



11238

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

"DR. BERNARDO SEPULVEDA G."

CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SERVICIO DE CIRUGIA DE COLON Y RECTO

EXPERIENCIA EN LA COLOCACION DE BANDAS ELASTICAS
PARA ENFERMEDAD HEMORROIDAL GRADO II Y
GRADO III.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

COLOPROCTOLOGIA

P R E S E N T A

DR. MARTIN EDUARDO CASAUS AVILA



IMSS

ASESOR DE TESIS: EDUARDO VILLANUEVA SAENZ,



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

18 FEB 2002

DR. JOSE LUIS ROCHA RAMIREZ
Jefe del Servicio de Cirugía de Colon y Recto
Hospital de Especialidades " Dr. Bernardo Sepúlveda G "
Centro Medico Nacional Siglo XXI, I M S S



DR. EDUARDO VILLANUEVA SAENZ
Medico de base del Servicio de Colon y Recto
Asesor de Tesis y Profesor Titular del Curso
Hospital de Especialidades " Dr. Bernardo Sepúlveda G "
Centro medico Nacional Siglo XXI, I M S S

**SERVICIO DE CIRUGIA
DE COLON Y RECTO**

DR ABDIEL ANTONIO OCAMPO
Coordinador de Epidemiología Clínica
División de Educación e Investigación Medica
Hospital de Especialidades " Dr. Bernardo Sepúlveda G "
Centro Medico Nacional Siglo XXI, I M S S



DR. JOSE HALABE CHEREVICH
Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación
Hospital de Especialidades " Dr. Bernardo Sepúlveda G "
Centro Medico Nacional Siglo XXI, I M S S

REVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DE POSGRADO
DE MEDICINA
U. N. A. M.

AGRADECIMIENTO

Con mucho cariño para tres personas, que fueron fundamentales para que pudiera dar este paso, Ana Maria mi esposa, Mitzi Kairos mi hija mayor y Jessica Joyce mi hija menor. Sin su paciencia comprensión y sacrificio no lo hubiera logrado.

A mis maestros y amigos, Dr. Eduardo Villanueva Sáenz, Dr. Fernando Álvarez Tostado Fernández y Dr. José Luis Rocha Ramírez.

A mis compañeros, Dr. Paulino Martínez Hernández Magro, Dr. Miguel Valdés Ovalle, Dr. Miguel López y Dr. Eduardo Quiñónez Azmitia.

A toda mi familia, incluyendo mi suegra y cuñados, quienes siempre me apoyaron para dar este paso.

Para una persona que siempre me ha apoyado, Dr. Armando Ovalle Zavala.

GRACIAS

INDICE

RESUMEN	1
ANTECEDENTES	3
ANATOMIA	4
CLASIFICACION	5
INCIDENCIA	5
ETIOLOGIA	6
SINTOMAS	6
DIAGNOSTICO	7
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	7
TRATAMIENTO	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
HIPOTESIS	12
OBJETIVOS	13
MATERIAL, PACIENTES Y METODOS	14
RESULTADOS	17
ANALISIS	19
DISCUSION	22
CONCLUSIONES	25
BIBLIOGRAFIA	26
TABLAS	28

RESUMEN

Introducción : Se estima que por lo menos 50 % de los individuos después de los 50 años de edad, han padecido de enfermedad hemorroidal. Es mas frecuente en países occidentales, relacionado con deficiencia en fibra en la alimentación, causando constipación y traumatismo posterior a la evacuación.

El síntoma más frecuente es el sangrado durante o posterior a la evacuación, generalmente sin dolor, a menos que la hemorroide se encuentre trombosada.

La mayoría de los síntomas son tratados exitosamente con medidas conservadoras y tratamiento no quirúrgico, hasta en 90 a 95% de los pacientes.

Objetivos.- Establecer los resultados y la morbimortalidad relacionada de los pacientes con enfermedad hemorroidal grado II y grado III, con colocación de bandas elásticas.

Material y Métodos: Se realizó estudio retrospectivo, transversal durante el periodo de Junio de 1999 a Mayo del 2001, de pacientes que presentaban enfermedad hemorroidal grado II y grado III a los cuales se les colocaron bandas elásticas.

Las variables fueron el sangrado y prolapso hemorroidal, antes y después de la colocación de bandas elásticas, también se tomo en cuenta la edad, el sexo o alguna otra patología agregada.

Se utilizo la prueba descriptiva de Mc Nemar como método estadístico.

Resultados: Se revisaron 40 expedientes de pacientes a quienes se le colocaron bandas elásticas, que cumplieron con los criterios de inclusión, la edad osciló de 23 años a 89 años,, el sexo fue de 21 femeninos y 19 masculinos, a 40 pacientes se les coloco por lo menos una banda, 36 pacientes se les colocaron dos y 23 pacientes tres bandas.

De los 40 pacientes 38 pacientes evolucionaron en forma satisfactoria y solamente dos pacientes evolucionaron mal, persistiendo los síntomas.

Conclusiones: La ligadura hemorroidal es un método adecuado, sencillo y barato, que disminuye los signos y síntomas, en un alto porcentaje, con mínima morbimortalidad.

SUMMARY

Introduction: He/she is considered that at least the individuals' 50% after the 50 years of age, they have suffered of hemorrhoidal illness. It is but it frequents in western countries, related with deficiency in fiber in the feeding, causing constipation and later traumatism to the evacuation.

The most frequent symptom is the one bled during or later to the evacuation, generally without pain, unless the hemorrhoid is grade IV

Most of the symptoms are treated successfully with measures conservatives and non surgical treatment, until in 90 to the patients' 95%.

Objectives. - to Establish the results and the mortality and morbidity related of the patients with illness hemorrhoidal grade II and grade III, with placement of elastic bands.

Material and Methods: He/she was carried out retrospective study, traverse during the period of June of 1999 to the 2001, de patients' that presented illness hemorrhoidal grade II and grade III to which were placed elastic bands May. . .

The variables were the one bled and hemorrhoidal prolapsed, before and after the placement of elastic bands, I also take into account the age, the sex or some other added pathology.

You uses the descriptive test of Mc Nemar like statistical method.

Results: 40 files were revised of patient to those who were placed elastic bands that fulfilled the inclusion approaches, the age it oscillated from 23 years to 89 years, the sex was of 21 feminine and 19 masculine, to 40 patients they are placed at least a band, 36 patients were placed two and 23 patients three bands.

Of the 40 patients 38 patients they evolved in satisfactory form and only two patients evolved bad, persisting the symptoms.

Conclusions: the hemorrhoidal bond is an appropriate, simple and cheap method that diminishes the signs and symptoms, in a high percentage, with minimum mortality and morbidity.

ANTECEDENTES.

