

P: ¿Qué pacientes pueden/deben ser tratados con el sistema CRH O'Regan?

R: La gran mayoría de los pacientes con enfermedad de hemorroides son excelentes candidatos para el procedimiento. El sistema desechable de ligadura de hemorroides CRH-O'Regan es adecuado para prácticamente todos los pacientes con enfermedad de grado I a III, así como para un número menor de pacientes de grado IV.

Si se reduce a un paciente de grado IV y se le convierte en uno de grado II o III, será un candidato ideal para la intervención. Si esto no se puede lograr, se recomienda la derivación quirúrgica.

P: ¿Se puede REALMENTE realizar una ligadura a pacientes con enfermedad de grado III?

R: ¡Sí, realmente se puede! Otras tecnologías sugieren que los pacientes de grado III deben ser llevados al quirófano, y nosotros tenemos un excelente historial en el tratamiento de estos pacientes con nuestra tecnología. No hay duda de que los pacientes de grado III suelen ser más difíciles de tratar que los de grado II y pueden requerir más de las tres bandas habituales; sin embargo, la mayoría pueden tratarse con éxito utilizando estas técnicas.

P: ¿Qué ocurre con los pacientes con enfermedades leves a moderadas?

R: Otras técnicas se reservan solo para los pacientes con síntomas más graves, ya que esos tratamientos suelen estar asociados con dolor y discapacidad significativos. El CRH O'Regan Ligator presenta un riesgo muy bajo de estas complicaciones y, por lo tanto, es perfectamente adecuado para pacientes con problemas recurrentes y levemente sintomáticos, así como para aquellos con problemas moderados a graves. En términos generales, si el paciente presenta síntomas suficientes como para buscar tratamiento y si el examen revela que es un buen candidato para la ligadura con banda, entonces vale la pena ofrecerle estos tratamientos.

P: Me temo que no estoy cogiendo suficiente tejido con mi banda para aliviar al paciente. ¿Existe un tamaño mínimo para la "almorrana" que se puede atar con su Ligator?

R: Las técnicas que defendemos permiten obtener una excelente respuesta clínica sin atrapar una gran cantidad de tejido en la banda. La ligadura con banda elástica no es realmente una "mini hemorroidectomía", ya que el mecanismo principal por el cual la RBL tiene éxito en el tratamiento de las hemorroides sintomáticas es que provoca una respuesta inflamatoria en la submucosa del cojín hemoroidal, lo que da lugar a la formación de cicatrices, que provocarán una refijación del cojín a los tejidos subyacentes. En otras palabras, ¡esto es mucho más una hemorroidopexia que una hemorroidectomía!

Las RBL (algunas de las técnicas más antiguas) son conocidas por causar dolor después de la banda. El dolor posterior a la ligadura es más común si la banda está colocada demasiado baja, si contiene demasiado tejido o si se han ligado demasiadas hemorroides en una sola sesión. Por este motivo normalmente se trata una sola columna en cada sesión, las bandas son tan "altas" y no suele quedar una gran cantidad de tejido atrapado en la banda.

Ahora bien, si el examen posterior a la colocación de la banda revela que solo una pequeña cantidad de tejido atraviesa la banda, por lo que existe la preocupación de que la banda se caiga antes de cumplir su función satisfactoriamente,

este es un caso en el que realmente había muy poco tejido en la banda. La solución es colocar otra banda en la columna y luego confirmar que se ha colocado una banda satisfactoria.

En resumen, no necesitamos una gran cantidad de tejido en la banda, sino la cantidad suficiente para garantizar que la banda no se caiga. En términos más sencillos, si hay más "material" atrapado en la banda que el ancho de la banda desplegada, por lo general no hay problema.

P: ¿Qué hago si el paciente se queja de dolor después de colocarle una banda?

