

11226
201
144



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR

INCIDENCIA DE PADECIMIENTOS
ANDRECTALES

TESIS

Que para obtener el Título de
ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

P R E S E N T A :

Silvia Gallegos Torres



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

Enero de 1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS:

El término anorectal se usa para simplificar la terminología proctológica y se refiere a los tejidos que comprenden el conducto anal y rectal. (1)

La palabra hemorroides se deriva del griego (Haima: sangre, rhoosiflujo). Hipócrates aplicó este nombre al flujo de sangre proveniente de las venas del ano. (2)

Desde 460 AC Hipócrates atribuyó las fistulas ocasionadas a heridas derivadas por actos de violencia. (2)

Paulus Aeginata escribió un tratado de cirugía en 500 AC y decía que toda fistula era fácilmente curada si se encontraban el orificio interno y el externo. John Ardenne 1397 AC fue el primer cirujano que usó la palabra hemorroides en sus escritos y publicó un libro de cirugía que fue un gran tratado. (2)

La terapia esclerosante es un procedimiento que data desde 1809 siendo practicado por Morgan y Dublin, en 1871 por Mitchill y en 1874 por William Collis. (2)

Los procedimientos quirúrgicos usados por Hipócrates en 460 AC son similares a los usados hoy en día. (2)

La incidencia real de padecimientos anorectales no es bien conocida en los adultos, ya que una larga porción de ellos cursan asintomáticos y no requieren de examen médico. Es probable que desarrollen un grado de hemorroides a la edad de 20 años y llegan a ser progresivas durante su vida activa. (3)

Gray y Lookhart-Mummary han encontrado lesiones anales con participación rectal o sin ella en un 80-85% de los casos y de los cuales un 23% requirieron de tratamiento quirúrgico. (4)

Las hemorroides rara vez son vistas en niños. Gross reportó en una serie de 65 pacientes admitidos en el Hospital Infantil de Boston, — por sangrado rectal durante 1930 la causa más frecuentemente encontrada fue hemorroides. Gant encontró hemorroides en 17 de 250 pacientes examinados por padecimientos anorrectales. (5)

Los padecimientos anorrectales pueden aparecer entre la pubertad y los 25 años de edad, entre los principales factores desencadenantes se mencionan las menstruaciones, embarazo, estreñimiento y la actividad física. (4)

Manuel Abella refiere una incidencia del comienzo de la enfermedad en las mujeres de 25-35 años y en el hombre de 35-45 años, encontrando una frecuencia máxima de 35 y 50 años. Con un evidente predominio del hombre con un 75%. (4)

En México el Dr. Fardo Gilbert también ha encontrado que el padecimiento es más frecuente en hombres que en mujeres en una relación — de 2:3. (5)

DESCRIPCION DE PATOLOGIA:

HEMORROIDES: Se define como una dilatación varicosa de una o varias de las venas del plexo hemorroidal de las venas superiores e inferiores o ambas. Las venas dilatadas del plexo hemorroidal superior son llamadas hemorroides internas y su origen es arriba de la línea anorectal

tal, están cubiertas de membrana mucosa. Las que están en el plexo hg morroidal inferior por debajo de la línea anorectal, son llamadas hemroides externas y están cubiertas por piel modificada. (3)

En el Instituto Nacional de Nutrición han encontrado que el padecimiento es más frecuente en hombres que en mujeres. (5)

Estudios de manometría anorectal realizados por Taylor y Egbert encontraron que la presión varía de 200-250 mm de agua en posición horizontal y sentado y de pie llega a 600-750 mm de agua. (3)

Se habla de factores determinantes y predisponentes. Entre los primeros se encuentran: Herencia, posición y la ocupación. Entre los segundos se encuentran: Hábitos intestinales (constipación, diarrea), enfermedades (hipertensión portal, insuficiencia cardiaca, tumoraciones pálvicas, carcinoma de recto), y embarazo. (3)

La mayoría de las hemorroides no causan síntomas y son encontradas durante un examen físico rutinario. Los síntomas de las hemorroides no complicadas son: sangrado en las heces o durante la defecación, y protrucción al margen anal. (3)

El dolor es un síntoma que se presenta con las complicaciones tales como: estrangulación, trombosis, ulceración, infcción, fisura o absceso. (3)

El diagnóstico de hemorroides se basa en la historia clínica y los hallazgos del exámen físico, pero el método de más utilidad en medicina familiar es la anoscopia. (3)

Existen tres tipos de tratamientos:

Tratamiento médico: Indicado en un 60% de los pacientes que presentan sintomatología leve. (5,3)

