

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

CONGESTIONES PROCTALES

T E S I S

QUE PARA SUSTENTAR EL EXÁMEN
DE MEDICO CIRUJANO Y PARTERO
PRESENTA EL ALUMNO

ALBERTO MEJIA C.



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.

A mis padres.

Un recuerdo a su memoria.

A mi hermana.

Al Dr. GUSTAVO BAZ, con veneración y
respeto por sus bondades.

Al Dr. RAOUL FOURNIER, con agra-
decimiento por sus enseñanzas.

Al Lic. ADOLFO LOPEZ MATEOS,
por su amistad.

I

ANATOMIA DEL RECTO

El recto es la última porción del intestino grueso. Superiormente se continúa con el colon, y por su parte inferior termina con el ano. A los lados, este órgano se encuentra en relación con la excavación pélvica, que presenta con él, las más íntimas conexiones.

LIMITES. — Pudiésemos afirmar que el límite superior es convencional y está marcado por un plano externo colocado a la altura de la sínfisis sacroilíaca izquierda (tendremos presente que la S ilíaca cambia frecuentemente de sitio, y el recto la sigue en sus desplazamientos. El inferior lo hemos

mencionado ya al decir que el recto termina con el ano.

DIRECCION.—De un modo general tiende hacia la vertical, sin embargo, Lisfranc le llamaba curvo, ya que en vez de ser completamente rectilíneo, presenta distintas incurvaciones, tanto en el sentido lateral, como en el anteroposterior.

Incurvaciones laterales.—Partiendo de la sínfisis sacro-ilíaca izquierda se dirige un poco hacia la derecha, traspasa la línea media, vuelve inmediatamente hacia la izquierda, para colocarse en la línea media en su última porción. Esta trayectoria afecta la forma de una S itálica prolongada, describiendo dos curvas laterales muy ligeras, una superior con concavidad hacia la izquierda, otra inferior con concavidad hacia la derecha. Habrá que hacer notar que estas incurvaciones no presentan mayor interés desde un punto de vista

práctico; pues se enderezan fácilmente y no se oponen a la introducción de instrumental recto; y además, sólo son perceptibles en un intestino vacío.

Incurvaciones antero-posteriores.— Estas son más pronunciadas que las anteriores y de mayor importancia. Partiendo de su origen, el recto se adapta a la curva del sacro, siguiéndole hasta el vértice del coxis, por lo tanto, se dirige primero hacia atrás, luego hacia adelante, describiendo, lo mismo que la pared posterior de la pelvis, una vasta curva cuya concavidad mira hacia adelante. De éste modo, el órgano que describimos recibe en su concavidad la cara posterior convexa de la vejiga, y la extremidad inferior de la curva está en relación con el vértice de la próstata. A partir de este lugar se dirige bruscamente hacia atrás, y después de una trayectoria de cinco centímetros, termina en el ano.

El recto describe en el plano antero-posterior, dos curvas de muy desigual longitud, la primera es superior, cuya concavidad mira hacia adelante, y es tan amplia como el sacro y el coxis juntos, la segunda curva es inferior y su concavidad mira hacia atrás, pero es demasiado corta.

CALIBRE.—El calibre de este órgano no es uniforme en toda su extensión. La parte más estrecha la encontramos entre el ano y el vértice de la próstata, región que por estar rodeada de los músculos esfínteres, recibe el nombre de “esfinteriana o anal”.

Inmediatamente, por encima de esta región, el recto se dilata bruscamente en forma de ampolla y viene a dar origen a la “región ampular”, cuyo límite superior puede apreciarse sensiblemente ya que por encima de ella encontramos la “región supra-ampular”, que regularmente es cilíndrica.

Como toda víscera hueca, el recto es susceptible de experimentar, a la larga, dilataciones bruscas cuando las materias fecales se acumulan en su interior. Pero la inversa también es cierta, el recto sufre de estrecheces después de determinados procesos patológicos localizados en esta región, y entre ellos podemos mencionar la enfermedad de Nicolás y Favre, el cáncer, la sífilis, etc.

RELACIONES.—Desde este punto de vista consideramos en el recto una cara anterior, una posterior y dos laterales, siendo además, muy interesante sus relaciones con el peritoneo, por lo cual pasamos a describirlas desde luego.

Relaciones con el peritoneo.—En su origen el órgano se halla envuelto por todos lados por la serosa, pero al hundirse en la pelvis para atravesar las partes blandas que por su parte inferior cierran esta cavidad, el peritoneo se refleja sobre los órganos inmedia-

tos, formando con anterioridad un pequeño mesenterio que sujeta al recto a la cara anterior del sacro, en la pared anterior el peritoneo al llegar a la altura de las vesículas seminales en el hombre y al cuarto inferior de la vagina en la mujer, se refleja formando el fondo de saco anterior. Este fondo de saco dista unos cinco centímetros del ano cuando la vejiga está vacía y aumenta un centímetro cuando está llena. De la cara anterior el peritoneo pasa a las laterales, siguiendo una dirección oblicua de arriba abajo y de delante atrás, así se explica la diferencia de nivel que presenta la serosa, al recubrir la pared anterior y la posterior. La distancia que separa al ano del punto en que el recto está recubierto por peritoneo es de unos doce centímetros.

Relaciones de la cara anterior.—Las relaciones de la cara anterior del recto con los demás órganos de la pelvis, son diferentes en el hombre y en la mujer.

En el hombre la porción intra-peritoneal, se encuentra en relación con la cara posterior de la vejiga, separada una de otra por intermedio de asas intestinales cuando la vejiga está vacía, pero cuando está llena el contacto es directo, y en ese caso lo comprime y lo aplana de delante hacia atrás. Siguiendo hacia abajo y ya en plena porción sub-peritoneal, encontramos que el recto y el fondo inferior de la vejiga, casi se tocan y tan sólo están separadas por un plano fibro-muscular que se extiende desde la próstata hasta el fondo de saco anterior del peritoneo y que ha sido descrito por Denonvilliers con el nombre de "aponeurosis próstato-peritoneal"; esta hoja sujeta al peritoneo, impidiendo que la serosa se eleve demasiado cuando la vejiga se distiende. A los lados de la vejiga nos encontramos las vesículas seminales, una de cuyas partes descansa directamente sobre el órgano que estamos describiendo. Más

abajo y en el espacio triangular que separa las vesículas seminales, nos encontramos la próstata. A partir del vértice de la próstata, la uretra y el recto se separan uno de otro formando un ángulo de unos 30 ó 40 grados, la primera se dirige hacia adelante y el recto se dirige hacia atrás. De este cambio inverso de dirección resulta la formación de un espacio triangular cuya base corresponde a la piel y el vértice se toca con el pico de la próstata, región que ha sido designada con el nombre de "triángulo recto-uretral". La importancia de este triángulo amerita que se haga de él una descripción especial.

En él se considera un borde anterior, un borde posterior, un vértice, una base y una área circunscrita por los anteriores límites. El borde anterior se encuentra representado por la porción membranosa de la uretra y en sujetos de cierta edad está ocupado por el bulbo, el que a su vez se fija al conducto

por un desdoblamiento de la aponeurosis media del periné, formándose en este punto el ojal perineal. Su borde posterior está representado por la porción esfinteriana del recto. La base está representada por la piel de la región que se extiende desde la raíz de las bolsas hasta el ano. Su vértice corresponde al pico de la próstata; en este vértice la porción membranosa de la uretra y el recto se tocan de modo que la cavidad circunscrita por estos órganos se encuentra separada únicamente por el espesor de las paredes. El área del triángulo está ocupada por el entrecruzamiento, sobre la línea media, de las fibras del esfínter externo del bulbo cavernoso y el transverso superficial del periné. Más profundamente la porción membranosa de la uretra y el recto se aproximan y únicamente se hallan separados por una cantidad mayor o menor de tejido célula adiposo, en el in-

terior del cual se desarrollan arteriolas que provienen de las hemorroidiarias.

Relaciones de la cara posterior.— Las relaciones de la cara posterior son las que presenta con la corvadura sacra, a la cual le sigue en toda su longitud, descansando sobre los músculos piramidales, los isquio-coxígeos y los nervios del plexo sacro, teniendo presente, además, que la arteria mesentérica inferior se halla comprendida en las dos hojas del meso-recto. Por detrás del recto existe una abundante y floja capa de tejido celular. El principal medio de fijeza del órgano por esta cara, es el músculo elevador del ano, cuyas fibras se fijan a la superficie del intestino en su parte más inferior.

Relaciones de las caras laterales.— Las relaciones de las caras laterales no ofrecen ninguna particularidad digna de mención y solamente diremos, que se hallan en relación con la aponeuro-

sis perineal superior y los músculos elevadores del ano.

Variaciones en la mujer.—En la mujer la dirección y las subdivisiones del recto son las mismas que en el hombre, lo mismo que la disposición del peritoneo, por lo que respecta a las caras anterior y posterior, son también idénticas las relaciones de la cara posterior, pero no sucede lo mismo con las relaciones de la cara anterior que son completamente distintas como en seguida lo veremos. La cara anterior del recto se encuentra en relación con la posterior del útero, de la cual se separa por el fondo de saco posterior del peritoneo y que ordinariamente está ocupado por asas intestinales.

Las caras laterales del recto en la mujer, están en relación con los ligamentos útero sacros.

ESTRUCTURA DEL RECTO. — Independientemente del peritoneo que

en parte lo recubre, el recto se compone de una túnica mucosa, una muscular y una celulosa por donde corren vasos y nervios.

Túnica Mucosa.— Esta túnica es perfectamente característica por el gran número de pliegues que forma, cuando el intestino está vacío, la eminencia que forman estos pliegues de la mucosa, da al corte transversal del intestino, un aspecto estrellado. Es muy rica en vasos y presenta un color encarnado. Esta capa a nivel del borde superior del esfínter interno, se halla un poco levantada, formando una saliente más o menos depresible y que ha sido designada con el nombre de “válvula de Houston”.

La mucosa del recto, contiene en su espesor una infinita cantidad de glándulas en tubo y folículos solitarios. Se encuentra flojamente adherida a la capa subyacente, sobre todo, esta disposición se nota más hacia la parte ante-

rior, por eso no es raro verla salir en el momento de la defecación y sobre todo en los niños. El prolapso de la mucosa que también se llama equivocadamente caída del recto, puede hacerse permanente, siendo el resultado de un efecto de equilibrio perdido entre la resistencia de los esfínteres y la potencia que tiende a expulsar las materias.

Túnica Muscular.—Como en el resto del intestino, la túnica muscular se compone de dos clases de fibras, unas longitudinales y otras circulares, pero por razón de las funciones especiales del órgano, esta túnica tiene una importancia excepcional, estando, además, reforzada por fibras suplementarias que envían el músculo elevador del ano y el esfínter externo.

Las fibras longitudinales en vez de estar divididas en tres tiras, como lo están en el intestino grueso, se hallan diseminadas por toda la circunferencia

del órgano, lo cual le da cierta semejanza con el esófago.

Las fibras circulares, forman una capa concéntrica a la precedente y ofrecen una disposición análoga a la que se encuentra en el resto del intestino grueso, concentrándose en su parte inferior para venir a dar nacimiento al esfínter interno.

Nélaton ha señalado la presencia de manojos de refuerzo en distintas partes del recto, una de ellas colocada a ocho o diez centímetros por encima del ano, siendo según él, el punto de partida de una estrechez valvular. Un manajo muscular existe en la parte superior del recto y se le conoce con el nombre de "esfínter de O'Beirn".

Túnica Celulosa.—Compuesta por tejido celular laxo, en el interior del cual corren arterias, venas, linfáticos y nervios.

Arterias.—Las arterias del recto provienen de tres orígenes distintos y

se dividen en Hemorroidales Superiores, Medias e Inferiores. Las superiores, que son las más voluminosas, nacen de la Mesentérica Inferior y de la cual son su terminación. Las medias emanan directamente de la Hipogástrica y las inferiores de la Pudenda Interna. Estas últimas se distribuyen exclusivamente en la porción esfinteriana y atraviesan de afuera hacia adentro el hueco izquiro-rectal.

Venas.—Un plexus venoso rodea el canal del ano y las venas que de él brotan ascienden hacia el recto trazando líneas paralelas, a cierta altura del recto pélvico, rompen la envoltura muscular para venir a dar origen a las venas Hemorroidarias Superiores, Medias e Inferiores. Las Hemorroidarias superiores al finalizar su trayecto, vienen a tributarse a la Mesentérica Superior, las que a su vez desembocan en el Sistema Porta. Las medias por intermedio de la Hipogástrica vierten en sangre en la Ve-

na Cava Inferior, tronco que recibe también la sangre de las hemorroidiarias inferiores por medio de las venas del periné y de las pudendas.

Un cierto número de anastomosis a nivel del recto, unen los brazos de origen de la vena mesentérica inferior con las pudendas externas y con los plexos de la pequeña pelvis, dependientes de la vena cava inferior. La importancia de estos ramos hemorroidiarios ha sido señalada por los trabajos de Quénu, Duret y Constantinovitch.

Se sabe que a poca altura del ano, a nivel de las válvulas semi-lunares y de las columnas de Morgagni, existen normalmente pequeñas cavidades venosas en forma de ámpulas, distribuídas en toda la pared del intestino y afectando la figura de una corona irregular. (Estas son hemorroides internas en miniatura, que presentan un desenvolvimiento importante en el curso de una hipertensión Porta).

Linfáticos.— Los vasos linfáticos son en esta región muy abundantes y acompañan a la arteria hemorroidal superior, terminando en una serie de ganglios situados por detrás del recto y en el espesor del meso-recto, formando así una cadena que se continúa con los ganglios lumbares.

Nervios.— Los nervios provienen del Gran Simpático y acompañan a las arterias. Constituyen los plexos hemorroidales superior medio e inferior, haciendo notar que los filetes procedentes de la Médula, salen del Plexo Sacro.

ANATOMIA DEL ANO

Al describir el ano, no hablamos únicamente del orificio inferior del tubo digestivo, sino que damos este nombre a una región cuyo centro se marca por el orificio anal. Gracias a la función de este orificio, en esta región encontramos los órganos que la cumplen y cuyo agente esencial es el músculo esfínter.

La región anal es algo profunda. La parte más inferior del recto, ya está rodeada de fibras circulares que van a contribuir a la formación del esfínter interno, decimos por lo tanto que re-

gión anal y porción esfinteriana del recto, son dos expresiones sinónimas. La altura de la región varía entre dos y tres centímetros.

