

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Cirugía ambulatoria de la patología anorrectal* Ambulatory anorectal surgery

Drs. GERARDO THONET R, ERIKA ASTORGA S*, ANDREA CRUZAT C*

Servicio de Cirugía, Hospital San José, Santiago. *Internas de Medicina Universidad de Chile

RESUMEN

El tratamiento quirúrgico de la patología ano rectal ha sido siempre postergado en su oportunidad de atención, por ser benigna y no causar invalidez. El objetivo de este estudio es evaluar la posibilidad de desarrollar estos procedimientos de manera ambulatoria. Una serie de 86 intervenciones proctológicas se realizaron en forma ambulatoria: 36 hemorroidectomías, 28 fístulas recto perineales, 11 fisuras, 7 condilomas acuminados y 2 polipectomías. Con una morbilidad general de 6,9%, sin mortalidad y una hospitalización de 2,3%. La aceptación del procedimiento por parte de los pacientes fue del 88,2%. Se concluye que la cirugía ano rectal se puede realizar ambulatoriamente en forma segura y eficiente, con baja morbilidad.

PALABRAS CLAVES: *Cirugía anorectal ambulatoria*

SUMMARY

Anorectal disease treatment has not been a priority in its opportunity for attention, for being a benign pathology and do not invalidate. The aim of this study is to examine the feasibility of performing these procedures in an outpatient setting. 86 ambulatory proctologic interventions were practiced: 36 haemorrhoidectomies, 28 perineal fistula, 11 anal fissures, 7 acuminate condilomas and 2 polipectomies. A general morbidity of 6,9%, without mortality and an hospitalization rate of 2.3%. Patient conformity with the procedure was 88.2%. Anorectal surgery can be performed in an outpatient setting locally with safety and efficacy, with low morbidity.

KEY WORDS: *Anorectal ambulatory surgery*

INTRODUCCIÓN

Desde la década de los 80 hacia adelante se ha observado un desarrollo progresivo de la cirugía mayor ambulatoria, entendiéndose por aquella una intervención en la que el paciente es dado de alta después de dos horas de observación, post procedimiento quirúrgico.¹

Cirugía del día es aquella, en la cual el paciente debe permanecer un período de hospitalización transitorio, por un tiempo mayor a dos horas e inferior a 24 horas¹.

En la literatura nacional diversos autores, entre los cuales están Acevedo¹ Berry² y Hernández³ han comunicado experiencias en relación a la cirugía mayor ambulatoria. Más específicamente han

*Recibido el 30 de noviembre de 2004 y aceptado para publicación el 29 de marzo de 2005.
e-mail: thonetg@manquehue.net

publicado sobre las operaciones proctológicas ambulatorias por patología ano rectal Pinedo⁴, Reyes⁵, y Rocha⁶, existiendo numerosos artículos sobre este tópico en las revistas extranjeras^{7,8,9,10,11,12,13,14}.

Nuestro objetivo fue demostrar que la cirugía ano rectal ambulatoria es factible de realizar en nuestro medio, y así evitar largas esperas para obtener un cupo de una cama hospitalaria, por ser una patología benigna no invalidante.

MATERIAL Y MÉTODO

Se utilizaron las instalaciones de la Unidad de Cirugía Ambulatoria del Centro de Diagnóstico y Tratamiento Dra. Eloisa Díaz adosado al Hospital San José, la que cuenta con pabellones quirúrgicos, sala de recuperación y personal entrenado para la realización de cirugía ambulatoria

Criterio de selección de pacientes

En diciembre del 2000, se inicia la selección de pacientes con los siguientes criterios:

Todos los pacientes ASA 1 y ASA 2, con patología ano rectal atendidos en el Consultorio de Coloproctología del CDT, seleccionando las siguientes patologías:

- Hemorroides mixtas.
- Fístulas rectoperineales simples.
- Fisuras anales.
- Condilomas anales.
- Pólipos rectales pequeños.

Los pacientes fueron informados que serían operados en forma ambulatoria y aquellos que rechazaron esa opción fueron derivados para ser hospitalizados, también se excluyeron pacientes provenientes de zonas rurales del sector Norte de Santiago.

Al paciente se le hizo firmar un consentimiento informado en el cual se le explica en que consiste la cirugía ambulatoria.

La preparación preoperatorio del enfermo fue hecha en su domicilio con un enema de bifosfato de sodio y fosfato de sodio.

