenosis tras sección y grapado. Se realiza con hilo monofilamento 00 y se debe intentar hacerla siempre en el mismo plano. El final de la bolsa debe llegar hasta el punto de partida. Permanecer en el mismo plano sirve para evitar bolsas tangenciales que se acercan a la línea pectínea.

Jean-François Gravié : Ancien interne des Hôpitaux, chef de clinique, clinique du Château, 34, quai de Tounis, 31000 Toulouse, France.



1 Confección de la bolsa a 5 cm de la línea pectínea.



2 Cerrado de la pinza que garantiza la recolocación de los paquetes hemorroidales.

### ■ Colocación de la pinza y cierre de la bolsa

La pinza se introduce en posición de abertura máxima en el eje del canal anal y se empuja el cabezal de la pinza hasta el relieve del sacro. Antes de apretar la bolsa, la tracción del hilo permite poner tirante el diafragma mucoso y estar seguro de que la cabeza de la pinza se encuentra por encima de él. Se puede efectuar entonces el ajuste del hilo de la bolsa; el dedo que desciende sobre el nudo controla la puesta en tensión de la mucosa que forma un diafragma alrededor del eje de la pinza.

### ■ Cierre de la pinza y grapado

El cierre de la pinza debe realizarse sin tracción, evitando llevarla hacia el exterior. El cierre debe ser progresivo, y hacerse sin pinzar las hemorroides externas y la línea pectínea. Pasada esta línea se continúa hasta su término, lo cual permite recolocar los paquetes hemorroidales en el canal anal y realizar de ese modo una verdadera anopexia (fig. 2). Además, el cierre debe ser máximo para garantizar una buena hemostasia de la línea de grapas. La sección y grapado se pueden hacer entonces con la pinza circular. Para garantizar la hemostasia, se suele aconsejar mantener la presión sobre la pinza tras grapado durante 30 segundos. Luego se suelta la pinza en tres vueltas y se retira. Por último, se comprueba el carácter circular completo del collarate de mucosa reseca y su regularidad y anchura mínima que debe ser de 2 cm. El análisis anatomopatológico puede servir para verificar el carácter glandular de la mucosa reseca y la ausencia de fibras musculares provenientes de la pared rectal.

### ■ Control de la línea de suturas

Después de una nueva exposición del canal anal, se comprueba que la línea de sutura se encuentra a por lo menos 2 cm de la línea pectínea, así como su hemostasia (fig. 3). En caso de sangrado arteriolar, la hemostasia puede realizarse mediante un punto con hilo montado.

## VARIANTES TECNICAS

### ■ Utilización del kit PPH 01

La introducción en el mercado de una pinza ya ampliamente difundida y adaptada a este tipo de intervención modifica algunos puntos de la técnica. Se ha concebido para proteger el aparato esfinteriano y facilita la resección del prolapso

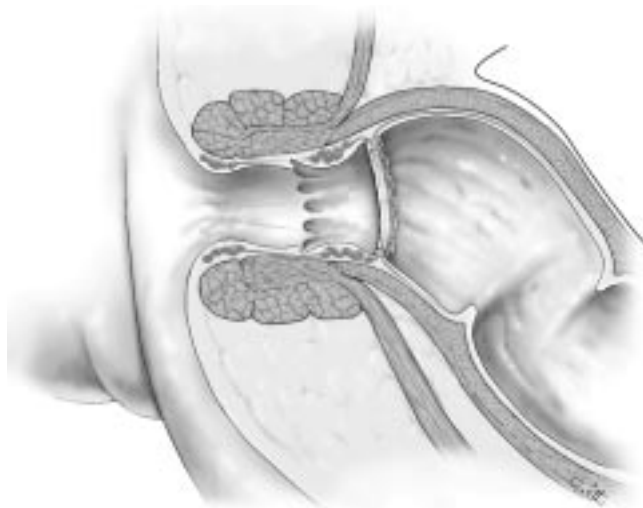
atrayéndole hacia el cuerpo de la pinza. Sin embargo, al modificar los puntos de referencia habituales de la cirugía proctológica, su mala utilización puede dar lugar más fácilmente a riesgos de suturas en la línea pectínea o de estenosis tras resección-sutura del conjunto de la pared rectal.