ORIFICIO ANAL.—El orificio anal es circular, lo encontramos cerrado en el intervalo de las deposiciones y fruncido como la abertura de una bolsa. La situación de este orificio no es la misma en el hombre que en la mujer. En esta última, lo encontramos más hacia adelante del coxis y menos hundido entre los isquiones. En el hombre está rodeado de pelos y la mujer rara vez los presenta. Del contorno del orificio nacen cierto número de pliegues llamados “pliegues radiados del ano”, cuya disposición es semejante a los radios de una rueda.

La mucosa que reviste la porción anal del recto, presenta cierto número de pliegues verticales designados con el nombre de “columnas del recto”. En estas columnas existen pliegues valvu-

lares comparables a las válvulas aórticas y cuyo borde libre mira hacia arriba.

ESTRUCTURA DEL AÑO.— El año está especialmente formado por una capa muscular muy potente que por su tonicidad mantiene el orificio constantemente cerrado, de modo que se opone al paso involuntario de las materias fecales y de los gases. Lo contrario se presenta cuando los esfínteres por una causa determinada llegan a paralizarse o a destruirse.

Tres músculos entran en la composición de esta capa: El esfínter externo, el interno y las fibras musculares más inferiores del elevador del año. El esfínter externo es orbicular; sus fibras se hallan dispuestas por capas concéntricas y se extienden lateralmente hasta unos tres centímetros del borde del año. Por detrás se fijan en un rafé fibroso extendiéndose desde el orificio anal hasta la extremidad del coxis; en la par-

te anterior una porción de ellas se insertan en la aponeurosis perineal superficial; otras atraviesan esta aponeurosis y se entrecruzan en ocho con el bulbo cavernoso en el hombre y el constrictor de la vagina en la mujer; de modo que la acción de estos músculos es necesariamente sinérgica. El esfínter interno, lo constituyen las fibras circulares más inferiores del recto. Una parte de las fibras longitudinales del recto confundidas con las del músculo elevador, se encuentran perpendicularmente a las fibras circulares de la porción esfinteriana, se entrecruzan con ellas y vienen a fijarse por pequeños tendones al contorno del ano en la cara profunda de la dermis.

Vasos y Nervios.—Ya hemos hablado de las arterias y venas de la región, al estudiar el recto.

Los vasos linfáticos nacen de la piel y de la mucosa. Los primeros siguen la cara interna del muslo y terminan en

los ganglios internos del pliegue de la ingle. Los linfáticos que nacen de la mucosa, se comportan como los del recto y van a parar a los ganglios comprendidos en el meso-recto.

Los nervios son en gran número; entre ellos tenemos los que se distribuyen por la piel y el esfínter externo que pertenecen a la vida animal y acompañan a los vasos hemorroidales, provienen del Pudendo Interno. La mucosa y el esfínter interno reciben su inervación del Plexo Hipogástrico.

III

FISIOLOGIA VENOSA NORMAL

En las venas hay una disminución constante de la presión, a medida que nos acercamos de la periferia hacia el corazón. Este descenso depende de la fuerza inicial con que la sangre es lanzada por la bomba cardíaca a través de la aorta. De modo que la corriente en las venas se atribuye a la misma fuerza que determina el paso de la sangre en las arterias, es decir: al latido cardíaco.

Si no existe una resistencia apreciable entre las venas y el corazón, la diferencia de presión necesaria para mantener una corriente constante a través

de estos vasos, es muy pequeña. Por lo que se deduce que estando un sujeto en decúbito, la presión en las venas femorales será de cinco a diez milímetros de mercurio, y en la vena cava inferior de uno a cinco milímetros.

La presión en las grandes venas cercanas al corazón casi siempre es negativa, y este efecto es debido a la aspiración torácica, aumentando la negatividad en el momento de la inspiración y la apertura del tórax traerá consigo un descenso de la presión. En las grandes venas la presión está directamente relacionada con la fuerza muscular de la víscera, disminuyendo cuando ésta es vigorosa y aumentando en el caso contrario. En las venas periféricas la presión está ligada a la fuerza con que la sangre circula por las arterias. Si ligamos una arteria de un territorio determinado, la presión en las pequeñas venas del mismo descende hasta equilibrarse con la del gran tronco más cer-

cano en que continúa una corriente de sangre.

Cada ciclo cardíaco determina variaciones de presión en las grandes venas próximas al corazón, de dos modos:

I. Por la transmisión a lo largo de las venas, de las alteraciones de la presión intra-auricular.

II. Por la disminución en el volumen del corazón, a consecuencia de la expulsión de la sangre a lo largo de las arterias en cada latido cardíaco.

Las influencias favorables ejercidas sobre la circulación de la sangre por las venas son:

I. La aspiración del tórax.

II. La contracción de los músculos del cuerpo.

III. Los movimientos pasivos de diferentes partes. El efecto coadyuvante del movimiento pasivo o activo sobre la circulación en las venas, se realiza gracias a la presencia de válvulas semilunares insertadas en la luz

del vaso y dispuestas en tal forma, que sólo permiten la circulación sanguínea hacia el corazón.

Cuando los movimientos musculares se hacen generales, como en la marcha o en la carrera, la compresión activa de las venas efectuada por este mecanismo desempeña un papel importante en acelerar la sangre hacia el corazón derecho, de modo que la producción de movimiento aumenta la presión sanguínea arterial.

Cuando un individuo toma la posición erguida, las arterias de la pierna y el pie se contraen, hasta que bajo la influencia combinada de las contracciones cardíacas y de la gravedad, la sangre proporcionada a los capilares sólo es suficiente para mantener la presión en estos vasos a una altura moderada. El retorno de la sangre a las partes declives no puede atribuirse al latido cardíaco en lo absoluto, sino que es debido al mecanismo extrínseco de la circula-

ción a través de las venas, es decir, a las contracciones de los músculos que comprimen las venas profundas y superficiales, y gracias a las válvulas que forzan a la sangre contenida en ellas. El hecho de que la circulación de la sangre en las venas de las piernas depende de las contracciones de los músculos, explica por qué es tan difícil estar en reposo durante mucho tiempo sin moverse y la necesidad del ejercicio moderado para el mantenimiento de una circulación normal.

Las válvulas desempeñan en la circulación venosa un papel mecánico especial: segmentan y suspenden la columna sanguínea —toda hiperpresión por encima de una válvula la cierra, lo cual protege al segmento subyacente— en una vena normal, las válvulas son capaces de soportar un aumento considerable de la presión.

Las venas comunicantes, solidarizan el sistema venoso profundo con el su-

perfcial. Estas venas están provistas también de válvulas que impiden el reflujo de la sangre venosa, desde el sistema profundo al superficial.

IV.

FISIOPATOLOGIA DEL SISTEMA VENOSO HEMORROIDIARIO

Hemos hablado a grandes rasgos de fisiología venosa normal, y lo que hemos dicho para la generalidad de las venas del organismo, perfectamente puede adaptarse en lo particular a la corriente de la sangre en los sistemas hemorroidiarios. Así que, teniendo en cuenta los anteriores conceptos, pasemos a tocar el punto de la Fisiopatología del sistema venoso proctal.

Gracias a la disposición anatómica del sistema venoso proctal, todo hecho que tiende a producir una estasis venosa en la región pélvica, dificulta la

corriente de la sangre en sus venas. Estos hechos han sido reconocidos como manifestaciones de estados perfectamente determinados: embarazo, asistolia, tumoraciones hepáticas (cáncer, quistes hidatídicos, abscesos amibianos, etcétera), las cirrosis, la enfermedad de Banti, las pielitis obliterantes y todo tumor de pelvis que obre comprimiendo los grandes troncos venosos.

Cualquier obstáculo que se oponga a la libre derivación de la sangre a la vena porta o al sistema cava, hará que la corriente sanguínea acuda hacia el vaso de mejor drenaje; la consecuencia, con respecto a la sangre que llegue al sistema obstaculizado, será la de una corriente retrógrada buscando la menor presión en cuanto su sistema valvular se haga insuficiente. Y si una o dos válvulas resultan insuficientes, la pared del segmento de vena inmediato inferior, soportará una tensión mucho mayor que la normal, ya que gravitará so-

bre ella toda la altura de la columna sanguínea, desde el tabique valvular insuficiente, hasta las cavidades derechas del corazón.

En un primer tiempo, la pared venosa, a semejanza de las paredes ventriculares del corazón en la insuficiencia de las válvulas cardíacas, aumenta sus fibras musculares tratando de compensar la insuficiencia de la válvula, pero paulatinamente, la pared irá dejándose distender, aumenta la luz de la vena y convierte, por este mecanismo de distensión, insuficiente a la válvula inmediata inferior.

En esta forma se van haciendo insuficientes todas las válvulas una a una. Como se comprende fácilmente, la sangre contenida en estos tubos venosos carentes de válvula, procede no sólo de la circulación de la región, sino también y en mayor proporción del sistema venoso situado por encima de la válvu-

la, que ha descendido llevada por la fuerza de la gravedad.

Cuando la dilatación venosa alcanza las venas comunicantes, la situación empeora. La pared venosa del sistema superficial, recibe entonces el choque brusco de la sangre contenida en el sistema profundo y es arrojada bruscamente en el momento de la contracción de la capa muscular a través de las válvulas insuficientes. Es el golpe de ariete abdominal de Trendelenburg, a semejanza del golpe de ariete de Briquet que se experimenta por las mismas razones en los miembros inferiores.

Arglave refiere a este reflujo a través de las comunicantes insuficientes, las dilataciones ampuliformes de las hemorroides que asientan a nivel del nacimiento de estas mismas venas comunicantes, y la producción de la flebec-tasia por ingurgitación del sistema hemorroidiario sobrecargado.

HEMORROIDES

ETIOLOGIA Y PATOGENIA.—Las hemorroides se presentan, siempre que exista una perturbación en la circulación sanguínea del plexus hemorroidal a la vena porta o al sistema cava.

Los pacientes afectados de hemorroides se hallan generalmente alrededor de los cuarenta años, sin que esta afirmación asegure que el padecimiento no sea susceptible de presentarse en cualquier edad. Ashton cita el caso de un niño de dos años, con severas hemorroides externas, y Archibaldo descubre un brote hemorroidiario interno en un niño de la misma edad. Burwinckeld,

Hensel y Reinbach, nos refieren casos de hemorroides en niños de la más temprana edad. Harung describe un caso en un recién nacido. Gunkel asegura que un 30% entre la gente civilizada padece esta enfermedad en la senectud, y que es más común en el hombre que en la mujer.

Con los datos anteriores, es difícil precisar la frecuencia con que se presentan las hemorroides; no hay datos suficientes para hacer una estimación precisa sobre el particular. Sin embargo, son muy significativas las estadísticas que se han obtenido en la Clínica Mayo, las cuales aseguran que algo más de la mitad de las personas examinadas al proctoscopio sufren de almorranas.

En una revista practicada en esta institución a 23,443 pacientes afectados de hemorroides, se obtuvo un promedio de edad de 46 años para los varones y 44 años para las mujeres. En la distribución por sexos, el masculino alcan-

zó un promedio de 48% y el femenino un 52%.

Los individuos menores de diez años, raramente tienen hemorroides. Solamente 16 casos de la estadística anterior, o sea un 0.07%, fueron enfermos demasiado jóvenes. Un 8%, fueron menores de 30 años y el 90% restante fluctuaron entre los 30 y los 60. La distribución entre las tres décadas de la vida (30 a 40, 40 a 50 y 50 a 60), fué aproximadamente igual.

Factores de predisposición.—La influencia de la vida sedentaria ha sido estudiada con detenimiento, y de las numerosas estadísticas que se han elaborado, no se han obtenido resultados concluyentes. Así tenemos que de los 23,443 pacientes presentados en las estadísticas de la Clínica Mayo, la mitad, aproximadamente, estaba integrada por varones; en su mayoría se trataba de campesinos o rancheros, gentes que deben ser consideradas como sometidas a

actividades que requieren un intenso ejercicio físico. Entre el resto se encontró un escaso número de mecánicos, fonderos, ingenieros, choferes, y sólo una tercera parte de esta última cifra estaba integrada por dependientes, sacerdotes, abogados, agentes de ventas y médicos. Hubo un número excesivamente bajo de personas afectas de este padecimiento en quienes sus obligaciones rutinarias les imponían un modo de vida sedentaria como telegrafistas, estenógrafos y tenedores de libros.

El embarazo, que origina cambios físicos del sistema vascular y determina una constante presión por intermedio del útero grávido sobre los troncos vasculares, es digno de tomarse en cuenta como un importante factor de predisposición hemorroidiaria. En estas condiciones, se ha podido determinar que de aquellos pacientes con hemorroides cuya edad fluctúa entre los veinte y los treinta años, casi un 85% se

trataba de mujeres que habían dado a luz, y del grupo completo de pacientes mujeres afectas de hemorroides, aproximadamente el 70% habían estado embarazadas.

El uso de laxantes, o más bien dicho su abuso, es responsable de este padecimiento, con tanta frecuencia como cualquier otro factor principal. Son dignos de señalar en este caso aquéllos en cuya composición entra la fenoltaína, los áloes, la podofilina, por lo cual deberán administrarse con muchas reservas.

El problema de si las hemorroides son causantes de la constipación o, si por el contrario, la constipación es causante de las hemorroides, debería resolverse correctamente dando una respuesta afirmativa a cada una de dichas preguntas. Las hemorroides raramente afligen a los jóvenes, en cambio entre aquellas personas que ya no pueden prescindir de los laxantes, se presentan

desde la más temprana adolescencia. A menudo padres poco discretos e ignorantes han acostumbrado a sus hijos al uso de estas prácticas para desalojar su intestino, y cuando llegan a la edad adulta ya es completamente imposible prescindir de ellas.

H. Strauss, Schmincke, Boas y otras autoridades, opinan que las masas fecales endurecidas ejercen una presión mecánica sobre las venas hemorroidales y producen una estasis venosa. En tanto que Nothnagel, Thierfelder, Sappey y otros, aseguran que la estasis que proviene del sistema porta, no importa cuál sea la causa, origina primeramente una distensión de las venas hemorroidales y en segundo lugar un estado de constipación debido al obstáculo mecánico que producen las hemorroides inflamadas.

Entre los factores decisivos habrá que tener presente todos aquellos cambios patológicos de cualquier causa que

vaya a producir un retardo del flujo sanguíneo en las venas eferentes; hablamos de ciertas condiciones vasculares, tales como la debilidad de las paredes de los vasos, la disminución de los elementos elásticos de la pared vascular y la falta de válvulas en las venas hemorroidales.

