

11209
10
20-

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

HOSPITAL REGIONAL PRIMERO DE OCTUBRE

I.S.S.S.T.E.

**MANEJO DE LA ENFERMEDAD HEMORROIDAL POR MEDIO DE
LIGADURA CON BANDA ELASTICA**

**TESIS DE POSGRADO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA
ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL**

PRESENTA

DR. GIOVANNI KURT ARQUIMENE BETTI KRAEMER

**DIRECCION
VILLA CIERVO #20
COLONIA LOMAS DE LAS PALMAS
MEXICO D.F. C.P. 52760**

NOVIEMBRE 1991, MEXICO, D.F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1992



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 está 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.

INDICE

	Pags.
Resumen / Summary	1
Introducción	2
Material y Método	3
Fotos de la técnica	4-10
Resultados	11
Discusión	12
Figuras y Tablas Representativas	13-20
Conclusiones	21
Bibliografía	22-23

RESUMEN

La enfermedad hemorroidal es un padecimiento antiguo, mencionado en los escritos históricos de cada cultura, tanto que las personas con hemorroides tienen un santo, San Fiacre.

La patogénesis de las hemorroides es multifactorial, los factores predisponentes incluyen herencia, postura erecta, hipertensión portal, estreñimiento y embarazo. Muchos pacientes tienen más de un factor predisponente.

La mayoría de los pacientes y médicos sometidos a hemorroidectomía excisional evidencian falta de satisfacción ante esta terapia.

La intermitencia de los síntomas hemorroidales permiten al paciente vagar hasta que la patología esta muy avanzada, momento en el cual la cirugía es imperativa.

Se realizó un estudio prospectivo en 25 pacientes con diagnóstico clínico de enfermedad hemorroidal, para evaluar la ligadura como un método simple en el tratamiento de hemorroides grados I-III, para el mismo utilizamos una pistola de ligadura tipo Mc Givney, aplicando doble ligadura con banda elástica a la base de cada paquete hemorroidal (1-3 pqt/s) en una sola sesión, correspondiendo el 48% a la ligadura de 2 paquetes y el 40% a la ligadura de 3 paquetes. Inmediatamente después de la ligadura el paciente refiere un dolor sordo (con sensación de pesantez) a nivel del canal anal, el cual es frecuentemente descrito "Como si tuvieran un chile", esto se acompaña de sensación de plenitud rectal y urgencia para defecar, la cual remite en 12 a 24 horas. El paciente es enviado a casa con manejo médico ambulatorio, y la banda suele caerse entre el 7mo y 10mo día. Las molestias y el dolor post-ligadura son menores que cuando se emplea el método de resección quirúrgica y persisten también por menos tiempo.

Al final del tratamiento los pacientes se refirieron completamente curados en un 76% y satisfechos con mejoría importante en el 24% restante.

Con esta técnica las tres principales molestias de la hemorroidectomía excisional convencional (Dolor, pérdida de tiempo laboral, e incremento en los costos de hospitalización) son ampliamente eliminadas, acompañandose de una reducción importante de los costos y presentando además una baja morbi-mortalidad.

El resultado final posterior a la ligadura de hemorroides internas es comparable al obtenido por la hemorroidectomía excisional.

Palabras clave: ligadura, banda elástica, hemorroidectomía excisional.

SUMMARY

Hemorrhoidal disease is an ancient affliction mentioned in the historical writings of every culture, so much that people with hemorrhoids have a saint, St. Fiacre.

The Pathogenesis of hemorrhoids is multifactorial. Predisposing factors include heredity, erect posture, portal hypertension, straining and pregnancy. Most patients have more than one predisposing factor.

The majority of patients and physicians alike to submit to excisional hemorrhoidectomy attest to general dissatisfaction with this therapy. The intermittency of hemorrhoidal symptoms allows the patient to procrastinate until the pathology is far advanced, at which time surgery may become imperative.