La exposición operatoria se modifica con la introducción del dilatador. Se requiere una dilatación larga y progresiva del esfínter. Longo realiza un verdadero masaje perineal de varios minutos antes de su introducción. Sin embargo, en algunos casos, sobre todo en los hombres con pelvis estrechas y tuberosidades isquiáticas adyacentes, la introducción es incompleta y puede dar la sensación de falsa seguridad ya que el dilatador empuja hacia arriba la parte baja del canal anal y la línea pectínea, con el riesgo de realizar la bolsa a sólo pocos centímetros de la línea pectínea. Cualquier introducción difícil del dilatador hace correr el riesgo de modificar los puntos de referencia anatómicos y de producir microtraumatismos del esfínter o dolor postoperatorio por dilatación brusca del ano.

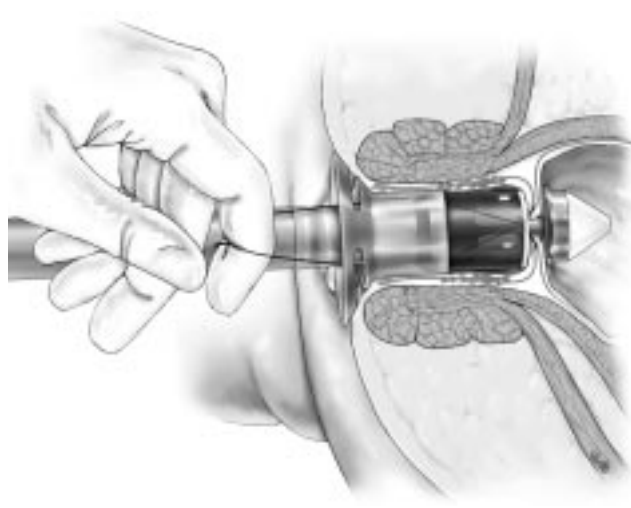
Debe preferirse una exposición más tradicional de tipo proctológico, con eversión del canal anal por tracción externa de los paquetes hemorroidales externos.

El anoscopio permite confeccionar la bolsa fácilmente; provisto de aletas externas, sigue el avance del hilvanado cuadrante por cuadrante; los 6 cm de altura hasta su parte curvada permiten la buena colocación de la bolsa (fig. 4).

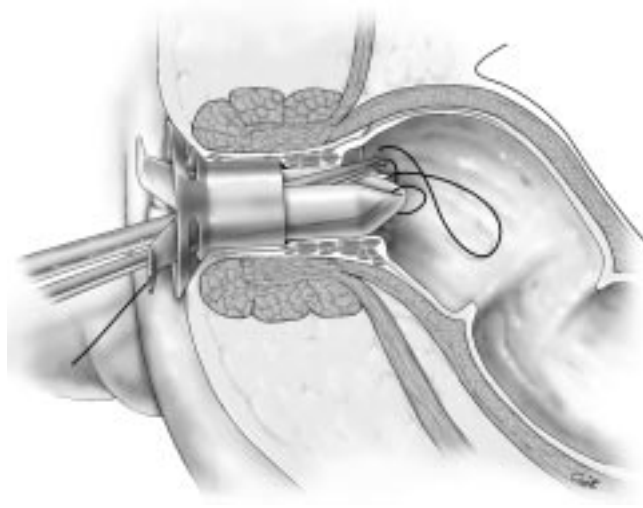
Después de confeccionar la bolsa, la pinza se introduce en posición de abertura máxima, se realiza un primer nudo sobre el eje del vástago, relativamente flojo para permitir que el prolapso mucoso se deslice hacia el cuerpo de la pinza en el momento de la tracción del hilo al exterior. Se hace un segundo nudo fuera de la pinza, reuniendo los dos cabos del hilo de la bolsa, que pasan por las dos escotaduras del cuerpo de la pinza. La tracción que se da al hilo anudado condiciona el deslizamiento del prolapso en el cuerpo de la pinza que, progresiva y simultáneamente, se cierra sobre el yunque (fig. 5). Esta etapa condiciona la importancia del prolapso reseca ya que si la tracción es demasiado fuerte se corre el riesgo de arrastrar y, por lo tanto, grapar la pared rectal. Debido a ese riesgo, y en caso de prolapso moderado, sólo debe realizarse el primer nudo ajustado sobre el eje de la pinza, sin utilizar el mecanismo de tracción. Además, el mecanismo de tracción puede dar lugar a una resección circular asimétrica; en caso de tracción importante, es útil a veces confeccionar una segunda bolsa simétrica al mismo nivel o dos semibolsas para repartir las fuerzas de tracción.