El anatomista Lenhossek cree que el factor más importante para el desarrollo de hemorroides, es la adherencia por cierto tiempo de pequeñas porciones fecales a las protuberancias del canal anal en los pilares de Morgagni o en los pliegues de la piel del orificio; este hecho vendría a producir un efecto químico de irritación e inflamación sobre las venas hemorroidales.

Meim asegura, asimismo, que en todos los casos de hemorroides nunca hay que olvidar el proceso inflamatorio que es el factor principal y al que sólo posteriormente seguiría la distensión de la vena. Piensa que una región tan rica

en gérmenes y con un plexo venoso sólo separado de la luz rectal por la mucosa, expuesta a constantes excoriaciones, no es raro que se acompañe de una reacción inflamatoria de la vena cuyas paredes se esclerosan. La ectasia se produciría más tarde debida al esfuerzo defecatorio; así que en realidad se trataría de una teoría mixta inflamatorio-mecánica.

Dalmases por otra parte sostiene que son afectos de este padecimiento, un conglomerado de enfermos que raras veces acuden al médico en las primeras fases de su enfermedad, porque su sintomatología es muy llevadera, al punto que les permite desarrollar en forma casi normal sus habituales actividades; ellos son en general colícticos crónicos, constipados la gran mayoría, los menos diarreicos, cuya mucosa colónica se mantiene en un estado de inflamación crónica. Un cuidadoso interrogatorio descubre que su cronicidad

alterna con episodios agudos. El epitelio intestinal inflamado ofrece mayor permeabilidad para la reabsorción de las toxinas enterógenas, las que actuando en forma sostenida a través de las venas mesentéricas y porta en el hígado, ejercen a la larga su acción deletérea tanto sobre el parenquima noble del órgano al que llevan a la insuficiencia, como sobre el sistema vascular, produciendo una congestión. Estas causas que producen la congestión hepática establecerán pronto un círculo vicioso, pues la congestión producida por la toxemia traerá mayor aflujo arterial y retardará el venoso. Elevada la presión portal, mantendrá al intestino ingurgitado, facilitando la instauración crónica de la colitis y, por ende, nuevos aportes tóxicos.

Es innegable la acción decisiva que tiene el fenómeno de la hipertensión porta sobre la aparición de hemorroides y su origen ha sido discutido viva-

mente. Se ha invocado la contracción de pequeños botones musculares que comprimen las venas rectales; se ha señalado el del ortoestatismo que se toma como predisponente, ya que aumenta la hipertensión porta; se ha descrito el papel de los trastornos vaso-motores; se ha insistido, además, sobre la importancia de la constipación que siempre es menos de tomarse en cuenta en relación con la diarrea, ya que la primera no contribuye a poner en evidencia los fenómenos latentes, sino después de mucho tiempo. Reinbach señala al mismo tiempo que las hemorroides, la presencia de una neoplasia cavernosa.

En realidad dos grandes causas han sido invocadas en la génesis de este padecimiento: a). La infección crónica de las venas sostenida por los trabajos de Quenu, y b). La dilatación mecánica invocada por Gilbert y sus alumnos.

Sin duda la infección puede dar origen en ciertos casos a flebitis ectasiantes ano-rectales, pero estudiando las hemorroides en el curso de un síndrome de hipertensión porta en este caso al menos, parece que el origen mecánico es indiscutible. Las hemorroides se desarrollan al mismo tiempo que las otras venas que tienden a restablecer la circulación obstruida por sus ramos suplementarios. La clínica ha demostrado que la presencia de hemorroides y la congestión porta son concomitantes.

ANATOMIA PATOLOGICA.—Antes de seguir adelante, haremos una distinción entre flebectasia y várice hemorroidiaria, punto que ha sido tratado por muchos autores.

El primer estado, se produce por un obstáculo que obra, bien bruscamente o por un lapso de tiempo relativamente corto, sobre una vena normal. La desaparición del obstáculo trae la mayoría de las veces el retorno de la vena a su

normalidad, ya que sus paredes no han sufrido modificaciones profundas en su estructura y responden aún a los estímulos motores del sistema vegetativo y su túnica elástica es suficiente. La várice resultado de una acción prolongada, según la teoría puramente mecánica, las paredes venosas han sufrido profundas modificaciones, ha desaparecido la túnica elástica y el tejido conjuntivo va invadiendo lentamente a modo de reacción defensiva, las paredes del vaso se engrosan considerablemente, y lo transforman en un tubo o saco escleroso incapaz de retraerse, sobre el que no actúan los estímulos vaso-motrices. Entre estos dos estados existe una gama continua de grados.

Sin embargo, Ribert y Monckeber, sostienen que las várices corresponden a una variedad de flebectasias, de las que distinguen tres formas: I. La dilatación cilíndrica fusiforme. II. La fle-

bectasia serpinginosa en la que la vena aumenta de longitud y forma flexuosidades, y III. La flebectasia varicosa, caracterizada por abultamientos sacciformes de la pared venosa.

Alibert y Briquet confunden en un mismo concepto las flebectasias y las várices.

Forgue da el nombre de várices a la dilatación permanente y patológica de las venas.

Y para Lecen, las várices están constituidas por una dilatación permanente de las venas, resultante, principalmente, de una alteración de sus paredes.

Estructura histológica de las venas.
—De acuerdo Waldeyer, Ranvier, Revaux y Matías Duval, se describen en la pared venosa dos túnicas: una interna y otra externa.

La túnica interna, provista de un endotelio de células delgadas, planas y de forma rectangular, descansa sobre

una capa conjuntivo elástica que constituye el sub-endotelio o endo-vena.

La túnica externa, comprende tres órdenes de elementos: conjuntivos, elásticos y musculares. Los elementos elásticos constituyen la hoja o lámina limitante interna, homóloga a la arterial, aunque menos clara. Los elementos musculares son fibras lisas, más largas que anchas, y se disponen en forma variable, según el calibre del vaso. En cuanto al número de fibras musculares, Renaut ha dividido las venas en dos tipos: receptoras o pobres en fibras musculares y propulsivas, las que por sus funciones necesitan de un gran número de fibras musculares.

Estructura de las hemorroides.— Aunque aún no hemos hablado de la clasificación de las hemorroides, con el fin de describir su estructura, anticiparemos algunas nociones.

Hay tres tipos de almorranas: interna, externa y ántero-externa. Al presen-

tar una descripción microscópica, diremos que las hemorroides externas están recubiertas por un epitelio estratificado y escamoso, el cual va decreciendo gradualmente a medida que se acerca a la línea pectiniforme, en donde encontramos una forma transitoria de epitelio que muy bien pudiera asemejarse al que recubre a las papilas o a la cripta anal; unas cuantas capas de estas células epiteliales se observan comúnmente en los márgenes internos de la cripta anal, y en donde se efectúa la unión de la membrana mucosa con los tegumentos externos. Se trata, pues, de una línea perfectamente definida, en donde encontramos la capa cuboidal y las células basales de la mucosa del recto, esta línea es límite que nos va a servir para clasificar las hemorroides. Las hemorroides internas en su estructura histológica están caracterizadas por los mismos detalles que hemos mencionado.

para las venas, con la modificación única de la fibrosis que ha invadido el vaso. Estos tipos de tumores hemorroidales están formados por numerosas cavidades de venas dilatadas, cuya situación es diversa y siguen las más variadas direcciones. Las hemorroides internas están más vascularizadas que las externas, pero en ambos casos la dilatación venosa es la característica y viene a confirmar la creencia de que este fenómeno físico es el fundamental en esta enfermedad. Entre los espacios venosos de las hemorroides, existe una gran cantidad de tejido fibroso. Ya hemos dicho con anterioridad, que puede establecerse una comparación entre estas colecciones venosas y las verdaderas venas varicosas, pero en las hemorroides comúnmente no existe hipertrofia de la pared venosa ni hiperplasia de las fibras musculares.

En las hemorroides internas se presentan algunos interesantes cambios es-

tructurales. A menudo se observa que las venas aparecen de tamaño normal y sus diferentes envolturas no presentan signos de enfermedad. A menudo encontramos solamente una delgada capa endotelial en la cual no se ha presentado el tejido fibroso. En otros casos encontramos numerosas venas de tamaño y apariencia semejante, unidas entre sí por tejido fibroso. Alguno, o todos estos cambios pueden ser perceptibles en un campo microscópico, y estas mismas características, las descubrimos en las hemorroides externas, haciendo la excepción en este caso, que la dilatación de las venas es menor.

Cuando las hemorroides son de tipo sangrante, las paredes de las venas son de forma cavernosa y están constituidas por una fina capa endotelial, que ya hemos mencionado, y junto a ella existen asociados múltiples trombus que vienen a imprimir una nueva fisonomía a la infección.

Cuando la hemorragia no es el factor principal, las paredes, si bien es cierto que se encuentran dilatadas, se asemejan mucho al calibre normal, y en este caso sí encontramos franca predominancia del tejido fibroso. En la mayoría de los casos, una infiltración difusa de células redondas, se asocia a la proliferación del tejido fibroso, y esta infiltración es fácilmente identificable en algunas áreas de la pared de aquellas hemorroides de tipo sangrante, pero también estas áreas de células redondas son reemplazadas en aquellas hemorroides que no sangran por capas de tejido fibroso que rodea grupos de venas que no dan muestras de una gran dilatación. Esto se debe seguramente, a la inflamación crónica que se ha instalado.

Es muy posible que una arteria pueda instalarse dentro de la magma fibrosa en la que hay un marcado aumento del tejido perivascular conexivo,

y de este modo explicamos el aspecto de la llamada "hemorroide arterial". Pues no se ha logrado observar en las paredes arteriales ningunos cambios indicadores, de que estos vasos sean susceptibles de sufrir el mismo proceso responsable del desarrollo de las hemorroides, pues este tipo de arterias, comúnmente presenta una apariencia normal.

En el interior de las venas, encontraremos coágulos de todos los tamaños, formas y variedades. Algunos son de formación reciente, pero otros son antiguos. A menudo se observa que el coágulo ha sido invadido por fibroblastos y capilares, estos últimos perfectamente identificables, y en ocasiones también, el coágulo se ha llegado a organizar dentro de una masa de tejido conexivo. En algunas hemorroides externas se observan grandes coágulos extra-vasculares. La inspección de tales zonas, que

en el caso de hemorroides trombozadas, nos demuestra que el coágulo se presenta con mayor frecuencia en el estroma subcutáneo, adyacente a los vasos sanguíneos, en vez de encontrarse en el interior de las propias venas. El aumento de la presión venosa, rompe fácilmente las paredes y la sangre se acumula en los espacios extra-vasculares.

Los cambios estructurales producidos por la inflamación son evidentes, en tal forma encontraremos la infiltración de células redondas en diversos grados. Las encontraremos difusamente desparramadas a través del estroma, y ocasionalmente se presentarán también, grandes leucocitos en ambos tipos de hemorroides, pero la tal infiltración es mucho más intensa en las de tipo interno, y en ocasiones el desarrollo es tan considerable que dan el aspecto de un verdadero absceso. La relajación y la necrosis de las capas superficiales no

es rara, y al examen microscópico de las capas superficiales de la membrana mucosa desintegrada, podemos observar numerosas acumulaciones leucocitarias circunscritas.

CLASIFICACION. — De acuerdo con su situación las hemorroides pueden ser externas o internas. Esta vieja clasificación tan simple, es satisfactoria y útil, teniendo la ventaja de responder ampliamente a los hechos anatómicos y clínicos que se presentan, pues la sintomatología de ambas variedades difiere netamente, así como la terapéutica que no tiene nada de común.

Suele observarse con frecuencia la asociación de ambas variedades en un mismo enfermo, pues las dos formas son manifestaciones de una misma causa.

En consecuencia, tomando la línea pectiniforme como divisoria, las hemorroides que se presentan por debajo de

la mucosa del recto y dentro de este límite pueden considerarse como hemorroides internas; las que se presentan por debajo de la piel del canal del ano, o en los bordes perianales, exteriores a la juntura mucoso-cutánea, son hemorroides externas.

A menudo puede haber dificultades para hacer esta distinción, pues se presenta el caso de una hemorroide interna que por su tamaño o el excesivo desarrollo de su envoltura mucosa, puede sobresalir a través del orificio anal. Sin embargo, si la observación es cuidadosa, no habrá ninguna dificultad para determinar la naturaleza de su envoltura. Una hemorroide recubierta con piel, es una hemorroide externa, y una recubierta por membrana mucosa es una hemorroide interna, independientemente del crecimiento de ambas. Por lo tanto, las hemorroides anales son externas y los términos de variedad "anal" o

“marginal” se aplican a hemorroides del mismo tipo.

El término de hemorroides extero-internas ha sido usado para designar una combinación de los dos tipos. La gran mayoría de las hemorroides pueden agruparse dentro de esta clasificación, pues rara vez se encontrará un paciente con hemorroides que no participen de ambos tipos. En ocasiones podemos encontrarnos una hemorroide simple, externa y trombosada, sin ningún otro signo que denote la presencia de una vena enferma; pero con esta excepción y omitiendo el caso en que pueden existir algunas hemorroides internas que aún el propio paciente llega a ignorar, hay pocos casos en que ambos tipos no se presenten conjuntamente.

Si un paciente tiene hemorroides internas que se manifiestan con algunos síntomas, la exploración cuidadosa de

la región, nos demostrará que exteriormente existen también venas enfermas.

Las hemorroides externas están caracterizadas por pequeños tumores situados, como ya hemos dicho, por debajo de la piel del borde del ano. Aquí encontramos ciertos pliegues flojos ocupados por tejido celular y en donde preferentemente se sitúan las venas distendidas.

Cuando las venas alderredor del borde del ano llegan a infectarse, se producen las formas trombósicas. Estas comúnmente tienen la forma de tumores ovoides color azul oscuro y la piel que los rodea es tersa y brillante. A menudo solamente una almorraña se vuelve trombósica, y aunque esto no siempre es la regla, pues en algunos casos dos, tres o más pueden simultáneamente inflamarse y hacerse trombósicas. El proceso inflamatorio puede desarrollarse dentro de los tejidos subcutáneos, a

través de excoriaciones, o provenir de una fisura anal.

El edema es una complicación que puede presentarse ya como consecuencia de la infección e inflamación excesivas, o a causa del relajamiento de tejidos prolapsados, o en último caso, como un resultado de la constricción.