Tratamiento Intermedio: Cuando se ha aplicado el tratamiento médico sin buenos resultados, y particularmente en hemorroides internas no complicadas y que solamente hay síntomas leves. Se realiza mediante la aplicación de sustancias esclerosantes, las cuales al producir una reacción inflamatoria en el paquete provocan una induración fibrosa que comprime las venas y evita el traumatismo del paso de las heces. (5)

También se puede intentar la ligadura de vasos en hemorroides internas, indicadas para aquellos pacientes en quienes la cirugía tiene un riesgo quirúrgico elevado. Es un método indoloro, sencillo, que provoca infarto, necrosis y esfacelo del paquete hemorroidal en un lapso de 2 a 7 días. (5)

Tratamiento quirúrgico: Indicado en pacientes con síntomas aparentes y donde el tratamiento conservador e intermedio no han dado buenos resultados. Está encaminado a restaurar el conducto anal a su situación normal para su función fisiológica normal. (3)

TROMBOSIS HEMORROIDAL.- Es una complicación secundaria de las hemorroides, la cual consiste en la dificultad para el retorno de la sangre de una hemorroide externa o por estrangulamiento de una hemorroide interna, en ocasiones se puede encontrar íntegro el vaso con el coágulo dentro, y en otras se rompe produciendo sangrado y extravasación en el interior formando un hematoma, y éste se coagula formando el coágulo. (5)

La sintomatología consiste en dolor intenso, el cual disminuye conforme pasa el tiempo, hay tumefacción dura y es dolorosa. (5)

El tratamiento puede ser conservador, observándose una regresión espontánea en pocos días, pero cuando esta regresión no es adecuada se realiza la extracción del coágulo por medio de la excisión. (5)

En el Hospital de Cúfalo, El D. George Barrios realizó un estudio en 65 pacientes que cursaban con crisis de trombosis hemorroidal, a todos los trató con cirugía observando que era un tratamiento efectivo, seguro y económico, y que disminuía el tiempo de incapacidad y él solamente recomienda el tratamiento conservador en aquellos casos en que el paciente rechaza el tratamiento, o cuando hay riesgo quirúrgico elevado y que no puede realizarse. No observó complicaciones postoperatorias. (6)

ABSCESO ANORECTAL Y FISTULA:

El paso de gérmenes del canal del ano y recto hacia los tejidos circunvecinos dan lugar con frecuencia a la formación de abscesos los cuales como consecuencia dejan trayectos fistulosos que hacen persistir la infección crónicamente. (7)

Se va a originar en criptas anales y la inflamación de éstas puede ocasionar obstrucción de los conductillos de las glándulas anales que desembocan en el fondo de ellos dando lugar a una cavidad cerrada llena de gérmenes, siendo los más frecuentes: estafilococo, estreptococo y colibacilo, donde se va a formar el absceso. (7)

Se habla también de causas extrínsecas como es la que se presenta por la aplicación de sustancias esclerosantes usadas en el tratamiento de hemorroides internas. (3)

Como síntoma principal se presenta el dolor, el cual cede cuando el absceso se encuentra completamente formado. (3)

El tratamiento siempre es quirúrgico, consiste en la debridación del absceso y en fistulostomía. (3)

La fístula anal es una patología anorrectal muy común, se observa como una complicación del absceso, en un 33% de las infecciones. Se habla de varios tipos de fístulas y generalmente se originan en el canal del ano. (7)

El diagnóstico de esta patología se hace por una exploración adecuada y el tacto rectal como la anoscopia nos darán el diagnóstico de certeza. (7)

En el Hospital Cook County, Chrobot y cols. realizaron un estudio prospectivo en 110 pacientes, que habían presentado abscesos anorrectales, y que tenían varias recurrencias, ellos observaron que eran debidos a drenajes inadecuados o rupturas espontáneas, por lo tanto recomienda que los pacientes sean revisados en quirófano para dar una mejor resolución al problema y sobretodo manejar las complicaciones a tiempo. (8)

Kovalik, realizó un estudio durante 5 años en pacientes que habían tenido 181 admisiones por absceso anorrectal, lo que a él le llamó la atención fue la alta incidencia de recurrencias después del tratamiento. Observó que los pacientes tratados con medidas conservadoras, antibióticos, y debridación bajo anestesia local, tempranamente presentaban recidivas. Él recomienda que se lleve a cabo el tratamiento bajo anestesia general para tratar otro tipo de patología agregada que impida una curación completa. Usó drenaje y excisión radial en este estudio. (9)

Encontró que el absceso anorrectal fue el más común en estos pacientes siguiendo al absceso isquiorrectal. (9)

FIGURA:

Es una pérdida de substancia situada en el canal del ano, de evolución aguda o crónica. (12)

Se refiere ser más frecuente en mujeres que en hombres. (12)

La localización más frecuente en la mujer es en la comisura anterior.

