



Tratamiento no Quirúrgico de Hemorroides

Ligadura con Bandas de Látex

Informe sobre 63 Pacientes Ambulatorios

H. PADILLA, MD; A. KESTENBERG, MD, SCC.

Palabras claves: Hemorroides, Ligadura Hemorroidal, Bandas de látex, Hemorragia y prolapso hemorroidales.

En el tratamiento de las hemorroides sintomáticas se han descrito varias técnicas, siendo la hemorroidectomía quirúrgica el método con que clásicamente se ha tratado esta entidad; ya en la época de los antiguos babilonios esta era una cirugía popular (1).

A pesar de los excelentes resultados obtenidos en el control de los síntomas, la morbilidad del procedimiento, especialmente el dolor, es significativa (2).

Lo anterior ha generado a lo largo de los años la aparición de alternativas con resultados comparables, pero con una morbilidad más baja (3).

Una de estas alternativas es la ligadura con bandas de látex descrita por Blaisdell (4) y modificada y popularizada por Barron a partir de 1963 (5).

Desde esa época se han publicado varios trabajos en los que se demuestran los beneficios de esta alternativa por su simplicidad, seguridad y aceptación por los pacientes (6-10).

Este estudio tiene como objetivo evaluar nuestra experiencia en el tratamiento de pacientes con hemorroides sintomáticas (grados I a III) que fueron tratados ambulatoriamente mediante ligadura con bandas de látex (ligadura de Barron).

MATERIALES Y METODOS

Se revisaron los registros de pacientes con diagnóstico de hemorroides sintomáticas tratados en el Hospital Universitario del Valle en el período comprendido entre 1989 y

1991, excluyendo del análisis aquellos que presentaban hemorroides con prolapso permanente o con trombosis aguda.

Se encontraron 63 pacientes los cuales fueron entrevistados personalmente o por encuesta telefónica, y que habían sido tratados ambulatoriamente, aun en situaciones de urgencia, con ligadura con bandas de látex (Barron) (Fig. 1). En una sesión efectuada cada 15 días se ligó únicamente un paquete hemorroidal, excepto en los pacientes con sangrado masivo en quienes se aplicaron hasta cuatro ligaduras en una sola sesión. Todos los pacientes fueron sometidos a un examen físico completo, como también a una evaluación proctológica minuciosa incluyendo colonoscopia hasta el ciego en los pacientes mayores de 50 años.

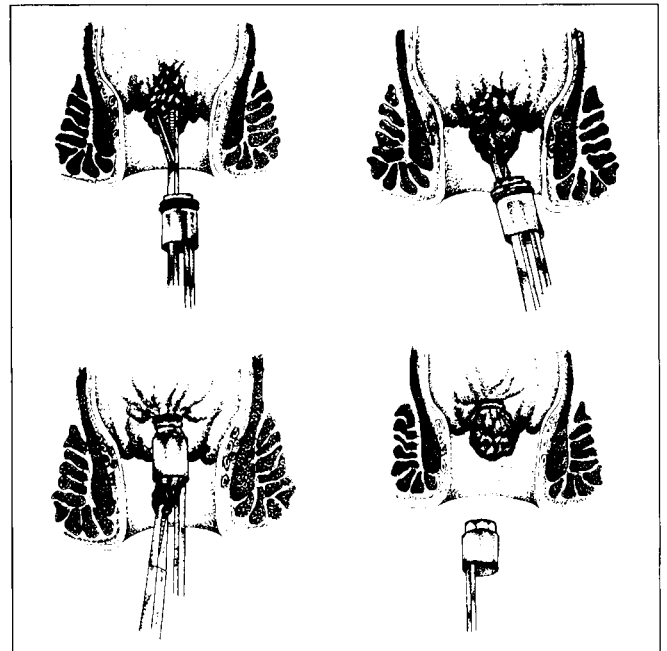


Fig. 1. Técnica de aplicación de las bandas de látex.

Doctores: Harold Padilla, R- IV de Cirug; Abraham Kestenberg, Docente Adj., Dpto. de Cirugía, Fac. de Salud, Univ. del Valle, Cali, Colombia.

Se analizaron: el cuadro clínico, las indicaciones del tratamiento, la morbilidad, el control inmediato de los síntomas y los resultados a largo plazo. Solamente se incluyeron en el estudio aquellos pacientes que tenían como mínimo un seguimiento mayor de 6 meses.