R: Por lo general, el paciente se queja de un dolor "punzante" cuando queda demasiado tejido atrapado dentro de la banda, o algo de mucosa circundante en exceso, o tejido que está demasiado cerca de la línea dentada. Se ha descrito una "zona de transición" que puede extenderse aproximadamente 1,5 cm "aguas arriba" de la línea dentada. Por lo tanto, queremos estar "por encima" de este punto para asegurar la comodidad del paciente. También es posible que se produzca un atrapamiento de la muscularis. Realice un examen rectal digital y manipule el conjunto de almorranas ligado para asegurarse de que el mechón esté en postura "recta", no esté unido a ninguna otra mucosa y se mueva libremente (por lo que no está adherido a la muscularis). Si el paciente sigue sintiendo un dolor punzante, enrolle la banda uno o dos milímetros. Si eso no es suficiente, puede retirar suavemente la banda con el dedo y volver a colocarla un poco "más arriba" de donde estaba originalmente.

La mejor manera de asegurar que el paciente no experimente dolor después de la ligadura con banda elástica es evaluar apropiadamente al paciente antes del procedimiento. Si el paciente se siente especialmente incómodo con un examen rectal (lo más habitual es que se deba a una fisura coexistente), entonces se debe tratar la fisura, o cualquier otra causa del dolor del paciente, y posponer la ligadura con banda elástica hasta que el paciente haya mejorado. Si el dedo índice o el anoscopio causan un dolor significativo, entonces la ligadura con banda elástica causará mucho dolor. De esta manera, consideramos tanto el examen rectal digital como el anoscopio como maniobras diagnósticas y "pruebas de esfuerzo" para evaluar si debemos considerar la ligadura con banda elástica en un paciente que, por lo demás, es apto.

P: ¿Qué ocurre con las quejas de los pacientes después de salir de la consulta?

R: Minimícelas pidiendo al paciente que permanezca en la sala de exploración durante unos minutos después de colocarle la banda. CRH recomienda un mínimo de 10 minutos de observación tras la última intervención, especialmente en pacientes que son usuarios "primerizos".

Si el paciente solo experimenta una sensación de "presión" sin "pellizco", es poco probable que tenga problemas. Si el paciente se queja durante las primeras horas, pídale que vuelva y trate de ajustar la banda para aliviar sus síntomas. Las molestias que experimentan los pacientes después de esto suelen deberse a la posición de la banda (la banda estaba demasiado "baja") o a espasmos del suelo pélvico. El tratamiento con nitroglicerina tópica o un bloqueador de los canales de calcio suele ser muy útil para el dolor muscular, y la lidocaína tópica (existe una crema con lidocaína al 5 % disponible sin receta médica) ayudará a los pacientes con fisuras, úlceras postbandaje de localización baja, etc. Si el paciente no presenta contraindicaciones, los

AINE y/o los baños calientes también pueden resultar útiles.

P: ¿Qué hay de la septicemia?

R: Afortunadamente, se trata de una complicación muy poco frecuente de la ligadura con banda, debido a la gravedad de la misma. Existe una gran controversia en torno a la fisiopatología de la entidad... desde la diseminación hematógena a partir de una bacteriemia post-bandaje hasta la extensión local del proceso de bandaje (translocación bacteriana o incluso un "mini-perforado" si se incluye tejido demasiado profundo en la banda.

Las ventajas que ofrece el sistema CRH O'Regan para minimizar estos riesgos, que ya de por sí son muy reducidos, incluyen:

- No se utilizan instrumentos con puntas afiladas... solo una suave succión para sujetar el tejido.
- La cantidad de succión generada no es suficiente para agarrar fácilmente los tejidos que están demasiado profundos para ser ligados.
- Lo más importante es que el examen posterior a la colocación de la banda se realiza para garantizar que esta se haya colocado correctamente y, si surge alguna inquietud, también permite "ajustarla" o retirarla.

Dicho esto, si el paciente presenta fiebre, escalofríos, malestar general, taquicardia, dolor, retención urinaria u otros síntomas, se debe considerar la posibilidad de una septicemia. Se debe iniciar la administración de líquidos intravenosos al paciente, junto con antibióticos de amplio espectro y una evaluación exhaustiva, que incluya las pruebas de imagen adecuadas.