El término de hemorroide deriva del griego *haimhorroides*, (*haima*, sangre; *rhoos*, flujo), siendo el sangrado el síntoma más prominente en la mayoría de las ocasiones, pero puede acompañarse la enfermedad de dolor y protusión. 1

En antiguos escritos babilonios, egipcios, griegos, hindúes y hebreos, incluso en algunos pasajes de la Biblia se habla del sangrado postdefecatorio relacionándolo con enfermedad hemorroidal. Personajes como Napoleón, Don Juan de moraña entre otros, padecieron esta enfermedad. 2

Hipócrates realizó la primera hemorroidectomía abierta hace mas de 4000 años. Durante la edad media, se realizaba ligadura completa del paquete hemorroidal tanto interno y externo, siendo esto muy doloroso. Maimonides trataba a los pacientes con, medicamentos relajantes, aceites y supositorios, pero sugirió el tratamiento quirúrgico como una opción.3

En cuanto a tratamiento quirúrgico en 1774 John Louie Pettit propuso el método de ligadura submucosa. En 1835, Samon, fue el primero en ligar el pedículo hemorroidal. Whitehead, describió la resección circunferencial de las hemorroides en 1882. En 1903 Michell describió un método combinado de pinzamiento y escisión con cierre parcial de la herida, lo cual se utiliza hasta la fecha. En 1959, Ferguson describió la técnica de hemorroidectomía cerrada, actualmente ha sido ampliamente aceptada en nuestro medio.

Se han intentado otras formas de tratamiento que van orientadas a disminuir las molestias y los costos. Estas son escleroterapia, dilatación anal, ligadura con bandas elásticas, crioterapia, luz infrarroja o hemorroidectomía por láser. 4

ANATOMIA

Las hemorroides se dividen en internas y externas. Las internas son plexos arteriovenosos de la pared del conducto anal y del segmento inferior del recto, estos forman tumefacciones cubiertas de mucosa, que hacen prominencia en la luz del conducto anal por arriba de la línea pectínea. Se describen tres plexos hemorroidales internos primarios que son anterolateral derecho, posterolateral derecho y lateral izquierdo, irrigados por ramas terminales de la arteria rectal superior y principalmente por ramas de la arteria rectal media, las cuales se comunican en la porción inferior del conducto anal. El drenaje esta dado por las venas rectales superior media e inferior, comunicándose con la arteria correspondiente en el conducto anal. 5

Las hemorroides externas se presentan por debajo de la línea dentada (pectínea), pudiéndose observar a la inspección, a diferencia de las hemorroides internas que se necesita la colocación de un anoscopio.

En la enfermedad hemorroidal el plexo afectado generalmente es, componente interno y, en las fases más avanzadas el externo del segmento correspondiente. También pueden estar afectados ambos, llamándose hemorroides mixtas, teniendo dos tercios superiores por encima del nivel de las válvulas anales, cubierto de mucosa y un tercio inferior por debajo de las válvulas cubierto de anodermo.

En los padecimientos crónicos el tejido se convierte en tejido fibroso denso, de manera que las hemorroides en lugar de ser tumefacciones venosas colapsables, sean firmes y poco colapsables.

En 1975, Thompson describió la presencia dentro del canal anal de "cojines" especializados sumamente vascularizados, consistentes en masas específicas de submucosa compacta que contienen vasos sanguíneos, músculo liso y tejido conectivo. Se ha señalado que las hemorroides no son más que el deslizamiento distal de esta porción del recubrimiento del canal anal. Dichos cojines se encuentran en todas las personas y se propone que el término de hemorroides se restrinja a situaciones en las que estos cojines tengan patología, en donde el tejido se convierte en tejido fibroso denso, de manera que las hemorroides en lugar de ser tumefacciones venosas colapsables, sean firmes y poco colapsables, presentando síntomas, pero incluso en la presencia de cojines muy grandes pero en ausencia de síntomas no es indicativo de tratamiento.

Además de los cojinetes primarios puede haber, cojines secundarios más pequeños entre los principales.

La función de estos cojines es en función de la continencia anal siendo responsable del 10 al 15% de esta. Como son estructuras independientes y no un anillo continuo de tejido vascular, permiten que el canal anal se dilate sin riesgo de laceración, y por lo tanto hemorragia. 6-7

CLASIFICACION

Se han descrito diversas formas para clasificar la enfermedad hemorroidal interna entendiéndose esta como la protusión mas allá del margen anal, por lo que la enfermedad hemorroidal interna se presenta como:

Primer grado, cuando sobresalen de la luz del conducto anal, se produce sangrado después de la evacuación y no hay dolor.

Segundo grado, estas se proyectan hacia fuera de la luz del conducto anal durante la evacuación y se reducen en forma espontánea.

Tercer grado, son las que protuyen espontáneamente en el momento de la evacuación y requiere de reducción manual.

Cuarto grado, son las que sé prolapsan, en forma permanente y son irreductibles aun manualmente. 7

INCIDENCIA

La enfermedad hemorroidal afecta aproximadamente a un millón de norteamericanos por año. Se estima que 4.4% de toda la población en los Estados Unidos tiene síntomas atribuibles a hemorroides. Han sido implicados en el desarrollo de la enfermedad hemorroidal múltiples factores, como herencia, nutrición, ocupación, problemas psicológicos, senilidad, cambios endocrinos, drogas, tipo de alimentación baja en fibra, infección, embarazo, ejercicio, tos, diarrea, vomito, constipación. El problema puede ocurrir a cualquier edad y en ambos sexos, estimándose que por lo menos un 50% de los individuos después de los 50 años han presentado síntomas.

Se presenta con mayor frecuencia en países occidentales, relacionándose con la deficiencia de fibra en la alimentación, causando constipación, lo cual implica traumatismo durante la evacuación con las heces firmes; con el trauma constante se distienden los soportes normales de los cojines y hay tendencia al prolapso por debajo de la línea dentada. 8

CLASIFICACION

Se han descrito diversas formas para clasificar la enfermedad hemorroidal interna entendiéndose esta como la protusión mas allá del margen anal, por lo que la enfermedad hemorroidal interna se presenta como:

Primer grado, cuando sobresalen de la luz del conducto anal, se produce sangrado después de la evacuación y no hay dolor.

Segundo grado, estas se proyectan hacia fuera de la luz del conducto anal durante la evacuación y se reducen en forma espontánea.

Tercer grado, son las que protuyen espontáneamente en el momento de la evacuación y requiere de reducción manual.

Cuarto grado, son las que sé prolapsan, en forma permanente y son irreductibles aun manualmente. 7

INCIDENCIA

La enfermedad hemorroidal afecta aproximadamente a un millón de norteamericanos por año. Se estima que 4.4% de toda la población en los Estados Unidos tiene síntomas atribuibles a hemorroides. Han sido implicados en el desarrollo de la enfermedad hemorroidal múltiples factores, como herencia, nutrición, ocupación, problemas psicológicos, senilidad, cambios endocrinos, drogas, tipo de alimentación baja en fibra, infección, embarazo, ejercicio, tos, diarrea, vomito, constipación. El problema puede ocurrir a cualquier edad y en ambos sexos, estimándose que por lo menos un 50% de los individuos después de los 50 años han presentado síntomas.