Se produce habitualmente por desarrollo traumático de la piel modificada del canal del ano por paso de heces excesivamente duras, como sucede en la constipación o muy voluminosas como se ve por defecaciones bruscas e imperiosas que son la regla de cuadros diarreicos o disintéricos también se observan después de cirugía anorectal, por iatrogenias, conductas anormales con introducción de cuerpos extraños. (12)

Se ha sugerido que la disposición anatómica del esfínter externo es el responsable de dicha patología. (3)

El síntoma principal es el dolor intenso, ardoroso, con sensación de quemadura, relacionada con la defecación. Se presenta como mecanismo de defensa el espasmo y esto retarda la cicatrización. (12)

El dolor es producido por espasmo muscular y persiste hasta que los esfínteres se relajan por fatiga, de nuevo hay dolor, espasmo y fatiga, haciendo así un círculo vicioso. (12)

El diagnóstico se hace por el carácter típico del dolor y su comprobación se hace por la inspección y la presencia de la hemorroide con tinela. (12)

El tratamiento es quirúrgico y consiste en la extirpación de los elementos que coexisten con la fisura, realizando fisurotomía. (12)

Se habla también de otro tratamiento que consiste en la dilatación digital del esfínter anal, la cual puede hacerse con anestesia, o con analgesia, así como anestesia general, pero además de las dilataciones se aplica una inyección de tiopentano, siendo muy efectiva. (14)

Abcarian y cols. en una revisión de pacientes con fisura con falla en su curación. Fueron sometidos a manometría llegando a la conclusión de que la presión anal era alta en pacientes con fisura, y fueron compara-

dos con un grupo control, encontrando que la presión del esfínter anal fluctuó de 59-105 mm de Hg, comparados con los del grupo control que fueron de 40-110 mm Hg, posoperatoriamente la presión fluctuó de 50-83 mm de Hg en los pacientes con fisurostomía. (11)

También encontraron que la fisurostomía interna no reduce demasiado la presión del esfínter anal, pero anatómicamente el ensanchamiento del canal anal permite que el acto defecatorio sea menos doloroso y por lo tanto permitir la curación de las fisuras. (11)

JUSTIFICACION:

Desconocimiento de la verdadera frecuencia de padecimientos anorectales por falta de interrogatorio intencionado y la alta incidencia de padecimientos no detectados oportunamente que consecuentemente originan un aumento en el costo de su tratamiento y aumento en el tiempo de incapacidades en el manejo de dicha patología.

HIPOTESIS

HIPOTESIS ALTERNA -H1-

Se considera que hay un alto índice de patología anorectal no detectada en la C.E. de Medicina Familiar.

HIPOTESIS DE NULIDAD -H0-

Se considera que no hay un alto índice de patología anorectal.

OBJETIVOS

- 1. Detectar la incidencia de padecimientos anorectales por medio de la anoscopia.**
- 2. Frecuencia de padecimientos anorectales vistos en Consulta Externa de Medicina Familiar.**

MATERIAL Y METODOS:

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital General de Zona -- con Medicina Familiar No. 8, "San Angel". Se realizó con la población del consultorio 13 AC, en un período de tres meses, interrogando un total de 800 pacientes, de los cuales en 190 se encontraron varios parámetros al interrogatorio y fueron sometidos a anoscopia, resultando con patología anorectal 70 pacientes, estos pacientes fueron manejados y estudiados en forma completa en el servicio de Proctología.

La sintomatología de los pacientes fluctuó de 3 días a 10 años, con un promedio de 6 años. Presentaron dolor 50 pacientes (71.4%), presentaron masa anal 42 pacientes (60%), presentaron sangrado 38 pacientes -- (54.2%), constipación en 24 pacientes (34%), prurito en 13 pacientes, (18%), y pujo y tenesmo en 11 pacientes (15%). Tabla 1

Más de la mitad de los pacientes fueron del sexo masculino (44 pacientes), y las edades fluctuaron de 15-79 años con promedio de 42 años.

Tabla 2

La mitad de los pacientes fueron tratados quirúrgicamente (35 pacientes) y el resto respondió adecuadamente al tratamiento médico (34 pacientes). El promedio de días que estuvieron bajo vigilancia varió -- de 15-30 días. El promedio de días hospitalización fue de 4-5 días. Dos casos presentaron complicaciones posoperatorias, una estenosis -- pos-tromboidectomía, y fistula recidivante postfistulectomía. Tabla 3

RESULTADOS:

Se observó una alta incidencia de padecimientos anorrectales detectándose que el padecimiento anorrectal más frecuente fue el de hemorroides con 18 pacientes (25.7%), siguiendo en frecuencia las fistulas en 14 pacientes (20%), fisuras en 13 pacientes (18.5%), trombosis hemorroidal y abscesos en 8 pacientes cada uno (11.4%), y otros padecimientos en 9 pacientes (priorita por dermatofitosis, condilomas, CcCi), siendo el 8%. Tabla 4

El tratamiento quirúrgico se observó en un 50% de los pacientes, y con buena resolución al tratamiento médico en el otro 50% del total de pacientes estudiados . Tabla 3

Las fistulas requirieron un 100% de resolución quirúrgica, respondieron adecuadamente los pacientes con hemorroides al tratamiento médico observándose resolución en 12 pacientes (67%), y resolución quirúrgica en 6 pacientes (33%). La trombosis hemorroidal cedió con tratamiento médico en un 90%, y sólo un 10% fue quirúrgico. Absceso anorrectal su resolución fue quirúrgica en el 95% de los casos, 7 pacientes, y un paciente respondió adecuadamente al tratamiento médico. Tabla 3

De esta serie de pacientes se observó absceso anorrectal en 6 pacientes, absceso isquiorrectal en 2 pacientes, secundariamente 3 pacientes con absceso presentaron fistula anorrectal como complicación.

Siete pacientes fueron sometidos a cirugía, a 3 de dichos pacientes se les realizó debridación local en su primera consulta, y posteriormente se les realizó fistullectomía.

CONCLUSIONES:

Se observó una alta incidencia de padecimientos anorectales por lo que es conveniente que se interroge intencionadamente a todos los pacientes sobre sintomatología anorectal, dado que la mayoría de los pacientes cursan asintomáticos por largos períodos y no son detectados oportunamente y por consiguiente la tardanza en el diagnóstico oportuno retarda el tratamiento dando un mayor número de recurrencias y por lo tanto mayor tiempo de incapacidad y costo ya que requieren de tratamiento quirúrgico.

Se observó que por medio de la anoscopia se puede llegar a un diagnóstico preciso y por lo tanto la mayoría de los pacientes en su inicio de la enfermedad pueden resolverse conservadoramente.

Los pacientes que presentaron sintomatología fueron revisados oportunamente respondiendo en su mayoría a tratamiento médico, y los que presentaban sintomatología de varios años fueron resueltos quirúrgicamente.

Recomendamos que a todos los pacientes que acuden a consulta sean interrogados adecuadamente para descubrir patología anorectal asintomática y sean valorados cuando así lo amerite por medio de la anoscopia para evitar la cronicidad del padecimiento.

PADECIMIENTOS ANRECTALES: SINTOMATOLOGIA MAS FRECUENTE

SINTOMAS	PACIENTES	PCRCENTAJE
DOLOR	50	71.4%
MASA ANAL	42	60.0%
SANGRADO	38	54.2%
CONSTIPACION	24	34.2%
PRURITO	13	18.5%
PUJO Y TENESMO	11	15.7%

Cuadro No. 1

Fuente: Información obtenida en el Consultorio de M.F.
y en el Serv. de Proctología con los pacientes
interrogados.

PADECIMIENTOS ANORECTALES FRECUENCIA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

EDAD	HOMBRES	MUJERES
15-19	1	1
20-24	4	3
25-29	4	3
30-34	7	6
35-39	4	3
40-44	9	7
45-49	2	1
50-54	4	1
55-59	4	0
60 ó más	5	1
TOTAL	44	26

Cuadro No. 2

Fuente: Obtenidos de las encuestas realizadas a los pacientes estudiados, serv. Proctología y M.F.

INCIDENCIA DE PADECIMIENTOS ANORECTALES

TIPOS DE TRATAMIENTO Y PORCENTAJES:

PADECIMIENTOS	QUIRURGICO	MEDICO	PORCENTAJES
HEMORROIDES	6	12	66.6 - 33.3
FISTULAS	14	0	100 %
FISURAS	2	11	15.0 - 84.0
TROMBOSIS HEMORR.	2	6	25.0 - 75.0
ABSCEOS	7	1	87.0 - 12.7
OTROS	4	5	44.0 - 55.0
TOTAL	36	34	

Cuadro No. 3

Fuente: Obtenidos en el Consultorio de Proctología con pacientes manejados en este servicio.

INCIDENCIA DE PADECIMIENTOS ANORECTALES

PADECIMIENTOS	PORCENTAJE	HOMBRES	MUJERES
HEMORROIDES	25.7	9	9
FISTULAS	20.0	14	0
FISURAS	18.5	5	8
TROMBOSIS HEM.	11.4	5	3
ABSCESOS	11.4	6	2
OTROS	13.0	4	5
TOTAL	100	43	27

Cuadro 4.

Fuente: Obtenidos en el consultorio de Proctología en pacientes explorados.

