

# URGENCIAS PROCTOLÓGICAS

## PROCTOLOGY EMERGENCIES

DR. CLAUDIO WAINSTEIN G. (1), DR. ALEJANDRO ZÁRATE C. (2)

1. UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA, DEPARTAMENTO CIRUGÍA ADULTOS CLÍNICA LAS CONDES.

2. SERVICIO DE URGENCIA CLÍNICA LAS CONDES

Email: cwainstein@clc.cl

### RESUMEN

Las urgencias proctológicas son una causa frecuente de consulta en Servicios de Urgencia. Para los pacientes este tipo de problemas implican, además de los propios síntomas, en muchos casos pudor o vergüenza, lo cual puede redundar en una consulta tardía en relación al inicio del cuadro clínico. Para el médico de urgencia es un desafío poder determinar de forma clara el diagnóstico y el tratamiento adecuado, así como la necesidad de hospitalizar o indicar la consulta por un especialista. Es por esto que se hace necesario el poseer los conocimientos básicos para el diagnóstico y el manejo inicial de las patologías más frecuentes tales como el dolor anal, sangrado vía anal o aumento de volumen en la zona perianal.

El objetivo de esta revisión es entregar las bases para un adecuado diagnóstico y manejo de las patologías proctológicas que más frecuentemente requieren una atención de urgencia.

Palabras clave: Urgencia, proctología, hemorroides.

### SUMMARY

Proctologic emergencies are a frequent cause of consultation in the emergency room. For these patients, such problems involve not only a physical discomfort or pain, but also shame in many cases, which can result in a late consultation in relation of the onset of symptoms. These problems are a challenge, in order to perform an

accurate diagnosis and appropriate treatment. Likewise it is necessary to determine the need for hospitalization or evaluation by a specialist.

This is why it is necessary to have the basic knowledge and skills for diagnosis and initial management of most common diseases such as anal pain, rectal bleeding or increased volume in the perianal area. The aim of this review is to provide the basis for a proper diagnosis and management of proctologic pathologies most frequently evaluated in an emergency room.

Keywords: Emergency, proctology, hemorrhoids.

### INTRODUCCIÓN

Las urgencias proctológicas son una causa frecuente de consulta en Servicios de Urgencia. Para los pacientes este tipo de problemas implican, además de los propios síntomas, en muchos casos pudor o vergüenza, lo cual puede redundar en una consulta tardía en relación al inicio del cuadro clínico. Los principales síntomas de consulta son: dolor, sangrado o aumento de volumen en la zona perianal (1). Un gran porcentaje de los pacientes presentan más de uno de estos síntomas, lo cual hace necesario una muy buena anamnesis y un examen físico completo. El examen proctológico básico, consistente en una inspección exhaustiva de la zona perianal, rectoperianal y un tacto rectal, que debe ser efectuado por los médicos de Urgencia. Corresponde inicialmente clasificar las distintas causas de urgencias proctológicas como entidades agrupadas por síntomas comunes, más que como entidades etiológicas distintas, para un mejor entendimiento de la patología y posteriormente explicitar las características de las patologías anorrectales más frecuentes.

## 1.-CUADROS SINTOMÁTICOS:

### Dolor anal

El dolor anal y perianal se define como el malestar que se presenta en el canal anal, zona perianal o rectoperineal, pudiendo ser originado por distintas causas. Es la principal causa de consulta por patología anal. En la anamnesis se debe interrogar acerca del tipo de dolor (agudo, sordo, permanente, etc.) su duración, forma de instalación, momento del día en que se intensifica o desaparece (dolor nocturno), relación con la evacuación, con cuáles maniobras o medicamentos cede, síntomas asociados tales como: sangrado, secreción perianal, fiebre, aumento de volumen. Además se debe interrogar acerca de patologías asociadas y posibles factores de riesgo para presentar dolor anal, así como de la presencia de actividad sexual por esa vía. Mediante lo anterior se obtendrá una idea general de las posibles causas y qué buscar en el examen proctológico. Un examen proctológico básico debe incluir una adecuada inspección de toda la zona perianal y perineal, tacto rectal y en casos necesarios, examen vaginal. En la inspección se buscará una fisura anal si es que el paciente presenta un dolor intenso al evacuar las deposiciones, asociados a proctorragia. También se buscará un aumento de volumen si es que se sospecha la presencia de un absceso perianal, el cual se caracteriza por presentar dolor anal, generalmente intenso, asociado a aumento de volumen y sensación febril y/o compromiso del estado general, el cual puede estar ausente en pacientes con alteraciones inmunitarias (Diabetes, Sida, Leucemias, etc.). El dolor "sordo", más profundo, asociado a compromiso del estado general, puede hacer pensar en abscesos profundos, incluso sin ninguna evidencia al examen externo. En el caso de pacientes con antecedentes de patología hemorroidal y presencia de un dolor anal agudo, el examen físico podrá evidenciar un aumento de volumen de coloración más oscura, en relación a hemorroides externos trombados, o la presencia de una masa inflamatoria prolapsada en el caso de una fluxión hemorroidal.