Se presenta con mayor frecuencia en países occidentales, relacionándose con la deficiencia de fibra en la alimentación, causando constipación, lo cual implica traumatismo durante la evacuación con las heces firmes; con el trauma constante se distienden los soportes normales de los cojines y hay tendencia al prolapso por debajo de la línea dentada. 8

ETIOLOGIA

Aún no se identifica la causa precisa de esta enfermedad. Se han propuesto varias teorías las cuales son:

1. - Dilatación anormal de los vasos del plexo hemorroidal interno, así como de la red de las tributarias de los vasos hemorroidales superior y medio.
2. - Distensión anormal de las anastomosis arteriovenosas, las cuales están en la misma localización de los cójines anales.
3. - Ausencia de las válvulas en las venas hemorroidales superiores. »

SINTOMAS

El principal síntoma de pacientes con enfermedad hemorroidal es el sangrado, el cual, usualmente ocurre durante la evacuación o posterior a ésta, se exagera con el estreñimiento y / o con la diarrea, generalmente es el primer síntoma y típicamente es de color rojo brillante, puede ser evidente en el papel higiénico durante la limpieza, en la taza de baño o ambos. También puede ser oculto, produciendo anemia con guayaco positivo. En general es indolora la enfermedad hemorroidal, pero cuando se presenta trombosada, ulcerada o gangrenada suele haber dolor, sin embargo, la causa más común de dolor anal en pacientes con hemorroides es una fisura concomitante.

Hay presencia de prolapso hemorroidal que por lo común se produce al momento del pujo al defecar; la presencia de este, puede ocasionar, prurito y excoriación de la piel perianal; aunque en casos graves se ha reportado infección y abscesos, lo que nos obliga descartar otras patologías.

ETIOLOGIA

Aún no se identifica la causa precisa de esta enfermedad. Se han propuesto varias teorías las cuales son:

1. - Dilatación anormal de los vasos del plexo hemorroidal interno, así como de la red de las tributarias de los vasos hemorroidales superior y medio.
2. - Distensión anormal de las anastomosis arteriovenosas, las cuales están en la misma localización de los cójines anales.
3. - Ausencia de las válvulas en las venas hemorroidales superiores. »

SINTOMAS

El principal síntoma de pacientes con enfermedad hemorroidal es el sangrado, el cual, usualmente ocurre durante la evacuación o posterior a ésta, se exagera con el estreñimiento y / o con la diarrea, generalmente es el primer síntoma y típicamente es de color rojo brillante, puede ser evidente en el papel higiénico durante la limpieza, en la taza de baño o ambos. También puede ser oculto, produciendo anemia con guayaco positivo. En general es indolora la enfermedad hemorroidal, pero cuando se presenta trombosada, ulcerada o gangrenada suele haber dolor, sin embargo, la causa más común de dolor anal en pacientes con hemorroides es una fisura concomitante.

Hay presencia de prolapso hemorroidal que por lo común se produce al momento del pujo al defecar; la presencia de este, puede ocasionar, prurito y excoriación de la piel perianal; aunque en casos graves se ha reportado infección y abscesos, lo que nos obliga descartar otras patologías.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de las hemorroides internas suele establecerse fácilmente cuando se toma en consideración la historia clínica combinada de síntomas clínicos y examen proctológico completo que incluye anoscopía, rectosigmoidoscopia y en algunos casos colonoscopia de acuerdo a la sospecha diagnóstica. Los grados menores pueden ser difíciles de diagnosticar ya que la mayoría de las personas sanas tienen cierta relajación de la mucosa anal por lo que, el tejido hemorroidal normal puede prolapsarse ligeramente en el anoscopio al realizar esfuerzos.

La primera fase del examen es la evaluación general del paciente para determinar el estado general de salud y en particular excluir cualquier enfermedad asociada, principalmente alguna otra causa de sangrado o enfermedad hepática con hipertensión portal.

La inspección revela las diferentes etapas de la enfermedad hemorroidal y excluye alguna otra patología, siendo importante realizar la maniobra de valsalva.

La anoscopía es el examen definitivo, donde se encuentran a la vista, los datos de enfermedad hemorroidal, así mismo se descartan algunas otras patologías.

La rectosigmoidoscopia es para descartar alguna enfermedad inflamatoria intestinal o tumores, el enema de bario y la colonoscopia deben de valorarse de acuerdo a los síntomas que el paciente manifieste. 9

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Al realizar el examen en forma minuciosa, se deben descartar una serie de patologías, que también son frecuentes. Prolapso rectal mucoso, papilas anales hipertróficas, pólipo rectal, melanoma, carcinoma, prolapso rectal, fisura, absceso interfistérico y endometrioma perianal, etc.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de las hemorroides internas suele establecerse fácilmente cuando se toma en consideración la historia clínica combinada de síntomas clínicos y examen proctológico completo que incluye anoscopía, rectosigmoidoscopia y en algunos casos colonoscopia de acuerdo a la sospecha diagnóstica. Los grados menores pueden ser difíciles de diagnosticar ya que la mayoría de las personas sanas tienen cierta relajación de la mucosa anal por lo que, el tejido hemorroidal normal puede prolapsarse ligeramente en el anoscopio al realizar esfuerzos.

La primera fase del examen es la evaluación general del paciente para determinar el estado general de salud y en particular excluir cualquier enfermedad asociada, principalmente alguna otra causa de sangrado o enfermedad hepática con hipertensión portal.

La inspección revela las diferentes etapas de la enfermedad hemorroidal y excluye alguna otra patología, siendo importante realizar la maniobra de valsalva.

La anoscopía es el examen definitivo, donde se encuentran a la vista, los datos de enfermedad hemorroidal, así mismo se descartan algunas otras patologías.

La rectosigmoidoscopia es para descartar alguna enfermedad inflamatoria intestinal o tumores, el enema de bario y la colonoscopia deben valorarse de acuerdo a los síntomas que el paciente manifieste. 9

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Al realizar el examen en forma minuciosa, se deben descartar una serie de patologías, que también son frecuentes. Prolapso rectal mucoso, papilas anales hipertróficas, pólipo rectal, melanoma, carcinoma, prolapso rectal, fisura, absceso interfintérico y endometrioma perianal, etc.

TRATAMIENTO

La mayoría de pacientes con síntomas de hemorroides pueden ser tratados exitosamente con medidas conservadoras, las cuales incluyen ablandadores de las heces, dieta alta en fibra, abundantes líquidos y baños de asiento. Cerca del 5% de los pacientes tienen síntomas severos que obligan a hemorroidectomía formal; y cerca del 90% de los pacientes con sangrado recurrente y / o prolapso, (grado I, II o III) pueden ser tratados efectivamente con terapia no quirúrgica. Los principios de la terapia no quirúrgica consisten técnicas de fijación hemorroidal, como escleroterapia, ligadura con bandas, fotocoagulación, electrocoagulación y criodestrucción.¹⁰⁻¹¹

Las técnicas de fijación consisten en reducir el exceso de tejido hemorroidal y darle soporte, para que se mantenga en el canal y evite el prolapso.

Estos métodos se utilizan exitosamente en pacientes con enfermedad hemorroidal grado I y II y en algunos con grado III.

Los siguientes son:

Escleroterapia.

Esta técnica es muy antigua, utilizada para enfermedad hemorroidal grado I y II, su principio consiste en inyectar una solución en el tejido intersticial submucoso, alrededor del pedículo vascular, produciendo fibrosis que constriñe los vasos y fija la mucosa anal al esfínter interno impidiendo el prolapso. La sustancia utilizada con mayor frecuencia es fenol al 5%, mezclado con aceite vegetal, 5% de urea quinina, diluido en solución de ácido carbónico, entre otras sustancias.

