



# Enfermedad Hemorroidal

## Tratamiento Quirúrgico por la Técnica de Ferguson \*

C.A. SANCHEZ, MD, SCC; F. GIRON, MD; J. ACOSTA, MD, SCC; I. BAENE, MD, SCC; C. ESPINOSA, MD, SCC; J. DE FRANCISCO MD, SCC; C.A. CELIS, MD, SCC; A. CARVAJAL, MD.

**Palabras claves:** Estreñimiento, Enfermedad hemorroidal, Sangrado anal, Anorrectosigmoidoscopia, Cirugía anal.

*Entre enero de 1983 y enero de 1991 se llevó a cabo un estudio prospectivo de la enfermedad hemorroidal tratada quirúrgicamente por la técnica de Ferguson en la Clínica San Rafael de Santafé de Bogotá, D.C.*

*Se revisaron 132 historias clínicas de pacientes cuya edad promedio era de 40 años; al sexo masculino le correspondió un 48% y al femenino, el 52%. Se encontraron hemorroides mixtas en 70 pacientes (53%), internas en 51 (39%), y externas en 11 (7%).*

*El motivo principal de consulta fue el sangrado, el cual se produjo en 44 pacientes, y 68 enfermos (50%), acusaron estreñimiento como antecedente de importancia.*

*A todos se les practicó rectosigmoidoscopia como estudio fundamental para definir la conducta, y a un 40% se les practicó colon por enema.*

*El seguimiento se realizó entre 1 y 8 años, con un promedio de 5; se presentaron complicaciones en el 4% de los pacientes.*

*Se presentan los resultados obtenidos y se discuten con relación a la literatura mundial.*

*\* Trabajo presentado en el XVIII Congreso de la Sociedad Colombiana de Cirugía sobre "Avances en Cirugía", el 12 de agosto de 1992 en Bogotá, DC.*

*Doctores: Carlos A. Sánchez T., Cirujano General, Fernando Girón L, Residente III Cirugía General, Jaime Acosta Lozano, Cirujano General, Jefe Depto. Quirúrgico, Iván Baene Pérez, Cirujano General, Jefe del Servicio de Cirugía General, Carlos Espinosa Correa, Cirujano General, Jefe de Educación Médica, Juan De Francisco, Cirujano General, Carlos Arturo Celis P., Cirujano General, Armando Carvajal Puyana, Cirujano General, Hospital Universitario Clínica San Rafael de Santafé de Bogotá D.C.*

## INTRODUCCION

La enfermedad hemorroidal es una patología que afecta por lo menos al 50% de las personas mayores de 50 años, aunque se encuentra en individuos de todas las edades (1).

Las hemorroides se clasifican en internas y externas de acuerdo con su localización en el canal anal y las primeras se pueden clasificar por grados de acuerdo con la protrusión y reducción de aquellas (1, 2, 28, 30, 32). En ausencia de tratamiento pueden presentar complicaciones como anemia, que es infrecuente, y trombosis que en algunas ocasiones es el motivo de consulta (3-5).

La etiología se resume en dos grandes grupos, siendo la más frecuente la idiopática que es multifactorial, seguida por la obstrucción de la circulación portal que puede ser secundaria a cirrosis, trombosis de la vena porta o tumores abdominales (1, 29, 30).

El tratamiento de la enfermedad hemorroidal puede ser médico y su decisión va de acuerdo con la sintomatología y los hallazgos clínicos (1, 2, 6, 28, 30, 32); las alternativas quirúrgicas son varias, siendo igualmente controvertidos los resultados según los diferentes autores.

En el presente estudio se utilizó la técnica de Ferguson, con el fin de evaluar la bondad de este procedimiento, no sólo técnicamente sino por los resultados a corto, mediano y largo plazo, en el tratamiento de la enfermedad hemorroidal.