### Sangrado

La segunda causa de consulta es el sangrado por vía anal. En estudios poblacionales se ha determinado que hasta un 18% de la población mayor de 16 años presenta sangrado anal ocasional, asociado generalmente con cambio de consistencia de sus heces. Sólo el 28% al 32% de ellos consulta por ese síntoma. El sangrado es habitualmente sangre roja, fresca (72%), asociado a dificultad evacuatoria y a la sensación de "herida" anal (2). La presencia de dolor anal defecatorio agudo, asociado a sangramiento es muy común en las fisuras anales. El sangramiento no doloroso asociado con prolapso hemorroidal es otras causa común de consulta. El volumen del sangrado secundario a patología proctológica es en general no significativo, si bien para los pacientes la sola presencia de sangre en las heces o el papel durante el aseo post defecación puede ser muy preocupante. Es importante definir las características o factores de riesgo en relación a estar ante una patología neoplásica, Enfermedad Inflamatoria Intestinal o rectorragia y hemorragia digestiva baja de otras causas. La presencia de sangre oscura, coágulos, mucosidades, sangre mezclada con las heces y deposiciones blandas o diarreas deben hacer pensar en estas últimas causas, así como la presencia

de estos síntomas en pacientes mayores, y por lo tanto el paciente debe ser derivado y estudiado de acuerdo a esas patologías.

### Aumento de volumen perianal

La presencia de un aumento de volumen en la región perianal está generalmente asociado con la enfermedad hemorroidal complicada o con los abscesos anorrectales. Es habitual el incorrecto diagnóstico de hemorroides complicados ante cualquier aumento de volumen perianal. La presencia de historia de sangrado defecatorio, dificultad para evacuar, sensación de prolapso anal defecatorio y masa blanda en la zona nos puede derivar al diagnóstico de enfermedad hemorroidal. La presencia de aumento de volumen sensible, dolor "exquisito" de aparición brusca, asociado con un aumento de volumen perianal y masa violácea oscura, corresponderá probablemente a una trombosis hemorroidal externa. La fluxión hemorroidal se presenta como un cuadro muy doloroso, con aumento de volumen que aparece generalmente después de una maniobra de valsava importante (dificultad evacuatoria, constipación, parto vaginal) y que no cede espontáneamente. Al examen físico se visualiza la presencia de hemorroides internos prolapsados e incarcerated con o sin signos de trombosis asociada. La aparición de masa dolorosa, permanente, con dolor persistente, compromiso del estado general y fiebre nos hace pensar en un absceso anorrectal.

### Secreción anal

La presencia de secreción anal se asocia con fístulas anorrectales. Asimismo puede corresponder a un prolapso mucoso anal o un absceso drenado espontáneamente. En general este síntoma es causa menos común de consulta en los servicios de urgencia.

## 2.-PATOLOGÍAS ESPECÍFICAS:

### Fisura anal

La fisura anal es probablemente la causa más común de consulta en la práctica coloproctológica. Corresponde a una solución de continuidad de la piel en el epitelio escamoso de canal anal, que se ubica en la zona distal a la línea dentada. Su localización es generalmente en la línea media posterior, y en un quinto de los casos en la línea media anterior.

Las fisuras anales pueden ser agudas o crónicas, diferenciación basada tanto en el tiempo de evolución (mayor o menor de 4 a 6 semanas), como en sus características locales (profundidad, presencia de plicoma centinela, papila anal hipertrófica).

En su presentación clínica predomina la presencia de dolor perianal, el cual se inicia al momento de pasar la deposición por el ano y puede persistir por varias horas posterior a la defecación (3). En el examen físico, la solución de continuidad de la piel de forma ovalada (Figura 1), la presencia de hipertonia del canal anal, por hipertonia de las fibras del músculo del esfínter anal interno, y el dolor al tacto rectal, son parte de los signos clásicos de presentación de la fisura.

Una de las explicaciones para la fisura es la presencia de isquemia lo-

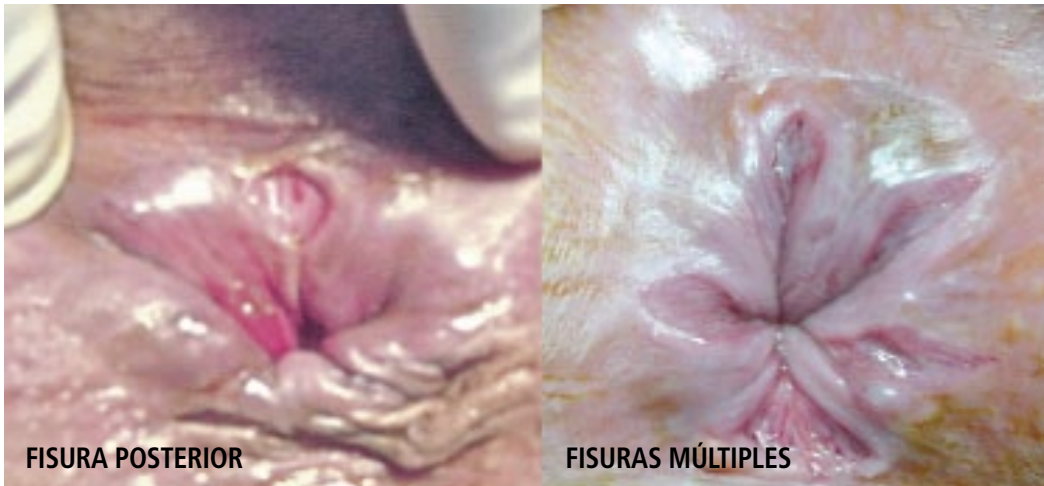


Figura 1. Fisura anal posterior y fisuras múltiples.

cal, asociada a la hipertonia anal y a una menor vascularización de los cuadrantes anterior y posterior (4, 5). La etiología de la fisura anal aún no está del todo clara. Una de las explicaciones más aceptadas es que el pasaje de deposiciones voluminosas y sólidas serían factores “iniciadores” de este cuadro (3).