Además se les dio dos teléfonos de contacto para resolver dudas y urgencias después de la operación —el del cirujano y el del anesthesiólogo—, a esto se agregó un instructivo con las indicaciones a seguir en el post operatorio.

A todos los pacientes se les hizo una encuesta telefónica después del alta de policlínico preguntándoseles si hubieran preferido realizar su post operatorio en forma hospitalizada o en su domicilio, si repetirían la experiencia de realizarse cirugía ambulatoria y si habían tenido problemas en seguir

las indicaciones otorgadas en los instructivos entregados al momento del alta, desde la sala de post-operados.

Todos los pacientes fueron controlados a las 24 horas y a los 7 días de operados. Luego al mes y tres meses.

Se usó antibioticoprofilaxis con Metronidazol por 24 horas a partir de la inducción de la anestesia en todos los pacientes sometidos a cirugía de resección de hemorroides. Se practicó hemorroidectomía cerrada.

Se indicó antibioticoterapia por siete días a todos los pacientes con VIH positivo, con el esquema de Ciprofloxacino 500 mg 2 veces al día y Metronidazol 500 mg cada 8 horas.

Como analgesia post operatoria fueron usados la asociación de antiinflamatorios no esteroideos y Tramadol o Codeína al 6%.

RESULTADOS

Se operaron 86 pacientes entre enero de 2001 y Marzo del 2004, 35 mujeres y 51 varones, con una edad promedio de 46.8 años, con extremos de 18 a 75 años.

Las intervenciones realizadas fueron 38 hemorroidectomías, 28 Fístulas rectoperineales, 11 Fisuras anales, 7 Condilomas acuminados y 2 Pólipos rectales pequeños. En la Tabla 1 se muestra la distribución entre mujeres y varones de las diversas patologías tratadas.

En los 36 pacientes sometidos a hemorroidectomía no hubo complicaciones hemorrágicas, una paciente debió ser ingresada al hospital por presentar infección severa en la zona operatoria. En el seguimiento alejado de los pacientes de hemorroidectomía dos pacientes consultaron por reaparición de algunos síntomas, principalmente sangrado y en el cual la rectosigmoidoscopia sólo demostró pequeños hemorroides secundarias, congestivas.

Se trataron 28 Fístulas Rectoperineales; en un

Tabla 1
DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LAS PATOLOGÍAS
(n = 86)

| | Varones | Damas | Total |
|-------------|---------|-------|-------|
| Hemorroides | 21 | 17 | 38 |
| Fístula | 20 | 8 | 28 |
| Fisura | 3 | 8 | 11 |
| Condilomas | 7 | 0 | 7 |
| Pólipo | 0 | 2 | 2 |
| Total | 51 | 35 | 86 |

caso se agregó Hemorroidectomía, en tres casos ligadura elástica de Hemorroides internos y dos pacientes requirieron ligadura elástica para sección diferida del esfínter (Tabla 2). En el seguimiento alejado, una paciente concurrió nuevamente a consulta por incontinencia parcial después de dos años, la que había tenido un parto con episiotomía al año de operada, realizado en la misma zona de la fistulectomía. Uno de los pacientes padecía de SIDA fue manejado con el esquema de antibioterapia. Otro paciente presentó recurrencia de la fístula a los 18 meses de operado, 3,57%.

Los 11 pacientes operados de fisura evolucionaron sin complicaciones después de esfínterectomía lateral. No presentaron consultas posteriores por patología ano rectal.

Se practicó resección de Condilomas Acuminados en 7 pacientes, todos hombres homosexuales infectados con virus SIDA, de los cuales 6 estaban en etapa II y uno en etapa I, la histología en todos los casos confirmó infección por virus papiloma y ausencia de cáncer. De acuerdo a protocolo también recibieron antibioterapia.

A dos pacientes se le resecaron pólipos sétiles de menos de 2 cm que se encontraban en la ampolla rectal y cuyas biopsias demostraron adenoma tubular

El tiempo operatorio promedio fue de 27,1 minutos, con una estadía en sala de recuperación de 2.52 horas promedio. La distribución de acuerdo a patología se aprecia en la Tabla 3.

El reintegro a sus actividades normales se produjo a los 15 días en 31 pacientes (36%), a los 21 días en 55 pacientes (64%).