## MATERIALES Y METODOS

La serie se inició en enero de 1983 y terminó en enero de 1991, incluyendo en el estudio 132 pacientes con enfermedad hemorroidal que requirieron tratamiento quirúrgico.

Se diseñó un formulario para obtener datos como edad, sexo, motivo de consulta, hallazgos al examen físico, estudio prequirúrgico, técnica quirúrgica y complicaciones postoperatorias.

**TECNICA**

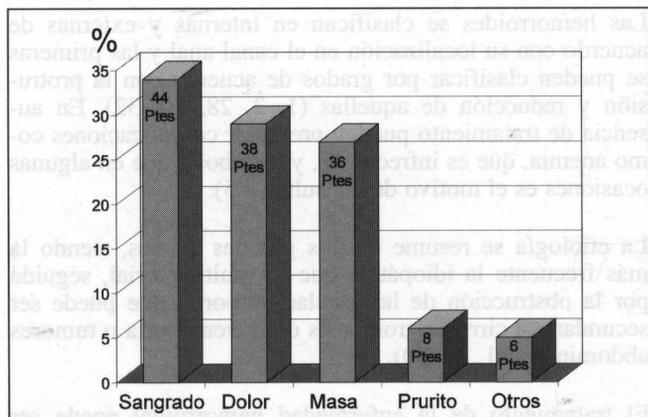
La Técnica de Ferguson se efectuó bajo anestesia regional; se colocó al paciente en posición de Sims; se introdujo un separador anal, se practicó resección de los diferentes paquetes hemorroidales con ligadura alta y cierre inmediato y completo de la incisión en ojal, con sutura continua de material absorbible. Los pacientes fueron incluidos en el programa de cirugía ambulatoria.

**RESULTADOS**

Se incluyen en el estudio 132 pacientes, 69 de ellos (52%) de sexo femenino y 63 (48%), masculino

La distribución por edades muestra predominio entre la tercera y cuarta década de la vida con 40 pacientes (30%).

El principal motivo de consulta fue la hemorragia que se presentó en 44 pacientes (33%) seguido por dolor, masa y prurito (Fig. 1).



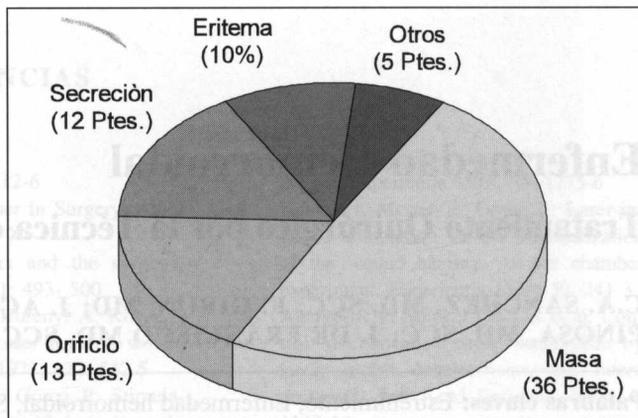
**Fig. 1.** Motivo de consulta en la enfermedad hemorroidal.

Sesenta pacientes (50%) acusaron como antecedente el estreñimiento; 49 (37%) no tenían antecedentes y 17 (13%) acusaban hemorroidectomía previa. Los signos físicos más frecuentes se observan en la Fig. 2.

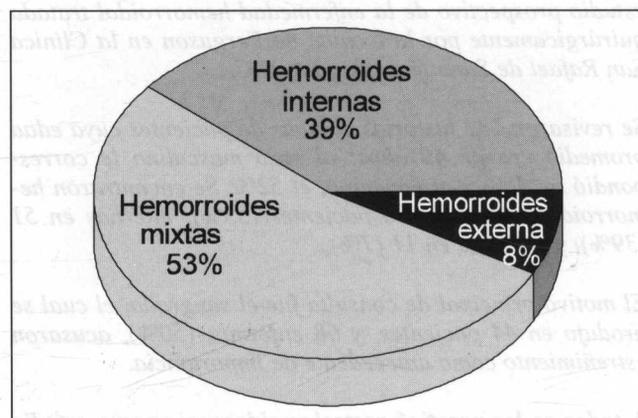
Se practicó rectosigmoidoscopia en todos los pacientes, encontrando 70 (53%) de ellos con hemorroides mixtas, 51 (39%) con hemorroides internas y 11 (8%) con hemorroides externas (Fig. 3).