Los exámenes funcionales muestran una presión de reposo aumentada el cual es interpretado como la hipertonia del esfínter anal interno, en los pacientes con fisura anal aguda (4).

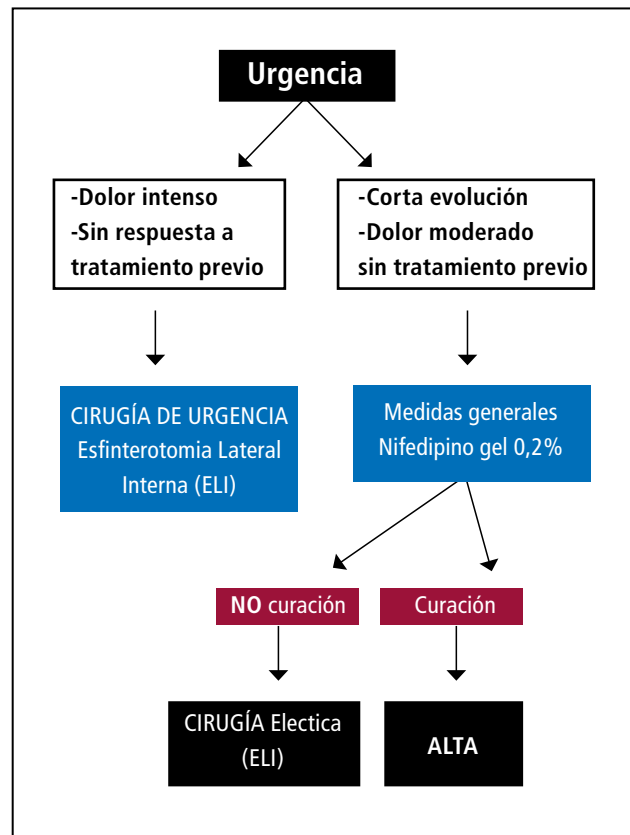
Se ha evidenciado que la mayor presión de reposo del esfínter anal, se correlaciona con menor flujo sanguíneo en la zona del anodermo, esto es más pronunciado en la zona posterior, lo cual es concordante con la distribución de la mayor parte de las fisuras; además se observa que se logra retornar a flujos considerados normales posterior a la realización de una esfinterotomía interna (5).

Si la fisura no se ubica en la línea media y/o es indolora, debe hacer sospechar otro tipo de patologías, como la enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, tuberculosis, sífilis, HIV y leucemias, entre otras.

En cuanto al tratamiento este se basa en medidas que ayuden a disminuir la hipertonia esfinteriana. Se incluyen medidas generales como dieta en base a aumento de la fibra y/o suplementos de fibra, explicitar la necesidad de ingerir una cantidad de líquido adecuada, baños de asiento con agua caliente (disminuye el espasmo muscular y actúa como analgésico local) (6), bloqueadores de los canales de calcio (ej: crema de diltiazem, nifedipino) (7) y toxina botulínica (8), entre otras (Figura 2).

El tratamiento con medidas generales logra una curación en sólo el 34% de los pacientes (6). El uso de bloqueadores de los canales de calcio presenta un porcentaje de curación un poco mayor, entre un 50 al 60%, pero con una recidiva a largo plazo de hasta un 50% de los casos (7). Actualmente el tratamiento médico específico de elección es el uso de Nifedipino en base gel al 0,2%, indicado 2 veces al día por 30 días. El paciente debe ser controlado incluso si desaparecen los síntomas, ya

## FIGURA 2. ALGORITMO MANEJO FISURA ANAL EN URGENCIA



que en un porcentaje no despreciable, la fisura se mantiene abierta pese a tornarse asintomática.

El uso de toxina botulínica, que logra una “esfinterotomía química” transitoria (hasta 3 meses) se asocia con porcentajes de curación similares al uso de Nifedipino. Su uso estaría indicado en pacientes con

fisura anal refractaria a tratamiento médico, con factores de riesgo de incontinencia fecal (múltiparas, antecedentes trauma perineal, cirugías previas, alteraciones neurológicas, etc.) (8).

La cirugía está indicada en los pacientes que no responden a tratamiento médico y en aquellos que el cuadro de dolor es intratable con las medidas habituales. Este último grupo puede requerir una esfinterotomía de "urgencia". El tratamiento quirúrgico de elección es la esfinterotomía lateral interna (Figura 3), con un porcentaje de curación cercano al 90% (9). Sin embargo, este tratamiento se ha asociado a la posibilidad de incontinencia anal, reportándose una incidencia de hasta un 30% en algunas series (10). Esto ha sido correlacionado con el porcentaje de sección del esfínter interno, sexo femenino y daño esfinteriano previo (cirugías anorrectales, trauma obstétrico, alteraciones neurológicas). Por lo anterior, esta técnica debe ser efectuada por cirujanos con experiencia y con una evaluación de los factores de riesgo adecuada (Figura 4).