Los estudios demuestran un éxito del 78 % en enfermedad hemorroidal grado I, 72% grado II, y 68% grado III. Puede haber hemorragia o dolor como complicaciones inmediatas, éste último se presenta hasta en un 5 a 20%. Dentro de las tardías puede presentarse necrosis o absceso entre la cuarta a la sexta semana, estos puede evitarse no inyectando el agente esclerosante dentro de la mucosa o debajo del músculo.

Fotocoagulación con infrarrojos.

Puede ser utilizada exitosamente en enfermedad hemorroidal grado I, y II sintomática. Su principio consiste en una fuente de calor, la cual genera pequeñas quemaduras, que ocasionan fibrosis fijando la mucosa al músculo. Algunos estudios demuestran un éxito de hasta el 80% en enfermedad hemorroidal grado III y IV, mientras que la mayoría de los estudios su éxito es entre el 70 al 88% con este equipo.

Las complicaciones que se presentan son quemaduras profundas, con lesión del esfínter y estenosis afectando un área que no presenta hemorroide; el otro inconveniente es lo caro del equipo.

Electrocoagulación.

Actúa en forma similar a la fotocoagulación, es usada exitosamente para la enfermedad hemorroidal grado I y grado II. El índice de éxito reportado fue de hasta el 90% en enfermedad hemorroidal grado I y II y del 80% en grado III. El costo es muy elevado pero se tienen buenos resultados. Las complicaciones son similares a las de fotocoagulación.

Crioterapia.

Se utiliza "congelando" la hemorroide, con resultado de granulación y reepitelización, y fijación de la mucosa rectal. Las principales complicaciones de este método son la destrucción inadvertida del esfínter anal, siendo la más grave. Otra complicación, es la descarga de material fétido que se alarga hasta por un periodo mayor de 6 semanas. Se ha abandonado por su incontrolada destrucción de tejido, elevada morbilidad y ser un método excesivamente caro.

Dilatación de Lord.

Consistente en sesiones introducción de un dilatador por el ano, utilizado en enfermedad hemorroidal grado I, II y III. Teniendo un éxito de 60 al 90%, sin embargo este método se ha abandonado por lo traumático del procedimiento, provocando lesión de los esfínteres con incontinencia secundaria, y lo impredecible de sus resultados ya que no es medible para todos los pacientes.

Ligadura con bandas elásticas.

Es un procedimiento simple barato y con alto grado de éxito principalmente para enfermedad hemorroidal grado II y ocasionalmente para grado III. Desde su inicio se han utilizado diferentes pinzas para ligar hemorroides, Blaisdell describió una pinza para ligar hemorroides en 1954, Barrón modificó esta pinza en 1962 y desde entonces se ha ideado una serie de pinzas que incluyen la pinza de Lamm y Rudd en 1973, modificando esta técnica con la pinza de Mc Givney; después los ligadores a succión, el ligador de Lursz- Góitner en 1978, el ligador de Pyser en 1984 y el ligador de Mc Gown en 1987, este último modificado pero actualmente más común. Básicamente el principio de todos es el mismo la única variante es la accesibilidad y realizar el procedimiento cada vez más sencillo y económico.

El objetivo de la aplicación de las bandas es disminuir el flujo sanguíneo por atrofia parcial del plexo submucoso, extirpar el exceso de tejido hemorroidal reduciéndolo a proporciones fisiológicas y se produce una úlcera, que una vez cicatrizada, causa una fibrosis que fija a la mucosa, impidiendo su desplazamiento, y por lo tanto controlando el prolapso.

Se realiza aplicando una o dos bandas de caucho de 0.5 cm a 1 cm proximal de la línea dentada, buscando los paquetes hemorroidales primarios. Se puede ligar un paquete por sesión por semana, aunque se han descrito 2 o hasta tres paquetes hemorroidales en una sola sesión, sin aparente aumento en la morbilidad por el procedimiento.

Los resultados de la aplicación de las bandas son de 95% para grado I, 90% para grado II y 86% para grado III, en grado IV tiene poco éxito reportándose los mejores resultados del 26%.

La mayoría de los pacientes aceptan el procedimiento, sin anestesia y ocasionalmente con algún analgésico sistémico antes y después de la colocación de bandas, ya que donde se colocan las bandas es una zona de poca sensibilidad, de tal forma que solo un 5% a 10% presentan insatisfacción de las bandas, requiriendo hemorroidectomía formal.

Las complicaciones reportadas son del 1% o menos en pacientes con colocación de bandas, siendo el sangrado temprano, dolor, disuria o retención urinaria. Hay reportes aislados de sepsis posterior a su aplicación.

Se ha considerado el tratamiento de primera elección, antes de proponer tratamiento quirúrgico a los pacientes.

Hemorroidectomía quirúrgica.

De todos los pacientes en quienes se realizó tratamiento a base de dieta rica en fibra, ablandadores de las heces o alguna técnica de fijación de hemorroides, fracasaron, entre un 5 a 10%. Que fue indicación para tratamiento quirúrgico. Otra de las indicaciones fue enfermedad hemorroidal grado III y IV con o sin componente externo, con síntomas y signos importantes, y fracaso de métodos conservadores.

El objetivo es restaurar el canal anal hasta conseguir una anatomía y fisiología próximas a la normalidad, mediante la resección de paquetes primarios sin incluir ni piel ni músculo. Se han utilizado desde el siglo pasado múltiples técnicas abiertas o cerradas.

La hemorroidectomía cerrada, se inicia con una incisión elíptica en la piel perianal, eliminando piel y tejido hemorroidal hasta el músculo del esfínter interno subyacente, identificando vasos sangrantes y cauterizándolos, elevando el anodermo y mucosa, disecando y cortando el tejido hemorroidal desde abajo de este colgajo, después de esto se inicia el cierre desde el vértice de la herida hasta el anodermo con catgut crómico 000.

La hemorroidectomía abierta, se realiza tomando los paquetes con pinzas llevándolos hacia fuera, posteriormente cortando cada área, dejando un pedículo proximal que se liga, se realiza hemostasia con cauterio y se dejan abiertas las heridas.

Básicamente estos son los procedimientos quirúrgicos que se realizan con algunas variables.

Las complicaciones más comunes se presentan dentro de las primeras 24 a 48 hrs. Posteriores al tratamiento quirúrgico, que incluyen retención aguda de orina, sangrado, impactación fecal, y prurito.

El tratamiento no quirúrgico de la enfermedad hemorroidal tiene una recurrencia de hasta un 20%, a comparación del tratamiento quirúrgico que tiene una recurrencia del 2%.¹²⁻¹³⁻¹⁴

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La presentación de la enfermedad hemorroidal es frecuente en nuestro medio, se han propuesto muchos tratamientos como opciones de manejo.

¿Cual es el resultado y morbimortalidad relacionado con el empleo de la colocación de bandas elásticas en la enfermedad hemorroidal grado II y grado III?

HIPOTESIS

Los resultados de las bandas elásticas en pacientes con enfermedad hemorroidal grado II y grado III es adecuada en pacientes seleccionados, disminuye los signos y síntomas, con una baja morbilidad y mortalidad.