INCIDENCIA DE PADECIMIENTOS ANRECTALES

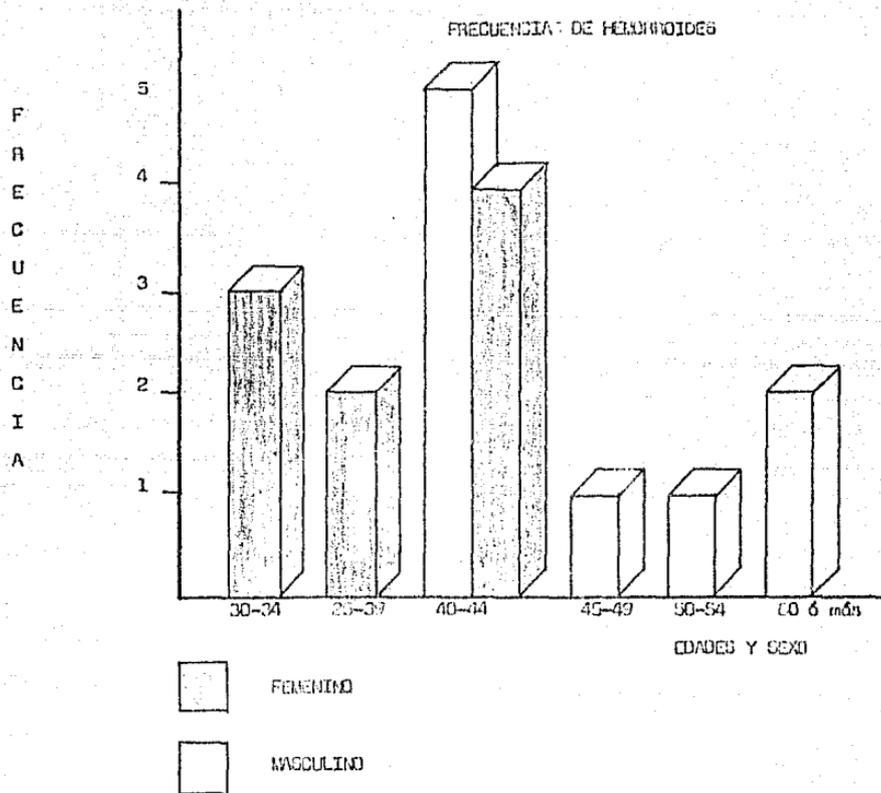
PADECIMIENTOS EJEDES-SEXOS	HEMORRAOIDES		FISTULAS		FISURAS		ABSCESOS		T. HEMORROIDAL		OTROS		
	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	
15-19												1	1
20-24			2			1						1	2
25-29			4			2		1				1	
30-34		3	1		1		2	1	2	1		1	
35-39		2	3			2	1		1	1			1
40-44	5	4	2			2	1		2	1			
45-49	1				1	1							
50-54	1		1		2		1						1
55-59	1		2				1						
60 ó más	1				1				1				
TOTAL:	9	9	14		5	6	5	2	5	3		4	5

Tabla No. B

FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS ANRECTALES POR EDADES Y SEXOS Y TIPO DE PADECIMIENTO.

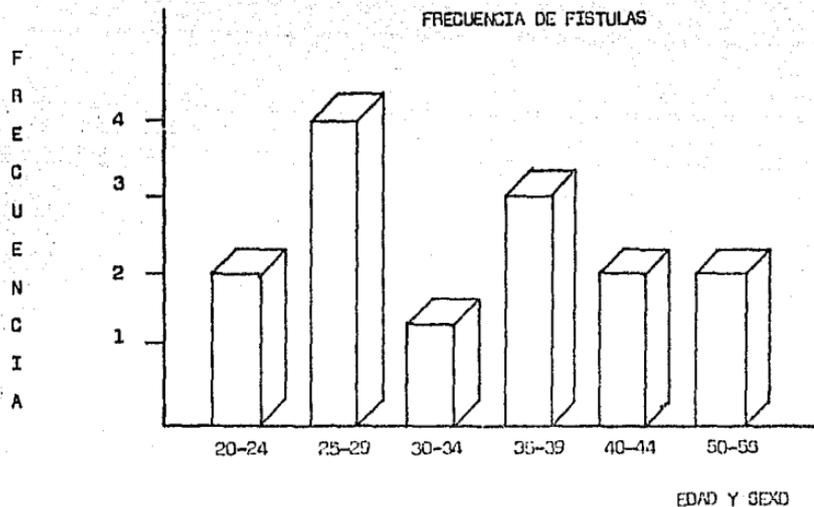
Fuente: Tomadas de encuestas realizadas en el Consultorio de Proctología en pacientes explorados.