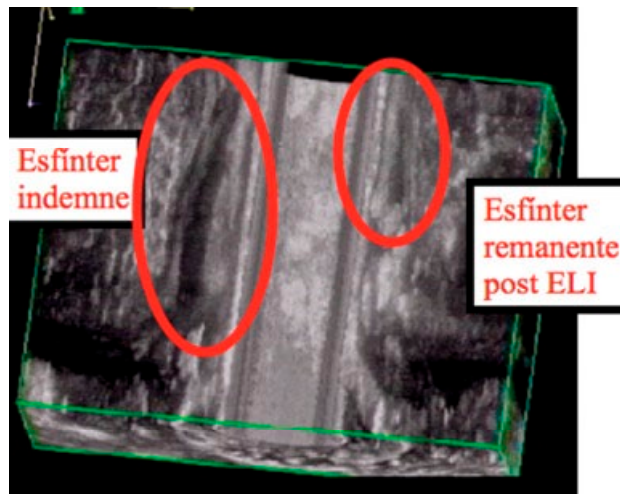


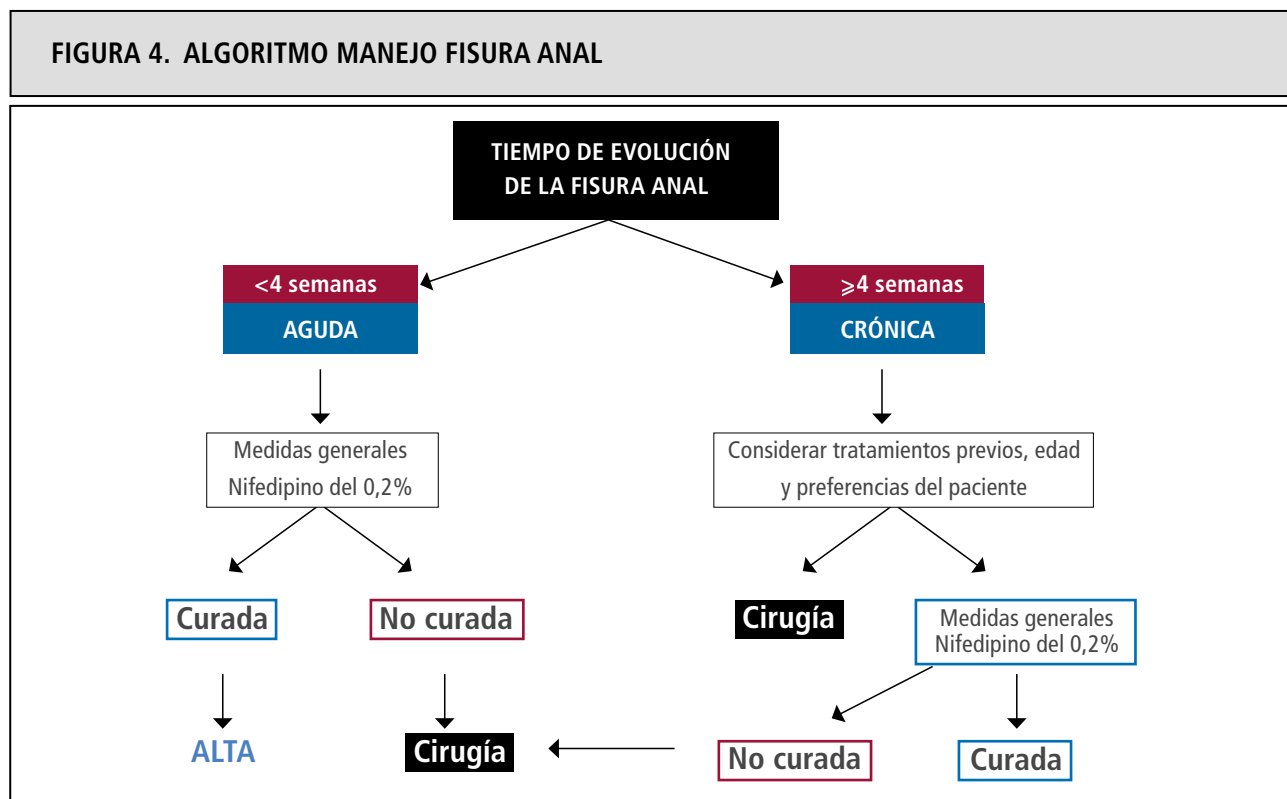
Figura 3. Esfinterotomía lateral interna: visión por endosonografía 3D

La técnica de la esfinterotomía lateral consiste en la sección parcial del esfínter lateral interno, ya sea abierta (visualizando el esfínter a seccionar), o cerrada, preconizada por Notaras. Ambas técnicas han demostrado resultados similares, pudiendo realizarse la de notaras en forma ambulatoria. El porcentaje de sección necesario para lograr curación y evitar incontinencia no está aún claro. Actualmente se postula que la esfinterotomía hasta el apex de la fisura sería suficiente para lograr curación, con un porcentaje menor de incontinencia que la clásica esfinterotomía

lateral interna hasta la línea pectínea (11). En los pacientes portadores de fisuras crónicas, la fisuroctomía, en conjunto con la esfinterotomía lateral interna, con adecuado "drenaje" cutáneo está indicada para disminuir la sintomatología asociada y acelerar el proceso cicatricial.