3 La línea de sutura está a 2 cm de la línea pectínea.



5 La tracción externa condiciona la importancia del prolapso resecado.



4 Hilvanado de la bolsa en la parte superior del anoscopio.

#### ■ Utilización de otras pinzas circulares

La introducción de la pinza se efectúa en un canal en eversion por exposición proctológica. La bolsa se cierra sobre el eje del vástago. La pinza se cierra progresivamente hasta la línea pectínea. Después, deberá relajarse la tracción de los paquetes externos empujando la pinza hacia el eje del canal anal mientras se mantiene el estrechamiento. Con esta maniobra se puede reducir el prolapso y reintegrar las hemorroides en el canal anal.

En caso de un prolapso grande y para reseca más cantidad de mucosa, debe confeccionarse a veces una segunda bolsa a 2-3 cm de la primera, sin acercarse a la línea pectínea. Esta maniobra puede verse facilitada si se tira de la pinza hacia afuera, una vez anudada la primera bolsa, y si se hace deslizar el prolapso hacia el exterior, con lo que se controla mejor el nivel de la segunda bolsa.

#### ■ Actos asociados

La técnica de la anopexia circular no permite resolver la patología hemorroidal externa, como las trombosis o la presencia de excrecencias prominentes. En ese caso, puede asociarse un acto de escisión limitado sobre los paquetes exter-

nos con la resección del prolapso mucoso realizada con la pinza mecánica. Se puede limitar de ese modo el traumatismo quirúrgico en la vertiente cutánea del ano, sin riesgo de estenosis o de trastornos sensitivos. Estos actos asociados pueden realizarse preferentemente en el mismo tiempo operatorio, o secundariamente bajo anestesia local en caso de excrecencias residuales que molesten al paciente.

### Ventajas e inconvenientes de la técnica

Las ventajas de la técnica están relacionadas con el respeto de toda la parte sensible del canal anal, zona cutánea, epitelio transicional, almohadillas hemorroidales de Thomson, y con la ausencia de herida operatoria. El riesgo de hipocontinencia y mala discriminación de materias y gases es teóricamente limitado. Además el interés principal de esta técnica reside en los períodos postoperatorios más sencillos, con disminución notable del dolor gracias a la ausencia de herida; las deposiciones, que siempre son motivo de angustia para el paciente, son más simples; la ausencia de pérdidas, siempre molestas, es otra gran ventaja. Todo ello se refleja en una mayor comodidad para el paciente, una duración de hospitalización más reducida, cuidados postoperatorios innecesarios y una reanudación de la actividad más rápida.

El principal inconveniente es, sin duda, la ausencia de evaluación de la técnica a largo plazo. Aún no ha transcurrido tiempo suficiente como para poder predecir si la corrección del prolapso se mantendrá al cabo de varios años.

Aunque la morbilidad de la técnica es comparable a la de la cirugía hemorroidal clásica, presenta sin embargo complicaciones o fenómenos indeseables específicos:

- riesgo de estenosis a nivel de la línea de sutura, muy frecuentemente dilatada, ligado sin duda a una toma demasiado profunda de la pared muscular;
- sangrado postoperatorio de la línea de sutura que requiere un control escrupuloso de la hemostasia de la línea de grapas al final de la intervención;
- dolores prolongados en el postoperatorio que pueden durar varios días y que se manifiestan en forma de tenesmo o pujos; están relacionados probablemente con la dilatación anal o la resección mucosa demasiado cercana a la línea pectínea.

## Comentarios

El principio de la intervención está relacionado con la doble noción patogénica de la enfermedad hemorroidal: el factor vascular por la importancia del flujo sanguíneo en el desarrollo de las hemorroides y el factor mecánico que tiene como consecuencia la elongación de los ligamentos de Parks y Treitz, origen de los prolapsos mucosos. La intervención de Longo responde al doble objetivo de suprimir el aporte sanguíneo submucoso de las hemorroides y reseca el excedente mucoso. Practicada desde hace 5 años por su creador, los resultados inmediatos de esta técnica nueva parecen confirmarse. Su morbilidad es aceptable y logra un beneficio evidente para el paciente por la sencillez de las consecuencias postoperatorias, la disminución de los dolores, las ventajas en cuanto a la reducción del tiempo de hospitalización y la recuperación rápida de la actividad profesional y social. Los resultados a corto plazo obtenidos con respecto a los síntomas y la corrección anatómica son comparables a la cirugía clásica. La serie de Longo <sup>[3]</sup>, 300 casos (165 con más de 2 años transcurridos), registra muy buenos resultados, con morbilidad casi nula y ausencia de recidivas y estenosis. La experiencia del autor permite pensar que, además del beneficio inmediato que proporciona esta nueva técnica quirúrgica, los resultados a largo plazo pueden ser comparables a los de la cirugía clásica. Además, se suprimirían el riesgo potencial de trastornos sensitivos de la mucosa del canal anal y el riesgo de lesiones esfinterianas causantes de trastornos de la continencia.