Tabla No. 1



Fuente: Tomadas sobre encuestas realizadas a pacientes vistos en el serv. de proctología.

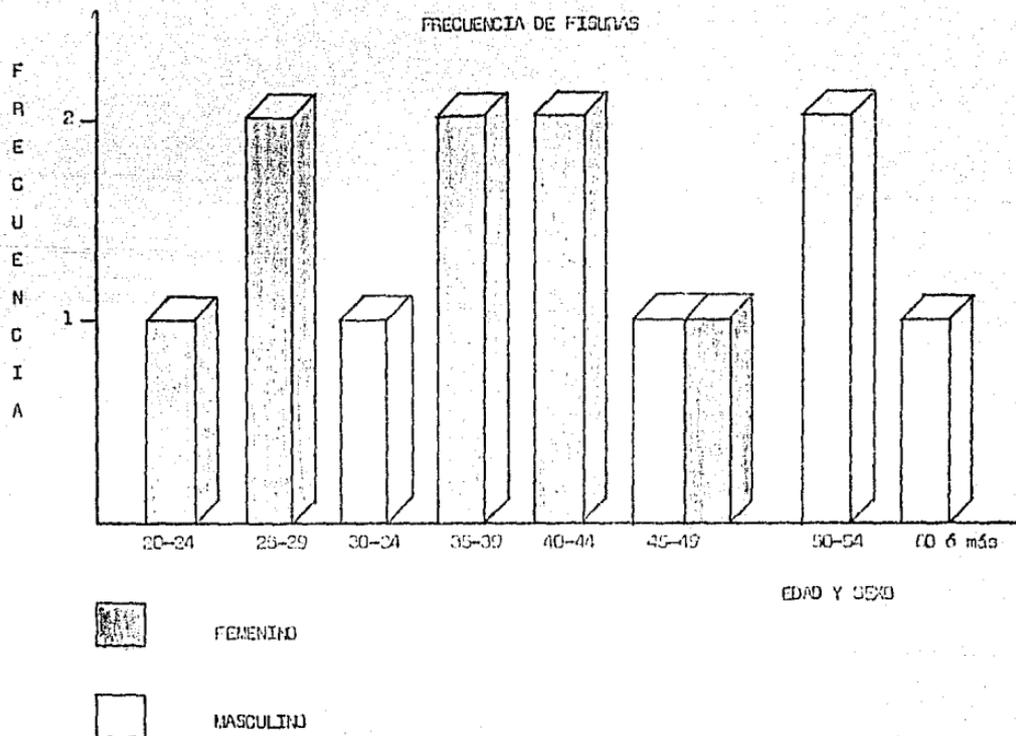
Tabla No. 2



Sexo femenino

Fuente: Obtenidas de encuestas realizadas a pacientes en el Consultorio de M.F. y en el Serv. de Proctología.

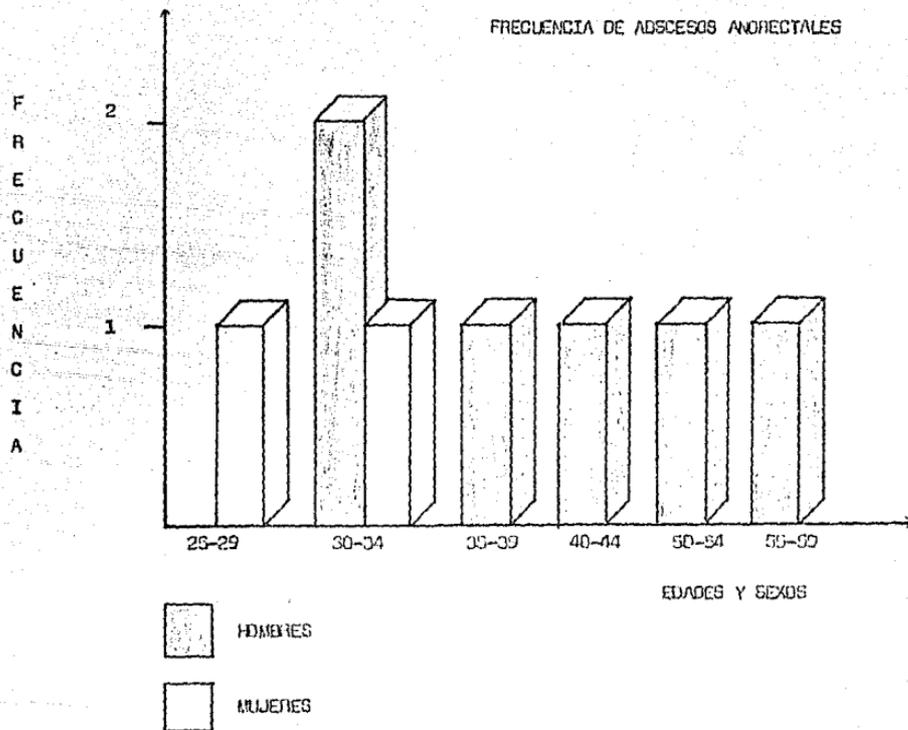
Tabla No. 3



Fuente: Tomadas de encuestas realizadas a pacientes en el Consultorio de M.F. y en el Servicio de Proctología de la Clínica No. 3.