**Abscesos Anorrectales**

Los abscesos anorrectales corresponden a procesos infecciosos localizados en los diferentes compartimentos o espacios anatómicos de la zona



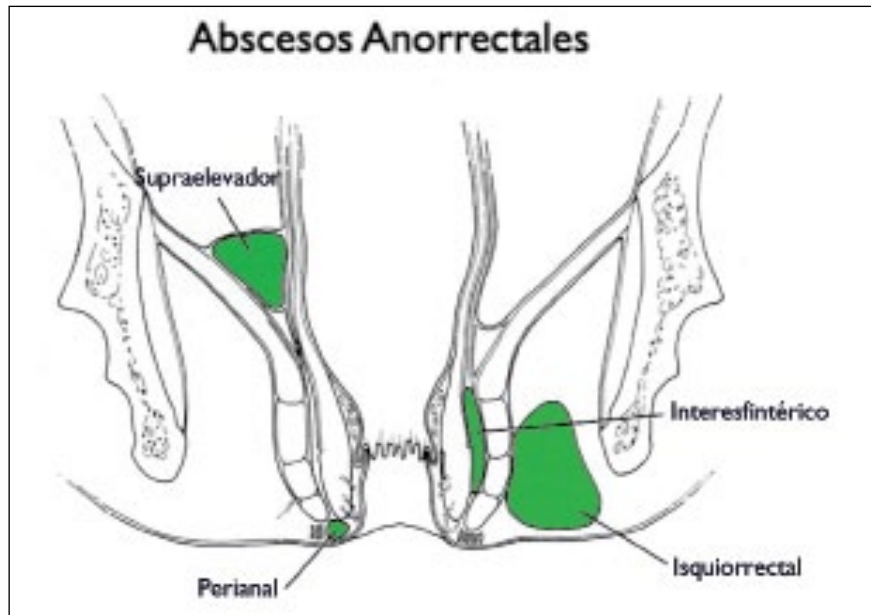


Figura 5. Clasificación abscesos anorrectales.

anorrectal y estructuras adyacentes. Según su localización específica, se catalogan como perianales, isquiorrectales, submucosos, supraelevador o pelvirrectales (Figura 5).

La mayoría de los abscesos anorrectales se originan de la infección de las glándulas anales. Estas glándulas se ubican en la base de las criptas anales (criptas de Morgagni) y atraviesan el esfínter anal interno hasta el surco interesfintérico. La obstrucción de estas glándulas, provoca el estasis del contenido y el sobrecrecimiento bacteriano, con aumento de la presión intraductal, para finalmente romperse y provocar un absceso que se localiza inicialmente en el surco interesfintérico. Estos abscesos tienen diferentes vías de extensión local, la más frecuente es hacia el anodermo, constituyendo un absceso perianal. También pueden progresar a través del esfínter anal a la fosa isquiorrectal formando un absceso isquiorrectal.

Ante la sospecha de un absceso anorrectal, sin que se evidencie claramente en el examen físico en el box de urgencia, se debe realizar estudio de imágenes, como es una resonancia o endosonografía anorrectal, según sea la sospecha clínica. En algunos casos se debe proceder a una revisión bajo anestesia, que debe ser efectuada por un coloproctólogo, en pabellón.

Del punto de vista de imágenes, los estudios que más aportan en este grupo de pacientes son la endosonografía anal y la Resonancia Magnética (RM) de pelvis. La endosonografía es muy útil en pacientes con abscesos submucosos o fístulas. Puede usarse como estudio pre operatorio o como parte de la exploración intraoperatoria bajo anestesia. Permite en este último modo, evaluar la presencia de colecciones secundarias y asegurar un drenaje adecuado. En pacientes con alteraciones de la inmunidad o ante la sospecha de una sepsis perineal, la RM de pelvis permite evaluar además los compartimentos profundos, tales como el

espacio pelvirrectal y supraelevador y el compromiso de órganos vecinos (compartimento prostático) (Figura 6).

El absceso perianal es probablemente el más común. Se caracteriza por presentar un aumento de volumen en la región perianal, asociado inicialmente a molestias inespecíficas perianales, para posteriormente presentar dolor en la zona del aumento de volumen, asociado a fluctuación y eritema de la zona adyacente. A lo anterior se puede adicionar la presencia de sensación febril y aumento de temperatura localizada en la zona perianal. El diagnóstico es, habitualmente, evidente con la historia y la inspección al examen físico. Por lo general, el dolor dificulta el tacto rectal o la anoscopia.

