



Ligaduras de hemorroides internas con bandas elásticas*

RESTREPO JI, MD, SCC, ASCRS**; RESTREPO JE, MD, MS, FACS, SCC (HON)***.

Palabras clave: hemorroides internas, hemorroidectomía, ligadura con bandas elásticas.

Resumen

En 1964 uno de nosotros (J.E.R.) inició el uso de ligaduras con bandas elásticas para el tratamiento de hemorroides internas. En esta oportunidad revisamos una muestra de 439 ligaduras realizadas en 114 pacientes desde 1992 a 1997 (3,8 ligaduras por paciente). La edad promedio fue de 50 años, y 60% de los pacientes eran hombres. La indicación fundamental fue sangrado indoloro y ano húmedo. Todos los procedimientos fueron realizados en forma ambulatoria. En 16 casos seleccionados se practicó más de una ligadura por sesión. Hubo 9 complicaciones, siendo la más frecuente la trombosis de hemorroides externas.

Concluimos que las ligaduras de hemorroides internas con bandas elásticas son una alternativa válida en el tratamiento de esta entidad. Este procedimiento tiene baja morbilidad y costo, con alta efectividad y satisfacción del paciente.

Introducción

La humanidad ha sufrido de hemorroides desde tiempos inmemoriales^{1,3}, y se han descrito variados tratamientos para corregirlas^{4,5}. La hemorroidectomía quirúrgica se ha establecido como el método clásico; sin embargo, ésta tiene desventajas: el posoperatorio es muy doloroso, la incapacidad es

prolongada, ocasiona complicaciones y secuelas importantes y el costo es alto. Las consideraciones anteriores han estimulado el desarrollo de alternativas, una de las cuales es la ligadura con bandas elásticas.

Este procedimiento fue introducido por BLAISDELL (1958)⁶ y mejorado y popularizado por BARRON (1963)⁷. Es una alternativa ambulatoria para el tratamiento de todos los grados de hemorroides internas^{8,9}. Se han publicado múltiples trabajos que demuestran las enormes ventajas de esta técnica^{10,11}. Es de anotar que la hemorroidectomía quirúrgica sigue siendo la conducta de elección para algunos casos.

En agosto de 1997 presentamos en el XXIV Congreso Nacional de Cirugía un informe preliminar, el cual queremos ahora complementar.

Objetivo

En vista de nuestra extensa experiencia con este procedimiento, resolvimos evaluar una muestra significativa de esta casuística y, con base en ella, hacer recomendaciones referentes a sus ventajas, sus indicaciones y los detalles de la técnica que han demostrado ser útiles para mejorar los resultados y para disminuir las molestias y las complicaciones, así como la forma de minimizarlas y tratarlas. Nos proponemos contribuir con nuestra experiencia al bienestar de muchos pacientes y al abaratamiento de los costos.

Materiales y métodos

Nuestra utilización de este procedimiento se remonta a 1964. Por razones prácticas resolvimos estudiar una muestra representativa de esta extensa casuística para lo cual selecciona-

* Trabajo presentado en el foro quirúrgico colombiano del XXII Congreso Nacional "Avances en cirugía". Santa Fe de Bogotá, 14 de agosto de 1997.

** JOSÉ IGNACIO RESTREPO R., Cirujano de la Sociedad Médica Antioqueña "SOMA". Instructor de Cirugía del CES.

*** JORGE EMILIO RESTREPO G., Cirujano de "SOMA", exjefe del Departamento de Cirugía y exdecano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

mos los pacientes tratados en los 6 años comprendidos entre 1992 y 1997. Todos fueron pacientes privados atendidos en un consultorio particular de la Clínica SOMA en Medellín. En el momento de revisar este estudio, los últimos casos seleccionados habían cumplido al menos 2 años de evolución.