OBJETIVOS

Establecer los resultados y la morbimortalidad relacionada de los pacientes con enfermedad hemorroidal grado II y grado III, con colocación de bandas elásticas, con un seguimiento de seis meses a dos años.

MATERIAL, PACIENTES Y METODOS

1. -Diseño de Estudio.

Es un estudio retrospectivo, transversal

2. -Universo de trabajo.

Este estudio se lleva a cabo en quienes se realizo colocación de bandas elásticas en el prolapso hemorroidal grado II y III, en el Servicio de Cirugía de Colon y Recto del Hospital de Especialidades del C M N Siglo XXI del I M S S. del 1 de Junio de 1999 al 31 de Mayo del 2001.

3. -Descripción de Variables.

Variables independientes.

- a) Aplicación de bandas elásticas en la enfermedad hemorroidal grado II y III.

Variables dependientes:

- a) Síntomas precolocación de bandas y post colocación de bandas
- b) Morbilidad relacionada
- c) Mortalidad relacionada.

Variables de confusión.

Son edad, sexo.

Descripción operativa

Variable independiente

- a) Colocación de bandas de hule elásticas y aplicación en paquetes primarios, en los cuadrantes anterolateral derecho, posterolateral derecho y lateral izquierdo, con una diferencia de 1 semana en la colocación, entre cada uno de los paquetes.

Variables dependientes

- a) síntomas pre y post colocación de bandas elásticas:
Los síntomas antes de la colocación de banda elásticas son:
Sangrado.-el paciente lo refiere como salida de material hemático postdefecatorio, rojo brillante e indoloro que se presenta al final de la evacuación, con goteo terminal en la taza de baño y manchado de papel sanitario, presentándose generalmente posterior a estreñimiento.

a1) Prolapso. Es la protusión de las hemorroides por debajo de la línea dentada por lo común ocurre en el momento del pujo al defecar. En la mayoría de los casos hay reducción espontánea. A veces es necesario el reemplazo manual y en algunas ocasiones avanzadas el prolapso no es reductible, en los dos casos conducen a flujo mucoso y manchado fecal, que producen prurito y excoriación de la piel perianal.

b) Morbilidad relacionada

Se llevara control de los síntomas, posterior a la colocación de bandas dentro de los primeros 30 días y las complicaciones que se presenten, como puede ser hemorragia, dolor, escurrimiento, pujo, tenesmo, fiebre o ninguno. Y a la exploración, se verificara datos de escaras, necrosis, laceraciones, hemorragia, sepsis, inflamación o ninguno.

c) Mortalidad relacionada

Pacientes que fallecieron dentro de los primeros 30 días posteriores al procedimiento, como complicación del mismo.

c) Variable de Confusión.

Variables demográficas:

- a.- Edad, cualquier edad del paciente que presente síntomas relacionados a enfermedad hemorroidal grado II, III, desde el momento en que se coloquen las bandas elásticas.
- b.- Sexo, masculino o femenino.

4. -selección de la muestra.

Tamaño de la muestra

Se estimara de acuerdo a las variables independientes y de confusión; se recolectaran los pacientes de dos años a la fecha.

a) criterios de selección.

Inclusión : Todos los individuos que presentaron síntomas secundarios a enfermedad hemorroidal grado II, III, como sangrado más dos ocasiones en un lapso de 6 meses, dolor, secreción, irritación o prurito, con tratamiento medico adecuado por mínimo un mes.

A todos se les realizo inspección, tacto rectal, anoscopia y rectosigmoidoscopia. El seguimiento de los pacientes debe de ser durante un mínimo de 6 meses posterior a la colocación de bandas.

5. - Procedimientos

Los pacientes se buscaran del expediente clínico que reúna los criterios de inclusión. Se buscará en el expediente clínico:

Sangrado o prolapso hemorroidal; además de que les haya realizado examen proctológico completo, que haya tenido evaluación por el servicio de colon y recto de Centro Medico Nacional siglo XXI, con un mínimo de 6 meses posteriores a la colocación de bandas.

6. -análisis estadístico

Para las variables de sangrado y prolapso antes y después de la colocación de bandas elásticas, se realizara estadística descriptiva, a través de frecuencias y se buscara si hay diferencias estadísticamente significativas para la prueba de Mc Nemar.

Para la morbilidad relacionada, en el procedimiento se realizara análisis de frecuencias.

Para las variables demográficas se realizara análisis de frecuencias.

CONSIDERACIONES ETICAS

El estudio proyectado no altera de ninguna forma la evolución de los pacientes.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO

Recursos humanos.

Personal medico del servicio de Cirugía de Colon y Recto involucrados en el estudio, así como el personal del archivo clínico y estadística de enseñanza del Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional Siglo XXI.

Recursos materiales.

Computadora, hojas de papel, artículos de la biblioteca

Recursos Financieros.

No se requieren

Hoja de recolección de datos

RESULTADOS

Se revisaron los expedientes de todos los pacientes que se les colocó bandas elásticas por enfermedad hemorroidal grado II y grado III, de Junio de 1999 a Mayo del 2001, encontrándose 40 pacientes que reunieron los criterios de inclusión, enfermedad hemorroidal grado II y grado III, con sangrado en mas de dos ocasiones, en un lapso de 6 meses, con algún otro síntoma agregado como dolor, secreción, irritación y prurito con tratamiento medico por mínimo un mes, sin respuesta favorable al mismo. A todos los pacientes se les realizó examen proctológico completo. Su seguimiento fue de 6 meses como tiempo mínimo.

De los 40 pacientes 21 eran femeninos (52.5%) y 19 masculinos (47.5%), con una edad que oscilaba la mínima 23 años y la máxima de 89 años, con una media de 52 años; el tiempo de evolución de su padecimiento fue de 6 meses como mínimo, a 16 meses como máximo, con una media de 11 meses; Los antecedentes de importancia fueron, 31 pacientes sin antecedentes quirúrgicos (77.5%), 4 pacientes esfinterotomía (10%), 4 pacientes hemorroidectomía (10%), 1 paciente fistulotomía (2.5%). Los síntomas previos a la colocación de bandas elásticas, que mencionaban los pacientes fueron, sangrado postdefecatorio, prolapso hemorroidal y dolor 16 pacientes (40%), rectorragia y dolor 12 pacientes (30%), rectorragia y prolapso hemorroidal 10 pacientes (25%), trombosis hemorroidal 1 paciente (2.5%), prurito y rectorragia 1 paciente (2.5%).Tabla 1

El tratamiento previo a la colocación de bandas fue dieta y ablandadores de las heces (psyllum plántago) 28 pacientes (70%), dieta y medicamentos tópicos 4 pacientes (10%), medicamentos tópicos 4 pacientes (10%), ninguno 4 pacientes (10 %). Tabla 2

La colocación de bandas elásticas de acuerdo al grado fue, 20 pacientes con enfermedad hemorroidal grado II (50%), 19 pacientes enfermedad hemorroidal grado III (47.5%), 1 paciente enfermedad hemorroidal grado IV (2.5%). Tabla 3

Se realizó la colocación de bandas por sectores en tres sesiones, en la primera sesión 40 pacientes, 19 pacientes en el sector posterior derecho (47.5%), 16 pacientes en sector anterior derecho (40%), 5 pacientes latero lateral izquierdo (12.5%). En la segunda sesión fueron 36 pacientes, en el sector anterior derecho 13 pacientes (36.1%), 13 pacientes latero lateral izquierdo (36.1%), 10 pacientes posterior derecho (27.8%). En la tercera sesión 23 pacientes, 17 pacientes en el sector latero lateral izquierdo (74%), 4 pacientes en el sector posterior derecho (17%), 2 pacientes en sector anterior derecho (9%).Tabla 4, 5, 6

El tiempo entre la primera sesión y la segunda fue de en promedio 8.1 días, entre la segunda y tercera fue de 9.1 días.