P: Mi paciente llamó después de una ligadura con banda elástica y dijo que encontró una banda elástica flotando en el inodoro después de su primera evacuación intestinal. ¿Qué debería hacer?

R: Tranquilizar al paciente y atenderlo en su próxima cita programada. Aunque la banda no suele caerse hasta los días 2-5, se desprenderá antes de forma periódica, pero seguirá logrando el resultado deseado. Es posible que la banda se haya salido prematuramente, pero esto debería ser evidente en una visita posterior.

En nuestras propias clínicas, observamos que esto ocurría en aproximadamente 1 de cada 200 a 300 ligaduras. Inicialmente, en nuestras clínicas, pedíamos a este tipo de pacientes que volvieran para someterse a un examen anoscópico y, si procedía, a una sustitución de la banda. Suponiendo que se observó un examen satisfactorio tras la colocación de la banda antes de dar de alta al paciente, encontramos que, de manera uniforme, había tejido de aspecto necrótico en el lugar de la colocación de la banda, como era de esperar si la banda se observaba varios días después. Por este motivo, suponiendo que se colocó una banda satisfactoria, dejamos de llamar al paciente antes de tiempo y le pedimos que esperara a acudir a su próxima cita programada.

P: ¿Cómo se trata a un paciente con una hemorragia post-banda?

Es muy común que se produzca algo de sangrado después de una ligadura con banda elástica. El sangrado puede provenir de una fisura coexistente, de una de las hemorroides no ligadas o, en casos poco frecuentes, de la hemorroide ligada. El sangrado, si es muy leve, no es motivo de preocupación y probablemente se resolverá

espontáneamente. Si parece que el sangrado es un poco más preocupante, la mayoría responderá tumbándose con los pies ligeramente elevados. Para las personas que no dejan de sangrar o que presentan una hemorragia importante, indique al paciente que acuda a la sala de urgencias.

Por lo general, en los pacientes con hemorragias importantes se presenta 1 de 2 problemas: o bien una "bomba" arteriolar, o bien una úlcera sangrante posterior a la ligadura. Los gastroenterólogos suelen cortar una "bomba" y cauterizar una úlcera con cualquier modalidad que se prefiera, mientras que los cirujanos suelen utilizar una varilla de nitrito de plata a través de un anoscopio ranurado para una úlcera sangrante y un Ligator para una "bomba".

P: ¿Cómo se trata a los pacientes que toman anticoagulantes?

R: Se trata de un tema muy controvertido y, sinceramente, hay poca bibliografía que nos ayude a la hora de hablar con los pacientes sobre la nueva generación de anticoagulantes. Este es un tema que requiere una discusión mucho más extensa de lo que permite este artículo, por lo que remitimos a nuestra declaración sobre anticoagulantes ([INSERTAR ENLACE AQUÍ](#)).

P: He tenido graves problemas al usar nitroglicerina en el pasado, y veo que usted la utiliza con frecuencia.

R: La gran mayoría de los problemas relacionados con el uso tópico de nitroglicerina en situaciones perianales se deben a que se utiliza una formulación demasiado potente de NTG o a que se utiliza en exceso (¡o ambas cosas!). Recomendamos utilizar una pomada de nitroglicerina al 0,125%* y aplicar una gota del tamaño de un guisante dentro del ano 2 o 3 veces al día. En pacientes con fisuras, el tratamiento debe continuarse durante al menos 2-3 meses después de que la fisura haya sanado para minimizar el riesgo de recurrencia. Se debe tener precaución en pacientes que toman medicamentos para la disfunción eréctil.

Como alternativa, se pueden utilizar bloqueadores de los canales de calcio, como el diltiazem y la nifedipina. Se dice que tienen una vida media más corta que la NTG y, por lo tanto, deben administrarse 4 veces al día.