Procedimiento

Se consideraron como candidatos para ligadura a aquellos pacientes que consultaron por sangrado rectal y por manifestaciones de prolapso (dificultad para el aseo, contaminación de la ropa interior con moco, materia fecal o sangre, mal olor, incomodidad, dolor, prurito y dermatitis perianal). En algunos se hizo colonoscopia, en otros rectosigmoidoscopia, mientras en otros la anorrectoscopia fue considerada evaluación adecuada. El paciente no debía estar consumiendo AINES ni anticoagulantes.

Después de precisar las circunstancias anatómicas, se discutieron las posibilidades terapéuticas y se propuso un plan de trabajo. Luego de completar la evaluación, se procedió a practicar la primera ligadura, que en algunos casos fue al terminar una colonoscopia o una rectofibroscopia. Se tuvo cuidado de seleccionar, para la primera sesión, el paquete más prominente y el que aparentemente estaba produciendo los principales síntomas. Es importante esta selección, pues el logro de una mejoría fundamental inicia al paciente. Se utilizó un ligador de Barron de 35 cm con 2 bandas montadas. En todas las ligaduras, pero con mayor razón en la primera, se tuvo cuidado de que ésta no comprometiera tejidos situados 2 ó 3 milímetros por encima de la línea dentada. Aun cuando el abombamiento hemorroidal se extienda a la zona de transición, el operador debe resistir la tentación de incorporar este sitio, pues ello haría que el posoperatorio fuese muy doloroso. Al paciente se le recomendó continuar con sus actividades ordinarias, se le prescribieron tabletas que combinan analgésicos y antiespasmódicos y se le dieron instrucciones sobre las molestias que debía esperar (tenesmo rectal y vesical en las primeras horas y sangrado del 5° al 8° día, cuando se esfacela el tejido necrosado). En los días siguientes a la ligadura, excepcionalmente fue necesario revisar aquellos pacientes que tuvieran molestias importantes. A éstos se les individualizó el tratamiento, pero en general, se reforzaron los analgésicos, se prescribieron imidazoles (generalmente Tinidazol), baños de asiento tibios y supositorios (Ultraproct).

La observación nos llevó a esperar entre 3 semanas y 1 mes como tiempo requerido para una cicatrización completa. En ese momento se revisó el resultado de los procedimientos anteriores y se practicó otra ligadura de acuerdo con la necesidad. En términos generales, se requirieron entre 3 y 5 sesiones para lograr una erradicación de las hemorroides o del

prolapso de mucosa. Si se volvieron a presentar síntomas se revisaría el estado local y se procedería según los hallazgos. No es infrecuente la necesidad de eliminar tejido hemorroidal o mucosa rectal redundante que hayan pasado inadvertidos durante el tratamiento.

Se anotaron las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes de enfermedad sistémica o cirugía anorrectal, indicaciones, número de ligaduras y morbilidad. Se consideró que el procedimiento era exitoso si combatía los síntomas. Se consideraron como complicaciones aquellos síntomas (dolor, sangrado, o molestias) que incapacitaban al paciente para continuar con la rutina diaria.

Resultados

Revisamos 439 ligaduras en 114 pacientes (3,8 por paciente) (tabla 1). Se excluyeron 10 que no cumplieron con el seguimiento mínimo (algunos suspendieron el tratamiento porque los síntomas habían desaparecido). La edad promedio fue 50 años y 60% fueron hombres. El antecedente más frecuente fue una cirugía de hemorroides previa (n=10).

La indicación fundamental fue sangrado indoloro (62%) y protrusión hemorroidal (22%). El resto de los casos presentaron un conjunto de molestias como las mencionadas arriba: dificultad para el aseo, ensuciar la ropa interior, prurito, mal olor, sensación de quemadura (figura 1).