Los síntomas postcolocación de bandas, 12 pacientes (30%) no presentaron ningún síntoma, pujo 10 pacientes (25%), pujo y tenesmo 8 pacientes (20%), dolor, escurrimiento y pujo 4 pacientes (10%), dolor, hemorragia y pujo 3 pacientes (7.5%), hemorragia leve 2 pacientes (5.0%), tenesmo hemorragia y flujo 1 paciente (2.5%).

Posterior a la colocación de bandas se realizó exploración, con los siguientes hallazgos, 34 pacientes con cambios inflamatorios y atróficos (85%), 3 pacientes presentaron escaras (7.5%), 1 paciente laceración (2.5%), 1 paciente necrosis e inflamación (2.5%), 1 paciente úlcera superficial (2.5%). A Ningún paciente se le retiraron bandas.

Las complicaciones de la colocación de bandas elásticas fue, 28 pacientes ninguna (70%), 10 pacientes dolor moderado (25%), dolor y hemorragia 2 pacientes (5%).

La evolución fue satisfactoria en 37 pacientes (92.5%), mala en 2 pacientes (5.0%) y regular en 1 paciente (2.5%). Por grados de enfermedad hemorroidal la evolución fue 20 pacientes con enfermedad hemorroidal grado II, 19 pacientes evolución satisfactoria (95%), 1 paciente mala evolución (5%). Tabla 7

Para enfermedad hemorroidal grado III, 17 pacientes evolucionaron satisfactoriamente (89.5%), 1 paciente con regular evolución (5.3%) 1 paciente con mala evolución (5.3%). Un paciente con enfermedad hemorroidal grado IV que evolucionó satisfactoriamente.

Se revisaron a los pacientes durante 3 meses y hubo seguimiento mínimo a 6 meses, dándose de alta del servicio a 38 pacientes (95%), quedando en la consulta en vigilancia 2 pacientes por continuar con sangrado y prolapso hemorroidal (5%). De los 40 pacientes se consideró éxito total en 37 (92.5%), 1 paciente continuo con hemorroide residual aunque clínicamente mejoro y se dio de alta (2.5%) y dos pacientes se consideraron fracasos (5.0%).

ANÁLISIS

Durante el seguimiento de dos años de todos los pacientes, se encuentra con mínima predominancia del sexo femenino, veintiún pacientes femeninos por 19 masculinos, estadísticamente sin importancia, llamó la atención, la edad porque el paciente con la edad mínima es de 23 años, no siendo esto tan común. Muchos pacientes no acudieron a su cita mejoraban, pero continuaban con sangrado, por eso aumento su tiempo de evolución, como en los datos registrados en este estudio de 16 meses de evolución, lo cual es un tiempo prolongado, para este tipo de padecimiento.

Del grupo de pacientes registrados 31 pacientes (77%) no tenían antecedentes quirúrgicos, el resto si lo tenía, incluso 4 con hemorroidectomía formal, lo que nos habla de recurrencia en el procedimiento anterior, que se soluciona con la colocación de bandas elásticas. El síntoma predominante previo a la colocación de bandas elásticas fue referido por los pacientes como sangrado postdefecatorio, prolapso hemorroidal y dolor en un total de 16 pacientes (40%), rectorragia y dolor fue referido como segundo síntoma, con 12 pacientes (30%), rectorragia y prolapso hemorroidal en 10 pacientes (25%) como tercero, los dos restantes no son estadísticamente importantes, fueron rectorragia acompañada de prurito y trombosis hemorroidal.

El tratamiento previo a la Cirugía fue medico a base de dieta rica en fibras verduras, frutas, abundantes líquidos, y ablandadores de las heces fecales del tipo de psyllun plántago que fueron en total 28 pacientes (70%), 4 pacientes (10%) en segundo manejo a base de dieta y tratamiento tópico, con igual numero de pacientes 4 tratamiento tópico (10%), y 4 pacientes refirieron que ningún tratamiento previo, cabe mencionar que 4 pacientes de los 40, tenían procedimiento quirúrgico de hemorroidectomía.

Se realizó en 20 pacientes con enfermedad hemorroidal grado II colocación de bandas (50%), 19 pacientes con enfermedad hemorroidal grado III (47.5%), y un paciente (2.5%) con enfermedad hemorroidal grado IV, este ultimo no es estadísticamente significativo. Cabe mencionar que no a todos los sectores, se les coloco bandas porque no lo ameritaban, asi mismo, hubo pacientes que se les colocó solamente una o dos bandas. El sector predominante en la primera sesión fue el posterior derecho con 19 pacientes (47.5%), 16 pacientes sector anterior derecho (40%), 5 pacientes latero lateral izquierdo (12.5%).

La segunda sesión se llevo a cabo en un tiempo promedio de 8.1 días, pero no se les coloco a los 40 pacientes; Solamente 36 pacientes tenían dos sectores afectados, el predominante fue anterior derecho en 13 pacientes (36.1), latero lateral izquierdo en 13 pacientes (36.1%) y 10 pacientes posterior derecho (27.8%).

Para la tercera y última sesión solamente hubo 23 pacientes de los cuarenta (58%), el tiempo promedio entre la colocación de la segunda y tercera liga fue de 9.1 días. 17 pacientes en sector latero lateral izquierdo (74%), 4 posterior derecho (17%), y dos anterior derecho (9%).

De todos los pacientes, cabe aclarar 4 pacientes, ya tenían hemorroidectomía formal, por lo cual solamente se colocó en sector afectado, también hacer mención que se colocó solamente una liga por sector.

En la siguiente sesión se les preguntó a los pacientes que síntomas habían tenido posterior a la colocación de bandas elásticas, mencionando 12 pacientes ninguno, los restantes 28 pacientes si presentaron algún tipo de síntoma predominando el pujo con 10 pacientes (25%), pujo y tenesmo 8 pacientes (20%), dolor, escurrimiento y pujo 4 pacientes (10%), dolor hemorragia y pujo 3 pacientes (7.5%), hemorragia leve dos pacientes (5.0%), tenesmo hemorragia y flujo un paciente (2.5%). Esto quiere decir que el 70% de los pacientes, presentó síntomas inmediatos a la colocación de bandas elásticas, los cuales mejoraron con medidas higiénico dietéticas, con analgésicos y ablandadores de las heces fecales, no hubo complicaciones mas graves como retención aguda de orina o abscesos.

En cada sesión y durante el seguimiento se realizó, exploración para ver los cambios de la colocación de bandas, se encontraron cambios esperados en 34 pacientes (85%), en tres pacientes se presentaron escaras (7.5%), 1 paciente necrosis e inflamación (2.5%), 1 paciente laceración (2.5%), un paciente ulcera superficial (2.5%). A ningún paciente se le retiraron las bandas.