P: ¿Quiénes deben recibir tratamiento con NTG/bloqueadores de los canales de calcio?

R: Somos conscientes de que la mayor parte de la información aquí proporcionada se refiere al uso "no indicado en la ficha técnica" de estos medicamentos, pero nuestra experiencia nos enseña que, como mínimo, los pacientes con los siguientes problemas pueden beneficiarse del uso de uno de estos medicamentos compuestos:

- Fisuras anales
- Espasmo anal
- Dolor perianal
- Hemorroides trombosadas (internas o externas)
- "Signo del esfínter doble"
- Pacientes con síntomas de evacuación incompleta
- "Esfínter estrecho"

El Dr. Cleator recomendó el uso de NTG en la gran mayoría de los pacientes, ya que

también observó una curación más rápida de la úlcera post-bandaje y menos quejas de dolor con su uso.

P: ¿Qué debo hacer con un paciente cuando el bloqueador de los canales de calcio/NTG no es eficaz?

R: Si el 0,125% de NTG* administrado según lo recomendado no es suficiente, se puede aumentar la frecuencia o la cantidad del medicamento. Si eso no es eficaz y el paciente no tiene dolores de cabeza, puede duplicar la dosis del compuesto utilizado o pasar a una formulación con un 0,2% de NTG*. Si el paciente tiene dolores de cabeza, se puede probar con nifedipina o diltiazem tópicos.

En caso de que fracase todo lo anterior, se puede administrar toxina botulínica, 12,5 unidades en cada lado del esfínter interno (esta es nuestra técnica preferida; entendemos que existen varias técnicas sugeridas para el uso del Botox, tanto en lo que respecta a la dosis como a las recomendaciones de administración). Hemos comprobado que la técnica anterior es bastante sencilla y eficaz, y no hemos observado ningún problema significativo de incontinencia tras la inyección. Si esto fracasa, se puede intentar repetir el tratamiento con 20 unidades por lado. Esta estrategia da como resultado la curación del 80-85% de los pacientes, prácticamente sin problemas a largo plazo (como la incontinencia). Si todo lo anterior ha fallado, se debe considerar la posibilidad de realizar una intervención quirúrgica (esfinterotomía interna lateral).

P: Mi paciente se presentó con una hemorroide externa trombosada que se produjo hace 5 días. ¿Qué debería hacer?

R: Las hemorroides externas trombosadas pueden tratarse de forma conservadora, pero a menudo, si se tratan en una fase temprana, ya sea mediante una extirpación o una incisión y evacuación, el alivio será más inmediato y completo. Una vez transcurridos más de 2 o 3 días, la trombosis suele iniciar el proceso de "organización" y se vuelve mucho más difícil de evacuar con una simple incisión. De hecho, la incisión de estas trombosis en los pacientes puede provocar un retraso en su mejoría.

En la mayoría de los casos, los anestésicos tópicos y los baños de asiento son muy útiles. Dado que normalmente encontramos una hipertensión significativa en el esfínter anal interno de estos pacientes, también hemos observado grandes beneficios con el uso "no indicado en la ficha técnica" de NTG/bloqueadores de los canales de calcio.

P: ¿Puedo colocarle una banda a alguien que tiene trombosis o fisura coexistentes?

R: Si el paciente presenta síntomas muy pronunciados de trombosis o fisura, se debe iniciar el tratamiento para la fisura o la trombosis, y la ligadura de las hemorroides puede comenzar en la siguiente visita a la clínica, siempre que se observe una mejoría clínica satisfactoria. Si el paciente solo presenta síntomas leves de cualquiera de las dos afecciones, es perfectamente aceptable comenzar con las ligaduras. Estos pacientes se benefician enormemente del ligado mediante la "técnica táctil" (sin anoscopio), ya que el tratamiento es mucho menos traumático para ellos.

* uso «no indicado en la ficha técnica». Referencia: Guttenplan, Mitchel. Productos tópicos anorrectales: informe técnico. Enero de 2015