El sitio de las hemorroides inflamadas es a menudo el borde del ano, pero en ocasiones las podemos encontrar localizadas precisamente dentro del orificio y acusar en estos casos enormes molestias por las contracciones del esfínter. La trombosis se presenta frecuentemente de un modo repentino, acompañada de agudos dolores, que pueden ser verdaderamente intensos cuando la almorrana queda precisamente dentro del ano.

Las almorranas internas cuando no se prolapsan, se localizan en la parte más baja del recto o en el canal del ano

y se presentan de diferentes tamaños y aspectos.

Estas hemorroides internas están cubiertas únicamente por la membrana mucosa, y comúnmente, sólo pueden observarse por medio del rectoscopio, sin embargo, cuando su crecimiento es excesivo, se prolapsan y aparecen como verdaderas protuberancias que salen a través del ano.

Las venas azulosas e hinchadas presentan diversas formas y contornos. Algunas veces tienen el aspecto de un típico plexus varicoso, en otras ocasiones los pequeños lazos venosos parecen estar unidos entre sí por pequeños vasos capilares tortuosos. Tal hecho puede ser perfectamente percibido cuando el examen se practica con el deplicóptico, instrumento que aumenta el tamaño de las regiones.

La infección puede presentarse como una consecuencia de la estasis veno-

sa, obrando juntamente con la estasis estercoral del intestino, o a causa de una escoriación. El proceso inflamatorio produce trombosis en estos casos, pero con síntomas menos severos que cuando se trata de hemorroides externas.

SINTOMAS. — Múltiples son los síntomas locales que pueden ser observados en este padecimiento, pero el más común y característico es la hemorragia. Los dolores se presentan en aquellos casos en que las hemorroides se acompañan de intensos fenómenos inflamatorios, cuando las venas son comprimidas por el esfínter, o cuando la superficie venosa se encuentra ulcerada. Otros síntomas, tales como la sensación de presión en el recto, sensación de quemadura o intenso prurito anal, etc., pueden ser concomitantes a los síntomas de un período inflamatorio agudo.

La hemorragia es más común tratándose de hemorroides internas, y puede ser percibida en el momento de la defecación, ya que las materias fecales han cruzado el ano. Puede presentarse en algunas otras circunstancias y especialmente cuando la presión abdominal aumenta por diferentes causas. La sangre en estos casos casi siempre es escasa, pero su frecuente aparición, puede ocasionar una anemia de segundo grado.

La sangre visible invariablemente es de un color rojo intenso, y se presenta bajo la forma de estrías en la superficie de las materias fecales y a veces tiñe de rojo ligeramente el agua en derredor.

No ha podido aún determinarse si las frecuentes hemorragias son debidas a erosiones de las venas o a simple diapedesis, como según lo supone Schmidt, o si como lo asegura Adler, son provocadas por la proctitis hemorrágica. La

intensidad de la hemorragia en ciertos casos puede ser tan considerable que ameritará desde luego una transfusión inmediata.

Los dolores, como antes lo hemos dejado asentado, no siempre se presentan, pero cuando esto ocurre, puede ser el signo que nos indique serias complicaciones, tales como la estrangulación de las hemorroides, la inflamación aguda, la ulceración, y la gangrena de una hemorroide prolapsada. El dolor es un síntoma frecuente de flebitis y tromboflebitis.

La intensidad del dolor no siempre está en relación con el desenvolvimiento de los fenómenos patológicos, ya que siempre es muy intenso cuando el proceso se localiza en la región sensitiva del ano. Los pacientes se quejan a menudo de serias molestias cuando los asientos son duros y esto les produce una irritación de la mucosa afectada.

Hay pacientes que acusan pocos síntomas subjetivos a pesar de que sufren alteraciones tan marcadas como hemorroides prolapsadas o estranguladas con ulceraciones y gangrena. Por otra parte, existen individuos que se quejan de dolores agudos y otros síntomas cuando el examen nos demuestra que sólo se trata de pequeñas hemorroides sin ninguna complicación.

Los viejos prostáticos con hemorroides concomitantes, a menudo experimentan molestias y dolores en el recto en el momento de efectuarse la micción.

En la mujer, las desviaciones del útero pueden traer consigo síntomas rectales semejantes a los causados por las almorranas.

De acuerdo con Lochart-Mummery, las crisis del recto en las primeras etapas de la tabes, pueden ser tomadas como dolores producidos por hemorroides.

Los pacientes a menudo se quejan de prurito localizado en las márgenes anales y que aparece mucho después de las defecaciones. En ocasiones acusan sensaciones de quemadura de variable intensidad en esta región; estos trastornos persisten algunos minutos y aun horas después de la defecación, acto que viene a aliviarlos o acentuarlos. La sensación de quemadura en el ano y en el canal, puede ser producida por ulceraciones de la mucosa o bien por una almorrana interna profundamente crecida que impide el cierre completo del esfínter.

DIAGNOSTICO.—No debe perderse de vista el hecho, de que para hacer un buen diagnóstico en la variedad de este padecimiento, deberemos colocar a nuestro enfermo en condiciones tales, que nos permitan hacer una buena inspección, y esto se logra fácilmente aconsejando a nuestros enfermos que practi-

quen esfuerzos defecatorios, ya que por este mecanismo el hemorroidiario va a experimentar sus mayores molestias y las venas experimentan su más fuerte distensión.

No sin cierta frecuencia encontraremos que las venas de un borde anal normal en apariencia, se ingurgitan y se comban con las características de las venas enfermas, y en cambio, también comprobaremos ciertas afirmaciones erróneas de los pacientes, que aseguran padecer una protusión o un prolapso.

Una vez esbozado el procedimiento que usaremos en la clínica para examinar un hemorroidiario, pasemos una revista de las diversas variedades de hemorroides con que vamos a encontrarnos.

Hemorroides externas trombosadas.

—En este tipo de hemorroides encontramos las venas marginales dilatadas con coágulos neoformados en su inte-

rior, o en los tejidos adyacentes si el vaso ha sufrido alguna ruptura. Como regla general podemos asegurar que coágulos de pequeñas dimensiones los vamos a encontrar en el interior de las venas y coágulos de mayor tamaño los encontraremos en los tejidos perivasculares.

La formación del coágulo está supeditada al siguiente mecanismo: si una vena dilatada está sometida constantemente a una presión cuyo punto de partida es el esfuerzo que practica el enfermo para expulsar el contenido intestinal, llegará un momento que la debilitada pared del vaso se esfacle y escape por esta abertura determinada cantidad de sangre que se localiza y se coagula en los tejidos circundantes, dando lugar en estas condiciones a la organización de un coágulo que se endurece y causará molestias al enfermo.

Los dolores en este tipo de hemorroidarios están en relación directa

con el tamaño de la neoformación (ya que es fácil advertir que un coágulo de enormes dimensiones producirá una distensión brusca de los tegumentos) y con el sitio donde se localiza, pues la anatomía del ano nos enseña que la región próxima al esfínter es exquisitamente sensible, debido a su inervación y a su mecanismo.

Tendremos oportunidad de observar enfermos que se presentan al consultorio con una dura protuberancia en las márgenes del ano, de un color negruzco, perfectamente perceptible al través de la piel que lo cubre o gracias a una grieta, de las que no son raras en esta región, con agudos dolores, y el paciente nos relata que en ocasiones bruscamente han cesado sus molestias, fenómeno que se acompaña con la percepción de algo que se rompe y el hecho positivo de una hemorragia que se instala. Las hemorroides pequeñas y trom-

bosadas, rara vez se resuelven en rupturas espontáneas y casi nunca expulsan la neoformación. Pero advirtamos de una vez, que cuando el escurrimiento de sangre es constante, lleva aparejado como peligro la infección, complicación que nunca se presenta, si el enfermo es atendido inteligentemente.

Algunos autores han pensado y así lo afirman, de que puede desarrollarse una fístula anal en las hemorroides trombosadas; es un hecho factible desde luego, más sin embargo, resulta innecesario explicar por este mecanismo la presencia de una lesión cuyo origen es claramente conocido.

Las hemorroides trombosadas, se presentan bajo la forma de una protuberancia blanda, pequeña y redonda localizada en el borde externo de la margen del ano. Pueden ser únicas o múltiples, y en este último caso, la uniformidad en el tamaño no es la regla, las hay

del tamaño de un garbanzo, y algunas cuyo diámetro oscila entre uno y tres centímetros. A menudo encontramos asociaciones de hemorroides externas trombosadas y hemorroides internas prolapsadas e infectadas, y por consiguiente, edematosas.

Hemorroides externas edematizadas.—Con relativa frecuencia los tejidos perianales son invadidos por infecciones locales, que se extienden hasta las criptas. Estos procesos inflamatorios que atacan las estructuras externas, se edematizan y la región cambia totalmente de aspecto. Sin querer asegurar que estas lesiones van a constituir un tipo de hemorroides específico, si cambian por completo la fisonomía del padecimiento, ya que el edema produce un aumento de volumen de los tejidos circunvecinos a la zona anal, y la piel que la recubre se estira intensamente presentando una superficie brillante, li-

sa y amoratada, al mismo tiempo que se borran la mayor parte de los pliegues del ano. Estos estados adematosos acompañan comúnmente un brote agudo de hemorroides externas o internas, a las que se asocian múltiples trombus y prolapso. Será, por lo tanto, difícil confundir este tipo de hemorroides, con alguna otra enfermedad de las que habitualmente se presentan en la región.

Mariscos.—Se usa este término para designar una condición especial de los bordes externos del ano, en la que la piel viene a formar pliegues ondulantes y permanentes.

Estos pliegues son la reliquia de procesos inflamatorios crónicos que han producido cambios fibrosos en la estructura de los tejidos, y han dejado arrugas en la piel. Deformidades aisladas de este tipo, las encontramos en aquellos lugares, en los cuales han existido hemorroides trombosadas antiguas.

Pero también, con relativa frecuencia, estos colgajos de piel se presentan en aquellos sujetos que han sido sometidos a un tratamiento quirúrgico para la cura de hemorroides, y las razones son obvias. Primero, es de todo el mundo médico bien conocida la técnica para extirpar hemorroides, consistente en seccionar tres de los paquetes hemorroidiarios; practicada la operación en estas condiciones quedarán tres tiras de tejidos flotantes, separadas entre sí, y por debajo de ellas existen venas enfermas distendidas que abomban la piel y ulteriormente formarán colgajos o mariscos que vendrán a decorar la región.

Segundo, si las escoriaciones que se presentan en la región son de tal consideración que ameriten una intervención quirúrgica, el proceso no tenderá fácilmente hacia la curación, sino por el contrario, se presentarán nuevas es-

coriaciones en los bordes, y como se han roto las bandas musculares, habrá espacio para dar cavida a la sangre extravasada que se localiza de preferencia en los tejidos subcutáneos, abombando los superficiales y dando lugar a estas deformaciones características de los pliegues, y de los cuales ahora nos estamos ocupando.

Si unido a esto tenemos presente lo que anteriormente hemos dicho, que tejidos infectados se edematizan fácilmente, y sangre extravasada dará lugar a la formación de coágulos localizados en los espacios inter-musculares y que servirán de un excelente campo de cultivo para la procreación de gérmenes, llegaremos a la conclusión final, de que se instalarán procesos crónicos, que engendrarán fibrosis de los tejidos adyacentes y deformaciones características de los pliegues.

Hemorroides sencillas internas.—

Rubricamos este subcapítulo con este apellido, de acuerdo con una clasificación previamente establecida, y que servirá de norma en nuestra ulterior exposición; de acuerdo con ella dividimos a las hemorroides internas en dos principales grupos: sencillas y complicadas, y entre estas últimas encontramos las salientes, prolapsadas, trombosadas, ulceradas y gangrenosas.

Las hemorroides sencillas internas, así como las hemorroides ciegas, se encuentran situadas por arriba de la línea pectiniforme, área que sólo es posible observar haciendo uso de un rectoscopio. Sin el instrumental adecuado para hacer una inspección de esta zona, no podríamos llegar a establecer un diagnóstico preciso, porque en este caso los datos suministrados por el tacto rectal carecen de valor, ya que se trata de pequeños tumorcitos, lisos, blandos, que

rápídamente se borran por la compresión. Por lo tanto, para que el examen sea completo y provechoso para el enfermo, deberemos combinar los dos métodos.

Al examen visual son perfectamente identificables las hemorroides internas simples, ya que están formando masas varicosas y tumefactas que hacen relieve en el fondo de la mucosa y se hallan situadas precisamente por encima de la línea pectiniforme, y por medio del tacto podemos percibir dos caracteres que son muy importantes: la suavidad y su total borramiento a la más mínima compresión. Con cierta frecuencia encontraremos procesos de la submucosa que comban ligeramente a la mucosa, pero en estos casos el tinte azulado contrastando con el rojo normal es tan característico que no hay lugar a error, y como si no fuera suficiente mezclado con este color azul, encon-

tramos el rojizo de la inflamación, que viene a identificar el padecimiento. Este tipo de hemorroide no siempre se manifiesta por una sintomatología aparatosa, y si la sangre no se presenta, es difícil sospechar su presencia, y solamente pueden ser identificables en el curso de un examen general.

Hemorroides salientes y prolapsadas.—Las hemorroides internas son susceptibles de sufrir ciertos cambios estructurales capaces de modificar su aspecto, situación y volumen. Dichas modificaciones están representadas principalmente por el aumento en el número de las varicosidades, el mayor grado de dilatación de las venas y la excesiva proliferación de la fibrosis intervascular. Además, no será difícil observar una pared rectal prolapsada, por falta de tejidos de sostén; esta pared, fuera de su sitio, engendra una protuberancia que arrastra consigo las hemorroides adyacentes.

Los términos protusión y prolapso, que se emplean para calificar ciertos estados hemorroidarios, nos indican únicamente diferencias de grado; entendiendo que aceptamos por protusión un estado transitorio de una hemorroide que sale a través del ano, a consecuencia de un esfuerzo, pero una vez terminado el estímulo, el paquete vuelve a su situación inicial espontáneamente.

En el prolapso la situación es permanente, si acaso podrá intentarse la reducción de la hemorroide mediante maniobras manuales adecuadas, manteniéndose en el interior del recto gracias a la obturación del esfínter, pero muchas veces, ninguna de las dos perspectivas es posible, ni regresan a su sitio, o si lo hacen no pueden mantenerse en él. Son estos los casos un poco más graves y de tipo agudo, acompañados de trombosis, edema y probable ulceración.