Una vez finalizada las sesiones, se encontraron complicaciones en 30% de los pacientes, la primera complicación fue dolor moderado en 10 pacientes y hemorragia en dos pacientes. Estas complicaciones mejoraron con el paso del tiempo, pero los pacientes que presentaron hemorragia, no hubo mejoría.

De los 40 pacientes, 37 evolucionaron satisfactoriamente, dos pacientes mala evolución y uno regular, de los pacientes que evolucionaron satisfactoriamente, 19 tenían enfermedad hemorroidal grado II (95%), 17 pacientes enfermedad hemorroidal grado III (89.5%). Un paciente con enfermedad hemorroidal grado IV, no estadísticamente importante.

Los restantes tres pacientes, dos tenían enfermedad hemorroidal grado III, uno evoluciono mal, el otro regular, uno más tenía enfermedad hemorroidal grado II, que evolucionó mal. De estos tres pacientes, dos fracasaron en el tratamiento de la colocación de bandas elásticas.

Se considero éxito para enfermedad hemorroidal grado II en 92.5%, de los pacientes y de 89.5% para enfermedad hemorroidal grado III. Los pacientes en quienes se fracaso con el tratamiento de bandas elásticas, continuaron en la consulta y no aceptaron ningún otro tratamiento, medico, no medico o quirúrgico.

DISCUSION

La enfermedad hemorroidal es un padecimiento común en todo el mundo, se dice que alrededor del 50% de los pacientes han presentado síntomas a la edad de 50 años. 1, 2

Desde el siglo XIX, se habían ideado métodos para ligar hemorroides, no fue si no hasta 1958, cuando Blaisdell realizó la primera colocación formal de bandas elásticas posteriormente Barron en 1963 hizo una descripción completa con varios estudios, posterior a ello quizá se dejó un poco, y no fue si no hasta la década de los setentas que se puso de nuevo en boga y se propuso la pinza de Mc Givney, desde entonces hasta la fecha, se han ideado múltiples métodos cada vez mas sofisticados para realizar la ligadura hemorroidal por medio de bandas elásticas, la pinza que nosotros utilizamos en esta ocasión es una derivada de la pinza de Mc Gown, quien la implemento con sistema de aspiración. 3

Se han empleado numerosos tratamientos no operativos para el manejo de las hemorroides, sobre todo para la enfermedad hemorroidal grado II y grado III. Estos incluyen crioterapia, terapia con laser, diatermia bipolar, fotocoagulación, escleroterapia y ligadura con badas elásticas, se han realizado múltiples estudios comparativos, en cuanto a los resultados de todos estos métodos sin embargo el que tiene un mayor éxito y aceptación es el de la ligadura hemorroidal con bandas elásticas. 7, 8, 9, 10

En cuanto a los resultados que nosotros obtuvimos, se pueden realizar una discusión en cuanto a los de otros estudios. No hay diferencia en cuanto al sexo es casi igual para femeninos o masculinos, la edad de presentación también es mas frecuente en la tercera y cuarta década de la vida, sin embargo cabe mencionar que tuvimos paciente en los extremos siendo él mas joven de 23 años y el de mas edad de 89 años, en comparación a los antecedentes de los pacientes no mencionan que tengan cirugía previa, en este estudio se encontraron 9 pacientes, en total con cirugía previa. 7

El tratamiento previo a la colocación de bandas es el mismo en comparación con demás estudios, los pacientes han sido manejados con medicamentos tópicos, ablandadores de las heces y dieta. 8

En la gran mayoría de los estudios se realiza la colocación de bandas elásticas en pacientes grado II con alto éxito, en este estudio se colocaron por igual en pacientes con enfermedad hemorroidal grado II y grado III, sin embargo cabe mencionar que no tenían todos los paquetes hemorroidales afectados, por lo tanto hubo pacientes a los cuales se les colocó banda elástica en una sola ocasión o en dos máximo con enfermedad hemorroidal grado III, considerándose como éxito si el paciente evolucionaba hacia la mejoría, este estudio muestra un éxito en cuanto a la colocación sin presentar retiro de bandas, el tiempo de colocación entre una y otra banda varía ya que actualmente se han presentado estudios que en una sola sesión se colocan hasta tres bandas en distintos cuadrantes con baja morbilidad.

Los síntomas postcolocación de bandas elásticas en comparación con algunos estudios, como pujo, tenesmo y se presentó en 70% de los pacientes, sin embargo a pesar de ser alto, fue bien tolerado mediante medidas higiénico dietéticas y analgésicos. Se describe en este estudio los hallazgos postcolocación de las bandas elásticas con hallazgos prácticamente sin alteraciones aparentemente, el 85% de los pacientes con cambios esperados y solamente el 15% de los mismos hallazgos de falta de cicatrización. 11, 13

Se considero complicaciones cuando el paciente presentó sangrado o dolor posterior a la colocación de la banda, en este estudio. Diez pacientes presentaron dolor que representa un 25% del total, en comparación con otros estudios esta dentro del rango, que es del 1 al 29%. Hubo dos pacientes que es el cinco por ciento del total que presentó sangrado continuo, descartándose otra patología, considerándose posteriormente fracaso en la colocación de bandas elásticas, en comparación a otros estudios esta dentro del rango ya que en forma conjunta representa el 5% de fracasos. Se cuestiono intencionadamente al paciente alguna otra complicación como retención aguda de orina, absceso, prurito, sin mencionar alguna otra complicación. 12, 14

En total la evolución fue satisfactoria en el 92.5% de todos los pacientes, que representa un alto porcentaje comparado con otros estudios, ya que se mencionan rangos de hasta 90% en los mejores casos, pero solamente de enfermedad hemorroidal grado II, ya que al aumentar el grado disminuye aparentemente la efectividad de las ligas, en este estudio se presentó un éxito del 89.5% en enfermedad hemorroidal grado III, que comparado con los mejores resultados de otros estudios fue de 86%, cabe mencionar que estos estudios son de más pacientes y en algunos no se separan en enfermedad hemorroidal grado II y grado III. El paciente que se le colocó banda elástica con enfermedad hemorroidal grado IV, no tiene importancia estadística ni es comparable, porque fue solamente un caso. 10, 11, 14

Existen algunos estudios de seguimiento hasta por dos años, en este estudio, el seguimiento para algunos pacientes si cumplió con ese tiempo. Cabe comentar que en ningún estudio se menciona el retiro de bandas, en este estudio no se retiró ninguna.

CONCLUSIONES

La colocación de bandas elásticas en tres sesiones distintas nos da la oportunidad de revisar al paciente y al mismo tiempo valorar la evolución.

Los síntomas posteriores a la colocación de bandas elásticas por enfermedad hemorroidal grado II y grado III, es tolerable por los pacientes, a pesar de ser alto.

La morbilidad de la colocación de bandas elásticas es muy baja, tan solo del cinco por ciento, y sin consecuencias graves.

La colocación de las bandas elásticas en pacientes con enfermedad hemorroidal grado II y grado III tiene un alto éxito, cuando están bien colocadas las bandas, con baja morbilidad.

