

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTANAMO

EFICACIA DE HEMORROIDECTOMIA CON ANESTESIA LOCAL POR INFILTRACION

Dra. Ehvira Poch Mulgado¹, Dra. Kenia Roberta Álvarez Lambert¹, Dra. Abrahana del Pilar Cisneros Depestre¹, Dr. Carlos Cruz López Revé², Dra. Marlene Correoso Bravo.³

RESUMEN

Se realiza un estudio en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" a 220 pacientes ingresados y ambulatorios operados, de forma electiva, de hemorroidectomía, mediante técnica anestésica local por infiltración en el período comprendido desde enero de 2004 hasta diciembre de 2006. Los pacientes no se seleccionan para este método, se aplica al 100 % de los pacientes operados de esta enfermedad. Las técnicas quirúrgicas que se emplean son: circulares y lineales. Se emplea el bisturí eléctrico independientemente del grado de las hemorroides, edad y patologías asociadas. A los 220 pacientes se le administra lidocaína al 1 % (80 ml) con adrenalina al 1/200 000. El grupo etario que predomina es el de 36 a 55 años (más del 50 %). La protrusión e inflamación son los síntomas con mayor incidencia. Las reacciones sintomáticas durante el transoperatorio son poco frecuentes (13.6 %). Sólo 13 pacientes presentan cuadro de hipotensión arterial con sudoración y náuseas.

Palabras clave: HEMORROIDES/ cirugía; ANESTESIA LOCAL/ utilización.

INTRODUCCION

En la esfera de la cirugía son extraordinarios los logros en la utilización de técnicas quirúrgicas cada vez menos traumáticas para el paciente y formas anestésicas menos riesgosas.

¹ Especialista de I Grado en Coloproctología. Instructor.

² Especialista de I Grado en Coloproctología.

³ Especialista de I Grado en Anestesiología y Reanimación. Asistente.

Las hemorroides son dilataciones varicosas de los plexos hemorroidales¹⁻⁴ y se clasifican en internas, externas y mixtas.² Las internas, a su vez, se clasifican en grados I, II, III y IV. En dependencia del grado se aplica tratamiento médico y/o quirúrgico.^{3,4}

Para el tratamiento quirúrgico de las hemorroides se pueden aplicar diferentes técnicas quirúrgicas^{2,3,5,6} así como otros procedimientos tales como: criocirugía, ligaduras con bandas elásticas, esclerosis y electropuntura. Para la realización de estos procedimientos se requiere aplicación de anestesia.

La primera anestesia que se utilizó fue la anestesia general, posteriormente, la regional (raquídea o epidural) y, por último, la local.⁷ Esta última se comenzó a aplicar con el advenimiento de la cirugía mayor electiva ambulatoria en Coloproctología. Entre los anestésicos locales se encuentra: pubivacaína, procaína, xilonor, xilocaína, lidocaína (1 %), la cual se suministra en dosis de 40 a 750 mg, según la bibliografía consultada.^{8,9}

En nuestro servicio desde que se comenzó con la cirugía ambulatoria, la anestesia que se utiliza en los procedimientos quirúrgicos del ano es, preferentemente, la anestesia local por infiltración, que produce una relajación muscular perfecta del esfínter anal, suficiente profundidad analgésica^{7,2,3}, posición operatoria adecuada propiciada por el mismo paciente y garantiza una correcta protección neurovegetativa como requisito de una buena anestesia en este tipo de operación proctológica.⁵

La anestesia local por infiltración puede ser aplicada a pacientes de avanzada edad con menos riesgos y complicaciones.

METODO

En el servicio de Coloproctología del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de la ciudad de Guantánamo, se realiza un estudio prospectivo, en el período enero de 2004 a diciembre de 2006, en el cual se tratan quirúrgicamente las hemorroides en 220 pacientes, con la utilización del método de anestesia local por infiltración, con lidocaína (1 %) más adrenalina al 1/200 000, tanto a pacientes ingresados como de forma ambulatoria. Todos con enfermedad hemorroidal grado II a grado IV sintomática y con valoración médico quirúrgica.

Para este proceder no se realiza selección de pacientes. Todos los enfermos se tratan con este método anestésico, siempre y cuando el paciente lo aceptara.