A prospective study was conducted in 25 patients with clinical diagnosis of hemorrhoidal disease to evaluate ligation as a simple method of treatment for internal hemorrhoids grades I-III. We used a Mc Givney hemorrhoidal ligator, then a double rubber band is placed at the neck of each hemorrhoid (1-3 piles) in a single session, 48% of the patients had 2 piles ligated and 40% had 3 piles ligated. Immediately after ligation a dull ache is noted by the patient in the anal canal, which reaches a peak in two hours and is often described as "Feeling like a hot pepper", this is followed by a feeling of fullness and an urge to defecate that subsides in 12 to 24 hours. Then the patient is sent home with ambulatory medical treatment, and the band will fall off between the 7th and the 10th day. Post-ligation discomfort and pain are minor than the observed after the excisional hemorrhoidectomy and they also persist for a shorter period of time. At the end of the treatment 76% of the patients were completely cured and 24% were greatly improved.

With this technique the three major deterrents to conventional excisional hemorrhoidectomy (Pain, loss of time from work, and expensive hospitalization) are largely eliminated, with a reduction in costs and showing also a low morbi-mortality.

The end result following internal hemorrhoidal ligation is comparable to that following excisional hemorrhoidectomy.

Key words: ligation, rubber band, excisional hemorrhoidectomy.

INTRODUCCION

La enfermedad hemorroidal es una de las enfermedades más antiguas de la humanidad, a la cual podemos encontrar referencias en cada cultura, desde la era Babilónica (2250 A.C.) (4) (7) (18) pasando por la Griega, Hindú, Egipcia, Romana y Hebrea (18).

Antiguamente el tratamiento de esta enfermedad era básicamente conservador, antes de 1800 solo se trataban mediante reposo en cama, abstinencia del alcohol, asientos de hule, y baños de agua tibia. Hipócrates (2) (4) describió el uso del cauterio como tratamiento de las hemorroides, en 1829 Salmón (2) (3) describe el método de **ligadura con seda**, la esclerosis fue iniciada en 1869 por Morgan de Dublín, utilizando Persulfato de Hierro, la **resección al momento de la ligadura** fue descrita por Allingham en 1873, (2) (3) fundamentando las bases de los procedimientos de resección quirúrgica que se utilizan actualmente, Blaisdell en 1954 (1) (2) (7) (9) describe el método de **ligadura por medio de banda elástica** y Barron en 1963 (2) (4) (7) (9) (14) lo populariza y perfecciona.

Se han empleado además otros métodos en el manejo de la enfermedad hemorroidal tales como la **dilatación digital del ano** (4), técnica que fue empleada por los antiguos griegos y posteriormente durante la edad media. Esta técnica es mejor utilizarla en el paciente joven, o cuando la enfermedad se asocia a fisura anal o en la presencia de presiones altas del mismo. No se utiliza en pacientes mayores de 60 años y la sobredilatación puede llevar a resultados desastrosos (Lesión del esfínter anal). La **esfinterotomía** (24) (25) (26) (27) es un procedimiento más definido y con mayor eficacia que la dilatación para el manejo del paciente con hipertonía del esfínter. La **escleroterapia** (3) (11) (18) con fenol o con aceite de cacahuete es útil en los pacientes con enfermedad hemorroidal grado I a III. La **crioterapia** (18) con nitrógeno líquido ocasiona necrosis con esfacelamiento y secreción fetida (muy incomoda para el paciente) de aproximadamente 14 a 21 días, es además sumamente costosa al igual que la **fotocauagulación con rayos infrarrojos, y el laser**. Últimamente se ha utilizado además la **diatermia bipolar** (18) (23) en hemorroides grado I a II con buenos resultados, por demás de la conocida **resección quirúrgica** (18) (24) (25) (26) (27) por medio de cualquiera de las técnicas conocidas (abierta, cerrada, mixta, submucosa, etc.) las cuales en manos expertas conllevan una baja morbi-mortalidad y poca recurrencia, con el único inconveniente de que ocasiona mayor dolor y molestias postoperatorias al paciente (de 14 a 21 días) e incrementa los costos institucionales en comparación con el método de ligadura por medio de banda elástica.

Por lo que los objetivos de este trabajo han sido el demostrar que el manejo de la enfermedad hemorroidal por medio de banda elástica es una buena alternativa debido de que es altamente eficaz tiene una baja morbi-mortalidad, permite la reincorporación temprana del paciente a sus actividades laborales y disminuye en forma importante los costos institucionales.