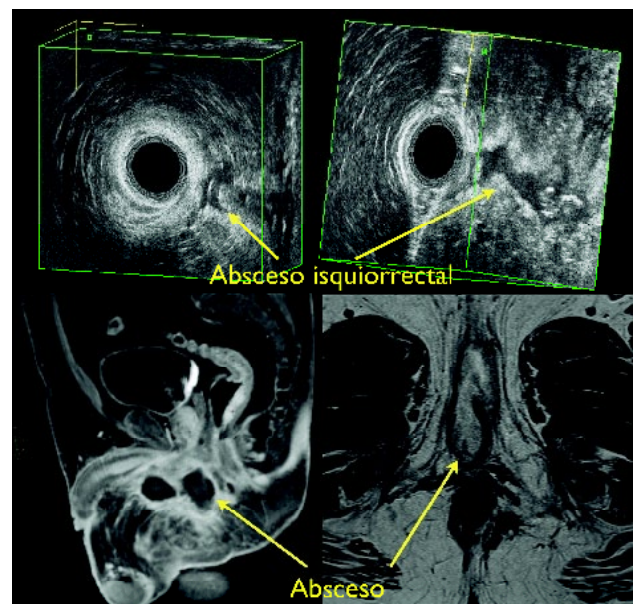


Figura 6. Abscesos anorrectales: Endosonografía 3D y Resonancia Magnética.



En un porcentaje menor de los pacientes, la progresión de la infección localizada es hacia cefálico, es decir, hacia proximal del surco interesfintérico hacia el espacio supraelevador o al plano submucoso.

Se estima que más del 80% de los abscesos son causados por una oclusión de las glándulas anales, o criptogénicos. Un menor porcentaje pueden deberse a consecuencia de trauma local, enfermedad de Crohn, HIV, enfermedades de transmisión sexual y radiación entre otras.

En cuanto al tratamiento, este debe ser quirúrgico. El tratamiento del absceso perianal consiste en el drenaje amplio. La incisión del drenaje debe ser realizado lo más cercano posible al ano para acortar posibles trayectos fistulosos. El drenaje debe ser realizado en un box quirúrgico o pabellón.

Cuando el absceso es drenado, ya sea espontáneamente o por cirugía, la persistencia de la fosa séptica (sitio de origen a nivel interesfintérico) y la epitelización del tracto del drenaje pueden dar paso a una fistula. Actualmente los conceptos fisiopatológicos sugieren fuertemente que los abscesos anorrectales y las fistulas anorrectales son parte de una sola entidad patológica: absceso como presentación aguda y fistula como enfermedad crónica (12).

En general, posterior al drenaje del absceso, el dolor se resuelve rápidamente. Las instrucciones al paciente incluyen el uso de baños de asiento, uso de dieta rica en fibras y analgésicos. Además de comentarles de que en los primeros días pueden tener escasa secreción del tipo serohemática por la zona de la herida. Esta última cicatriza en algunas semanas, a menos que exista en el paciente una condición de alteración de la inmunidad, en tales casos el periodo de curación puede alargarse. El seguimiento quirúrgico debe ser estricto ya que se estima que un 10% de los pacientes puede recurrir su cuadro inicial y que hasta un 80% de los pacientes pueden desarrollar a largo plazo una fistula.

El uso de antibióticos podría no estar indicado en pacientes inmunocompetentes con abscesos perianales simples, ya que no han demostrado mejora en el tiempo de cicatrización o reducción de las tasas de recurrencia (13, 14). La antibióticoterapia debe ser considerada en pacientes de alto riesgo como son los inmunosuprimidos, diabéticos, la presencia de celulitis, válvulas cardíacas y en abscesos profundos (isquiorrectales, supraelevador, etc.) (15).

### **Gangrena de Fournier**

Es una patología que se caracteriza por una fasciitis necrotizante de la zona perianal, la cual puede incluir la zona genital. Se presenta en general en pacientes varones entre los 30 y los 60 años de edad, generalmente asociada a factores de compromiso inmunitario. Se asocia una mortalidad elevada (20% aproximadamente).

La presentación clínica es mediante dolor anal y alteración de la piel de la zona perianal, lo cual puede estar asociado a signos de sepsis. En general en el examen físico la apariencia de la piel subestima el compromiso subyacente. El diagnóstico en clínico basado en la historia y el examen físico. El uso de exámenes radiológicos se usa para poder

evaluar la extensión de las áreas comprometidas.

El compromiso descrito se disemina rápidamente a través de los planos faciales. Hay que considerar en este punto que la fascia de Colles es la más importante en el plano superficial del perineo. Esta se continúa con la fascia de Dartos y se fusiona con el diafragma urogenital. Además se puede continuar hacia superior a través de la fascia de Scarpa del abdomen.

De esta forma en un periodo de horas puede estar comprometido la región perianal, escroto y planos superficiales del abdomen. En general no se comprometen los testículos, a causa de su irrigación.

La causa de inicio de la infección es generalmente el trauma de la piel de la zona perianal o genitourinaria. Luego se produce una endarteritis obliterante con necrosis vascular subcutánea lo cual provoca isquemia y proliferación bacteriana. La infección es polimicrobiana, de las bacterias de la zona perianal, predominado la presencia de E. Coli y de Bacteriodes.

El tratamiento se basa en la exploración y debridamiento quirúrgico amplio bajo anestesia y la asociación a antibioterapia de amplio espectro. Los resultados del tratamiento son influenciados por lo satisfactorio de la primera intervención, asociación de sepsis severa, edad del paciente y comorbilidades.

