

# Tratamiento láser asistido para hemorroides

María Fernanda Bigliani,<sup>1</sup> María Elisabet Cordani<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista recertificada en cirugía general M. A. C. A. A. C.; especialista jerarquizada en cirugía general, Colegio V de la Provincia de Buenos Aires; Especialista recertificada en Flebolinfología A. M. A.; Curso de especialización superior en Coloproctología A. M. A.; Especialista en Cirugía Plástica A. A. C.; Especialista Universitaria en Cirugía Torácica U. B. A.; Miembro titular de la Sociedad Argentina de Flebología y Linfología S.A.F.Y.L.; Miembro de la comisión directiva de S.A.F.Y.L.; Médica con autorización responsable para el uso de los equipos láser- Radiofísica sanitaria, Ministerio de Salud de la Nación; Coordinadora de I.A.R. y jefe de trabajos prácticos de Cirugía del I.A.R. de la U.B.A.; Docente autorizada de la cátedra de Flebología de U.S.A.L.; Profesora en Medicina U.S.A.L.; Hospital Erill de Escobar, Buenos Aires, Argentina.

<sup>2</sup> Especialista universitaria en Nefrología; Curso práctico anual de flebología FUNDAPREVE; Curso anual teórico-práctico de la Sociedad Argentina de Láser y tecnología médica S.A.L.T.E.M. A.M.A.; Médica con autorización responsable para el uso de los equipos láser; Radiofísica sanitaria, Ministerio de Salud de la Nación.

Traducción: Roberto Almeida

*Flebología* 2017;43:39-42

## Resumen

La medicina en general, y la cirugía en particular, se han encaminado a mejorar o sostener los buenos resultados con una menor invasión en los tratamientos. Así hemos buscado extrapolar resultados más que alentadores obtenidos en la cirugía láser asistida para patologías variadas, al tratamiento de las almohadillas hemorroidales. No hemos encontrado una mejor cura; sí un posoperatorio de calidad superior: con menor dolor, estadía en sala de recuperación corta y rápida reinserción a su vida habitual. Creemos que estos resultados avalan la práctica ofrecida y su continuo perfeccionamiento.

**Palabras claves.** Hemorroides y dolor.

## Assisted Laser Treatment for Hemorrhoids

### Summary

Medicine in general, and surgery in particular, have been aimed at improving or sustaining good results, with less invasion in treatments. Thus we have sought to extrapolate more than encouraging results obtained in assisted laser surgery for various pathologies, to the treatment of hemorrhoidal pads. We have not found a better cure; A post-operative of superior quality with less pain, stay in the recovery room short, and quick reinsertion to his usual life. We believe that these results support the practice offered and its continuous improvement.

**Key words.** Hemorrhoids and pain.

## Introducción

La patología hemorroidal muchas veces es superada con tratamiento a base de fundamentos dietarios, hábitos intestinales con adecuada evacuación y flebotónicos.

**Correspondencia:** María Fernanda Bigliani  
Correo electrónico: fernanda\_bigliani@yahoo.com.ar  
fedoneli@ciudad.com.ar

No operamos hemorroides por su tamaño o grado, salvo que fuera un pedido del paciente y consideráramos que le ocasionan un perjuicio.

Hemos hallado grandes paquetes hemorroidales en donde el paciente no refiere sintomatología molesta, pero si pequeñas almohadillas que sangran con frecuencia y angustian al punto de constiparse por no querer evacuar su intestino.

No existen las enfermedades sino los pacientes que las portan y padecen, como un todo. Sólo así debe encararse un tratamiento.

Extrapolando principios físicos y tecnológicos, aprendidos en nuestra formación para el empleo adecuado de equipamiento láser, decidimos aplicar esta tecnología al tratamiento de las almohadillas hemorroidales.

Comenzamos con hemorroides grado 2, sintomáticas (sangrado dolor prurito), y luego fuimos extendiéndonos al grado 3 y 4 (procedimientos híbridos), y aún a la reducción de plicomas en los casos de pacientes que eran operados por hemorroides internas.

No obtenemos una cura mejor en la patología, en relación a la cirugía convencional.

Advertimos una reducción significativa en el dolor posoperatorio, rápida reinserción a su vida habitual, redundando en una mejor calidad de vida en el postoperatorio.

Recordemos que la cirugía hemorroidal ha tenido mala prensa, precisamente por lo dolorosa en su recuperación.

Por eso creemos que ofrecer una alternativa, donde el dolor se reduce ostensiblemente, es apropiado y promisorio.

## Material, método y resultados

Se presentan 100 pacientes operados entre enero de 2012 y marzo de 2017.

El 70% correspondieron a grados 2 y 3. El resto eran prolapso grado IV. Éstos fueron operados a partir de mediados del 2013, donde la técnica era más depurada.

Fueron incluidos plicomas en el tratamiento láser, cuando los pacientes eran llevados a cirugía por patología hemorroidal interna.

Los síntomas encontrados fueron: dolor, sangrado, prurito, dificultades para la higiene personal, secreción mucosa.

Más del 80% de los operados presentaban de 3 a más síntomas.

El equipo utilizado fue un láser de iodo 980 nm con fibra de 600 french.

La energía entregada osciló entre 1.600 y 2.400 joules, dependiendo de la envergadura de la patología tratada (cantidad de paquetes-prolapso). Potencia: 10 wats.

Anestesia general con máscara laríngea y bloqueo de pudendos internos sobre rama isquiática, con lidocaína 2% y bupivacaína 0,5%.