MATERIAL Y METODO

Se tomaron al azar 25 pacientes con enfermedad hemorroidal, referidos a la consulta externa del Hospital Regional Iero de Octubre, I.S.S.S.T.E., desde sus Clínicas de Adscripción.

Los criterios de inclusión para el estudio fueron los siguientes: pacientes masculinos o femeninos sin distinción de raza con edades comprendidas entre los 21 y 90 años portadores de enfermedad hemorroidal grado I a III con más de un año de evolución, los cuales no habfan recibido manejo quirúrgico, pero si manejo médico sin mejoría satisfactoria.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: pacientes portadores de enfermedad hemorroidal aguda, pacientes con hemorroides externas, trombosadas, o grado IV, pacientes con enfermedad de Crohn, Colitis ulcerativa crónica inespecífica, Cáncer de recto, S.I.D.A., HIV (+), Fístula rectal, Abscesos rectales o Perianales, enfermedad hepática, Leucemia, y aquellos que estuvieran utilizando anticoagulantes (12).

A todos los pacientes se les tomo biometría hematca completa, química sanguínea, electrolitos sericos y se le realizó exploración física completa y rectosigmoidoscopia previa a la ligadura, clasificando las hemorroides en los grados I a IV según la clasificación de Goligher (4) (23) (24) (25) (26) (27).

El manejo preoperatorio fue dirigido a la adecuada higiene anal, la eliminación del trauma rectal ocasionado por el estreñimiento, al alivio del edema y a la prevención de la infección (Sepsis post- ligadura) (10) (12) (13) (14) (15) (19) (20).

Dicho manejo consistió en una dieta alta en residuo, al uso de Psyllium Plantago como suavizante de las evacuaciones, sediluvios con agua tibia por 15 minutos tres veces al día y después de cada evacuación, aplicación de Xilocaina e Hidrocotisona en ungüento tres veces al día, manteniendose por 7 a 10 días previo a la ligadura, 24 horas antes del procedimiento se inició Metronidazol (500 mg cada 8 horas) por vía oral como profilaxis de la sepsis post-ligadura.

Para la realización del procedimiento se coloca al paciente en posición genupectoral, se realiza exploración del area perianal y rectal, se realiza digitalización gentil del recto mediante la introducción de un dedo enguantado y lubricado con jalea, posterior a la dilatación del canal anal se introduce el anoscopio y se localizan las hemorroides procediendo a realizar la ligadura de los paquetes hemorroidales (de 1 a 3) utilizando para ello una pistola tipo Mc Givney (ver fig. No. 1) con la técnica referida por Blaisdell, y posteriormente modificada por Barron, aplicando la base del paquete hemorroidal doble ligadura con banda elástica, y teniendo cuidado en colocar las bandas por lo menos 5 mm por arriba de la línea pectínea para evitar de esta manera el dolor, (en la fig. No. 2 se observa la secuencia de dicha técnica), al término del procedimiento y si el paciente no refiere dolor intenso (de lo contrario se deberá retirar las bandas) se procede a enviar inmediatamente al paciente a su domicilio con el mismo manejo médico que se implementó al inicio de su tratamiento. El Metronidazol se continua por 5 días más, y se agrega Dipirona v.o., c/8 horas, además se dan indicaciones precisas para el reconocimiento de los signos tempranos de la sepsis pelvica o sepsis post-ligadura (10) (12) (13) (15) (16) (19) (20). Dichos signos son: hipotermia, escalofríos, dolor rectal severo y sintomatología genitourinaria, en especial disuria y/o retención urinaria.

Posteriormente el paciente es visto a los 7, 14 y 180 días, fecha en la que se le da una ficha de recolección de datos la cual es llenada en forma conjunta por el médico y el paciente.

En las figuras 3, 4, 5 se observa respectivamente la exploración del área anal, la introducción del anoscopio para la subsecuente visualización de las hemorroides, y la aplicación del forceps a la hemorroide traccionando la misma hacia el tambor de la pistola de ligadura, para poder aplicar las bandas, por último en las figuras 6 y 7 se observan ya las ligaduras aplicadas a la base del paquete hemorroidal.