Hemorroides ulceradas y gangrenosas.—Este tipo no necesita una descripción especial, por tratarse de idénticas lesiones a las anteriormente descritas, y tan sólo se acompañan de los fenómenos característicos a las dos enfermedades mencionadas, la ulceración y la gangrena.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

—Si el médico práctico se encuentra familiarizado con la anatomía del ano, no tendrá mayores dificultades para distinguir una hemorroide interna de una externa.

Las hemorroides externas simples presentan pocas semejanzas con algunos otros padecimientos característicos de esta región, mas sin embargo, sentemos algunas consideraciones que resultarán de positiva utilidad en el momento de la práctica.

Una hemorroide externa trombosada, puede presentar un aspecto seme-

jante al de un absceso marginal y la diferenciación presentará más dificultades si la piel que cubre la hemorroide es tan gruesa que impide ver el color azul característico. ¿Cómo resolver este problema que la clínica nos presenta? Lo más indicado es la expectación paciente de veinticuatro horas, tiempo suficiente para que el absceso evolucione con todas las características de un proceso agudo inflamatorio.

Las lesiones ulcerosas localizadas en los colgajos externos, fácilmente pueden ser confundidas con otros padecimientos. Estas lesiones se presentan bajo la forma de escoriaciones, en colgajos cuya piel se ha liquenificado a consecuencia de un intenso prurito anal concomitante al brote hemorroidario; teniendo presente estos antecedentes, no será difícil identificarlas en un momento dado. Tres son los padecimientos de la región anal que más fácilmente se prestan a confusión con

las úlceras de los colgajos: la tuberculosis, el epiteloma y el chancro sifilítico. Pero el diagnóstico no presentará mayores dificultades si tenemos presente que las lesiones tuberculosas son húmedas, edematosas y preferentemente se localizan en los espacios comprendidos entre un colgajo y otro, no en los colgajos mismos, y probablemente el fenómeno más característico de una fimosis, es la excesiva descarga húmeda sero-purulenta. Las úlceras epiteliomatosas son únicas y relativamente aisladas de los colgajos y su rúbrica se halla representada por la presencia en los bordes de un tejido que prolifera rápidamente y que despierta nuestras sospechas. Por último, si el chancro sifilítico es el causante de nuestra indecisión diagnóstica, nada más fácil que recurrir a las observaciones microscópicas en campo obscuro o a las reacciones serológicas de Bordet-Wasserman, Kant, etc.

Los condilomas anal y perianal no sífilíticos presentan un aspecto tan característico, que sería imposible confundirlos con paquetes hemorroidarios.

Por lo que hace a las hemorroides internas simples, son contados los padecimientos con los cuales puede confundírseles, más sin embargo, estar alertas con el carcinoma, la estrechez benigna y los abscesos. Una revisión minuciosa de las características de estos estados, nos ayudará enormemente a resolver el problema.

Un papiloma hipertrofiado y trombosado será difícil distinguirlo a primera vista y encontrar diferencias marcadas con un paquete hemorroidario; sin embargo, examinando las relaciones que guarda la masa con la línea pectiniforme, será una labor que venga a facilitar la identificación.

Los pólipos adenomatosos o los campos de poliposis colocados en el

área hemorroidal, a veces son de estructura tan compacta, que necesariamente hay que recurrir a la biopsia para no dar lugar a errores. Porque casi siempre resulta muy difícil la inspección de la parte más baja del recto y al hacer el examen digital con guante de hule no encontramos la diferencia de lo que se puede tomar como paquete hemorroidiario y un pólipo blando o una masa polipoide.

Las hemorroides internas, salientes y prolapsadas casi siempre se acompañan con padecimientos de las venas externas y es muy común encontrar que juntamente con la mucosa que recubre la masa combada del paquete venoso, existe una combadura de los bordes anales debida a la distensión de las venas externas afectadas y a menudo trombosadas.

Un último caso que amerita un cuidadoso examen médico, es el de un paquete venoso prolapsado e irreducti-

ble, único o bilateral, pero casi nunca ocupando la circunferencia total del ano, a menos que sea excesiva la flojeidad y redundancia de la mucosa rectal, para salirse al mismo tiempo que el paquete. En este caso la hemorroide interna prolapsada se presentará como una masa amoratada recubierta por mucosa y haciendo hernia por el orificio, puede, además, presentarse ulcerada o trombosada en diferentes grados, con mucosidad y sangre en la superficie, con los bordes del ano amoratados y un intenso edema ha invadido esta región, lo que imposibilita totalmente la reducción de la masa hemorroidal.

Rápidamente hemos pasado revista a los diferentes padecimientos localizados en esta región y que fácilmente podríanse confundir con hemorroides, ya que lo hemos hecho, pasemos al capítulo del tratamiento.

TRATAMIENTO DE LAS HEMORROIDES

Al llegar a este capítulo de la patología de las hemorroides, decisivo en el porvenir de los enfermos, surge inmediatamente la discrepancia de criterio entre los diversos autores que se han ocupado del tema. Mientras unos se muestran francamente partidarios del tratamiento médico, otros, en cambio, abogan por el tratamiento quirúrgico.

En esta ocasión, como en todas aquellas en que la experiencia es el producto de las magistrales descripciones leídas en los libros y la observación de una hábil técnica practicada por nuestros maestros, seremos eclécticos y para normar el criterio de aquellos aficionados a la Proctología, y que además se tomen el trabajo de leer estas notas, haremos una descripción de-

tallada de los procedimientos que se emplean a título de paliativos o curativos, para que con un criterio lógico, sean aplicables, según los problemas clínicos que se presenten.

Haciendo una gran división del padecimiento en brote agudo y hemorroides crónicas, veamos cuáles son las indicaciones terapéuticas de uno y otro caso.

Brote agudo.—Sin entrar en todos los pormenores de los brotes agudos hemorroidales, es conveniente delimitar dos casos perfectamente definidos: La fluxión banal en una hemorroide externa y la crisis inflamatoria sobre una o varias masas extensas o hemorroides internas más o menos procidentes.

En la primera eventualidad ya hemos descrito la estructura, y hemos dicho que se trata de un pequeño tumor localizado en la circunferencia anal y cuya brusca aparición se acompaña de

un crecimiento rápido, de un color rojo, de una tensión de los tegumentos y a medida que crece se va haciendo más doloroso. En los primeros días el tratamiento es sencillo y eficaz: tintura de yodo, anestesia superficial o en último de los casos una pequeña incisión que siguiendo los pliegues radiados del ano, nos permitirá extraer un pequeño coágulo neoformado, después de lo cual aplicaremos una curación seca y esperaremos la evolución que será de unos cuantos días, con lo cual le habremos proporcionado a nuestro enfermo un positivo bienestar.

Si el caso es un poco tardío y nuestro diagnóstico ha esperado cuatro o cinco días para poder intervenir, en estas condiciones el coágulo se ha organizado y ya no hay por qué incidir, entonces habrá que limitarse a las aplicaciones frías y a los calmantes. Este tratamiento es suficiente para atenuar

el brote y dejar en su lugar una masa blanda e indolora, que hemos bautizado con el nombre de marisco.

Abandonada asimismo la hemorroides, puede suceder que se trombose, se esfacle, abriéndose espontáneamente y expulsando el coágulo vendrá una hemorragia que a veces es leve, a veces difícil de yugular.

Hay otra perspectiva y es la formación de una placa demasiado extensa de inflamación en la parte baja del recto, la formación de un absceso en la margen del ano, y en casos más graves, la infección puede alcanzar la fosa isquio-rectal.

En la segunda eventualidad, encontraremos un enfermo que sufre terriblemente de dolores agudos en el ano, sus evacuaciones son extremadamente penosas, a veces se acompañan de temperatura y en ocasiones es bastante alta. La inspección nos muestra una re-

gión anal con salientes lisas, tirantes, enrojecidas, amoratadas, duras y extremadamente dolorosas. Toda reducción es imposible, la hemorroide o las hemorroides son procidentes y estranguladas, salientes y netamente visibles; porque habrá ocasiones, lo hemos dicho, que la hemorroide es intra-anal y la masa turgesciente, tensa y dolorosa, más que poder verse, se siente con el dedo. Puede no existir ningún escurrimiento, pero también suele presentarse con una fetidez extraordinaria, de un color sanguinolento y pardusco, o bien acompañado de abundante sangre roja. Es este el caso indicado para prescribir el reposo absoluto, para procurar una evacuación regular y lo más fácil posible por medio de pequeñas lavativas de agua mucilaginosas o de aceite de olivo, para recomendar una limpieza meticulosa con algún ligero desinfectante y recomendar, por último,

las aplicaciones calientes (antiflogística, baños de asiento).

Hemorroides Crónicas.— Las formas crónicas que son las más comunes y bien sabido es que traducen esquemáticamente su existencia por tres órdenes de manifestaciones que pueden asociarse, sucederse o complicarse: las hemorragias, los tumores y los dolores.

Una de las razones más frecuentes por la cual el médico es consultado, es la pérdida de sangre, que puede ser ligera, fugaz y rara. En otros casos el enfermo tiñe su evacuación con cierta regularidad con pequeñas gotas de sangre o, con más frecuencia y periódicamente, el enfermo pierde al defecar pequeñas cantidades de sangre o verdaderas hemorragias. En casos más raros, se trata de hemorragias profusas que engendran anemia y que por su gravedad son inquietantes.

Analícemos cada uno de estos casos desde un punto de vista terapéutico: Se

trata de pérdidas raras, poco abundantes y si al examinar nuestro enfermo no encontramos más que pequeñas hemorroides, en este caso limitaremos nuestra conducta a las prescripciones anodinas e insistiremos sobre la higiene del hemorroidiario, la cual por su utilidad en seguida transcribimos.

En primer lugar y sobre todo, es preciso que la evacuación sea fácil. Si bien es cierto que es imprescindible luchar contra la constipación, no lo es menos saber que la diarrea y las evacuaciones frecuentes son en extremo perjudiciales. Por lo tanto, en caso de diarrea lo primero que hacemos es buscar la causa e inmediatamente aconsejaremos el tratamiento adecuado. Si es debida al mal hábito por miedo a la constipación y por ende al abuso de laxantes, trataremos de convencer a nuestro enfermo, para conseguir una evacuación normal. Si es una diarrea irritativa y cuyo punto de partida son

las hemorroides, cuidaremos a nuestro enfermo y trataremos de controlar el reflejo y, además, prescribiremos un mucílago puro que es de magníficos resultados.

Cuando el enfermo es un constipado, no hay que dejarlo abusar de los laxantes, convendrá usar reguladores suaves como la parafina, los mucílagos, ya sean puros o asociados a la sustancia anterior o con su celulosa, tipo de ellos el Agar-agar; el psilium, la semilla de lino, proscribir los que contienen fenoltaleína, podofilina, etc.

Deberán los enfermos evitar largas permanencias en el W. C., (a menudo leyendo), los esfuerzos prolongados y, por consiguiente, no hay que vacilar en el empleo de la lavativa pequeña con aceite o mucílago puro, o el supositorio, nunca el lavado abundante de agua pura.

La vida sedentaria, la vida de escritorio y los largos viajes en tren, au-

tomóvil o caballo, son extremadamente dañosos para los enfermos de hemorroides, ya que todo esto si no origina el estreñimiento, lo agrava y viene a engendrar congestiones en la pequeña pelvis.

No siempre se puede cambiar de vida, pero si fuera posible, hay que recomendarlo. Habrá que exigir que las faltas a la higiene se reduzcan al minimum y en cambio sean substituídas por horas de ejercicio, de marcha de sport.

Por último, cuidaremos de la alimentación del paciente, prescribiendo una alimentación rica en legumbres y frutas, y haciendo omisión de las carnes rojas, las especias, los platillos condimentados, el queso, el chocolate, el pan de migajón, los alcoholes, los vinos generosos, y los añejos.

Llegamos a los cuidados locales; es un principio generalmente admitido que las hemorroides no traducen su

existencia sino hasta el momento en que se inflaman. En consecuencia en este caso el enfermo debe tener sumo cuidado en el aseo rectal.

Al efecto, recomendaremos a nuestros hemorroidiarios no hagan uso ni de periódicos ni de papeles duros o gruesos. Deberán emplear papel limpio y suave y mejor aún algodón. En seguida es conveniente verificar una *toilette* local con agua tibia y jabón, seguida de la aplicación de un polvo inerte y suave. Proscribiremos los antisépticos que en estos casos siempre irritan y no sirven. Inútil será asegurar que bastarán estos cuidados para el caso en que las hemorroides sean benignas, que sangran rara vez y son poco dolorosas.

Pero si los dolores, las pérdidas de sangre, se reproducen con frecuencia y son difíciles de contener, recurrimos en este caso a las pomadas o supositorios,

introduciéndolas en el recto por medio de cánulas o aparatos especiales que facilitan la maniobra. Y como tratamiento general haremos uso del bismuto, el tanino, la ratania, la belladona; y si pensamos en los trastornos circulatorios, en nuestra ayuda vendrán el hamamelis, la castaña de India, el cupresus, etc., y si hay infección, las vacunas, el ictiol. Pero nunca abusar de los analgésicos, los que sólo emplearemos pasajeramente.

A continuación insertamos algunas fórmulas muy útiles en los casos precisos que vamos a señalar:

En ciertos tipos de hemorroides externas, dolorosas y ulceradas, se aconseja:

Analgésina.	0.5	gms.
Lanolina hidratada. .	5.	„
Vaselina.	5.	„

Si las hemorroides están ulceradas, pueden ser útiles las siguientes fórmulas:

Crisarrobina.	0.08	gms.
Vioformo.	0.5	„
Extracto de belladona.	0.3	„
Lanolina hidratada.	5.	„

o:

Novocaína.	0.5	gms.
Calomel.	10.	„
Vaselina.	20.	„

En caso de dolores agudos y hemorragia:

Cocaína.	0.3	gms.
Adrenalina.	0.03	„
Analgesina.	1.	„
Lanolina hidratada.	30.	„

Novocaína.	0.6	gms.
Extracto de hamamelis.	0.5	”
Manteca de cacao . . .	10.	”
Aceite de Almendras.	20.	”

Los supositorios son de preferirse no sólo para la anestesia local, sino cuando se prescriben medicamentos que obren principalmente sobre el sistema nervioso.

o:

Sulfato de morfina. . .	0.015	gms.
Extracto de belladona.	0.01	”
Extracto de beleño. . .	0.015	”
Manteca de cacao. . . .	1.2	”
Para un supositorio.		

o:

Clorhidrato de cocaína	0.015	gms.
Extracto de opio	0.02	”
Extracto de ratania. . .	0.4	”
Manteca de cacao. . . .	1.5	”
Para un supositorio.		

