

# Importancia del adecuado tratamiento del dolor postoperatorio en la cirugía de la enfermedad hemorroidal

Guillermo Padrón-Arredondo\*

Las hemorroides están constituidas por elementos vasculares, musculares y tejido conectivo, la vasculatura del canal anal fue condensada en cojines de tejido que forman el plexo hemorroidal superior (interno), así como el plexo hemorroidal inferior por debajo de la línea dentada. Asimismo, existen comunicaciones arteriovenosas, lo cual explica el color rojo brillante del sangrado hemorroidal y tiene el mismo pH de la sangre arterial. Del mismo modo, la relación músculo-colágeno, está disminuida de tal manera que cuando los cojinetes sangran o prolapsan, se presenta la afectación conocida como hemorroides. La enfermedad hemorroidal se presenta entre 4,4% y 36,4% de la población general, pero se desconoce cuántos de estos pacientes sufren complicaciones agudas y sus secuelas <sup>(1)</sup>.

En general existen dos formas de tratamiento, conservador y quirúrgico, el primero consiste en reposo en cama, analgésicos, baños calientes, bolsas de hielo, cremas tópicas y ablandadores de heces. Para el manejo quirúrgico, existen diversas técnicas abiertas o cerradas. En cuanto al manejo quirúrgico (ligadura, pexia con engrapadora, o abierta) éste puede ser electivo o de emergencia, y las complicaciones incluyen hemorragia, estenosis e incontinencia.

Sin embargo, un aspecto importante en estos pacientes es el dolor postoperatorio. La fisiopatología del dolor está basada en dos eventos muy importantes: sensibilización de las neuronas sensitivas periféricas, y en segundo

orden, las neuronas nociceptivas (sensibilización central). La sensibilización periférica es iniciada a través de las prostaglandinas y las aminas simpáticas, de ahí que la inhibición de las prostaglandinas -mediante antiinflamatorios no esteroideos (AINES)- sea un buen recurso para la inhibición del dolor. También un calcio antagonista de los canales del calcio, como el nefedipino, tiene la propiedad de relajar el esfínter interno y prevenir el espasmo, lo cual puede contribuir a disminuir el dolor postoperatorio inmediato. Asimismo, la nitroglicerina tópica también ha sido utilizada en este contexto <sup>(2)</sup>.

Generalmente en el postoperatorio inmediato, el paciente se encuentra bajo los efectos de la anestesia regional, y se indica un AINE a dosis altas las primeras 24 horas, posteriormente se disminuye las dosis progresivamente; sin embargo, cuando el paciente está ansioso, se sugiere conservar el catéter peridural para el manejo del dolor por el anestesiólogo.

Los sediluvios o baños de asiento son un buen método de disminuir las molestias de la hemorroidectomía, iniciando lo más pronto posible, ya que disminuye el dolor, disminuye la inflamación y mantiene aseada la región perineal; se recomienda cada 8 horas durante 15 minutos.

Sin embargo, esta clase de fármacos utilizados como de primera elección tienen varios efectos colaterales indeseables, de tal manera que limitan su uso, los cuales incluyen:

\*Co-editor de la revista Salud Quintana Roo.

lesiones ulcerosas, falla renal y eventos cardiovasculares. En este contexto, se desarrollan nuevos fármacos que presentan mayor especificidad para el control de estos tipos de respuesta inflamatoria y menores efectos secundarios.

De esta manera, los CXCR1/2 y su ligando KC/CXCL1 han sido implicados en la fisiopatología de la respuesta inflamatoria y del dolor postoperatorio. Asimismo, también se liberan otros mediadores del dolor en el sitio de la lesión y en la médula espinal, ocasionando la inducción y permanencia del dolor. Entre estos mediadores, las quimiocinas representan un objetivo terapéutico atractivo. Las quimiocinas son citocinas multipotentes que promueven y dirigen la inflamación mediante la inducción de la quimiotaxis y la activación celular de diferentes subtipos de células inflamatorias. En particular la quimiocina CXC que actúa en los receptores CXCR1 y CXCR2 que juegan un papel crítico en la migración y activación de los neutrófilos en el sitio de la inflamación. Por lo tanto, actualmente se ha desarrollado un inhibidor de los CXCR1 y CXCR2, molécula pequeña y de bajo peso molecular la Reparixina, con resultados muy alentadores.

Desde el descubrimiento de la anestesia por William Morton hasta la aparición de las clínicas del dolor el manejo de éste ha ido progresando y cada día aparecen nuevos fármacos con mayor efecto terapéutico y menores efectos colaterales indeseables. Sin embargo, las medidas tradicionales siguen vigentes y coadyuvan en el manejo de este síntoma cardinal.

---

## REFERENCIAS

1. Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ, Phillips RK. Hemorrhoids: pathology, Pathophysiology and aetiology. *Br J Surg* 1994; 81:946-54.
2. Hardy A, Cohen CRG. The acute management of haemorrhoids. *Ann R Coll Surg Engl* 2014; 96:508-11.
3. Lopes AH, Brandolini L, Aramini A, Bianchini G, Bianchini G, Silva RL, et al. DF2755A, a novel non-competitive allosteric inhibitor of CXCR1/2, reduces inflammatory and post-operative pain. *Pharmacol Res* 2016; 103:69-79.