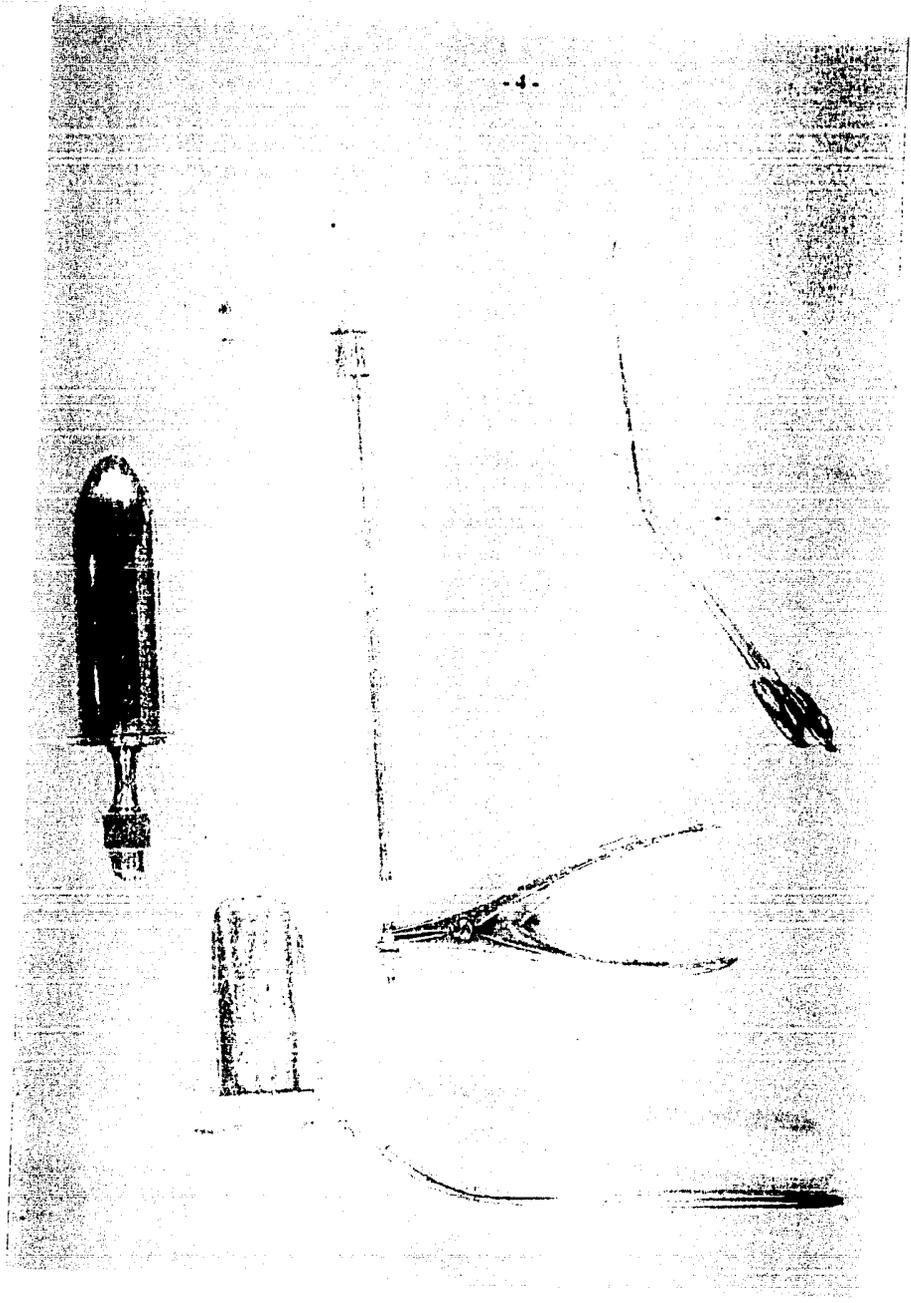


Fig. 1

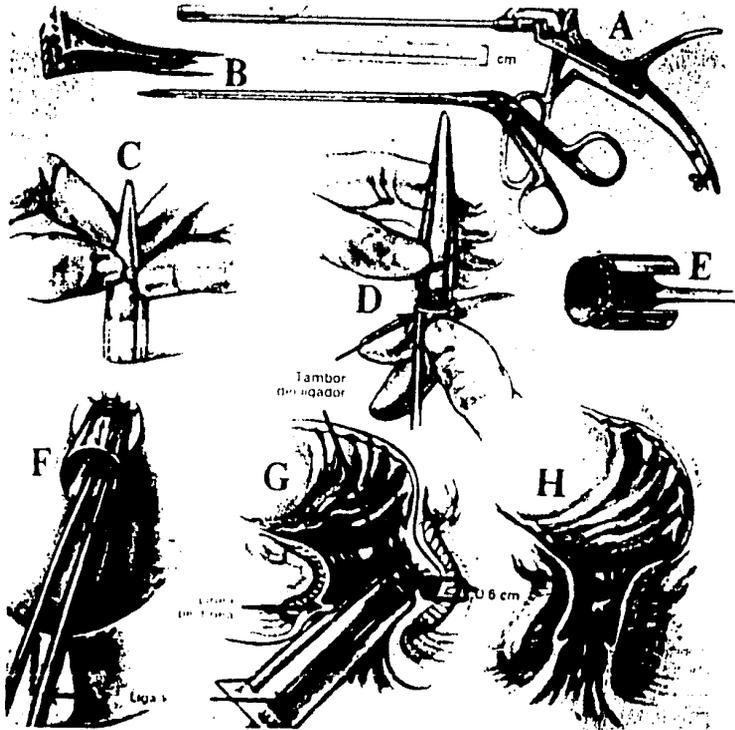


Fig. 2

A. Pistola Tipo Me Givney

B. Forceps

C y D. Se observa la técnica de como cargar las bandas elásticas en el cono de carga, para posteriormente ser colocadas en el tambor de la pistola de ligadura.

E. Se observa la doble ligadura colocada ya en el tambor de la pistola.

F. Se observa el forceps traccionando la hemorroides hacia el interior del tambor para poder aplicar la doble ligadura.