En caso de hemorragia:

Cloruro de calcio. . . .	0.05	gms.
Extracto hamamelis . . .	0.03	„
Bálsamo del Perú. . . .	0.1	„
Manteca de cacao. . . .	1.5	„
Para un supositorio.		

o:

Solución de percloruro de fierro.	0.1	gms.
Extracto de belladona.	0.02	„
Manteca de cacao.	1.5	„
Para un supositorio.		

Las grandes hemorragias pueden ser tratadas por taponamiento del recto, impregnadas las gasas con adrenalina y solución de percloruro de fierro. Este último da excelentes resultados como estíptico y puede usarse en enemas, en una solución de agua tibia

al 2%, o bajo la forma de inyecciones gelatinosas calientes, ejemplo:

Solución de gelatina al 5%. 100
 Solución percloruro de fierro. 1

Caliéntese a 45 grados e inyéctese en el recto.

Boas prescribe dos inyecciones al día de 10 a 20 c. c., de una solución de cloruro de calcio. Esta solución puede ser inyectada en el recto por las mañanas después de las evacuaciones, o después de un enema de limpia, y una segunda vez en la noche antes de acostarse.

Los nódulos de cáncer o gangrena pueden ser espolvoreados con las siguientes fórmulas:

Vioformo.	1.	gms.
Cocaína.	0.5	„
Oxido de magnesia. . .	10.	„
Subgalato de bismuto. .	4.	„

o:

Calomel.	5.	gms.
Cocaína.	0.3	„
Kaolín.	15.	„

Las hemorroides internas ulceradas y descamadas en el canal del ano pueden ser tratadas con inyecciones mediante una jeringa pequeña rectal, a la cual se conecta lateralmente un tubo anal perforado, uséanse las siguientes fórmulas:

Colargol.	0.5	gms.
Alipina.	0.3	„
Agua destilada.	30.	„

o:

Argirol.	1.5	gms.
Analgesina.	0.3	„
Agua destilada.	25.	„

Cocaína.	0.1	gms.
Extracto de belladona.	0.15	„
Ictiol.	10.	„
Agua destilada.	20.	„

Sig. inyecciones de 5 c. c. dos veces al día con una jeringa anal.

Si las escoriaciones y ulceraciones son crónicas pueden taponarse, a través de un espejo fenestrado.

Ictiol.	2	gms.
Glicerina.	20	„

o:

Ictiol.	3	gms.
Vaselina.	15	„

o:

Tintura de yodo.	1	gms.
Glicerina.	15	„
Sig. para taponos.		

Cuando los nódulos están propalapsados, deberán hacerse regresar a su lugar si no son gangrenosos. Se coloca al paciente en posición lateral con la pelvis levantada y el nódulo se humedece con una solución de cocaína y adrenalina.

Cocaína.	0.3	gms
Solución de adrenalina.	0.3	„
Agua destilada.	10.	„

Cuando las hemorroides pierden su sensibilidad deben ser lubricadas con lanolina, vaselina o aceite de olivo. Entonces el operador con guantes estériles empuja suavemente los nódulos dentro del canal del ano por detrás del esfínter. Cuando los nódulos son demasiado grandes y el esfínter se encuentra relajado, las almorranas se prolapsan nuevamente. En algunos casos habrá necesidad de fijarlas con un pesario, en otros con un vendaje en for-

ma de T, utilizando gasa estéril. La primera capa de gasa que se encuentre en contacto con el ano debe ser humedecida con un lubricante anestésico:

Alipina.	0.5	gras.
Vioformo.	2.	„
Lanolina.	30.	„

LOS PESARIOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS HEMORROIDES.

—El pesario más comúnmente empleado es el llamado “dumbell”. Consiste en una parte media recta y una curva redondeada en los extremos. Una vez que el pesario ha sido lubricado, se introduce un extremo en el ano, en tanto que el otro queda fuera.

El pesario construido por Kalkowsky tiene un extremo cónico, aplanado en su diámetro, el cual será introducido dentro del ano; en uno de sus extremos está unida una parte en forma de embudo que sobresale hacia abajo.

Se ha asegurado que este pesario es más práctico que ningún otro, ya que ejerce una presión menor sobre la próstata y es bien retenido por el ano. Schlesinger construyó un pneumo-pesario, consistente en un globo de goma, el cual se introduce en el recto y después se infla. Este globo está conectado con un tubo de goma y alrededor de éste hay una placa pequeña redonda que se coloca delante del esfínter externo, para evitar que el tubo pase al interior del recto.

El empleo de los pesarios actualmente está reservado a las gentes de cierta edad que rehusan someterse a un tratamiento radical. Usarlos está estrictamente contraindicado en los casos de inflamación aguda, úlceras o procesos gangrenosos.

EL ESTIRAMIENTO DEL ESFÍNTER COMO TRATAMIENTO DE HEMORROIDES.— Este procedimiento fué usado primeramente por Verneuil

y en algunas ocasiones con excelentes resultados, siempre que se trataba de almorranas reincidentes o hemorroides internas prolapsadas y estranguladas.

LA DILATACION COMO TRATAMIENTO DE HEMORROIDES.—Algunas otras personas practican la dilatación forzada del esfínter bajo anestesia local, por medio de espejos, dilatadores o por la inserción de los dos dedos índices.

El paciente es preparado para la operación por medio de un laxante que se suministra un día antes; después un enema de limpia aplicado con dos horas de anticipación. Colocamos a nuestro paciente en la posición de Sims, y después de una limpieza de la región anal, se inyecta una solución de 5 c. c. de novocaína al 3% en el canal por medio de una jeringa adecuada. Los nódulos pueden ser lubricados con el ungüento que contiene cocaína, anal-

gesina y lanolina, que hemos recomendado con anticipación. El operador se coloca por detrás del paciente e introduce los dedos perfectamente lubricados en el interior del ano y éste es tirado suavemente en todas direcciones. El esfínter, naturalmente, se afloja unos cuantos minutos después del estiramiento. Estirar con los dedos es un método bastante cómodo, fácil, y cuando se desea un estiramiento mayor, puede acudirse a los dilatadores rectales.

Lockhart-Mummery ha construído una serie de dilatadores rectales, muy semejantes al dilatador uterino de Hegar. Con el uso de estos instrumentos el estiramiento puede efectuarse con facilidad.

Algunos han asegurado que los mejores dilatadores son los que presentan una forma adecuada, para que una vez introducidos, puedan mantenerse en su posición. Los dilatadores de aluminio

de Manx, cumplen estos requisitos. Este instrumental puede ser usado por los mismos pacientes en su domicilio diariamente, comenzando por uno de tamaño tal que lo introduce y retiene fácilmente sin dolor. El tiempo de retención, que al principio es de cinco a seis minutos, puede ser aumentado en las siguientes semanas hasta media hora o más. Luego que el esfínter se ha aflojado y está habituado al tamaño del dilatador, se aumenta el tamaño y el tiempo. El tamaño máximo de estiramiento se obtiene con el dilatador mayor que se ha tolerado mejorando la circulación de la región anal y las condiciones espasmódicas del intestino se alivian enormemente.

Si han de tratarse las hemorroides por medio de la dilatación rectal, parecería impropio someter a nuestro enfermo a una dilatación rápida, toda vez que una dilatación gradual y

sin dolor, perfectamente controlada, puede efectuarse fácilmente.

PROCEDIMIENTO DE BOAS PARA EL TRATAMIENTO DE HEMORROIDES.—Boas recomienda un método interesante para la cura de hemorroides. El no está conforme con que los nódulos prolapsados deban regresar a su sitio, sino, por el contrario, opina que las hemorroides del recto deberán ser dilatadas de la siguiente manera:

Después de un enema de limpieza, los pacientes ejecutarán un esfuerzo abdominal intenso, cuya presión se deje sentir principalmente sobre los nódulos, cuando los nódulos no se puedan exteriorizar de esta manera se empleará la taza succionadora de Bier que nos proporcionará un prolapso completo que asegura el éxito del tratamiento. Una vez que los nódulos han sido prolapsados, se dilatan y se llenan de san-

gre. En unas cuantas horas el orificio anal se pone edematoso, asegurándose así la fijación permanente de los nódulos y la interrupción de la circulación. Unos días después el edema es menos marcado y los nódulos se han reducido, aunque muchas veces llegan a ulcerarse. En los primeros días el paciente se queja de agudos dolores, que pueden ser suprimidos con la aplicación de compresas humedecidas o alguno de los analgésicos que hemos recomendado. Recomendaremos un reposo de varios días, regularizaremos el régimen por medio de laxantes suaves sin llegar hasta una dieta especial. Después de ocho días los nódulos se habrán reducido a la mitad de su primer tamaño y el alivio completo se obtendrá después de unos catorce días, según Boas. El tratamiento de las ulceraciones puede hacerse mediante pequeñas cauterizaciones con nitrato de plata.

TRATAMIENTO DE LAS HEMORROIDES POR LAS INYECCIONES ESCLEROSANTES.

La terapéutica que hemos mencionado es suficiente y eficaz cuando las hemorroides son ligeras, cuando sus manifestaciones son benignas, pero no ocurre lo mismo cuando las lesiones tienen un carácter de seriedad mayor, cuando las hemorragias y los dolores se suceden con frecuencia.

En estos casos tenemos un método de tratamiento admirable por su simplicidad y eficacia. Son las inyecciones esclerosantes. En Francia este método ha sido preconizado y vulgarizado por el Dr. Bensaúd y Savignac; en México por el Dr. Raoul Fournier, quien hábilmente lo maneja. La técnica es la siguiente:

De instrumental hacemos uso de una jeringa común y corriente a la

cual se le adapta un largo pivote de metal en cuya extremidad se fija una aguja muy fina y corta; del anoscopio de Bensaúd muy manejable por su mango, cuyo tubo tallado en bisel hace resaltar en su luz la pared anal; de un espejo frontal con foco, algunos tapones de algodón montados en mandrines largos, tintura de yodo, vaselina estéril y un dedo de guante para un tacto previo.

La substancia por emplear será una solución al 5% de clorhidrato doble de quinina y urea en ampolletas de cinco centímetros.

La posición del paciente elegida para esta práctica es la genupectoral. Una vez montada y llena la jeringa, con el espejo frontal en su sitio, introducimos lentamente el anoscopio, perfectamente lubricado, sosteniendo bien y en posición vertical el mango, ya sea hacia arriba o hacia abajo, manteniéndolo

firme para evitar que sea expulsado por el enfermo.

Cuando el anoscopio se ha introducido lo suficiente, se quita el mandrín y se proyecta la luz dentro del tubo.

Precisando de antemano el punto en donde vamos a inyectar, recordaremos el criterio de Bensaud, que dice: "nunca debe ponerse la inyección en la hemorroide", sino en la parte interna del tubo anal, inmediatamente por arriba de la saliente del tumor venoso y en pleno tejido sub-mucoso. Mientras está puesto el anoscopio y lo sostenemos con la mano izquierda, pasamos un poco de tintura de yodo sobre la saliente, sosteniendo la jeringa con la mano derecha, con un golpecito seco introducimos la aguja y empujamos el émbolo, cuando hemos inyectado la cantidad que estimamos conveniente, con un breve movimiento se extrae la aguja, pasamos un poco de tintura de yodo sobre el orificio de punción y re-

tiramos lentamente el anoscopio. Después de limpiar la vaselina que hemos untado en el ano, levantamos al enfermo y lo hacemos descansar por algunos instantes.

Estas inyecciones se aplican por series de seis con un intervalo de una por semana. No existe un especial interés en espaciarlas más ni en aplicarlas con mayor frecuencia. Sin embargo, el ritmo no es estricto porque los enfermos pueden descansar hasta quince días.

Si después de haber aplicado una serie de seis inyecciones y habiendo dejado descansar al enfermo un mes o seis semanas, los síntomas funcionales y físicos han desaparecido por completo, entonces dejaremos al enfermo tranquilo, y si no, prescribiremos una nueva serie.

Se recomienda en aquellos enfermos vírgenes a la quinina comenzar a inyectar por dosis mínimas sobre todo si hay razones especiales como la edad,

la sensibilidad nerviosa o algunas otras contraindicaciones relativas. Tan pronto como sea posible llegar a la dosis completa.

Por medio de un sencillo artificio fijaremos el lugar de las inyecciones para distribuir las equitativamente en toda la circunferencia anal y no repetir las en el mismo sitio. Al efecto, el recurso que se recomienda es representar sobre la historia clínica del enfermo la circunferencia anal como una carátula de reloj, se anotarán en ese lugar la fecha de las inyecciones en las horas correspondientes empleando el ritmo siguiente: II- VII- III- IX- V- XI, obtendremos una esclerosis perfecta circular y con gran precisión de lugar y fecha.

Savignac aconseja que deben aplicarse inyecciones esclerosantes solamente en aquellos casos que no se trate de hemorroides inflamadas, pues se corre-

ría el riesgo de provocar reacciones muy vivas como fístulas y abscesos. De la misma manera deberá proscribirse el tratamiento, en aquellos casos de fístulas o rectitis purulentas en donde las reacciones inflamatorias pueden ser de alguna consideración. No se pondrán inyecciones en los puntos VI y XII, porque en estos lugares la mucosa se encuentra más o menos adherida a las capas profundas y la inyección es susceptible de provocar una escara.

No deberá picarse la vena sino arriba, ni conviene poner la inyección en el mismo sitio que la anterior. Por lo demás, en estos casos o no penetra o penetra difícilmente. Por lo tanto, deberemos formular la siguiente regla absoluta: **LA INYECCION DEBE SER FACIL Y NO DOLOROSA**, si el émbolo resiste sin que la causa de ello esté en el instrumental, urge detener la inyección, pues nos encontramos en una

zona inextensible, esclerótica y hay peligro de una escara.

En la misma forma habrá que detener la inyección si se despierta un dolor agudo, pues debe suponerse que la inyección se pone demasiado aprisa o bien se trata de una región inextensible, o el enfermo no tolera la sustancia. Es preferible retirar la aguja y puncionar otro punto de la superficie.