Este método dentro de todos los no quirúrgicos es el más sencillo, barato y con mas alto índice de éxito.

BIBLIOGRAFÍA

1. THOMPSON W. H., THE NATURE OF HEMORRHOIDS BR J. SURG., VOLUMEN 62, PAG 542- 552, 1985.
2. HOLLEG C.S., HISTORY OF HEMORRHOIDAL SURGERY. SOUTH MED. J., VOLUMEN 39, PAG 536, 1946.
3. MAIMONIDES M, ROSHER F., MUNTER S., TRANS TREATISE ON HEMORRHOIDS, PHILADELPHIA, J. B. LIPPINCOTT, 1969
4. FERGUSON J. A., MAZIER W. P., GANCHROW M. I. ET AL, THE CLOSED TECHNIQUE OF HEMORRHOIDECTOMY SURGERY, VOLUMEN 70, PAG 480- 484, 1971.
5. THOMPSON W. H. F., THE NATURE OF HAEMORRHOIDS, BRITISH JOURNAL OF SURGERY, VOLUMEN 62, PAG 542- 552, 1975.
6. THOMPSON W. H. F., THE NATURE OF HAEMORRHOIDS, BRITISH JOURNAL OF SURGERY, VOLUMEN 62, PAG 542- 552, 1985.
7. MORGADO P. J., SUAREZ J. A., GOMEZ L. G., ET AL, HISTOCLINICAL BASIS FOR A NEW CLASSIFICATION OF HEMORRHOIDAL DISEASE, DISEASE COLON RECTUM, VOLUMEN 31, PAG 474- 480, 1988.
8. HASS P. A., HASS G. P., SCHMULTZ SETAL, THE PREVALENCE OF HEMORRHOIDS, DIS. COLON RECTUM, VOLUMEN 26, PAG 435- 439, 1983.
9. MAZIER W. P., WOLKOMIR J. F., HEMORRHOIDS SEMINARS. COLON AND RECTAL SURGERY, VOLUMEN 1, PAG 197- 206, 1990.

10. JOHN F., JOHANSON M. D., ALFRED RIMN P.H., D OPTIMAL NONSURGICAL TREATMENT OF HEMORREHOIDS, A COMPARATIVE ANALYSIS OF INFRARED COAGULATION, RUBBER BAND LIGATION, AND INJECTION SCLEROTHERAPY. THE AMERICAN JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY, VOLUMEN 87 No. 11, PAG 1601- 1606, 1992.

11. FRANCIS SEOW – CHOEN ET AL, RANDOMIZET TRIAL COMPARING PAIN AND CLINICAL FUNCTION AFTER CONVENTIONAL SCISSORS EXCISION / LIGATION/ SDIATHERNY EXCISION WITHOUT LIGATION FOR SYMPTOMATIC PROLAPSE HEMORRHOIDS. DISEASE OF THE COLON AND RECTUM, VOLUMEN 35, No. 12, PAG 1165-1169, 1992.

12. ROSELL K., PEARL, MD. HERAND ABEURIAN MD, INFECTION IN SURGERY, VOLUMEN 9, No. 7, PAG 9- 47, 1992

13. HELEN M, MAC ·RAE, ET AL, COMPARATION OF HEMORRHOIDAL TRATMENT MODALITIES DISEASE OF THE COLON AND RECTUM, VOLUMEN 38, No. 7, PAG 687- 694, 1995

14. EUGENE P. SALVATI MD, NONOPERATIVE MANAGEMENT OF HEMORRHOIDS, DISEASE THE COLON AN RECTUM VOL. 42 NO. 8 PAG. 989-993, 1999.

TABLA NO. 1

SINTOMAS PREVIOS

SANGRADO POSTDEFECATORIO		16	PACIENTES	40	%
RECTORRAGIA DOLOR	Y	12	PACIENTES	30	%
RECTORRAGIA PROLAPSO	Y	10	PACIENTES	25	%
TROMBOSIS HEMORROIDAL		1	PACIENTE	2.5	%
PRURITO RECTORRAGIA	Y	1	PACIENTE	2.5	%

TABLA NO. 2

TRATAMIENTO PREVIO

DIETA ABLANDADORES	Y	28	PACIENTES	70	%
DIETA Y TOPICOS		4	PACIENTES	10	%
MEDICAMENTOS TOPICOS		4	PACIENTES	10	%
NINGUNO		4	PACIENTES	10	%

TABLA NO. 3

COLOCACION DE BANDAS

ENFERMEDAD HEMORROIDAL G II	20	PACIENTES	50 %
ENFERMEDAD HEMORROIDAL G III	19	PACIENTES	47.5 %
ENFERMEDAD HEMORROIDAL G IV	1	PACIENTE	2.5 %

TABLA NO. 4

SITIOS DE COLOCACION

POSTERIOR DERECHO	19	PACIENTES	47.5 %
ANTERIOR DERECHO	16	PACIENTES	40 %
LATEROLATERAL IZQUIERDO	5	PACIENTES	12.5 %

TABLA NO. 5

SEGUNDA SESION

ANTERIOR DERECHO	13	PACIENTES	36.1 %
LATEROLATERAL IZQUIERDO	13	PACIENTES	36.1 %
POSTERIOR DERECHO	10	PACIENTES	27.8 %

TABLA NO. 6

TERCERA SESION

LATERO IZQUIERDO	LATERAL	17	PACIENTES	74	%
POSTERIOR DERECHO		4	PACIENTES	17	%
ANTERIOR DERECHO		2	PACIENTES	9	%

TABLA NO. 7

EVOLUCION

EVOLUCION	MALA	REGULAR	SATISFACTORIA	% DE ÉXITO
HEMORROIDES GRADO II	1 PACIENTE	0	19 PACIENTES	95 %
HEMORROIDES GRADO III	1 PACIENTE	1 PACIENTE	17 PACIENTES	89.5%
HEMORRIDES GRADO IV	0	0	1 PACIENTE	100 %

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
 SERVICIO DE CIRUGIA DE COLON Y RECTO

COLOCACIÓN DE BANDAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEMORROIDAL

Nombre: _____ Edad: _____

Afiliación: _____

Sexo: Masculino Femenino

Cx anorrectal previa:
 Hemorroidectomía Fistulotomía Esfinterotomía Esfinteroplastia

Otras: _____

Grado de Enfermedad hemorroidal:
 Grado I Grado II Grado III Grado IV

Tiempo de evolución: _____ meses

Síntomas: _____

Trafamientos previos:
 Medicamentos tópicos Dieta Ninguno

Otros: _____

Fecha de colocación de bandas:

Sesión	Fecha	Cuadrantes tratados	Número de bandas por cuadrante
1			
2			
3			

Complicaciones del procedimiento:
 Dolor Hemorragia Falla Ninguna

Otras: _____

Síntomas postcolocación de bandas:
 Dolor Hemorragia Esgurrimento Pujo

Tenesmo Fiebre Ninguno

Otros: _____

Hallazgos en la exploración física:

Escaras Necrosis Laceraciones Hemorragia

Sépsis Inflamación Ninguno

Otros: _____

Retiro de bandas: si no

Motivo: _____

Evolución: Satisfactoria Regular Mala

Observaciones: _____