G. Se observa la técnica de observación de la doble ligadura respetando el mínimo de por lo menos 5 mm por arriba de la línea pectinea.

H. La ligadura colocada en su sitio (la base del paquete hemorroidal).



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

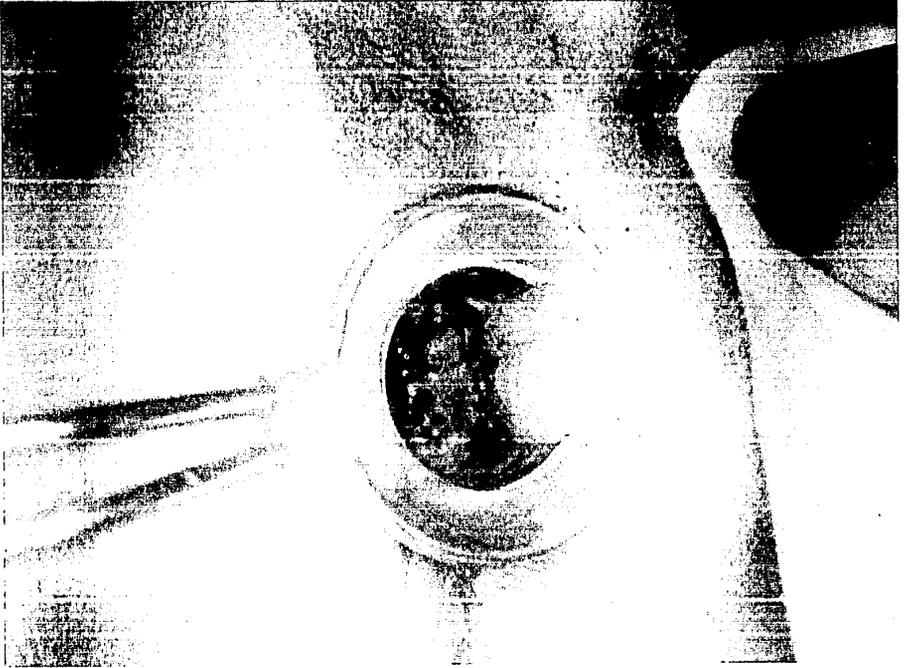


Fig. 7

RESULTADOS

De los 25 pacientes 13 fueron hombres y 12 mujeres sin importancia estadísticamente significativa $p < 0.05$, (fig. 8).