TABLA 1
Datos generales

Número de pacientes	114
Ligaduras con bandas	439
Ligaduras por paciente (promedio)	3,8
Edad promedio (años)	50
Hombres - mujeres (porcentaje)	60% - 40%
Seguimiento promedio (meses)	14

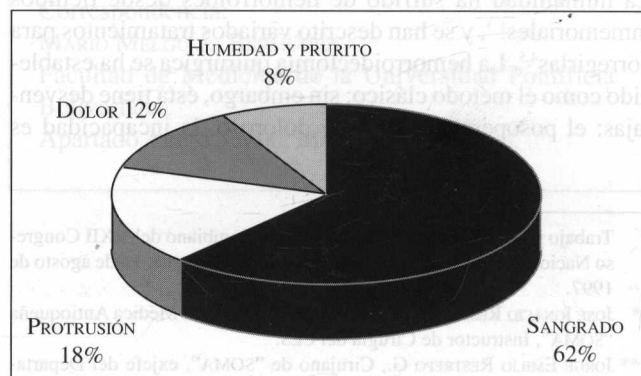


FIGURA 1. Sintomatología indicadora del procedimiento.

En 30% de los pacientes se hicieron exámenes endoscópicos complementarios.

Se trataron preferentemente los 3 primeros grados de protrusión de las hemorroides internas habiendo sido más frecuentes aquéllas de 2º grado (en pacientes en mal estado general, que no tolerarían la cirugía, se justifica tratar hemorroides estado 4) (tabla 2). Todos los procedimientos fueron electivos. En 16 oportunidades, por circunstancias especiales, se colocaron 2 ligaduras en una sesión, pero esto nunca se hizo en la primera visita de tratamiento. En 7 pacientes se realizó la ligadura luego de una rectoscopia o colonoscopia. En 9 pacientes se practicaron procedimientos complementarios: extirpación con anestesia local de otra anomalía anal, como papila anal hipertrófica o colgajos hemorroidales externos. Es interesante anotar que en un paciente, además de ligarle hemorroides, también se le ligaron 2 papilas hipertróficas sin haber relatado dolor intolérable.

TABLA 2
Clasificación de las hemorroides

Grado	%
1	10
2	70
3	20
4	—

El seguimiento de 14 meses en promedio (mínimo 4 y máximo 92 meses) permitió determinar en 22 pacientes, varios períodos de tratamiento, como se expuso previamente. Éstos, luego de haber mejorado su sintomatología en el primer período, volvieron a consultar por iguales o similares síntomas por lo cual se procedió con una complementación del tratamiento.

En este grupo hubo sólo 5 fracasos, lo cual puede atribuirse a una buena selección de los candidatos. Estas fallas se observaron cuando se intentó la erradicación de hemorroides completamente prolapsadas o cuando había patología adicional como rectitis, fisuras anales o fístulas.

Se observaron las siguientes 9 complicaciones (8%): 2 sangrados abundantes no anemizantes (tabla 3). En este grupo no fue necesario la cirugía para practicar hemostasia. Hemos observado que los enemas con suero salino son efectivos para inducir la hemostasia; 4 pacientes tuvieron trombosis de hemorroides externas, a 1 de los cuales fue necesario retirarle la ligadura; 2 tuvieron hipotensión de origen

vagal minutos después del procedimiento, sin consecuencias, y 1 paciente demostró tener una úlcera rectal 1 mes después de la ligadura, la cual cicatrizó posteriormente.

TABLA 3
Complicaciones

Complicación	Núm. ptes.
Dolor y trombosis	4
Sangrado	2
Hipotensión vagal	2
Úlcera rectal	1
Sepsis perineal	0
Total	9 (%)

Análisis de resultados

Esta serie de 429 ligaduras en 114 pacientes es un número representativo para el total de pacientes atendidos por nosotros desde 1964. Es de anotar que esta es la última parte de nuestra experiencia, por lo cual los resultados fueron mejores y las complicaciones menores, si se comparan con la primera etapa de la utilización de las ligaduras.

En cuanto a la población atendida, el predominio del sexo masculino confirma el concepto de que las hemorroides internas son más frecuentes en el hombre. El predominio de la quinta década y la poca población infantil, también es lo esperado en esta enfermedad.