Como técnicas quirúrgicas se realizan las habituales en esta afección (circulares y lineales) y se usa siempre bisturí eléctrico por su beneficio en la hemostasia.

Para la anestesia local por infiltración se emplea lidocaína de 20 ml al 2 % disuelta al 1 % y combinada con adrenalina al 1/200 000. Se administra una dosis de 80 ml (800 mg) a todos los pacientes como dosis máximas.⁷⁻⁹ Se conoce que a mayor dilución puede emplearse mayor cantidad, así como cuando se adiciona adrenalina.⁷

Se realiza un estudio prospectivo de recolección de datos para la información trans y postoperatoria directamente del paciente y de la historia clínica, entre ellos: edad, sexo, complicaciones quirúrgicas y reacciones sintomáticas durante la operación.

La posición operatoria empleada fue la habitual "navaja sevillana" en decúbito prono con pelvis elevada.

Una vez obtenida la información se expresan los resultados en tablas con conclusiones de los estudios.

RESULTADOS Y DISCUSION

El 58.6 % de los pacientes estudiados correspondió al sexo masculino (129 enfermos), lo cual coincide con las literaturas revisadas, cuyo rango de edad oscila entre los 25 y 82 años. El paciente más joven operado tenía 25 años (Tabla 1).

Las edades comprendidas entre los 36 a 45 años fue la más afectada de esta enfermedad (81 pacientes, 36.8 %), seguido en orden de frecuencia por el grupo entre los 46 a 55 años (50, 22.7 %). Nuestra estadística coincide con las publicadas con que a mayor edad es menor la frecuencia de esta entidad.^{2,6}

El mayor número de pacientes de nuestra serie fueron masculinos lo cual coincide con la literatura revisada de algunos autores^{1,3,6,9,10} que informan es

cercano al 60 %. Los pacientes de nuestro estudio tenían edades comprendidas entre los 25 y 81 años, con predominio entre la tercera y quinta décadas (79.5 %) lo que se explica por ser esta afección propia de la edad laboral, tal y como lo describen en sus experiencias autores como Shakelfort¹, Lentini⁵, entre otros.

El síntoma más frecuente por el cual asistieron estos pacientes a consulta fue protrusión e inflamación (81 pacientes, 36.8 %), seguido por sangramiento y masa irreductible con el 22.7 y 22.2 %, respectivamente (Tabla 2). El síntoma menos frecuente fue secreción serohemática. Esto coincide con lo planteado por algunos autores.^{3,4,7,11-13}

Del total de los pacientes del estudio, presentaron síntomas durante la operación 30 (13.6 %); resultado inferior a estudios con la utilización de otras técnicas anestésicas.^{6,9,14,15} (Tabla 3).

En estos pacientes no se presentaron verdaderas reacciones de toxicidad sistemáticas. Se puede decir que fueron insignificantes. El dolor fue el más frecuente (4.5 %), el cual se resolvió con administración de analgésico intramuscular (dipirona I.M). Esto coincide con algunas de las literaturas revisadas.^{2,10,16}

Las otras complicaciones como hipertensión arterial se controlaron con sedante por vía intramuscular (fenobarbital I.M). Las náuseas, vómitos y sudoración, con oxigenación por máscara y atropina I.M 0.5 mg.

Del total de pacientes, 22, presentaron retención urinaria de forma transitoria (10 %); no difiere esta complicación de los operados con anestesia raquídea. Otra de las complicaciones diagnosticadas fue el edema anal y perianal en 28 pacientes (12.7 %). Sólo, 15, se quejaron de dolor durante la operación (6.8 %) y, 13, tuvieron sangramiento (5.9 %). Lo cual concuerda con las investigaciones realizadas.^{1-3,11,12,16} Se tuvo la ventaja de que no se presenció cefalea en ninguno de los pacientes.

CONCLUSIONES

- 1.- La hemorroidectomía con el método anestésico local por infiltración es de satisfacción para los pacientes y el cirujano, independientemente del grado de las hemorroides.