### **Hemorroides**

Las hemorroides son la dilatación del complejo arteriovenoso hemorroidal. La presencia de paquetes hemorroidales es parte de la anatomía normal del ser humano. La sintomatología derivada de la enfermedad hemorroidal y sus complicaciones corresponden a uno de los motivos de consulta más frecuente de en proctología. Sus factores etiológicos son variados y destacan la constipación, pujo prolongado, embarazo, aumento de la presión intrabdominal con obstrucción al retorno venoso, aumento de la edad y postura erecta entre otros.

Los principales síntomas por los cuales los pacientes consultan son sangrado a través del ano, aumento de volumen perianal, protrusión de masas a través del ano, dificultades de higiene de la zona y problemas cosméticos. La mayoría de los pacientes con patología hemorroidal pueden ser tratados exitosamente mediante medidas no quirúrgicas, sin embargo, hay un grupo de pacientes que pueden requerir de tratamiento quirúrgico.

### **Trombosis hemorroidal**

Este cuadro se caracteriza por la aparición de un aumento de volumen muy sensible en la zona externa del margen anal. Este aumento de volumen es por lo general muy doloroso y sensible al tacto (Figura 7). Su consistencia depende del grado de coagulación intrahemorroidal y del edema local.

En el examen físico destaca un aumento de volumen indurado en la zona externa al margen anal, de coloración más oscura. Es dolorosa a la palpación. En general no se asocia a fiebre ni síntomas sistémicos. El tratamiento inicial depende del tiempo de evolución, síntomas aso-

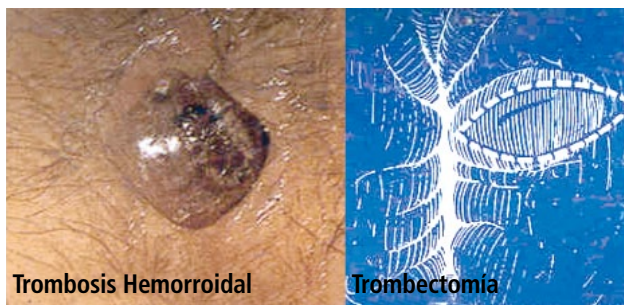


Figura 7. Trombosis Hemorroidal y Trombectomía.

ciados y preferencia del paciente. El tratamiento médico, incluye reposo, medidas dietéticas (aumento de fibra de la dieta, ingesta adecuada de líquidos), uso de baños de asiento con agua tibia a caliente, evitar traumatizar la zona con el uso de papel higiénico, analgésicos o Antiinflamatorios no esteroideos por vía oral y control posterior por especialista. El tratamiento quirúrgico, que consiste en el drenaje y trombectomía del paquete hemorroidal comprometido, se reserva para los casos de menos de 24 horas de evolución o en los pacientes intensamente sintomáticos. La trombectomía acorta el período sintomático, con la desaparición inmediata del dolor. El tratamiento médico logra disminuir los síntomas en forma gradual en 2 a 5 días.

### Fluxión hemorroidal

Cuadro producido por el prolapso e inflamación aguda de los paquetes hemorroidales internos y externos (Figura 8). Aparece en forma brusca, después de un período de constipación o diarrea. Cuadro muy doloroso, con gran aumento de volumen perianal. Se asocia a hipertonia anal secundaria, la cual perpetúa el problema. Al examen se parecía el prolapso hemorroidal interno encarcelado, con edema importante y trombosis en grado variable. El tratamiento de elección es médico, con reposo y hospitalización en los casos más severos, uso de baños de asiento calientes como relajante muscular local y antiinflamatorio local, antiinflamatorios no esteroideos y analgésicos orales o endovenosos y en casos de mayor riesgo por comorbilidades asociadas, antibióticos, preferentemente metronidazol y ciprofloxacino. En caso de no ceder con tratamiento médico, debe indicarse cirugía, la cual consiste en la reducción bajo anestesia del prolapso, esfinterotomía lateral interna y ligadura alta hemorroidal. Sólo se indica hemorroidectomía en presencia de paquetes con necrosis local, ya que habitualmente el compromiso inflamatorio va más allá de los límites de los paquetes hemorroidales, lo cual implica riesgo de estrechez anal postoperatoria. Por lo cual la resección hemorroidal debe ser muy conservadora.

### Sangrado por hemorroides internas

Las hemorroides internas corresponden a la dilatación del complejo arteriovenoso hemorroidal, el cual se sitúa en la zona proximal de la línea dentada. Son causa de frecuente de sangramiento anal defecatorio. El sangramiento se produce tanto por erosión de los paquetes hemorroidales como por la compresión en el canal anal asociado al prolapso hemorroidal interno. El sangrado hemorroidal es de tipo arterial, ya que se ha evidenciado que la  $pO_2$  y la saturación de oxígeno del sangrado son similares a los valores de la sangre arterial de los pacientes (16).



Figura 8. Fluxión hemorroidal.

El sangrado hemorroidal es habitualmente autolimitado, aparece especialmente durante la defecación y raramente es de volumen que pueda implicar compromiso vital, sin embargo puede producir anemia por sangramiento reiterativo.