Un seguimiento prolongado (34 meses en promedio) y adecuado, se pudo hacer debido a que se trataba de pacientes privados satisfechos con la evolución terapéutica; 22 de los 114 tuvieron más de un período de terapéutico, debido a que volvieron a presentar síntomas. Esto no debe considerarse un fracaso, sino una característica de este procedimiento que ante resultados incompletos permite perfeccionarlos o complementarlos. Las ligaduras no deben considerarse un tratamiento definitivo, pues son susceptibles de ser continuadas si se presentan nuevas molestias.

Atribuimos el bajo número de complicaciones (n=9) a que este grupo se benefició de una extensa experiencia de parte de los operadores. Los sangrados abundantes (n=2) se explican porque los pacientes consumieron AINES a pesar de haber sido advertidos de su peligro. También hay que tener en cuenta que algunos se asustan con el sangrado, que normalmente se puede presentar hacia el 7 día posoperatorio.

Las trombosis de las hemorroides externas se pueden manifestar en el cuadrante correspondiente al de la ligadura. Fue la complicación más frecuente en este grupo (n=2), pero las que se observaron no requirieron procedimiento quirúrgico complementario. Tampoco las hubo en esta serie, pero en nuestra experiencia hemos observado algunos casos de trombosis de las hemorroides internas como complicación. Éstas se producen cuando se tratan pacientes con enfermedad hemorroidal avanzada. Causan enorme mortificación pero mejoran el resultado del tratamiento, pues eliminan mayor cantidad de tejido hemorroidal.

Nuestra experiencia se ajusta a los resultados de otras series mundiales (tabla 4)^{5,12-16}. Es interesante anotar que se han descrito casos de sepsis perineales severas¹⁷⁻¹⁹ como consecuencia de ligaduras. No hemos observado ningún caso de sepsis ni en este grupo ni en toda nuestra experiencia. Es probable que la pronta atención del paciente con severo dolor y la prescripción de imidazoles en estos casos, hayan evitado este tipo de complicación; pero no consideramos necesario el uso rutinario ni de antibióticos ni de imidazoles.

TABLA 4
Comparación de resultados con otros trabajos

Autor	Núm. Ptes.	%	Éxito	Núm. Ligad. por pte.
BARRON, <i>et al.</i> 2000	4	91	2.6	
GROVES, <i>et al.</i> (15)	156	*	*	2.5
GARTELL, <i>et al.</i> (5)	105	1	89	*
BARTIZAL, SLOSBERG (12)	670	8	*	4.7
BAT, <i>et al.</i> (13)	512	7	82	*
LAU, <i>et al.</i> (16) 202	3	91	*	
CORMAN (14)	266	*	80	*
RESTREPO, RESTREPO	114	8	96	3.8

* No reportado.

Conclusiones y recomendaciones

Se analizaron 429 ligaduras practicadas en 114 pacientes con diagnóstico de hemorroides internas y prolapso de mucosa rectal, como muestra representativa de una experiencia que se inició en 1964.

La ligadura con bandas elásticas demostró ser una alternativa para el tratamiento de hemorroides internas de 1º, 2º y 3º grado, y del prolapso de mucosa rectal. Demostró tener baja morbilidad y costo mínimo, pues rara vez causó incapacidad y evidenció ser muy efectiva. Con base en esta serie y en una amplia experiencia, recomendamos su uso rutinario.

Abstract

Starting in 1964, one of the authors (J.E.R.) adopted elastic band ligation for the treatment of hemorrhoids. We retrospectively reviewed a subset of 439 ligatures performed on 114 patients in the 1992-1997 period (3.8 ligatures per patient). Mean age was 50 years, 60% of patients being men. Principal indications were painless bleeding and wet anus. All procedures were done on ambulatory bases; in 16 selected patients it was necessary to carry out more than one ligation at a single session. There were 9 complications, with external hemorrhoidal thrombosis being the most frequent. We conclude that the elastic band ligation of internal hemorrhoids is a safe treatment alternative. The procedure is associated with low morbidity, reduced cost, and high effectiveness and patient satisfaction.