A la exploración física 1 paciente (masc.) presentó hemorroides grado I, 4%; 14 pacientes (7 masc. y 7 fem.) hemorroides grado II, 56%; 10 pacientes (5 mac. y 5 fem.) hemorroides grado III, 40%; (fig. 9) , 3 pacientes (12%) presentaron escoriaciones, 6 pacientes (24%) presentaron pliegues cutáneos, y 1 paciente (4%) presentaba fisura anal.

Los síntomas que originaron la consulta fueron: Sangrado en un 76% de los pacientes correspondiendo a 10 mujeres y 9 hombres (fig. 10). Dolor en un 68% de los pacientes correspondiendo a 8 mujeres y 7 hombres (fig. 11). Prurito en un 60% de los pacientes correspondiendo a 9 mujeres y 6 hombres (fig. 12). La triada conformada por sangrado, dolor y prurito se presentó en solo 20% de los pacientes correspondiendo a 3 mujeres y 2 hombres (fig. 13).

Al 4% de los pacientes se le ligó un solo paquete hemorroidal, al 48% se le ligaron dos paquetes, al 40% se le ligaron tres paquetes, y al 4% se le ligaron cuatro paquetes (fig. 14) (al paciente que se le ligaron cuatro paquetes requirió de dos sesiones de un descanso de mes y medio entre cada una de ellas). (tabla 1)

La relación de los síntomas que originaron la consulta con el grado de hemorroides se ejemplifican en las tablas 2,3, y 4 (Ninguna tuvo importancia estadísticamente significativa).

Las molestias presentadas debido a la ligadura se ejemplifican en la tabla 5, no hubo relación entre la intensidad de la sintomatología post-ligadura y el grado de hemorroides (tabla 6), ni entre el dolor post-ligadura y el número de paquetes ligados (tabla 7), sin embargo encontramos una relación directamente proporcional con la incidencia de dolor post-ligadura y el grado de hemorroides (a mayor grado de hemorroides mayor número de pacientes que presentaron dolor posterior a la ligadura), (tabla 8).

Posterior a la ligadura, el 36% cursó asintomático, el 40% refirió algún tipo de sintomatología leve (dolor o sensación de pesantez en el recto), y el 24% algún tipo de sintomatología con molestia moderada. Ningún paciente refirió sintomatología severa o incapacitante (fig. 15).

La duración del dolor posterior a la ligadura varió de 0 a 7 días con una media de 3.816 (fig. 16).

Como resultado del tratamiento, 76% de los pacientes se refirieron a los seis meses completamente curados y el 24% refirió una mejoría importante con respecto al manejo previo (fig. 17)

DISCUSION

En base a los resultados obtenidos al término de este trabajo, observamos que existe cierta similitud con los signos y síntomas reportados en las diversas series de la literatura médica mundial, por ejemplo Wroblewski y colaboradores (7) en su revisión de 266 pacientes en la Clínica Lahey, observó que previo a su tratamiento el 88% de sus pacientes presentaron sangrado, 33% dolor y 31% prurito vs 76%, 68% y 60% obtenidos respectivamente en este estudio.

En cuanto a los síntomas postligaduras Wroblewski obtuvo los siguientes resultados: 43% cursó asintomático, 26% con sintomatología mínima, 11% con sintomatología moderada, 17% no presentaron cambios y 3% se refirió peor que previo a su tratamiento, vs 36%, 40%, 24%, 0% y 0% obtenidos respectivamente en nuestra serie.