Al lado de estos obstáculos locales, existen también contraindicaciones de orden general. Podrían estar contraindicadas las inyecciones de quino-urea en los viejos, sin embargo, se han aplicado a enfermos de 70 y 80 años sin inconveniente alguno, siempre que se adopte una técnica prudente. No sucede lo mismo con los hipertensos, urémicos o diabéticos. En estos casos no se aconseja este tratamiento, lo mismo podemos decir de las mujeres embarazadas.

Entre los inconvenientes de estas inyecciones señalaremos algunos casos entresacados de las estadísticas del Dr. Fournier, que forman una experiencia digna de tenerse en cuenta. Los enfermos inyectados con esta solución en las primeras horas que siguen al tratamiento, no experimentan sensación alguna, pero una vez que ha pasado el efecto analgésico de la inyección, con más frecuencia si el enfermo regresa a su casa en automóvil se presentará un agudo dolor, más sin embargo, el síntoma no es para alarmar, ya que fácilmente desaparece con la administración de una aspirina o un veramón.

Un accidente que sí debe poner en guardia al médico, es la frecuente presencia de una escara, y contrariamente a lo que afirma Savignac en el C. A. M. E. P., se han registrado algunos casos. Es en este momento cuando está perfectamente indicado la suspensión del tra-

tamiento hasta que la escara haya desaparecido. La presencia de este accidente la achacan a la impureza de las sales empleadas, pero a pesar de usar las de manufactura más recomendable, como las de Merck y Poulanc, el accidente no se esfuma; por lo tanto, dejaremos que nuestro enfermo descanse, y como tratamiento de este síntoma recomendaremos las aplicaciones de fuscina de ziehl (la que emplean los laboratoristas para sus coloraciones).

En diferentes ocasiones se presentarán abscesos; este accidente es raro; sin embargo, no podríamos pasar por alto, su frecuencia aún no se sabe si es por la impureza de la solución que se inyecta, o es debido a la presencia de un estado infeccioso que no es muy ostensible, o cierto estado de mala nutrición de los tejidos. El tratamiento de este accidente es el de todos los abscesos anales.

Deben citarse aquí ciertos accidentes debidos a la intolerancia de las sales de quinina, ellos son el Edema de Quinke y los accidentes orsianos que se generalizan a todo el cuerpo; no será por demás decir que el tratamiento de estas manifestaciones está supeditado, en lo general, a los principios para combatir la anafilaxia.

Habrán algunos otros motivos que vendrán a ser un verdadero obstáculo para aplicar nuestro tratamiento, tales como el miedo del enfermo a la dolorosa introducción del anuscopio, pero esta resistencia se combatirá con la persuasión y la aplicación de una pomada anestésica en el momento de la introducción del instrumento. Algunas otras molestias dignas de mención, son el pujo o las falsas ganas de expulsión, pero este fenómeno es soportable y fugaz y sólo recomendaremos a nuestro enfermo que no piense mucho en ellas, que

no haga uso del W. C. inmediatamente después de la inyección, pues el crear esfuerzos, es la manera de acentuar la manifestación y prolongarla indefinidamente; pues de lo contrario, pasará, ya que posiblemente sólo es debida a pequeña salida del líquido, desapareciendo inmediatamente después de la reabsorción.

Hay una molestia bastante común y de orden general, que sobreviene tardíamente, varias horas después de la inyección: se trata de una sensación penosa, algo de vértigo y a veces con marcada tendencia hacia la lipotimia y si se intensifica puede terminar por un síncope.

Este accidente, por lo demás penoso, es regulado por la dosis de líquido que se inyecta al enfermo, y que estará en íntima relación con las reacciones que se presenten. Es la razón por la cual se ha tenido que poner para la primera

inyección una pequeña cantidad, y si no ha habido razones para sospechar una susceptibilidad especial, estaremos en condiciones de aumentarla en las sesiones siguientes.

Después de todo lo anteriormente asentado, estamos en posibilidad de sacar algunas conclusiones y decimos: las indicaciones de las inyecciones esclerosantes, en primer lugar, son para las hemorroides internas. No tienen acción ninguna sobre las hemorroides externas ni sobre los mariscos. Tratándose de hemorroides internas, su indicación principal es la hemorragia, según hemos indicado. Todo enfermo cuyas hemorroides sangran, podemos garantizarle el paro de la sangre después de aplicado este tratamiento.

LA ELECTROCOAGULACION COMO TRATAMIENTO DE LAS HEMORROIDES.

Ante todo, diremos que la aplicación extra-rectal de ondas cortas contribuye en la atenuación de los dolores en los casos de brote agudo. Pero sobre todo, la electroterapia es particularmente eficaz en las manifestaciones dolorosas de las formas esfinterálgica, neurálgica o espasmódica, que comúnmente suelen presentarse en los enfermos de hemorroides.

Pongamos el caso de que nos encontremos con un tumor irreductible, ya se trate de una hemorroide o un pólipo, acompañado de frecuentes y abundantes hemorragias, que el tratamiento de inyecciones esclerosantes no han sido capaces de yugular; en estos casos aplicaremos el tratamiento eléctrico, que

seguramente vendrá en nuestra ayuda, pero si esto no sucede, entonces hablaremos al cirujano para que practique una excéresis total.

Sentemos de una vez ciertas normas de conducta que sirvan de base en la práctica de un médico general que esporádicamente tenga que atender hemorroidarios. Si las lesiones revisten cierta importancia (prolapso constante, voluminoso, por hemorroides grandes y numerosas), confiaremos vuestro enfermo al cirujano que lo tratará por el bisturí o el cuchillo eléctrico, pero que de cualquier modo, es una verdadera operación previa narcosis e internamiento en el sanatorio para los cuidados consecutivos.

Otro es el caso si se trata de lesiones ligeras, ordinarias, cuya curación puede ser ambulatoria, y sólo requieren, cuando mucho, una anestesia local y cuidados consecutivos fáciles. Estas pequeñas

intervenciones son tan sencillas, que si las lesiones son poco numerosas pueden ser ejecutadas en varias sesiones sin molestia para el enfermo y con grandes ventajas para aquellas gentes que de ningún modo pueden interrumpir sus actividades diarias.

Consideremos las diversas lesiones que son susceptibles de ser involucradas en los territorios de práctica de un médico general.

En primer lugar los mariscos, es decir, esas bolsitas flácidas, restos de brotes hemorroidarios que se insertan en la circunferencia del orificio externo del ano. Nos aseguramos primero por el tacto y examinándolas de cerca, que se encuentran libres de dilatación venosa. Si es así, previa anestesia de la superficie (Bonnain, Novocaína, Rognier), o tras una anestesia local con inyección, cogemos el pie del tumor si la bolsita es voluminosa, y con el asa del

termocauterio, apretando lentamente y haciendo uso de una corriente de pequeña intensidad, hacemos saltar el marisco.

Es la forma de cómo podemos ir despojando al paciente de sus deformidades, de dos en dos por sesión; cada ablación dura algunos segundos, y la superficie seccionada no sangra si hemos apretado el asa lentamente y empleado una intensidad pequeña; en esa forma quedará carbonizada la superficie de la sección, y el enfermo podrá marcharse a su domicilio con una pequeña curación (aceite gomenolado, etcétera) y no tendrá más cuidados que el cambio de curación y un aseo local terciado. No hay por qué alarmarse si las heridas tardan en cicatrizar; a veces son necesarios diez o quince días, pero el enfermo no padece ni dolores ni molestias.

Todos los papilomas y los pequeños pólipos pediculados extra o intra-anales serán tratados por el mismo procedimiento y con las mismas ventajas, empleando para los últimos el anoscopio o unas válvulas pequeñas. La técnica es sencilla, rápida, elegante y sin peligro, los resultados son excelentes.

No es de aconsejarse este procedimiento para aquellos casos en que se trata de verdaderas hemorroides repletas de venas dilatadas, o de mariscos en los que se pudiese sospechar la existencia de algunas redcillas venosas, o en el caso que el pólipo o papiloma estuviese colocado directamente sobre el tumor hemorroidiario. En estos casos, si es de temer una hemorragia, ya directa o secundaria, y pueden revestir cierta gravedad por lo difícil de yugular.

En estos casos no trataremos de expulsar el tumor en una sola sesión; principiaremos por coagular la masa en pro-

fundidad, sin afectar la piel, sin causar herida inmediata. De este modo la masa abandonada a sí misma se seca, o se produce una escara que luego cae dejando una herida secundaria, que reposa sobre tejido esclerosado y que no puede crear el peligro de una hemorragia, por lo menos de consideración.

En suma, si se trata de uno o varios tumores "habitados", he aquí el método ambulatorio preconizado y que el médico general puede utilizar en su consultorio. Después de practicar la anestesia de superficie, o bien la anestesia local si se trata de un paciente excesivamente nervioso, continuamos con el aseo de la región, estando el enfermo colocado cómodamente en posición genupectoral sobre la placa indiferente, se introduce dentro de la deformidad casi toda la longitud de la aguja, dejando únicamente como un centímetro libre, se hace pasar una corriente de intensi-

dad débil. En cuanto se percibe un ligero chirrido de quemadura, hay que retirar inmediatamente la aguja, pero nunca antes de haber interrumpido la corriente. Si el tumor es voluminoso se aconseja hacer varias punciones en polos diferentes y opuestos.

No habrá que aplicar el tratamiento en una sola sesión, pues muchas veces se puede pecar de discreción, y sin embargo producirémos amplias escaras y anchas heridas que sin ser verdaderamente dolorosas, sí producen marcadas molestias al enfermo en el momento de la defecación o de la marcha.

Es necesario saber que este tratamiento es largo, que la herida tarda quince días y hasta tres semanas en cicatrizar. Pero lo que se pierde en duración se gana en facilidad y en ventajas para el paciente, que puede continuar llevando su vida habitual.

Rachet emplea un procedimiento más benigno, más elegante y menos do-

loroso, pero también aconseja tener paciencia si ha de realizarse sin pérdida de la actividad habitual y sin dolor. Consiste en introducir, sin electrodo indiferente, una aguja aislada, activa, y en hacer pasar una corriente de muy débil intensidad. Después de una ligera reacción inflamatoria, o se seca la masa y desaparece, o se forma una escara que cae y deja una herida indolora, que cierra poco a poco, formándose una cicatriz blanda, sin estenosis, y la hemorragia nunca se presenta.

Las dos complicaciones posibles son: hemorragia y brote inflamatorio. Pero si se han tomado las precauciones necesarias y se ha escogido un procedimiento adecuado, toda hemorragia que revista ciertos caracteres de seriedad será rarísima. Si sangra algún vaso, eso nos explicará que la coagulación ha sido insuficiente y bastará insistir en la coagulación con la punta de la aguja. Nun-

ca habrá necesidad de recurrir a ligaduras ni inmediata ni tardíamente. En cuanto al brote inflamatorio, muchas veces es el resultado de una anestesia local por punciones, o de una coagulación importante por su número o intensidad, lo que siempre habrá que evitar, o bien puede ser el resultado de coagulaciones secundarias resultantes de pequeñas hemorragias. Pero si cuidadosamente hemos aplicado la técnica y los lineamientos prescritos, todos estos accidentes serán muy raros.

Los cuidados que requieren estas pequeñas intervenciones son sencillos. Si por premura o en virtud de que los tumores sean voluminosos, ha sido la causa de aplicar una o varias coagulaciones importantes, habrá que prescribir el reposo absoluto a nuestros enfermos, de lo contrario, es inútil el tratamiento. Se recomendará a los enfermos el aseo local de la región, tanto por la

mañana como por la noche, con un poco de algodón, jabón y agua hervida adicionada de un ligero antiséptico, sobre todo, recomendar este aseo después de las evacuaciones. Habrá que recomendar nuevamente que las evacuaciones sean fáciles y regulares, pero sin provocar diarrea o evacuaciones frecuentes. Después del aseo y durante los ocho primeros días, recomendaremos un apósito de pomada o aceite gomoso, y esto será suficiente. Bien pronto desaparece el brote inflamatorio, se cae la escara y la herida cierra más o menos pronto, según su amplitud. A veces quedan restos de tumor, cicatrices esclerosas, para las que será suficiente un tijeretazo.

En el caso de tratarse no de una masa hemorroidiaria, sino de una complicación que por lo demás es frecuente su presencia, me refiero a las pequeñas papilas en forma de dientes de gato o de

sierra, o verdaderos pólipos sesiles o pediculados que descansan unos y otros sobre hemorroides turgescientes, nunca practicar la ablación mediante el asa, ya que podríamos engendrar hemorragias primitivas o secundarias, siempre difíciles de contener.

En complicaciones tales, se aconseja la coagulación con pinza bipolar, cuya técnica es la siguiente: Después de practicar la anestesia de superficie o la local, según el volumen del tumor o la resistencia del paciente, y después de haber practicado la limpieza y la asepsia de la región, colocamos al paciente de rodillas sobre la placa indiferente, tomamos el tumor con una pinza de mors, oprimiendo la pinza sobre la misma masa del tumor en su porción libre y tirando suavemente adelgazamos el pedículo para hacer la incisión. Es de aconsejarse no apretar o tirar demasiado fuerte, pues existen ciertas masas

blanduzcas que se quedan en el mors sin que haya tiempo de que el resto de la superficie incidida coagule, y por lo tanto, el peligro de la hemorragia. Cuando ya se tiene bien sostenido el tumor y se ha tirado de su pedículo, se pasa una corriente de intensidad débil, rápidamente, pero que sea suficiente para carbonizar el pie, que es donde se concentra la intensidad. Inmediatamente se percibe el resultado de la acción, porque aparece un anillo blanco al nivel de este pie; detener desde luego la corriente. Se requiere una habilidad de mano especial que es el resultado de la experiencia y de la costumbre, que permite, por lo tanto, saber que se ha hecho bastante pero no demasiado. En estos casos no se extirpa la masa, se deja en su lugar. Pero por sí misma caerá a los pocos días, con su base coagulada, cicatrizada y sin ninguna hemorragia.

Al octavo día, cuando se vuelve a ver al enfermo, el tumor se ha caído, y si el pedículo no era demasiado ancho, no se encuentra ni siquiera huella de coagulación.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS HEMORROIDES

Las técnicas más diversas se han empleado para curar este padecimiento; algunas de ellas han caído en desuso por las imprescindibles y molestas reliquias que dejan a los pacientes; citaremos una de ellas, muy usada hasta hace pocos años, y que no es de recomendarse.