- 2.- Las complicaciones postoperatorias inmediatas son escasas y de pocas cuantías, resolviendo con medidas sencillas.
- 3.- La anestesia local aplicada con lidocaína al 1 % con adrenalina al 1 x 200 000 es muy eficiente y casi exenta de reacciones sintomáticas durante la operación, por lo que puede ser aplicada a pacientes de edad avanzada sin temor a complicaciones.
- 4.- Las reacciones de toxicidad sistémicas al agente anestésico local por infiltración son raras mientras se cumplan los requisitos para evitarlas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Shakelford. Cirugía del aparato digestivo. tIII. La Habana: Edición Revolucionaria; 1958.
2. Alanis LV, Perales AV, Hernández ED. Eficacia y beneficios del uso de la hemorroidectomía con anestesia local. Revista Salud Pública y Nutrición. 2000 (Esp).
3. Reytor GG, Plasencia JEG, Reytor GAP. Estudio comparativo del tratamiento médico y quirúrgico de la crisis hemorroidal. Correo Científico Médico Holguín. 2004; 8(1).
4. Grupo Nacional de Cirugía. Normas de Cirugía. 2ªed. La Habana : Pueblo y Educación; 1988.
5. Lentini J. Temas de Coloproctología. tI. La Habana : Editorial Científico Técnica; 1986.
6. Libro de Texto de Cirugía. tIII. La Habana : Edición Revolucionaria; 1989.
7. Atkinson RS. Anestesia. Edición Revolucionaria. Editorial Científico Técnica 1981:265.
8. Milligan EI, Morgan CN, Jones LE, Officer R. Surgical anatomy of de anal canal and operativo treatment of hemorrhoids. Lancet. 1937:1119-24.
9. Goligher JC. Surgery of the anus rectum and colon. 3ªed. London : Bailliere Tindall; 1975.
10. Correa R, Téllez O, Obregón S, Moran G, Close hemorrhoidectomy vs. mucosectomy with stapler. A randomized clinical trial. Annual Meeting of the American Society of Colon and Rectum Surg. San Diego California; 2001. june 2/07.
11. Hetzer FH, Wildi S, Demartines N. New Modalities and concepts in the treatment of hemorrhoids. Schweiz Rundsch Med Prax 2003; 92(38):1579-83.

12. Rosa G. Park's procedure for fourth-degree hemorrhoids. *Tech Coloproctol.* 2003; 7(2):123- 4.
13. Gupta PJ. Radiofrequency coagulation: an alternative treatment in early grade bleeding hemorrhoids. *Tech coloproctol.* 2002; 6(3):203-4.
14. Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH, (eds). *Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease.* 8th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2006.
15. Carranza VR, *et al.* Enfermedad hemorroidal en unidad médica. *Gastroenterol Mex.* 2006; 71(4):428-32.
16. Nisar PJ, Scholefield JH. Managing hemorrhoids. *BMJ.* 2003; 327(7419):847-51.

TABLA 1. EDAD Y SEXO.

GRUPO ETARIO	MASCULINO	FEMENINO	SUBTOTAL	%
De 25 a 35 años	25	19	44	20
De 36 a 45 años	47	34	81	36.8
De 46 a 55 años	28	22	50	22.7
De 56 a 65 años	15	10	25	11.4
Mayores de 66	14	6	20	9.1
TOTAL	129	91	220	
	58.6 %	41.4 %	100 %	

Fuente: Historia clínica y paciente.

TABLA 2. SINTOMAS QUE MOTIVO ASISTIR A CONSULTA.

SINTOMAS	No.	%
Protrusión e inflamación	81	36.8
Sangramiento	50	22.7
Masa irreductible	49	22.2
Dolor	25	11.3
Secreción serohemática	15	6.8

Fuente: Historia clínica y paciente.

TABLA 3. REACCIONES SINTOMATICAS EN EL TRANSOPERATORIO POR AGENTE ANESTESICO.

SINTOMAS	No.	%
Dolor durante la operación	10	4.5
Poca relajación del esfínter	7	3.1
Hipertensión arterial	6	2.7
Náuseas y vómitos	4	1.8
Sudoración profusa	3	1.3
SUBTOTAL	30	13.6

Fuente: Historia clínica y paciente.

TABLA 4. COMPLICACIONES INMEDIATAS DE LA HEMORROIDECTOMIA.

COMPLICACION	No.	%
Sangramiento	13	5.9
Retención urinaria	22	10.5
Edema anal y perianal	28	12.7
Dolor intenso	15	6.8
<i>SUBTOTAL</i>	78	35.4

Fuente: Historia clínica y paciente.