Tabla No. 4

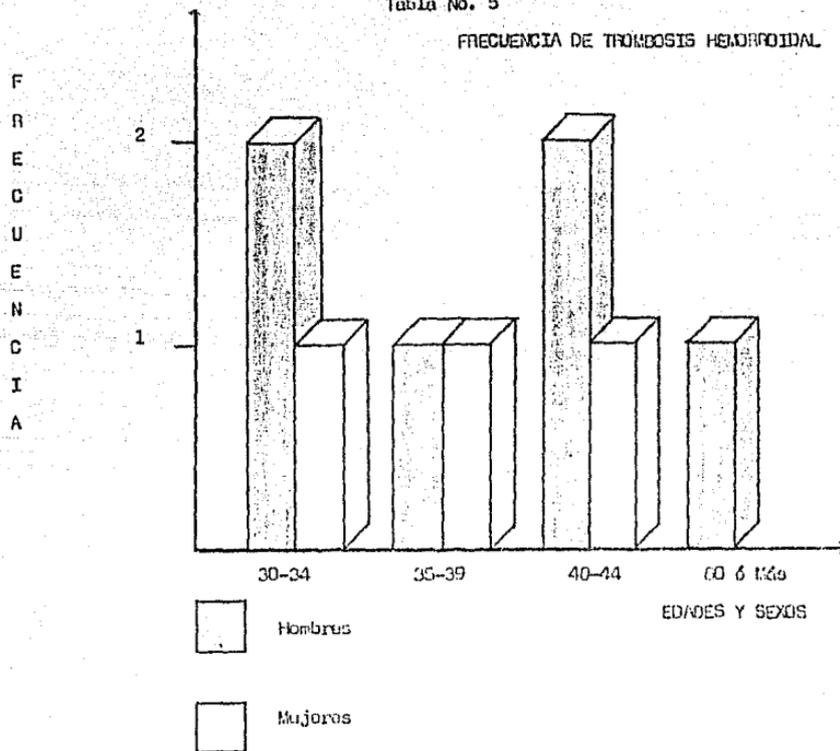
FRECUENCIA DE ABSCESOS ANORECTALES



Fuente: Obtenidas sobre encuestas realizadas a pacientes en el Consultorio de M.F. y en el Serv. de Proctología.

Tabla No. 5

FRECUENCIA DE TROMBOSIS HEMORROIDAL

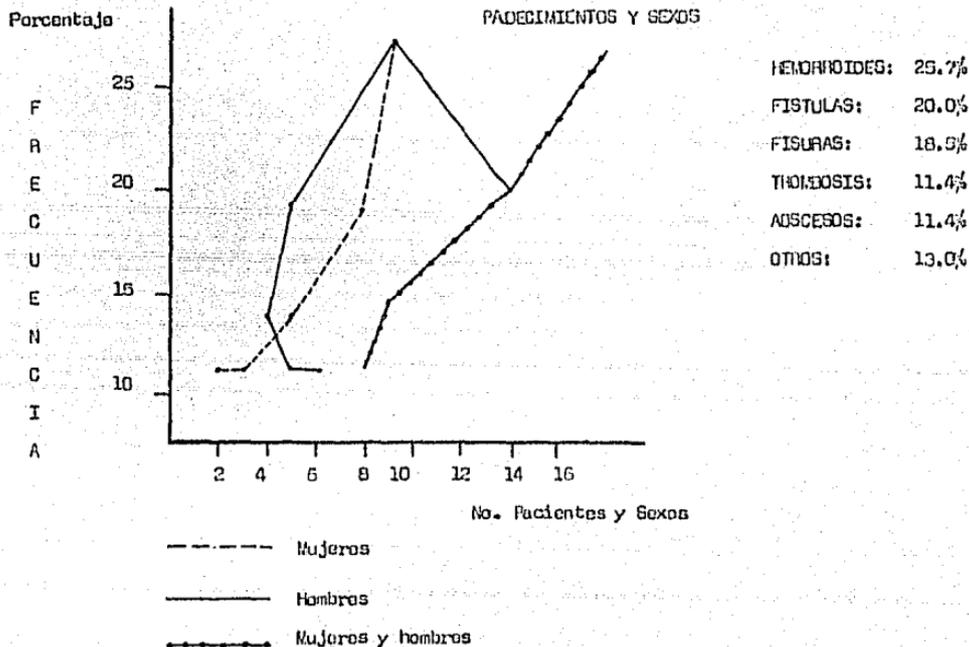


Fuente: Obtenidos sobre encuestas realizadas a pacientes en el Consultorio de NF y el serv. de Proctología.