RESULTADOS

A los 63 pacientes se les aplicaron un total de 207 bandas, siendo el promedio de ligaduras de 3 por paciente.

El promedio de edad fue de 48 años con un rango comprendido entre los 28 y 75 años. El grupo de edad más frecuentemente afectado fue el incluido entre los 30 y los 50 años (60%) (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de pacientes de acuerdo con el grupo de edad.

Edad	Núm. ptes.	%
30	2	3.1
30-50	38	60.3
> 50	23	36.6
Total	63	100.0

La gran mayoría de los pacientes fueron hombres (75%), lo que es llamativo, puesto que revisiones recientes han informado una distribución igual por sexos (40), no existiendo por tanto la explicación para este hallazgo en nuestro medio.

La indicación primaria del tratamiento fue el sangrado anorrectal en el 73% de los pacientes; sangrado y prolapso en el 19% y prolapso solamente en el 8%.

Otros síntomas encontrados fueron: dolor, prurito y estreñimiento. Estos tres últimos síntomas son probablemente coincidentes (3) y no causados directamente por la patología hemorroidal (Tabla 2).

Tabla 2. Síntomas previos al tratamiento.

Síntomas	%
Sangrado	90
Prolapso	28
Dolor	12
Prurito	6
Estreñimiento	6

La mayoría de los pacientes se presentó con hemorroides grado I; el prolapso hemorroidal fue una queja menos frecuente. Para clasificar los pacientes se utilizó el esquema propuesto (27), el cual está basado en el cuadro clínico del paciente (sangrado o prolapso) y no en el tamaño de las hemorroides (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de pacientes según la escala de Goligher.

Clasificación	Núm. ptes.	%
G I	33	52.4
G II	18	28.6
G III	12	19.0
G IV	0	0.0
Total	63	100.0

El 60% de los enfermos controlaron sus síntomas con una a tres sesiones de ligadura. En 25 pacientes fueron necesarias 4 o más sesiones (Tabla 4).

Tabla 4. Número de hemorroides ligadas.

Sesiones	Núm. ptes.	%
1	1	9.5
2	9	14.3
3	23	36.5
4 ó más	25	39.7
Total	63	100.0

Ningún paciente presentó complicación mayor; sólo algunos presentaron como efecto indeseable, tenesmo o sensación de peso perineal, que en 8 de ellos se convirtió en dolor, el cual requirió el uso de analgésicos comunes.

De los 63 pacientes estudiados, el 95% manifestaron sentirse satisfechos con los resultados del tratamiento. Un porcentaje menor (9.5%) acusaron síntomas leves y vagos probablemente no relacionados con su enfermedad hemorroidal.

Un paciente refirió que aunque mejoró notoriamente, aún tenía episodios ocasionales de sangrado y de prolapso.

Otro paciente con una colitis ulcerosa idiopática, todavía presenta sangrado intermitente. Finalmente, un paciente de 75 años con insuficiencia renal crónica, no terminó el tra-

tamiento por la poca tolerancia al procedimiento. Hasta ahora ninguno de los pacientes encuestados ha tenido que ser intervenido quirúrgicamente.

DISCUSION

Aunque la literatura mundial está llena de informes acerca del tratamiento no quirúrgico de las hemorroides sintomáticas (3, 5, 7, 11, 12), éste no es muy popular en nuestro medio, no existiendo ningún informe al respecto en Colombia.

El mecanismo por el cual estos enfoques no quirúrgicos son exitosos, consiste en la fijación de las almohadillas hemorroidales (AL) al esfínter interno subyacente (3).

Estas son estructuras normales en la anatomía anorrectal humana (13). Ellas constan de tres componentes: el recubrimiento que puede ser mucosa o anodermo, el estroma compuesto de vasos sanguíneos, músculo liso y tejido conectivo de soporte y, finalmente, el sistema conectivo de anclaje el cual asegura las AL al esfínter y al músculo longitudinal conjunto (13).

El proceso de envejecimiento lleva consigo, además de muchos otros fenómenos ampliamente conocidos, el deterioro del tejido conectivo que ancla las AL al esfínter interno.

Lo anterior permite que estas estructuras pierdan su sitio en el canal anal y en forma progresiva vayan descendiendo hasta que el prolapso se hace clínicamente evidente. Simultáneamente, los vasos situados en el estroma fibroconectivo pierden también su soporte dilatándose y tornándose frágiles. La combinación de pérdida de su sitio y la fragilidad de la pared, hacen que estas estructuras sean susceptibles de sangrar frecuentemente, sobre todo cuando las heces son duras (13).