El tratamiento de esta patología debe incluir medidas generales tales como dieta rica en fibras, ingesta adecuada de líquidos, y cambio de hábitos defecatorios (disminuir tiempo defecatorio, pujo inadecuado, etc.). Los procedimientos terapéuticos incluyen la ligadura de los hemorroides internos (17), además de las técnicas clásicas de hemorroidectomía abierta o cerrada (18) o actualmente la realización de la técnica de hemorroidectomía PPH (Procedimiento para el Prolapso y las Hemorroides), preconizada por Antonio Longo. Una revisión sistemática del tema ha evidenciado que la realización de la técnica de PPH produce menor dolor postoperatorio, menor tasa de retención urinaria postcirugía y requiere menor cantidad de días para el reintegro a actividades habituales, en comparación a las técnicas tradicionales (19, 20). Recientemente se ha publicado un estudio sobre calidad de vida y resultados funcionales en pacientes operados con esta técnica con los siguientes resultados: un 94% de los pacientes refirió la desaparición del sangrado, el 85% del prolapso hemorroidal y un 68% del ensuciamiento anal (soiling) tras la intervención. En una escala de evaluación de 1 a 7, el 88% de los pacientes calificó el procedimiento con nota > 5 y el 87% recomendaría el uso de esta técnica a otros pacientes afectados por esta patología (21) (Figura 9).



Figura 9. Hemorroidectomía Abierta y PPH.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Contreras, J. Urgencias Proctológicas; *Gastr Latinoam* 2004; 15: 127-30.
2. Eslick GD, Kalantar JS, Talley NJ. Rectal bleeding: epidemiology, associated risk factors, and health care seeking behaviour: a population-based study. *Colorectal Dis* 2009; 11: 921-6.
3. Herzig DO, Lu KC. Anal fissure. *Surg Clin North Am* 2010; 90: 33-44.
4. Farouk R, Duthie GS, MacGregor AB, et al. Sustained internal sphincter hyper-tonia in patients with chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 424-9.
5. Klosterhalfen B, Vogel P, Rixen H, et al. Topography of the inferior rectal artery: a possible cause of chronic, primary anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 43-52.
6. Nelson RL. Non surgical therapy for anal fissure. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(2):CD003431.
7. Chrysos E, Xynos E, Tzovaras G, et al. Effect of nifedipine on rectoanal motility. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 212-6.
8. Arroyo A, Perez F, Serrano P, et al. Surgical versus chemical (botulinum toxin) sphincterotomy for chronic anal fissure: long-term results of a prospective randomized clinical and manometric study. *Am J Surg* 2005; 189: 429-34.
9. Shao WJ, Zhang ZK. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing botulinum toxin injection with lateral internal sphincter-otomy for chronic anal fissure. *Int J Colorectal Dis* 2009; 24: 995-1000.
10. Nelson RL. Operative procedures for fissure in ano. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(2):CD002199.
11. García-Granero E, Sanahuja A, Garc\_ía-Botello SA, et al. The ideal lateral internal sphincterotomy: clinical and endosonographic evaluation following open and closed internal anal sphincterotomy. *Colorectal Dis* 2009; 11: 502-7.
12. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula-in-ano. *Br J Surg* 1976; 63: 1-12.
13. Llera JL, Levy RC. Treatment of cutaneous abscess: a double-blind clinical study. *Ann Emerg Med* 1985; 14: 15-19.
14. Stewart MP, Laing MR, Krukowski ZH. Treatment of acute abscesses by incision, curettage and primary suture without antibiotics: a controlled clinical trial. *Br J Surg* 1985; 72: 66-67.
15. Dajani AS, Taubert KA, Wilson W, et al. Prevention of bacterial endocarditis. Recommendations by the American Heart Association. *Circulation* 1997; 96: 358-66.
16. Thulesius O, Gjores JE. Arterio-venous anastomoses in the anal region with reference to the pathogenesis and treatment of haemorrhoids. *Acta Chir Scand* 1973; 139: 476-478.
17. Su MY, Chiu CT, Lin WP, Hsu CM, Chen PC. Long-term outcome and efficacy of endoscopic hemorrhoid ligation for symptomatic internal hemorrhoids. *World J Gastroenterol* 2011; 17: 2431-6.
18. Babaikere MM, Huang HG, Re WN, et al. How we can improve patients' comfort after Milligan-Morgan open haemorrhoidectomy. *World J Gastroenterol* 2011; 17: 1448-56.
19. Arroyo A, Pérez-Legaz J, Miranda E, et al. Long-term clinical results of double-pursestring stapled hemorrhoidopexy in a selected group of patients for the treatment of chronic hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 2011; 54: 609-14.
20. Chen JS, You JF. Current status of surgical treatment for hemorrhoids--systematic review and meta-analysis. *Chang Gung Med J* 2010; 33: 488-500.
21. Heine C, Cápona R, López F, Larach J, Larach A, Kronberg U, Suazo C, Márquez N, Wainstein G. Evaluación funcional y encuesta de satisfacción de los pacientes operados de hemorroides con técnica de PPH. *Rev. Chilena de Cirugía*. Vol 62 - N° 6, Diciembre 2010; pág. 600-606.

Los autores declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.