Infiltración de cada almohadilla hemorroidal con solución fisiológica fría, submucosa, para proteger tejidos nobles como las fibras del esfínter.

Colocación de la fibra a través de introductor. Una vez posicionada en la almohadilla, desde proximal a distal, y en forma de barrido, se efectúa laseado con 10 wats de potencia. Barrido rápido. El cuerpo hemorroidal se empalidece y pone turgente indurado.

Pexia mucosa suprapectínea con sutura reabsorbible 3/0, en los prolapso.

Lavado del canal anal con abundante solución fisiológica fría al finalizar intervención.

Tiempo quirúrgico promedio de 20 minutos.

Tiempo de recuperación y estancia en la institución (sala de recuperación) promedio de 90 a 120 minutos.

Utilización de una dosis de corticoide de depósito inmediato en quirófano.

Antibioticoterapia: una dosis de cefalosporina; o ampi sulfactán; o ciprofloxacina en la inducción anestésica.

Ketorolac 40 - 60mg /24 hs, en los primeros 3 días posoperatorios. Luego ibuprofeno según la necesidad, siendo su uso promedio 400 - 600 mg/24 hs, por 3 días más.

Reinicio de actividades habituales, promedio una semana. Tuvimos pacientes que a las 72 hs estaban trabajando o viajando, y pacientes que prolongaron su recuperación a 10 días.

En una escala subjetiva de dolor de 1 al 10, en sentido creciente del mismo, incluido el ardor

como un subtipo de dolor, el promedio fue de 4 y acompañó el tiempo de recuperación mencionado anteriormente de manera decreciente.

El sangrado postevacuatorio es frecuente, 70%, hasta la primera semana. Algunos casos se extendieron al mes de pop, también decreciendo.

La inflamación de los tejidos laseados es habitual por varios días de pop. Es propio de tejidos que han recibido gran cantidad de energía con efecto calórico. También por esto es frecuente el ardor. No restringe ni uno ni otro la actividad.

Tuvimos 9 pacientes que, entre los 6 meses y el año, llevamos nuevamente a quirófano.

Cinco pacientes fueron para resección de plicomias que los pacientes referían inestéticos o incómodos para su higiene.

Tres fueron reoperados por sangrado o dolor, y encontramos almohadillas vasculares residuales que asumimos como técnica insuficiente.

Un paciente que aducía dolor fue explorado sin encontrarse causa del mismo, ni patología residual ni otros motivos (ni en cirugía ni en exploración endoscópica o por resonancia).

Relatamos un caso no propio, de sangrado anemizante, a la semana del procedimiento láser asistido. Se le efectuó una video-colonoscopia de urgencia, no constatándose lugar de sangrado. Evolucionó bien.

## Discusión

Haciendo un repaso en la anatomía, fisiopatología y tratamiento para las hemorroides, consideramos la posibilidad de llevar los resultados obtenidos con la tecnología láser, en otros tejidos y estructuras anatómicas, a las mismas.

La propuesta es intentar reducir el dolor, mejorando la calidad de vida y la rápida reinserción en la actividad habitual.

Las hemorroides internas son almohadillas vasculares situadas en la submucosa de los dos tercios superiores del conducto anal. Cubiertas por epitelio cilíndrico simple y compuestas por arteriolas, vénulas y comunicaciones arteriovenosas.<sup>1</sup>

Los tres paquetes clásicos son: derecho superior, derecho inferior e izquierdo posterior.

Las externas se encuentran en el tercio inferior del conducto anal cubiertas por epitelio pavimentoso estratificado.

Las causas principales de su sintomatología son la congestión y la hipertrofia de las almohadillas vasculares internas.

La clasificación reconoce 4 grados:<sup>1</sup>

I : Proctorragia sin prolapso.

II : Prolapso que se reduce espontáneamente con proctorragia o no.

III : Prolapso que requiere reducción manual con proctorragia o no.

IV : Prolapso hemorroidal irreductible.

El diagnóstico basado en la anamnesis y el examen clínico se completa con anoscopia, y videorectosigmoidoscopia o videorectocolonoscopia, según edad y cuadro prodrómico.<sup>1</sup>

Siempre se intenta corregir el hábito intestinal del paciente y la alimentación. Pretendemos un ritmo diario y alimentos no irritantes.

Aún así, hay pacientes cuya calidad de vida se ve alterada por la sintomatología derivada de la patología hemorroidal.

Con la intención de generar menor agresión de los tejidos (heridas denudadas-suturas transfixantes), de zonas de por sí muy sensibles, por su rica inervación, decidimos abordar con tecnología láser esta problemática.<sup>2-4</sup>

Los resultados son esperanzadores. Permanentemente evaluamos las técnicas, energía y resultados para mejorarlos.

**Figura 1.**



Infiltración solución fisiológica fría submucosa.

**Figura 2.**

Fibra colocada en almohadilla hemorroidal.

**Figura 3.**

Post operatorio inmediato (inflamación de tejidos).

**Referencias**

1. Graziano A. Diagnóstico y tratamiento de las afecciones anales benignas. Rev Arg Cirug 2004; Número extraordinario 7:160.
2. Giordano WD, et al. Transanal hemorrhoidal dearterialization: a systematic review. Dis Colo Rectum 2009; 52: 1665 -1671.
3. Nienhuijs SW, et al. Conventional versus LigaSure hemorrhoidectomy for patients with symptomatic hemorrhoids (review). Cochrane Library 2009; Issue 4.
4. Desnos P. How endovenous lasers work and the effect of different wavelengths. Phlebologie 2013; 66 (2): 28-33.