Existen diferentes formas para lograr la fijación de las AL; entre las más populares podemos citar: escleroterapia, crioterapia, fotocoagulación infrarroja y ligadura con bandas de látex (14).

Todos estos procedimientos producen en el sitio de aplicación, ulceración de la mucosa la cual, cuando se completa el proceso de cicatrización, lleva a que el tejido tratado se fije a las estructuras vecinas, interfiriendo el aporte sanguíneo (3). Además, la retracción de la cicatriz produce ascenso del tejido hemorroidal prolapso.

Aunque estos métodos son tan efectivos como la cirugía, de acuerdo con varias revisiones (15, 16) uno de los más populares es la ligadura con bandas (3, 6, 7, 17).

Hay autores que han informado tolerancia y buenos resultados cuando se practica el tratamiento en una sola sesión (3); otros prefieren realizarlo por etapas debido a que la intensidad del tenesmo y el dolor aumentan proporcional-

mente al número de bandas aplicadas en una sola sesión (17).

Por lo anterior, nuestros pacientes fueron tratados en varias sesiones, excepto 2 de ellos en quienes se requirió la aplicación de varias bandas (más de tres) lográndose en ambos casos el control inmediato del sangrado.

La morbilidad ocasionada por la ligadura con bandas es muy baja y la tolerancia al procedimiento es excelente (18). Solamente 8 pacientes refirieron dolor moderado que se controló fácilmente con analgésicos comunes.

Estos resultados contrastan notoriamente con los de la hemorroidectomía quirúrgica, que aunque es una técnica razonablemente segura, produce dolor de intensidad variable en todos los casos (15) y períodos de incapacidad prolongados de hasta 3 semanas (2).

La ligadura con bandas es una buena opción, puesto que evita los problemas de la hemorroidectomía convencional, además de ser segura y efectiva. En 1974, James informó sus resultados y comparó el control de los síntomas después de hemorroidectomía frente a la ligadura con bandas: las cifras fueron 95 y 92%, respectivamente (19). En 95% de nuestros pacientes se obtuvo control de los síntomas, sin que se hubiera presentado ninguna complicación mayor, sin que esto quiera decir que no existan; hay varios informes de sepsis pélvica fulminante originada en el sitio de la ligadura (20-22). Afortunadamente esta complicación casi siempre fatal, es rara (17).

La escleroterapia con fenol o sustancias similares que es muy popular en el Reino Unido, produce buen control del sangrado, pero no es eficaz para aquellos pacientes que presentan prolapso concomitante (23). Aunque raro, este tratamiento puede ocasionar fibrosis severa perirrectal (24). Otras complicaciones informadas son: anafilaxis (25) y abscesos en el sitio de la inyección (26). Adicionalmente los resultados de varios informes en los que se compara la inyección con otros procedimientos incluyendo las bandas, no son superiores a estas últimas (27).

Los resultados obtenidos con la fotocoagulación infrarroja son buenos según Nivatgongs (28). Este método relativamente nuevo, no es muy popular aún. Sus ventajas son: menos dolor y sangrado postratamiento (9, 10, 18). A largo plazo el índice de recaídas es mayor (10). Por la forma como actúa no sirve para hemorroides grados II y III (prolapso reducible espontánea o digitalmente) (17).

Según Reis, con la fotocoagulación infrarroja se obtienen resultados comparables a los que se logran con la ligadura con banda, pero la frecuencia de dolor postratamiento es alta (7). Nivatvongs en una publicación reciente considera que esta alternativa es de segunda elección después de la ligadura con bandas (28).

En nuestro medio ha tenido últimamente mucha publicidad la crioterapia. El mecanismo de acción es la destrucción

tisular por congelación. El método fue descrito por De-
trano, Goligher y Kaufman en 1975 (29).

Inicialmente, el método fue muy popular pero las complicaciones asociadas, especialmente la necrosis tisular profunda con estenosis anal e incontinencia secundaria, hicieron que entrara rápidamente en desuso (30, 31). Otros inconvenientes del método son dolor y edema perianal severo, además de descarga fétida postratamiento la cual puede durar mucho tiempo (32).

En 1968, Lord, basado en la teoría de la hipertensión del canal anal, informó los resultados de su tratamiento con dilatación anal máxima.

