

## TRABAJOS CIENTÍFICOS

# Hemorroidectomía ambulatoria en Hospital Regional de Iquique: manejo del dolor

Dr. GEORGE PINEDO M

Servicio de Cirugía, Hospital Regional de Iquique

### RESUMEN

El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de la hemorroidectomía ambulatoria en el Hospital Regional de Iquique utilizando una técnica que disminuye al máximo el dolor postoperatorio. Entre marzo 1998 y marzo 2000 se realizó hemorroidectomía ambulatoria en 22 pacientes. El ingreso de los pacientes se realizó en ayunas la mañana de la cirugía, con laxante la noche previa. La cirugía fue realizada con electrobisturí sin ligadura de pedículo ni puntos. El paciente fue dado de alta el mismo día, 6 horas postquirúrgico con indicaciones de analgésicos, antibióticos, esfinterotomía química (TNT, 1%), teléfono de contacto y citado a control a los 7 y 21 días postoperatorios con evaluación de dolor con escala análoga del dolor. Dos pacientes fueron rehospitalizados por dolor a los 3 días post alta. Ningún paciente presentó sangrado o retención urinaria; 18/22 pacientes presentó menor dolor a lo esperado, 2/22 pacientes presentó igual dolor a lo esperado y 2/22 presentó mayor dolor a lo esperado. Veinte pacientes volverían a realizarse la cirugía en forma ambulatoria.

PALABRAS CLAVES: **Hemorroides, hemorroidectomía ambulatoria**

### SUMMARY

We present the results of outpatient hemorrhoidectomy performed at the Hospital Regional de Iquique, using a technique that decreases postoperative pain to a minimum. Between March 1998 and March 2000, 22 patients underwent the procedure. Patients were admitted in the morning of the surgery in fasting condition. A laxative was administered the night before. Surgery was performed with electric scalpel, without pedicle ligation and no stitches. Patients were discharged 6 hours after surgery with the following indications: analgesics, antibiotics, and chemical sphincterotomy with 0.1% TNT. A contact phone number was requested and follow up visits were scheduled at 7 and 21 days with pain evaluation using a pain analog scale. Two patients were readmitted 3 days after surgery due to pain. No patient had bleeding or urinary retention. Pain was milder than expected in 18/22 patients, as expected in 2/22 and more severe than expected in 2/22 patients. Twenty patients stated that they would undergo the procedure again.

KEY WORDS: **Hemorrhoids, outpatient hemorrhoidectomy**

### INTRODUCCIÓN

La enfermedad hemorroidal es una patología que es considerada una de las enfermedades más

frecuentes de la cultura occidental.<sup>1-4</sup> Afortunadamente, la mayoría de los pacientes pueden ser tratados en forma médica con una respuesta adecuada. Sin embargo, los síntomas suelen ser recu-

rrentes especialmente si no se eliminan los factores predisponentes y el paciente requerirá tratamiento quirúrgico. Cuando los hemorroides son internos grado 1 a 3, bastará con medidas quirúrgicas más conservadoras como ligadura elástica, fotocoagulación o escleroterapia entre otros tratamientos conocidos.<sup>5</sup> Sin embargo, cuando estas medidas conservadoras fracasan, o bien los hemorroides internos son grado 4, o el paciente presenta hemorroides con componente externo, necesitarán cirugía resectiva. El gran problema de la cirugía resectiva es el manejo del dolor postoperatorio, requiriendo habitualmente hospitalización para el manejo de éste. En el último tiempo, con algunos cambios en la técnica quirúrgica y un mejor manejo perioperatorio, se ha logrado disminuir el dolor, permitiendo realizar el procedimiento en forma ambulatoria con resultados promisorios. Sin embargo, esta tarea no es fácil, ya que el paciente si presenta dolor incontrolable en su hogar no sabrá a quién acudir y se termina desprestigiando la técnica. Por lo cual uno de los pilares de la cirugía ambulatoria es la disponibilidad de ubicar a un profesional frente a un eventual problema, lo cual no siempre existe en nuestro sistema público, creando ansiedad en el paciente. El objetivo de este trabajo es desarrollar el tratamiento en forma ambulatoria con un manejo más adecuado del dolor postoperatorio, con modificaciones en la técnica quirúrgica y el seguimiento postoperatorio.