RESULTADOS DE LA ENCUESTA TELEFÓNICA

De los 86 pacientes intervenidos se logró entrevistar telefónicamente a 68 (79%), de ellos 60 pacientes (88,2%), respondieron que estaban conformes con haber sido operados en forma ambulatoria, que repetirían la experiencia 45 pacientes comprendieron y pudieron seguir bien las indicaciones (66,2%). Los 8 pacientes (11,2%) que respondieron negativamente la encuesta, correspondieron

Tabla 2

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN LAS FÍSTULAS RECTOPERINEALES (n= 28)

| | |
|--|----|
| Fistulectomía Sola | 22 |
| Fistulectomía Hemorroidectomía | 1 |
| Fistulectomía Ligadura Elástica de Esfínter | 2 |
| Fistulectomía Ligadura Elástica de Hemorroides | 3 |
| Total | 28 |

Tabla 3

TIEMPOS PROMEDIOS OPERATORIO Y DE SALA DE RECUPERACIÓN SEGÚN PATOLOGÍA (n= 86)

| Patología | Tiempo operatorio | Tiempo recuperación |
|------------------------|-------------------|---------------------|
| Hemorroides | 34 minutos | 2:80 horas |
| Fístula Recto perineal | 24 minutos | 2:38 horas |
| Fisura | 19 minutos | 2:20. horas |
| Condilomas | 18 minutos | 2:00 horas |
| Pólipos | 20 minutos | 2:80 horas |
| Promedio total | 27,1 minutos | 2:52 horas |

a los dos pacientes hospitalizados, tres pacientes con dolor prolongado, dos que tuvieron dificultad para consultar y uno que no entendió las indicaciones del instructivo

DISCUSIÓN

La cirugía ano rectal ha sido siempre postergada para ser hospitalizada por tratarse de una patología benigna sin mayor repercusión vital ni laboral; Sin embargo, pese a ser una enfermedad simple puede llegar a ser muy mortificante debido a sus crisis recurrentes⁷.

En la literatura extranjera existen varias publicaciones que presentan protocolos de cirugía ano rectal ambulatoria^{7,8,9,10,11,12,13,14} y algunas nacionales^{4,5,6}.

Esta patología tiene el problema del dolor post operatorio, de cuyo manejo depende el éxito del tratamiento ambulatorio^{6,7,11,13}. En nuestro protocolo de trabajo esto fue manejado en equipo con el departamento de anestesia, además al dejar al paciente contactado con sus tratantes, con lo que se evitaban consultas a urgencia.

Otro aspecto a considerar es la selección de los pacientes los que deben tener patología de solución fácil y con post operatorio de manejo simple. El parámetro de selección de los candidatos respecto a su estado general es el índice de la American Society of Anesthesia (ASA), aceptado internacionalmente¹⁵.

Si se revisan las complicaciones de la cirugía éstas no dependen de que sea ambulatoria sino, de la técnica quirúrgica realizada. Nuestras complicaciones son comparables a las de los pacientes hospitalizados, tanto en la literatura nacional como extranjera, al igual que en las series ambulatorias (Tabla 4). La baja morbilidad general y el escaso índice de ingreso hospitalario demuestran que es una cirugía segura y realizable ambulatoriamente, con un costo mucho más reducido y una buena aceptación de los pacientes.

Tabla 4
CUADRO COMPARATIVO DE COMPLICACIONES CIRUGÍA ANORRECTAL AMBULATORIA Y HOSPITALIZADA EN SERIES NACIONALES Y EXTRANJERAS

| Complicación | Esta Serie | Ambulatorio Extranjeras % | Hospitalizados Extranjeras % | Ambulatorio Nacional % | Hospitalizado Nacional % |
|--------------------|------------|---------------------------|------------------------------|------------------------|--------------------------|
| Hemorragias | 1,15 | 0,2-5 (7,8) | 0,8-1,3 (7) | 0,9 (6) | 2,3 (19) |
| Infección | 1,15 | - | 1 (7) | - | 2,3 (19) |
| Retención Urinaria | 1,15 | 0,4-5 (7) | 2,1-3,2 (7) | - | - |
| Dolor | 3,45 | 0,0-5,8 (10) | - | 3,9 (6) | - |
| Hospitalización | 2,3 | 0,2-3 (7,9) | - | 0,9 (6) | - |
| Impactación Fecal | 0 | 0,9 (7) | 0 - 1 (7) | 1,6 (5) | 0,76 (19) |
| Morbilidad General | 6,9 | 2-9 (7,10,11,12,13,14) | 1,5-10,8 (18) | 4,8 (5,6) | 8,5-10,8 (18,19) |

CONCLUSIONES

De este estudio se puede concluir lo siguiente:

1. La cirugía ano rectal ambulatoria es realizable, segura y eficiente.
2. El manejo de la analgesia es fundamental para el éxito en el manejo ambulatorio
3. El paciente acepta el procedimiento y queda satisfecho, si hay un buen contacto con sus médicos tratantes.