Se solicitó colon por enema a los pacientes mayores de 40 años y a los menores de esta edad pero con sospecha de patología asociada, el cual fue normal en 45 (90%) de los 50 practicados; se evidenció diverticulosis en 5 pacientes (10%).

La técnica quirúrgica empleada fue la de Ferguson en 124 pacientes (94%), White Head en 4 (3%) y Buie en otros 4 (3%).

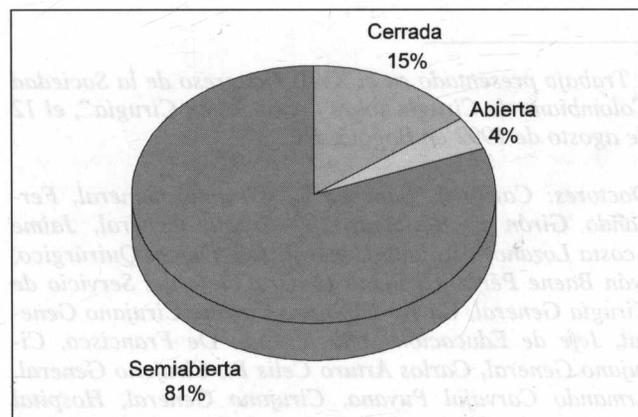


**Fig. 2.** Signos físicos más frecuentes en la enfermedad hemorroidal.



**Fig. 3.** Incidencia de los tres tipos de hemorroides, detectados al examen anorrectoscópico.

Los tipos de tratamiento quirúrgico empleados, se observan en la Fig. 4, con sus respectivos resultados, en la Tabla 1.



**Fig. 4.** Los tres tipos de técnicas quirúrgicas utilizadas.

**Tabla 1.** Comportamientos en cada una de las tres técnicas de hemorroidectomía.

| Técnica     | Hospitalización<br>Días | Cicatrización | Infección<br>Ptes. | Reproducción<br>Ptes. |
|-------------|-------------------------|---------------|--------------------|-----------------------|
| Cerrada     | 2                       | 15 días       | 2                  | 2                     |
| Semiabierta | 1                       | 4 semanas     | 2                  | 0                     |
| Abierta     | 2                       | 8 semanas     | 1                  | 0                     |

Se presentaron complicaciones en 5 pacientes (4%), 3 de los cuales por dehiscencia de suturas y 2 por hemorroides recidivantes.

## DISCUSION

El tratamiento de la enfermedad hemorroidal ha suscitado controversia a través de los años a pesar del progreso en la técnica quirúrgica. La razón de esto se encuentra en los buenos resultados informados por los diferentes autores con sus técnicas preferidas; sin embargo, en la actualidad todo parece conducir al uso de las bandas de goma para las hemorroides internas grado I y II y hemorroidectomía cerrada tipo Ferguson para las grado III y IV y para las externas (1, 2, 12-21, 27).

Aunque hay trabajos que respaldan el empleo de la crioterapia y escleroterapia, comienzan ya a encontrarse pacientes con complicaciones locales como abscesos, oleomas, dolor y estenosis, siendo esta última de difícil tratamiento (1, 2, 7-11, 22-26).

La fotocoagulación infrarroja y la diatermia bipolar, también tuvieron su momento como procedimiento de elección en el tratamiento de la enfermedad hemorroidal, ya que al compararla específicamente con la ligadura con bandas de goma, los resultados iniciales eran similares, pero últimamente también han entrado en desuso (28-30, 32).