La eficacia de la técnica y los beneficios inmediatos para los pacientes se han visto confirmados en varios estudios no controlados en Europa, entre los cuales, un estudio multicéntrico francés <sup>[5]</sup> de 1998. Desde entonces, se han iniciado varios estudios controlados, entre ellos un ensayo prospectivo de evaluación funcional a cargo de la Sociedad Nacional Francesa de Coloproctología, para comparar los resultados de la anopexia mecánica con la hemorroidectomía pedicular. Recientemente se han publicado los primeros resultados de dos estudios controlados británicos <sup>[4, 7]</sup>, que confirman los

beneficios obtenidos por los pacientes: disminución significativa del dolor postoperatorio, reducción del tiempo de hospitalización y retorno significativamente más rápido del paciente a su actividad normal.

Dado que la calidad del resultado depende del acto técnico, parece interesante recordar los puntos esenciales siguientes:

- la altura de la bolsa debe situarse, por lo menos, a 5 cm de la línea pectínea y siempre por encima de los paquetes hemorroidales internos que no se resecan;

- una vez cerrada la pinza, asegurarse de que los paquetes hemorroidales se recolocan bien en el canal anal; a veces, es necesaria una segunda bolsa en caso de prolapso grande y de una reducción incompleta;

- una toma demasiado profunda o una tracción demasiado pronunciada en el cuerpo de la pinza expone a la sección-sutura del conjunto de la pared rectal y al riesgo de estenosis;
- es necesario a veces, al final de la intervención, realizar un control escrupuloso del nivel de la línea de grapas, al menos 2 cm por encima de la línea pectínea y de su hemostasis que a veces debe completarse.

Por último, la calidad del resultado depende de la elección de las indicaciones. Si bien a veces es difícil entenderse acerca de la interpretación de las fases patológicas de la enfermedad hemorroidal, parece más simple definir el perfil del paciente ideal para esta nueva técnica. Se trata a menudo de un paciente que se queja de molestias en el ano, marcadas por un prolapso hemorroidal que se exterioriza en forma espontánea o al pujar, y que presenta dolores y pérdidas, a veces agravados por episodios de hemorragia al defecar. Las complicaciones agudas (trombosis externas, edemas amplios) parecen requerir todavía la realización de una hemorroidectomía pedicular.

Los primeros resultados de los estudios controlados demuestran una mejora muy significativa del postoperatorio en los pacientes, y llevan a proponer la anopexia mecánica en pacientes seleccionados como alternativa positiva a la hemorroidectomía pedicular.

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención del artículo original: Gravié JF. Anopexie circulaire dans le traitement des hémorroides: technique de Longo. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Techniques chirurgicales - Appareil digestif, Fa 40-685, 2000, 4 p.*

## Bibliografía

- [1] Gravié JF. Traitement des hémorroides de stade III et IV par la technique de Longo. *Ann Chir* 1999; 53 : 245-247
- [2] Longo A. Treatment of haemorrhoidal disease by reduction of mucosa and haemorrhoidal prolapse with a circular suturing device: a new procedure. *Proceeding of 6th world congress of endoscopic surgery, Rome, 3-6 June, 1998, 777-784*
- [3] Longo A, Ferrau S, Matranga S, Porcari V, Leo P. Surgical treatment of III and IV degree haemorrhoids. A comparison of technique. *Proceeding of 24th international congress of surgical society of latin mediterranean sea. Palermo. October 1995*
- [4] Mehigan BJ, Monson JR, Hartley JE. Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomized controlled trial. *Lancet* 2000; 355 : 782-785
- [5] Papillon M, Arnaud JP, Descottes B, Gravié JF, Hutten N, De Manzini N. Le traitement de la maladie hémorroïdaire par la technique de Longo. *Résultats préliminaires d'une étude prospective portant sur 94 cas. Chirurgie* 1999; 124 : 666-669
- [6] Pescatori M, Favetta D, Dedola S, Orsini S. Transanal stapled excision of rectal mucosal prolapse. *Tech Coloproctol* 1997; 1 : 96-98
- [7] Rowsell M, Bello M, Hemingway DM. Circumferential mucosectomy (stapled haemorrhoidectomy) versus conventional haemorrhoidectomy: randomized controlled trial. *Lancet* 2000; 355 : 779-781