Referencias

- JACKSON FI: Alfred the Great: a diagnosis [letter; comment]. *J R Soc Med* 1992; 85: 58.
- ROSNER F: Plies: their nature and management [letter]. *Lancet* 1975; 2: 820-1.
- ROSSNER F: Letter: Medical writings of Moses Maimonides. *Arch Intern Med* 1974; 133: 318-9.
- SALVATI EP: Nonoperative management of hemorrhoids: evolution of the office management of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 989-93.
- GARTELL PC: Sheridan RJ, McGinn FP. Out-patient treatment of haemorrhoids: a randomized clinical trial to compare rubber band ligation with phenol injection. *Br J Surg* 1985; 72: 478-9.
- BLAISDELL P: Prevention of massive hemorrhage secondary to hemorrhoidectomy. *Surg Gynecol Obstet* 1958; 106: 485-8.
- BARRON J: Office ligation of hemorrhoids. *Am J Surg* 1963; 105: 563-70.
- BLAISDELL PC: Office ligation of internal hemorrhoids: a 10 year report, with simplified technic. *Am J Proctol* 1966; 17: 125-32.

9. BARRON J: Diverse methods of managing hemorrhoids: ligation with cryotherapy. *Dis Colon Rectum* 1973; 16: 178-9.
10. STONELAKE PS, HENDRICKSE CW: Modern treatment for internal hemorrhoids. Rubber band ligation is effective and efficient [letter; comment]. *BMJ* 1997; 315: 881-2.
11. MACRAE HM, MCLEOD RS: Comparison of hemorrhoidal treatment modalities. A meta-analysis. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 687-94.
12. BARTIZAL J, SLOSBERG PA: An alternative to hemorrhoidectomy. *Arch Surg* 1977; 112: 534-6.
13. BAT L, MELZER E, KOLER M, DREZNICK Z, SIEMESH E: Complications of rubber band ligation of symptomatic internal hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 287-90.
14. CORMAN ML: Rubber band ligation of hemorrhoids. *Arch Surg* 1977; 112: 1257-8.
15. GROVES AR, EVANS JC, WILLIAMS JA: Management of internal haemorrhoids by rubber-band ligation. *Br J Surg* 1971; 58: 923-4.
16. LAU WY, CHOW HP, POON GP, WONG SH: Rubber band ligation of three primary hemorrhoids in a single session. A safe and effective procedure. *Dis Colon Rectum* 1982; 25: 336-9.
17. BARWELL J, WATKINS RM, LLOYD-DAVIES E, WILKINS DC: Life-threatening retroperitoneal sepsis after hemorrhoid injection sclerotherapy: report of a case. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 421-3.
18. QUEVEDO-BONILLA G, FARKAS AM, ABCARIAN H, HAMBRICK E, ORSAY CP: Septic complications of hemorrhoidal banding. *Arch Surg* 1988; 123: 650-1.
19. SCARPA FJ, HILLIS W, SABETTA JR: Pelvic cellulitis: a life-threatening complication of hemorrhoidal banding. *Surgery* 1988; 103: 383-5.

Correspondencia:

JOSÉ IGNACIO RESTREPO R., MD.

Division of Colon and Rectal Surgery, Mayo Clinic
E6A, 200 First Street SW, Rochester MN 55905.

Teléfono: (507)284 5366, Fax: (507)284 1794

Correo electrónico: restrepo.jose@mayo.edu



Sociedad Colombiana de Cirugía

Sitio en la red: www.encolombia.com/sccirug.htm

E-mail: sccirug@colomsat.net.co

Revista Colombiana de Cirugía

Sitio en la red: www.encolombia.com/rcirurgia.htm