Tabla no. 6

FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS ANRECTALES

PADECIMIENTOS Y SEXOS



Fuente: Tomadas de resultados sobre pacientes explorados en el Consultorio de Proctología del HCZ No. 6.

CUESTIONARIO

FECHA DE ESTUDIO:

NOMBRE Y CEDULA

EDAD: SEXO

SINTOMATOLOGIA Y TIEMPO DE APARICION:

PRURITO _____ (_____) MASA ANAL _____ (_____)

PLUJO _____ (_____) TENESMO _____ (_____)

RECTORRAGIA: _____ (_____)

ORDEÑA _____ PRE _____

GOTAS _____ TRANS _____

ESTRIAS _____ POST _____

CHORRO _____

CONSTIPACION _____ (_____) DIARREA _____ (_____)

INSPECCION

TACTO:

ANOSCOPIA

DIAGNOSTICO:.....

EVOLUCION Y MANEJO

OBSERVACIONES

No. de Control: _____

BIBLIOGRAFIA:

1. Pérez Alvarado Micanor: Anitomatía Anorectal: Enf. Colon y Recto. México, D.F., Ed. Mendez Oteo, 1972. págs. 339.
2. Hughes E.S.R.- Hemorrhoids: Surgery of the anus, anal canal and - rectum. E.S. Livingstone LTD, London 1937. p. 68-127.
3. Richard T. Shackelford, M.D.: Hemorrhoids, in: Robert Turcell, M.D.- Diseases of colon & rectum, Philadelphia, U.S. Saunders Co, 1959. vol 2:840-880.
4. Praxis Médica: Hemorroides en Aparato Digestivo, Madrid España, -- 1976, Autores varios. Vol. IV: 4715 (1-4), 4725 (1-3).
5. Adolfo Pardo Gilbert- Hemorroides en: Enf. Colon y Recto, México, D.F., Ed. Mendez Oteo, 1972. págs. 381-388.
6. George Barrios, M.D.- Man Khubchandani, M. B.S., Urgent Hemorrhoidectomy for Hemorrhoidal Thrombosis. Dis. Col. & Rect.- April, 1979. Vol 22(3): 159-161.
7. Gerardo Escasarte- Absceso y Fístula, en: Enf. Colon y recto- México, D.F. Ed. Mendez Oteo, 1972. Vol. 1:391-395.
8. Syryll M. Chrobot, M.D, et. als.- Recurrent Anorectal Abscesses- Dis. of Col & Rect- February 1983, vol. 26(2): 105-108.
9. P.J.Kovalcik, M.D., R.L. Peniston, M.D. and G.H.Closs, M.D.- Anorectal abscess, Surgery Gynecology & obst.- December 1979, Vol. 149:864-865.
10. Daniel Mirelman, M.D., Marvin L. Conzen, M.D.- Dual Anal Fistulas- An Uncommon Manifestation of Fistula-in-fano: Report of two cases.- Discol. & Rect. Jan-Feb. 1978. Vol. 21(1): 54-55.
11. Mrs Keighley, P. Buchmann, S. Minervini, y Arabi,- Prospective -- trials of minor surgical procedures and high fibre diet for haemorrhoids- British Medical Journal, 20 October 1979. 2-957-959.
12. Hermund Abcarian, M.D., Sharmugan Lakshmanan, M.D. Don R. Read M.D. Peter Roccaforte, Ph D.- The role of internal sphincter in chronic anal fissures, Dis. col & rect. Sept., 1982. Vol 25(6): 825-828.
13. Gerardo de Escasarte - Fisura en: Enf. Colon y Recto- México, D.F.- Ed. Mendez Oteo, 1972. vol. 1: 374-380.
14. Hughes E.Sr. Inflammations and Infection of the Anus in: Robert Turcell, M.D.- Dis. of colon and rectum, Philadelphia, U.S. Saunders Co.- 1959, vol. 2:897-930.

I N D I C E

	PAG.
1. ANTECEDENTES CIENTIFICOS	1
2. JUSTIFICACION	9
3. HIPOTESIS	10
4. OBJETIVOS	11
5. MATERIAL Y METODOS	12
6. RESULTADOS	13
7. CONCLUSIONES	14
8. CUADROS Y GRAFICAS	15
9. BIBLIOGRAFIA	27