

HEMORROIDECTOMÍA

RESUMEN DE RECOMENDACIONES

Translated by Dra. Paula Molina Garrigos

Notas sobre las recomendaciones PROSPECT

PROSPECT proporciona a los clínicos argumentos a favor y en contra del uso de diversas intervenciones sobre el dolor postoperatorio, basándose en la evidencia publicada y en la opinión de los expertos. Son los clínicos quienes deben tomar decisiones en función de las circunstancias clínicas y de la normativa local. En todo momento, se debe consultar la información local sobre prescripción de todos fármacos a los que se hace referencia.

Dolor tras la hemorroidectomía y objetivos de la revisión PROSPECT

La hemorroidectomía se asocia a dolor postoperatorio de moderado a intenso. Se han investigado múltiples tratamientos farmacológicos, estrategias anestésicas y técnicas quirúrgicas para la analgesia postoperatoria.

Las recomendaciones PROSPECT para el tratamiento del dolor postoperatorio después de la hemorroidectomía se divulgaron previamente en 2010 ([Joshi et al](#)) y 2017 ([Sammour et al](#)). Sin embargo, se han publicado muchos estudios desde las últimas recomendaciones, por lo que el objetivo de esta revisión ([Bikfalvi et al 2023](#)) es actualizar la literatura y las recomendaciones para el tratamiento del dolor después de la cirugía de hemorroides. El periodo de búsqueda bibliográfica fue del 1 de enero de 2016 al 2 de febrero de 2022.

La exclusiva metodología PROSPECT está disponible en <https://esraeurope.org/prospect-methodology/>.

Resumen de las recomendaciones y evidencia clave

Resumen de recomendaciones y evidencia clave para el tratamiento del dolor en pacientes sometidos a cirugía de hemorroides.

<p>Tratamiento farmacológico</p>	<p>Paracetamol combinado con AINEs o inhibidores selectivos de la COX-2 administrados preoperatoria o intraoperatoriamente y continuados postoperatoriamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> Desde 2010 no se han publicado más estudios sobre estos fármacos (Joshi 2010). <p>Dexametasona (intravenosa, dosis única)</p> <ul style="list-style-type: none"> Desde 2010 no se han publicado estudios adicionales que investiguen los esteroides (Joshi 2010) Dos ensayos incluidos previamente incluyeron betametasona intramuscular; de todos modos, la dexametasona se utiliza habitualmente como antiemético y un simple aumento de la dosis a 0,1-0,2 mg/kg proporcionará analgesia adicional (De Oliveira 2011) <p>Laxantes</p> <ul style="list-style-type: none"> Esta recomendación se basa en las pruebas incluidas en la revisión anterior (London 1987; Kecmanovic 2006) <p>Metronidazol tópico, diltiazem, sucralfato o trinitrato de glicerilo</p> <ul style="list-style-type: none"> La evidencia específica encontró que los siguientes proporcionaron analgesia efectiva: metronidazol tópico (Lyons 2017; Xia 2018; Xia 2020; Abbas 2020; Razzaq 2020; Xia 2022), diltiazem tópico (Xia 2020; Huang 2018; Yadav 2018; Bader 2020; Abidi 2021), sucralfato tópico (Xia 2020; Vejdan 2020) y trinitrato de glicerilo tópico (Liu 2016; Vahabi 2019). La elección del tratamiento tópico postoperatorio debe dejarse a la preferencia del cirujano y adaptarse a las características individuales del paciente.
---	---

	<p>Toxina botulínica</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nueva evidencia indica que la inyección local de toxina botulínica reduce el dolor postoperatorio (Alvandipour 2021; Sirikurnpiboon 2020; Cheng 2022), sin embargo, la incontinencia anal no fue un resultado mencionado en los estudios incluidos. ● De todos modos, el coste de esta intervención puede ser prohibitivo en la práctica habitual. <p>Opioides de rescate</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Debido a la preocupación por los efectos adversos relacionados con los opioides, como las náuseas y los vómitos postoperatorios (Frauenknecht 2019), el estreñimiento con el consiguiente dolor al defecar, y su contribución a la actual crisis de opioides (Soneji 2016), los opioides solo deberían considerarse como analgésicos de rescate, si el abordaje planteado inicialmente no resulta adecuado.
<p>Estrategias anestésicas y analgésicas</p>	<p>Bloqueo bilateral del nervio pudendo</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La evidencia actual señala el beneficio del bloqueo bilateral del nervio pudendo (también llamado bloqueo isquiorrectal) (Li 2021; Mongelli 2021; Di Giuseppe 2020; He 2021; Kumar 2016; Nadri 2018) ● Sin embargo, el beneficio analgésico debe sopesarse con el potencial riesgo de lesión nerviosa y neuralgia pudenda subsiguiente, especialmente cuando el bloqueo se realiza a ciegas.
<p>Intervenciones quirúrgicas</p>	<p>La técnica quirúrgica debe dejarse en manos de la experiencia y conocimientos del cirujano y el tipo de hemorroides .</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cabe destacar que la hemorroidectomía de Milligan-Morgan es más dolorosa que la hemorroidopexia con grapas, la hemorroidectomía LigaSure y los procedimientos ultrasónicos, que a su vez son más dolorosos que la desarterialización hemorroidal transanal o la ligadura con banda elástica.

	<ul style="list-style-type: none"> ● Este hallazgo se basa en la revisión de 54 estudios que investigaron las diferentes técnicas quirúrgicas.
<p>Otras modalidades</p>	<p>Acupuntura</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La acupuntura perioperatoria puede recomendarse como un complemento analgésico basándonos en estudios específicos sobre el procedimiento (Qin 2020; Wu 2018; Yeh 2018; Wang 2020). ● Sin embargo, la heterogeneidad de las técnicas estudiadas, junto con una reducción de la puntuación del dolor inferior a una unidad, y la formación específica requerida impiden una amplia difusión en la práctica clínica.