El láser ha demostrado ventajas sobre los demás métodos de tratamiento de esta patología, pero su costo y el abuso que se hace de él lo ha dejado por ahora en un segundo plano dentro de los cirujanos dedicados al tratamiento de la patología anorrectal (28, 30).

Es por eso que el grupo de cirugía general de la Clínica San Rafael de Santafé de Bogotá, propone la hemorroidectomía tipo Ferguson para el tratamiento de la enfermedad hemorroidal, basándose en los resultados obtenidos en un estudio prospectivo de 10 años y apoyado por los in-

formes de la gran mayoría de autores e incluso de la Sociedad Americana de Coloproctología.

Los pacientes con diagnóstico de enfermedad hemorroidal si no son sometidos a tratamiento médico riguroso a base de dieta y sustancias formadoras de bolo fecal, a largo plazo pasan del grado I al IV, y cuando continúan sintomáticos a pesar de seguir tratamiento juicioso, sin importar el grado de su enfermedad hemorroidal se considera que deben ser llevados a cirugía.

El colon por enema es importante como estudio de extensión en pacientes mayores de 40 años por la probabilidad de presentar patologías asociadas, o en menores de 40 años con historia sugestiva de otra patología del colon. En el presente estudio la utilidad práctica fue sólo para el 10% de los pacientes estudiados.

## ABSTRACT

*Between 1983 and 1991 a prospective follow up was done of all cases with hemorrhoidal problems that required surgical treatment at the Clinica San Rafael in Bogota.*

*132 cases were reviewed. Average age was 40 yo. 48% males and 52% females. Mixed hemorrhoids in 70 patients (53%), internal hemorrhoids in 51 (39%) and external hemorrhoids in 11 (7%).*

*44 patients presented with bleeding been this the most frequent complain. In 68 patients chronic constipation was present.*

*Every patient had sigmoidoscopy. Barium enema was done in 40% of the cases.*

*Followup was between 1 and 8 years with a mean follow up of 5 years. Complications presented in 4% of the cases.*