Aunque el control del sangrado a corto plazo fue bueno, los resultados posteriores mostraron una alta tasa de recurrencia (3). El método nunca se popularizó en los Estados Unidos por el riesgo potencial de incontinencia y porque en pacientes con hemorroides grados II y III no se controla el prolapso (28).

El desarrollo de la tecnología moderna ha llevado a los rayos láser a ser un arma terapéutica de primera línea sobre todo en Oftalmología y Ginecología. En el tratamiento de hemorroides este método ha sido utilizado especialmente por cirujanos generales; pero el método no ha ganado popularidad entre los cirujanos de colon y recto (34).

Es necesario precisar que el láser es simplemente una herramienta para realizar hemorroidectomía por resección, tal como se realiza con el bisturí. Las ventajas que se le atribuyen de ser menos dolorosa y producir menos sangrado no se han visto reflejadas en los estudios realizados hasta la fecha (35-37). Como todos los otros métodos, éste no está ni mucho menos exento de complicaciones las cuales pueden llegar a ser severas con producción de quemaduras de tercer grado (17, 34).

Los excelentes resultados obtenidos por nosotros en el control de los síntomas (sangrado y prolapso) de pacientes con hemorroides grados II y III, reflejan los informados en múltiples estudios en la literatura (3, 6-10, 18, 23, 38) y explican el por qué solamente el 9% de los pacientes son sometidos a hemorroidectomía quirúrgica en centros dedicados a tratar un número alto de pacientes con esta patología (39).

La resección quirúrgica de hemorroides debe ser reservada para pacientes con lesiones anorrectales concomitantes que requieran corrección quirúrgica o para aquellos pacientes con gran componente externo o que presenten prolapso permanente no reducible manualmente. Otra indicación de hemorroidectomía quirúrgica se plantea en el paciente con hemorroides internas trombosadas (27, 28).

ABSTRACT

Surgery of symptomatic hemorrhoids has been performed since Babilonian times; various methods of treatment have been described, of which the classic procedure has been surgical hemorrhoidectomy. But, in spite of the excellent results obtained, surgical morbidity is significant, particularly in relation to postoperative pain. Thus, for years alternative techniques have been devised offering lower morbidity and pain: of these, one of the best known is the ligation with latex bands, initially described by Blaisdell but made more popular by Barron starting in 1963. Since then, several papers have been published regarding the benefits obtained with this relatively simple, well-accepted and safe technique. Our experience with 63 patients suffering from symptomatic hemorrhoids and receiving ambulatory treatment with the Barron technique of ligation with latex bands is described.

REFERENCIAS

1. Eastman P F: Outpatient hemorrhoidectomy: ligation technique Flushing; New York, Medical Examination Publishing Co, Inc. 13, 1970
2. Wolf J, Muñoz J, Rosin J: Survey of hemorrhoidectomy practices: Open versus closed techniques. *Dis Colon Rectum* 1979; 22: 536-38
3. Murie J, Mackenzie K, Sim A: Comparison of rubber band ligation and hemorrhoidectomy for second and third-degree haemorrhoids: a prospective clinical trial. *Br J Surg* 1980; 67: 786-8
4. Blaisdell P: Prevention of massive hemorrhage secondary to hemorrhoidectomy. *Surg Gynecol Obstet* 1958; 106: 484-8
5. Barron J: Office ligation treatment of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1963; 6: 109-13
6. Murie J A, Sim A, Mackenzie K: Rubber band ligation versus haemorrhoidectomy for prolapsing haemorrhoids: A long term prospective clinical trial. *Br J Surg* 1982; 69: 536-8
7. Reis J A, Quilice F A, Cordeiro F: Ambulatory treatment of hemorrhoids: A prospective random trial. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 15-6
8. Steinberg D, Liegois H, Williams A: Long term review of the result of rubber band ligation of haemorrhoids. *Br J Surg* 1975; 62: 144-6
9. Walker A J, Leicester R J, Nicholls R J, Mann C V: A prospective study of infrared coagulation, injection and rubber band ligation in the treatment of haemorrhoids. *Int J Colon Dis* 1990; 5: 113-6
10. Templeton J, Spence R A, Kennedy T L, Parks T G, Mackenzie G, Hanna W: Comparison of infrared coagulation and rubber band ligation for first and second degree haemorrhoids: A randomised prospective clinical trial. *Br Med J* 1983; 286: 1387-9
11. Wroblewski D, Corman M L, Veidenheimer M C, Collier J A: Long-term Evaluation of Rubber Ring ligation in hemorrhoidal disease. *Dis Colon Rectum* 1980; 23: 478-82