#### **MATERIAL Y MÉTODO**

Entre marzo 1998 y marzo de 2000 se reclutaron 22 pacientes que aceptaron ser intervenidos de patología hemorroidal en forma ambulatoria en el Hospital Regional de Iquique. La indicación quirúrgica se basaba en síntomas recurrentes que no cedían con tratamiento habitual (médico y ligadura elástica) o presentaban hemorroides internos grado 4 o con componente externo. La noche previo a la cirugía se le solicitó al paciente que ingiriera 15 cc de lactulosa. Se utilizó adrenalina 1:200000, con técnica electrobisturí completo sin ligadura de pedículo, resecaando los tres paquetes primarios dejando puentes de piel adecuados. No se colocó gasa intraanal, evitando dolor y retención urinaria. Se le indicó analgesia inmediato postoperatorio (Tramadol más Ketoprofeno), esfinterotomía química con trinitroglicerina al 0,1% durante 14 días, metronidazol 500 mg, cada 8 horas durante 5 días.<sup>6</sup> Control a los 7 y 21 días postoperatorio donde se les evaluó con escala análoga del dolor. Finalmente, poseían teléfono de contacto frente a dolor o complicaciones inmanejable.

#### **RESULTADOS**

La edad promedio de los pacientes fue 38 años. Catorce mujeres y 8 varones, 2 de los 22 pacientes fueron hospitalizados a los 3 días postprocedimiento por dolor que no cedía con el esquema analgésico asignado. Ningún paciente presentó retención urinaria o sangrado que requiriera reintervención. Se evaluó con escala análoga del dolor (con menor dolor equivalente a 1 y el mayor dolor equivalente a 10). A los 7 días el promedio de dolor fue evaluado como 5,6 y a los 21 días el dolor fue evaluado como 2,1; 18/22 pacientes se reintegraron a labores habituales a los 21 días postoperatorios; 18/22 pacientes estimaron que el dolor era menor a lo esperado, 2/22 pacientes considera que el dolor fue igual a lo esperado y 2/22 estimaron que el dolor fue mayor a lo esperado (2 pacientes rehospitalizados). Consultado sobre si volverían a realizarse el procedimiento en forma ambulatoria 20/22 pacientes contestó en forma afirmativa.

#### **DISCUSIÓN**

La técnica ideal de resección hemorroidal debiera ofrecer al paciente el mínimo dolor postoperatorio posible, libre de recidivas y con resección de todo el tejido enfermo. Actualmente no existe una técnica que pueda lograr estas tres premisas, siendo probablemente el problema mayor el manejo del dolor postoperatorio. En la actualidad se encuentra en pleno desarrollo el uso del *stapler* para la realización de mucosectomía rectal y así tratar la patología hemorroidal con indicación quirúrgica,<sup>7</sup> y que disminuya el dolor postoperatorio, ya que no trata el componente externo que es lo que causa mayor dolor. Sin embargo, existe un trabajo que presenta secuelas permanentes de esta técnica, sembrando cierta duda sobre su uso en manos inexpertas.<sup>8</sup> Nuevos trabajos doble ciego, prospectivos y aleatorios comparando ésta con otras técnicas ayudarán a decidir si ésta prevalecerá en el tiempo. Sin embargo, el costo de este avance para el paciente en nuestro sistema público lo hace lamentablemente prohibitivo. De ahí la necesidad de disminuir el dolor al máximo refinando la técnica quirúrgica y manejando de una forma más adecuada el perioperatorio como se presentó en este trabajo. Creo que es posible realizar esta cirugía en forma ambulatoria, siempre que se cuente con un grupo de apoyo que podrá atender a los pacientes cuando presenten dudas y se les de un trato expedito para reingresar si presentan problemas no solucionables por teléfono.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Corman ML: Colon and rectal surgery. 4th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998; 147-205.
2. Beck DE: Hemorrhoidal disease. In: Beck DE, Wexner SD (eds). Fundamentals of Anorectal Surgery. 2<sup>nd</sup> ed. London: WB Saunders 1998; 237-53.
3. Salvati EP: Nonoperative management of hemorrhoids. Dis Colon Rectum 1999; 42: 989-93.
4. MacRae HM, McLeod RS: Comparison of hemorrhoidal treatment modalities: a metaanalysis. Dis Colon Rectum 1995; 38: 687-94.
5. Schussman LC, Lutz LJ: Outpatient management of hemorrhoids. Prim Care 1986; 13: 527-41.
6. Carapeti EA, Kamm MA, McDonald PJ, Phillips RKS: Double-blind randomized controlled trial of effect of metronidazole on pain after day-case haemorrhoidectomy. Lancet 1998; 351: 169-72.
7. Khalil KH, O'Bichere A, Sellu D: Randomized clinical trial of sutured versus stapled closed haemorrhoidectomy. Br J Surg 2000; 87: 1352-5.
8. Cheetham MJ, Mortensen NJ, Nystrom PO, Kamm MA, Phillips RK: Persistent pain and faecal urgency after stapled haemorrhoidectomy. Lancet 2000; 356: 730-3.