*Results are presented comparing them with those reported in the literature.*

## REFERENCIAS

1. Goliger J C: Hemorroides o almorranas. Cirugía del ano, recto y colon. Salvat ed. 1ra. ed. pp. 97-140
2. Olarte F: Hemorroides. Cirug Univ Antioq, Fac Med Tomo III Ed. de la Univ de Antioquia 1983; pp. 430-42
3. Saviston, Davis Christopher: El recto. Tratado de patología quirúrgica. Ed. Interam 12a ed. 1982; pp. 939-52
4. Haas P A, Fox T A Jr, Haas G P: The Pathogenesis of hemorrhoid. Dis Colon Rectum 1984 Jul; 27 (7): 442-50
5. Barnett R N: Routine pathological examination of hemorrhoids (Letter) JAMA 1985 Apr 26; 253 (16): 2363
6. Weinschel E, Chen W, Falkenstein D B, Kessler R, Raicht R F: Hemorrhoids or rectal varices: defining the cause of massive rectal hemorrhage in patients with portal hypertension. Gastroenterology 1986 Mar; 90 (3): 744-7
7. Banav L Jr, Knoepp L F Jr, Erdman L H, Alia R T: Management of hemorrhoidal disease JSC Med Assoc 1985 Jul; 81 (7): 398-401
8. Choi J, Freeman J B, Touchette J: Long-term follow up of concomitant band ligation and sclerotherapy for intestinal hemorrhoids. Can J Surg 1985 Nov; 28 (6): 523-4
9. Leicester R L: A randomized trial of photocoagulation or injection sclerotherapy for the treatment of 1 degrees.
10. Alexander-Williams J, Crapp A R: Conservative management of hemorrhoids Injection, freezing and ligation. Clin Gastroenterol 1975; 4: 595
11. Ambrose N S, Morris D: Alexander-Williams J, Kighley M R: A randomized trial of photocoagulation or injection sclerotherapy for the treatment of first and second degree hemorrhoids. Dis Colon Rectum 1985 Apr; 28 (4): 238-40
12. Khoury G A; Lake S P, Lewis M X, Lewis A A: Randomized trial to compare single with multiple phenol injection treatment for hemorrhoids. Br J Surg 1985 Sep; 72 (9): 741-2
13. Knoepp L F Jr: Outpatient hemorrhoidectomy by rubber band ligation. J SC Med Assoc 1985 Oct, 81 (10): 535-6
14. Katchian A: Rubber band ligation (letter). Dis Colon Rectum 1985 Oct; 28 (10): 759
15. Rabau M Y, Bat L: Treatment of bleeding hemorrhoids by injection sclerotherapy and rubber band ligation. Isr J Med Sci 1985 Jul; 21 (7): 569-71
16. Gartell P C, Sheridan R J, McGinn E P: Out-patient treatment of hemorrhoids: a randomized clinical trial to compare rubber band ligation with phenol injection. Br J Surg 1985 Jun, 72 (6): 478-9
17. Russel T R, Donohue J H: Hemorrhoidal banding. A warning. Dis Colon Rectum 1985 May; 28 (5): 291-3
18. Katchian A: Rubber Bands. The unanswered question (Letter). Dis Colon Rectum 1985 Apr; 28 (4): 286
19. Ahmad M: Injection treatment of piles. JAMA 1984 Oct; 34 (10): 318-9
20. Anderson A F: The technique for rubber band ligation of internal hemorrhoids. Ann R Coll Surg Engl 1984 Sep; 66 (5): 336
21. Shofield P F, Cunliffe W J, Hulton N: Elastic band ligation of haemorrhoids a new applicator. Br J Surg 1984 Mar; 71 (3): 212
22. Clay L D 3d; Whitw J J Jr; Davidson J T, Chandler J J: Early recognition and successful management of pelvic cellulitis following hemorrhoidal banding. Dis Colon Rectum 1986 Sep, 29 (9): 579-81
23. Savi S: The role of cryosurgery in management of anorectal disease: Preliminary report on results. Dis Colon Rectum 1989; 2: 176
24. Traynor O J, Carter A E: Cryotherapy for advanced haemorrhoids: a prospective evaluation with 2-year follow up. Br J Surg 1984 Apr; 71 (4): 287-9
25. Janaki W: Cryosurgery in haemorrhoids. Nurs India 1985 Apr; 76 (4): 95
26. Adekumle O O, Kolawolw J F: A Comparative study of excisional surgery and cryohaemorrhoidectomy. Afr J Med Sci 1984 Mar-Jun; 13 (1-2): 7-13
27. Maschian A, Maschian T: Cryosurgery for life-threatening bleeding hemorrhoids in the elderly. J Am Geriatr Soc 1984 Jan; 34 (1): 62-3
28. Weinschel E, Chen W, Falkenstein D B, Kesler R, Raicht R F: Hemorrhoids or rectal varices: defining the cause of massive rectal hemorrhage in patients with portal hypertension. Gastroenterology 1986 Mar; 90 (3): 744-7
29. Dennison A, Morris W D, Khubchandm I: Surg Clin North Am 1988; pp. 1401-16
30. Schwarte S, Shires T, Spencer F: Principios de Cirugía, 5a. Ed. México, D. F, Interamericana 1991; pp. 1160-2
31. Zundama G: Surgery of the Alimentary Tract. 3a. ed. Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1991; pp. 294-307
32. Zollinger R, Zollinger Jr. R: Atlas de Cirugía. 6o. Ed México D. F; Interamericana 1990; pp. 450-5
33. Nora P: Cirugía General. Principios y Técnicas. 2da. ed. Barcelona, Salvat 1985; pp. 581-3