REFERENCIAS

1. Acevedo A, Gallego A. Cirugía mayor ambulatoria de las hernias. Experiencia de 5 años en el C.R.S. Cordillera Oriente de la Ciudad de Santiago. Rev Chil Cir 2004; 56: 166-71.
2. Berry M, Martínez J, García Huidobro I, Sanhueza M, Kusanovic R, Galaz I, y cols. Colectectomía Laparoscópica ¿Factible en unidades de Cirugía mayor ambulatoria? Rev Chil Cir 2003; 53: 299-304.
3. Hernández F, Rodríguez O, Rodríguez E, Alvarez DS, Manríquez R. Colectectomía Laparoscópica ambulatoria. Rev Chil Cir 1999; 51: 373-78.
4. Pinedo G. Hemorroidectomía ambulatoria en Hospital Regional de Iquique: Manejo del dolor. Rev Chil Cir 2003; 55: 141-43.
5. Reyes J, García Huidobro I, Vuletin F, Balestrini C, Sanhueza M, Kusanovic y cols. Rev Chil Cir 2001; 53: 271-76.
6. Rocha M. Diatermo coagulación bipolar en hemorroides internas: Estudio prospectivo, experiencia con tratamiento ambulatorio en 102 casos. Rev Chil Cir 2001; 53: 65-74.
7. Nahas SC, Sobrado Junior CW, Marques CF, Imperiale, Haber-Gama A, Rocha JP, y cols. Orifice Diseases Project - experience of the "Hospital das Clínicas" University of São Paulo Medical Center in day - hospital of anorectal disease. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo 1999; 54: 75-80.
8. Carditello A, Meduri F, Cardillo P, Mule V, La Rocca T, Caminiti F. Proctology day-surgery, Results of 2000 surgical interventions. Chir Ital 2001; 53 (2): 219-24.
9. Martel E, Bernard D, Tasse D, Wassef R. Ambulatory anal surgery: a feasibility study. Ann Chir 1996; 50 (8): 589-92.
10. Labas P, Ohradka B, Cambal M, Olejnik J, Fillo J. Haemorrhoidectomy in outpatient practice. Eur J Surg 2002; 168 (11): 619-20.
11. Pietroletti R, Navarra L, Cianca G, Maggi G, Simi M. Proctological surgery in the one-day surgery regimen: The preliminary results with 232 patients. Annali Italiani di Chirurgia 1998; 69 (4): 499-505.
12. Foo E, Sim R, Lim HY, Chan ST, Ng BK. Ambulatory anorectal surgery - is it feasible locally?: Annals of the Academy of Medicine, Singapore 1998; 27(4): 512- 4.
13. Minatti WR, Lozano M, Perriello J, Benavides F, Pedernera H. Cirugía proctológica ambulatoria. Rev Argent Cir 2001; 81(1/2): 6-9.
14. Manrique J, Vera D, González M, Rossi RP, Smith RH, Cottely E. Factibilidad, riesgo y conveniencia de la cirugía ambulatoria para la patología anorrectal. Rev Argent Cir 1991; 61 (3/4): 123-5.
15. Place R, Imán , Simmang C, Cataldo P, Church J, Denstman F, et al. Practice parameters for ambulatory anorectal surgery, 2003; 46(5): 573-6.
16. Bannura G, Cumsille MA, Ricaurte F, Tepper P, Pfeiffer B. Resultados alejados del tratamiento de la fístula anorrectal; análisis de la recidiva y la incontinencia en 159 pacientes. Rev Chil Cir 2002; 54 (2): 189-95.
17. Bannura G, Ricaurte F, Scándar P. Resultados del tratamiento quirúrgico de la fístula anorrectal: análisis de 70 pacientes. Rev Chil Cir 1999; 51(6): 615-22.
18. Coñoman H, Rojas M, Kauer G, Ints Sabugo MF, Díaz C, Nieto I. Fístulas recto perineales. Resultados del tratamiento quirúrgico. Rev Chil Cir 2000; 52(5): 511-18.
19. Murúa R. Hemorroidectomía con la técnica de Mitchel modificada. Rev Chil Cir 1991; 43(1): 18 25.