12. Weintin S J, Rypins E B, Houck J, Thrower S: Single session treatment for bleeding hemorrhoids. *Surg Gynecol Obstet* 1987; 165: 479-82
13. Haas P A, Fox T A Jr., Haas G: The pathogenesis of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 492-500
14. The standards task force. American Society of colon and rectal surgeons practice. Parameters for the treatment of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1990; 33: 992-3
15. Smith L: Hemorrhoids. A review current techniques and management. *Gastroenterol Clin North Am* 1987; 16: 79-91
16. Bartizal J, Slosberg P A: An alternative to hemorrhoidectomy. *Arch Surg* 1977; 112: 534-6
17. Gingold B: Complications of newer treatments of hemorrhoids. *Perspectives in colon and rectal surgery* 1989; 2: 129-36
18. Ambrose N S, Hares M, Williams J A, Keighley M: Prospective randomised comparison of photocoagulation and rubber band ligation in treatment of hemorrhoids. *Br Med J* 1983; 286: 1389-91
19. James C B: A comparative study of methods of treatment for hemorrhoids. *Proc R Soc Med* 1974; 67: 51-53
20. Rusell T, Donohue J H: Hemorrhoidal Banding A. Warning. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 291-3
21. Wojcik J B, Banerjee S R, Walters D L, Cherry D A: Pervic sepsis a result of hemorrhoidal banding: Incidence and sequelae. *Dis Colon Rectum* 1983; 34: 16
22. Scarpa F, Hillis W, Sabetla J: Pelvic cellulitis: A life-threatening complication of hemorrhoidal banding. *Surgery* 1988; 103: 383-5
23. Clark C G, Giles G R, Goligher J C: Result of conservative management of interne haemorrhoids. *Br M S* 1967; 51: 631
24. Mc Leod J: A method of proctology. New York harper & Row. 1979, p. 28
25. Schneider K W: Anaphylactic shock hemorrhoidal sclerosing with quinine. *Coloproctology* 1980; 4: 255-6
26. Ribbans W J, Radcliffe: Retroperitoneal abscess following sclerotherapy for hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 188-9
27. Corman M L: Colon and rectal surgery. 2a Ed., 1989
28. Nivatvongs S: Hemorrhoids. Principles and practice of surgery for the colon rectum and anus. 1992, p. 186
29. Detrano S J: The role of cryosurgery in management of anorectal disease. Three hundred and fifty cases. *Dis Colon Rectum* 1975; 18: 284
30. Symposium. Postoperative management of anal Surgery. *Contem Surg* 1977; 11: 34-51
31. Ross S Bernstein W: Role of cryosurgery in management of anorectal disease. *Dis Colon Rectum* 1975; 18: 301-3
32. Smith L E, Goodreau J S, Fouty W S: Operative hemorrhoidectomy versus cryodestruction. *Dis Colon Rectum* 1979; 22: 10
33. Lord P H: A new regimen for the treatment of hemorrhoids. *Proc R Soc Med* 1968; 61: 935-6
34. Schrock T: Lasers in colon and rectal surgery. *Perspectives in colon and rectal surgery. Surgery* 1989; 2: 55-69
35. Nicholson J D, Halleran D R, Trivisonno D P, Ziegler J A: The efficacy of the contact saphire Cip ND. Yag laser hemorrhoidectomy 89th Annual Meeting American Society of Colon and Rectal Surgeons. April 1990
36. Pascual R, Tripodi G, Padmanabham A: Laser hemorrhoidectomy. Are the claims justified? *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 16
37. Senagore A J, Luchtefeld M A, Mackeigen J M, "Enlightened Surgery" or a Flash in the PAN? *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 17
38. Rothberg R, Rubin R J, Elisentat T: Rubber band ligation hemorrhoidectomy, long-term result. *Dis Colon Rectum* 1983; 26: 167
39. Bleday R, Pena J P, Goldberg S M, Buls J G: Symptomatic hemorrhoids: Current incidence and complications of operative therapy. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 16
40. Johanson J F, Sonnenberg A: The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation *Gastroenteroly* 1990; 98: 380-6