Se tiene la idea de que las hemorroides internas se desarrollan formando tres grupos principales, colocados, uno en el lado izquierdo y dos en el derecho del orificio rectal. Por lo tanto, la técni-

ca aconseja extirpar los paquetes venosos en su totalidad, dejando entre uno y otro tiras de membrana mucosa que representarán en su totalidad la tercera parte del orificio ano-rectal, y cuyo fin será impedir el desarrollo de la contracción esfinteriana. La presencia ineludible después de la operación de los llamados mariscos, ha sido causa que se deseche este procedimiento, porque muchas veces después de pasado el tiempo, estos enfermos necesitarán someterse a un nuevo tratamiento quirúrgico para corregir estas deficiencias.

Desterremos la idea de formular una especie de cartabón quirúrgico, para que el proctólogo se sujete a él en todos los casos; no es posible, porque esta enfermedad presenta aspectos tan variados que cada uno de ellos amerita una técnica particular; mas sin embargo, trazaremos los lineamientos generales de la conducta que deberá seguirse

en el tratamiento de hemorroides no muy complicadas.

Si nuestro paciente se encuentra colocado en la posición adecuada y la anestesia se ha consumado, después de una minuciosa limpieza de la región, se desinfecta el campo con alcohol y un antiséptico, como la tintura de meta-phen; esta desinfección es para la región perianal, y las orillas del ano hasta la línea pectiniforme, mas no para la mucosa del recto, ya que si esta mucosa se limpia con alguna solución alcohólica, podríamos producir una proctitis inflamatoria considerable. La preparación del recto consistirá únicamente en limpiarlo de las heces, lo cual haremos con hamamelis.

Una vez introducido el anoscopio, y después de retirar el obturador, limpiamos la mucosa con gasa.

Pasamos al segundo tiempo, consistente en darnos perfecta cuenta del grado y naturaleza del padecimiento, así

como del tamaño de las deformidades; para ello se aconseja el siguiente procedimiento: insertando a través del anuscopio determinada cantidad de gasa seca, cuando los extraemos se produce un movimiento de torsión en los tumores hemorroidarios. Si la gasa es retirada lentamente las márgenes del ano se comban y las hemorroides internas son empujadas hacia el exterior completamente deformadas, la presión que está ejerciendo la gasa determina la plétora de las venas, mostrando en esta forma: el perfecto tamaño de las varicosidades externas y la disposición topográfica de las deformidades, datos que vendrán a ilustrarnos sobre el procedimiento que debemos emplear en la extirpación.

El tercer tiempo es la dilatación del ano, el objeto es ensanchar el esfínter hasta que su calibre rebase el de sus momentos de mayor distensión. Comúnmente podemos dilatar el ano hasta lle-

gar a tener un diámetro de tres o cuatro centímetros, sin que por este procedimiento se ocasione la ruptura de las márgenes. Esta distensión será lenta, con el objeto de que el dolor se reduzca al mínimo.

Cuarto tiempo, es la aplicación de las pinzas que se colocan en los bordes externos del ano, una en el anterior y otra en el posterior. Hay quienes recomiendan colocarlas en los bordes contiguos a las masas hemorroidales; siguiendo este último procedimiento, bastará hacer uso de tres pinzas generalmente. A medida que vamos colocando las pinzas vamos haciendo una exposición mejor del campo operatorio.

Ligadura y extirpación.—Se aconseja elegir la masa varicosa de mayor volumen para la extirpación inicial, pues una vez que hemos desprendido ésta, el resto de la operación es facilísimo; si la dejamos al último, el campo

puede obscurecerse al extirparse tumores de menor volumen. Substituimos la pinza triangular retráctil por una hemostática recta. Se practica una incisión en la piel desde el punto en donde comienza la hemostasis, y paralela a la línea pectiniforme a ambos lados de la masa externa; momentos después se comienzan a disecar las venas enfermas. Colocaremos una pinza en el eje longitudinal del orificio del ano en forma tal que la hemorroide interna y externa sean externas a ella, pero que abarque toda la membrana mucosa redundante. Antes de retirar la pinza, hacemos una ligadura con catgut del número uno, a través de la membrana mucosa y en un punto colocado como a un centímetro por encima de la pinza; en esta forma podemos prevenir cualquier accidente desagradable.

Cortando la masa antes de quitar la pinza, hacemos una segunda sutura alrededor del muñón y otra al tra-

vés de la mucosa que está más cerca de la línea pectiniforme. Se quita la pinza, se estiran los cabos y se amarra. Se comprende ahora del porqué de la primera sutura; obrando en esta forma, dejamos un muñón con mucosa que puede ser suturada dentro de la herida. Este procedimiento proporciona las ventajas siguientes: el muñón queda unido a la superficie descarnada de la herida, que crecerá en su interior como cualquier tejido transplantado, y la presencia en el ano de esta membrana elástica es una seguridad más contra la retracción. En segundo lugar, sacando el muñón al través del ano, el operador estará seguro de que si posteriormente se presenta alguna hemorragia, no quedará oculta, sino que inmediatamente hará su aparición al exterior y podrá yugularse sin dilación. Habrá necesidad de contener pequeñas hemorragias en las porciones externas de la herida, y es-

to lo hacemos mediante una aguja curva e hilo. Hay una arteria circular pequeña a la cual convergen las arteriolas que irrigan la piel de los pliegues; al hacer la extirpación de paquetes externos, podemos incidir uno o más de estos vasos; habrá que tenerlo presente, porque muchas veces, cuando el cliente ya está en su domicilio y fuera del control de la anestesia, se presenta una hemorragia que causará algunos disgustos; por lo tanto, siempre habrá que prevenir en el curso de la operación una hemorragia post-operatoria.

Como indicación especial, diremos que los bordes externos de la herida no hay que suturarlos, porque con la recuperación de la fuerza muscular del esfínter del ano las aproxima cuanto es necesario, y muchas veces el cierre hermético de la herida obstaculiza las descargas del recto, provocando consecuentemente infecciones y abscesos.

Una vez terminada la operación se aplica el anoscopio, se limpia el recto de sangre y coágulos, precaución que no habrá que echar en saco roto porque si después aparece sangre a través del vendaje, muy bien puede pensar el cirujano que no proviene de la que se ha quedado en el intestino, sino que es algún vaso que no se suturó perfectamente. Si por la simple inspección en estos casos, no descubrimos el origen de la hemorragia, subamos a nuestro paciente a la mesa de operaciones, apliquemos el anoscopio y examinemos las partes ocultas de la herida; recomendamos hacerlo sin anestesia, pero cuando haya necesidad, recurrir a la raquídea.

TECNICA AMPUTATIVA Y PLASTICA PARA LAS HEMORROIDES COMBINADAS EXTERNAS E INTERNAS.—El fin de esta laboriosa operación es corregir la deformidad que frecuentemente presentan hemorroides in-

ternas y externas complicadas con grados suficientes de prolapso rectal. Muchos proctólogos han tenido que enfrentarse al hecho, de que en el curso de una hemorroidetomía, el borde externo del ano se hincha uniformemente y se presenta con el aspecto de una nuez, tanto en forma como en tamaño.

En estos casos, al separar los bordes inflamados y si el paciente ejecuta un esfuerzo, saltará una colección de cinco o seis paquetes que siguen prolapsándose a pesar de que el esfuerzo ha terminado. Este problema es en realidad de difícil resolución, y no sólo, sino que después vendrán a presentarse escaras irregulares y nuevos paquetes hemorroidarios; en estos casos deberá obrarse con cautela y no tratar de remediarlo con una segunda operación adicional.

En otros casos, después de una operación por electro-coagulación, o después de la aplicación de inyecciones

esclerosantes, se presentarán extensas escaras que impedirán la conveniente aproximación de los tejidos, una vez que las deformidades han sido extirpadas. Más aún, en el caso en que las estructuras tengan suficiente aproximación, la excesiva fibrosis, la escasa circulación y la inhabilidad de estos tejidos para resistir los tratamientos, son a menudo responsables de la completa o parcial disolución de la plástica realizada en la operación.

La técnica que pasamos a describir, trata de evitar aquellas deficiencias enunciadas de la operación llamada de Whitehead. En el original, este autor hace referencia a lo siguiente: "una vez cortada el área sustentante de la almorrana, la mucosa del recto se restira y se sutura al borde libre de piel". Pero el error consiste en que la piel no tiene ningún borde libre; en estos casos algunos toman como orilla o borde libre de

la piel esa línea visible en donde los márgenes anales externos se encuentran normalmente en yuxtaposición. De aquí que cuando la operación ha principiado, se hace la primera incisión circunscribiendo el ano a su orilla externa, en lugar de la interna, donde se asienta el borde-mucoso-cutáneo. Comúnmente se corta la mucosa muy grande y la piel demasiado chica, resultando que cuando las dos se unen se externa tanto la mucosa, que podría decirse que el paciente se sienta sobre el recto. Esta es la torpeza de la operación llamada de Whitehead, que no es la original propuesta por su autor, sino que en esta forma se la han modificado.

La técnica propuesta es la siguiente: después de ejecutar la disección y extirpación de las varicosidades, se une la membrana mucosa al verdadero borde libre de la piel. Los resultados son satisfactorios si la membrana mucosa

corta jala a la tira de piel larga hacia adentro y sobre el margen anal, tanto que la línea de anastomosis, duplica la línea pectiniforme original. Sucede a veces que la tensión de sutura es demasiado fuerte y habría separación de mucosa; esta separación a veces se efectúa en todo un lado de piel, abriéndose en esta forma una franja que da el aspecto de abanico. Por lo tanto, es de recomendarse las suturas hondas, quedando así la membrana mucosa fija por debajo del margen de la piel, y si se practica una segunda sutura que comprenda la capa muscular, quedará en esta forma fijada la línea de anastomosis en su propia posición.

No es difícil que aparezcan abscesos después de haber usado esta técnica, pues se comprende en seguida que esta complicación surge, porque las descargas del intestino se abren paso a través de los tejidos subcutáneos por la lí-

nea de sutura; por lo tanto, conviene modificar el procedimiento que puede ser útil en muchos de los tipos de hemorroides no muy extensas, pero sí con numerosos paquetes difíciles de agrupar para extirparlos empleando cualquier otra técnica.

Los tiempos preliminares son los mismos descritos en la primera operación hasta el momento de aplicar el clamp. En la operación anteriormente descrita, la extirpación del borde de piel es extensa, y después de que todas las venas enfermas, juntamente con la membrana mucosa saliente han sido disecadas y el esfínter se ve al través de la herida abierta, entonces se distiende la mucosa saliente lo más posible, disecando hábilmente las últimas uniones de la pared de intestino hasta que ya no sea posible extirpar más tejido prolapsado. Si el prolapso es extenso, puede hacerse necesario seguir el procedi-

miento en ambos lados con la misma operación. De esta manera, todo el tubo de tejido prolapsado será retraído inmediatamente y la pared saliente del intestino queda libre en toda su circunferencia. Esta maniobra es necesaria, cuando se trata de un verdadero prolapso rectal.

Una vez que la extirpación ha terminado en un lado, se aplica el clamp, teniendo cuidado de no incluir la capa muscular; se corta entonces el tejido excedente, después de lo cual quitamos los clamps para substituirlos por pinzas rectas hemostáticas que unan los bordes mucosos libres. Se recomienda aplicar los clamps bien juntos, porque los vasos de la pared rectal inferior corren longitudinalmente, y si el instrumental no es suficiente, las arterias sangrantes dificultan la operación.

Viene en seguida el problema para determinar el sitio en donde deban jun-

tarse la mucosa y la piel; a este particular, se recomienda no exteriorizar nunca la mucosa, y esto se evita en la siguiente forma, cuando es posible: el músculo anal externo normalmente está por debajo del borde externo; manteniendo este músculo fuera de la línea de sutura, el cirujano puede tener la seguridad que el cierre del esfínter no exteriorizará porciones de mucosa.

Otra precaución importante será establecer dos canales a los lados del margen lateral del ano, a fin de tener una salida que sirva de escape a las descargas rectales; practicando este drenaje, no es fácil la formación de abscesos post-operatorios.

Esta operación se termina insertando un tubo de drenaje de gutapercha en donde se colocan tres o cuatro tiras de gasa yodoformada de una pulgada de ancho y de diez centímetros de largo.

CONCLUSIONES

Someramente hemos examinado la anatomía del recto y del ano; hemos hablado de la fisiología venosa, de las causas adyuvantes y predisponentes de este padecimiento de la anatomía patológica y de las clasificaciones hemorroidarias; hemos hecho una descripción sucinta del tratamiento con todos sus pormenores, a fin de que se puedan utilizar cuando los intereses de los enfermos lo ameriten.

Ya para terminar, en una forma esquemática, diremos:

I. Al atender un hemorroidario no descuidaremos la constitución general, el estado de su hígado y su modo de vida.

II. Regularemos sus evacuaciones.

III. Prescribiremos una higiene local.

Si las hemorragias son mínimas y las manifestaciones benignas y raras:

Limitarse a las reglas generales expuestas antes, y los cuidados locales que ameriten los brotes.

En caso de que no sea así, aplicar uno o cualquiera de los métodos que se enumeran:

Inyecciones esclerosantes, sobre todo contra las pérdidas de sangre, contra los dolores, los tumores y los prolapsos hemorroidarios.

Electroterapia, sobre todo en las manifestaciones dolorosas, en casos de anitis o hemorragias.

Electrocoagulación, del tipo que calificamos de médica, en mariscos, hemorroides externas, tumores hemorroidarios, papilomas, pólipos y prolapsos ligeros.

Cirugía cuando fracasen los procedimientos expuestos anteriormente; co-

mo casos concretos, podemos señalar los prolapsos voluminosos y masas hemorroidiarias vastas y numerosas.

BIBLIOGRAFIA

TILLEAUX.—Anatomía Topográfica. Segundo Tomo.

TESTUT-JACOB.—Anatomía Topográfica.

STARLING.—Fisiología.

DALMASES.—Hemorroides. Día Médico de la Argentina, 17 de mayo de 1937.

AGOTE y PADILLA.—Várices de los miembros inferiores. Su tratamiento por inyecciones esclerosantes. Día Médico de la Argentina, mayo de 1937.

SAVIGNAC.—Cartas a un estudiante de medicina.

LONCKHART MUMMERY.—Diseases of the Rectum and Colon.

QUENU y HARTMAN.—Chirurgie du Rectum.

D'ALLAINES ET BRODIER.—Maladies des Veines et des Lymphatiques.

GAUGIER ET LEGRY.—Coeur et Vaisseaux. Tomo III.

SCHWARZ GOLDBERGER CROCKER.—Diagnosis and non-operative treatment of the diseases of the Colon and Rectum.