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; COX: ciclooxigenasa; IV: intravenoso.

Intervenciones NO recomendadas

Intervenciones analgésicas no recomendadas para el tratamiento del dolor en pacientes sometidos a cirugía de hemorroides.

Cronometraje	Intervención	Motivos para no recomendar
Tratamientos farmacológicos	Metronidazol oral	Evidencia contradictoria sobre el procedimiento específico
	Ester de dinalbufina sebacoilo intramuscular	Evidencia limitada sobre el procedimiento específico
	Atorvastatina tópica	Evidencia limitada sobre el procedimiento específico
	Baclofeno tópico	Evidencia limitada sobre el procedimiento específico
	Lidocaína tópica con diclofenaco	Evidencia limitada sobre el procedimiento específico
Anestesia y estrategias analgésicas	Anestesia raquídea	Evidencia limitada sobre el procedimiento específico
	Opioide hidrofílico intratecal	Evidencia limitada sobre el procedimiento específico
	Infiltración perianal con tramadol	Evidencia limitada sobre el procedimiento específico
	Infiltración perianal con anestesia local simple	Falta de evidencia específica del procedimiento
	Infiltración perianal con bupivacaína liposomal	Falta de evidencia específica del procedimiento
	Infiltración perianal con bupivacaína liposomal combinada con aloe vera	Evidencia limitada sobre el procedimiento específico
Intervenciones quirúrgicas	Hemorroidectomía de Milligan-Morgan	Falta de evidencia específica del procedimiento
	Hemorroidectomía de Ferguson	Evidencia contradictoria sobre el procedimiento específico
	Inyección de sulfato de aluminio y potasio y ácido tánico combinado con mucopexia	Evidencia contradictoria sobre el procedimiento específico
Otras modalidades	Lista de medicamentos postoperatorios	Falta de evidencia específica del procedimiento
	Pomada tópica Shuangjin con beta-ascinato sódico	Evidencia limitada sobre el procedimiento específico
	Decocción de Buzhong Yiqi modificada combinada con pomada de Gangtai	Evidencia limitada sobre el procedimiento específico
	Baño de asiento con Xiaozhi	Evidencia limitada sobre el procedimiento específico
	Karamardadi yoga con diclofenaco sódico	Falta de evidencia específica del procedimiento
	Venoplante oral	Evidencia limitada sobre el procedimiento específico
	Flavonoides orales con Centella Complex	Falta de evidencia específica del procedimiento

Recomendaciones generales de PROSPECT

Recomendaciones generales para el tratamiento del dolor en pacientes sometidos a cirugía de hemorroides

Tratamiento farmacológico

- Paracetamol combinado con AINEs o inhibidores selectivos de la COX-2 administrados preoperatoriamente o intraoperatoriamente y continuados postoperatoriamente.
- Dexametasona (intravenosa, dosis única)
- Laxantes
- Metronidazol tópico, diltiazem, sucralfato o trinitrato de glicerilo
- Toxina botulínica
- Opiáceos de rescate

Estrategias anestésicas y analgésicas

- Bloqueo bilateral del nervio pudendo

Intervenciones quirúrgicas

- La técnica quirúrgica debe dejarse en manos del tipo de hemorroides y de la experiencia y pericia del cirujano. Cabe destacar que la hemorroidectomía de Milligan-Morgan es más dolorosa que otras técnicas quirúrgicas.

Otras modalidades

- Acupuntura

COX, ciclooxigenasa; AINE, antiinflamatorio no esteroideo.

Publicación PROSPECT

PROSPECT guideline for haemorrhoid surgery: A systematic review and procedure-specific postoperative pain management recommendations.

Bikfalvi A, Faes C, Freys SM, Joshi GP, Van de Velde M, Albrecht E. on behalf of the PROSPECT Working Group of the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy (ESRA).

[Eur J Anaesthesiol Intensive Care Med 2023; 2:3\(e0023\). DOI: 10.1097/EA9.000000000000023](https://doi.org/10.1097/EA9.000000000000023)

[PROSPECT guideline for haemorrhoid surgery-infographic-ES](#)

Guías prospect para
procedure specific postoperative pain management

cirugía de hemorroides

Revisión sistemática y recomendaciones para el tratamiento del dolor postoperatorio en procedimientos específicos.

Cirugía

La elección de la técnica quirúrgica debe quedar en manos del cirujano, basado en su experiencia, conocimientos, el tipo de hemorroides y riesgo de recidiva. La cirugía escisional es más dolorosa que el resto de procedimientos.

Analgesia sistémica

La analgesia sistémica debe incluir paracetamol y fármacos anti-inflamatorios no esteroideos (AINEs) o inhibidores específicos de la ciclooxigenasa (COX-2) administrados preoperatoriamente o intraoperatoriamente y continuados en el postoperatorio.

Dexametasona

La dexametasona en dosis única intravenosa está recomendada por sus efectos analgésicos y antieméticos.

Bloqueo bilateral del nervio pudendo

El bloqueo bilateral del nervio pudendo proporciona una analgesia eficaz.

Productos tópicos

El metronidazol tópico proporciona una analgesia eficaz, al igual que el diltiazem tópico, el sucralfato tópico y el trinitrato de glicerilo tópico.

Acupuncture

La acupuntura puede recomendarse como complemento analgésico.

Toxina botulínica

La inyección local de toxina botulínica reduce el dolor postoperatorio.

Opioides

Los opioides sólo deben considerarse como analgesia de rescate.