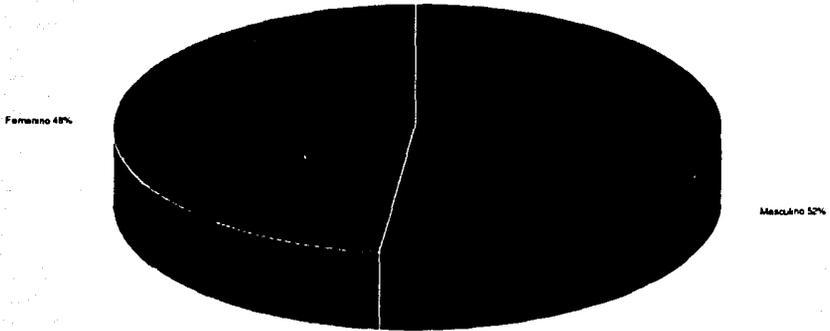
Salvati y colaboradores en su revisión de 490 pacientes (realizada en la Clínica New Jersey en 1966) observó sangrado postligadura en 1.8% de los pacientes y dolor en 24%, trombosis en 3%. De sus paciente 1.5% fue manejado mediante ligadura múltiple en una sola sesión, de éstos el 8% refirió dolor severo, además 2% de los pacientes tratados en dicha serie requirió de hemorroidetomía excisional por fallas técnicas o recurrencia de las hemorroides.

Poon y colaboradores (14) estudiaron 205 pacientes (103 con ligadura simple y 102 con ligadura simple), de los pacientes manejados con ligadura simple el 73.4% cursó asintomático posterior a la ligadura (evolución excelente), el 18.4% con sintomatología mínima (buena evolución) y el 8.2% refirió mejoría mínima. De los pacientes ligados con ligadura simple, el 84.5% se refirieron asintomáticos (evolución excelente), 12.4% con sintomatología mínima (buena evolución), y 3.1% refirió mejoría mínima. Ninguno de sus pacientes refirió haber empeorado posterior al tratamiento.

De lo antes mencionado y en comparación a nuestro estudio, pese a que los grupos étnicos difieren observamos que en nuestra serie el porcentaje de pacientes que cursaron asintomáticos y/o con sintomatología leve (dolor mínimo) posterior a la ligadura totaliza el 76%, no hubieron pacientes con el dolor severo, ni que se hayan referido peor después del inicio de su tratamiento que el dolor posterior al mismo tuvo una media de 3.8 días, el cual se equipara a la mayoría de los reportes de la literatura médica mundial, y que por sí sólo es mucho menor de aquel que refieren los pacientes manejados con hemorroidetomía excisional.

Sin embargo, observamos que los primeros pacientes de nuestra serie fueron aquellos con una duración de dolor postligadura de 5 a 7 días quizás debido a la falta de dominio en la técnica de aplicación de la ligadura, mismo que fue disminuyendo durante el curso de esta serie a medida que se ganaba experiencia con el manejo de la técnica de ligadura con banda elástica.

DISTRIBUCION DE SEXO



No existió diferencia estadísticamente significativa
Fig. 8.

HALLAZGOS DE LA E.F. Diferencia entre sexos

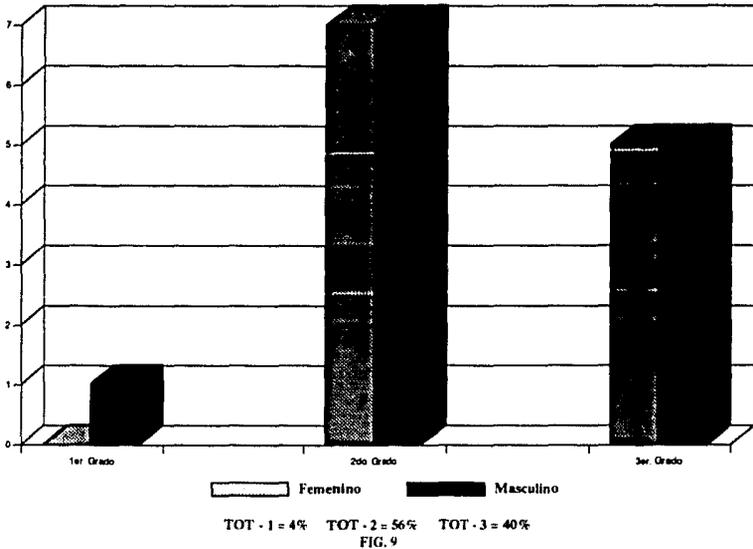
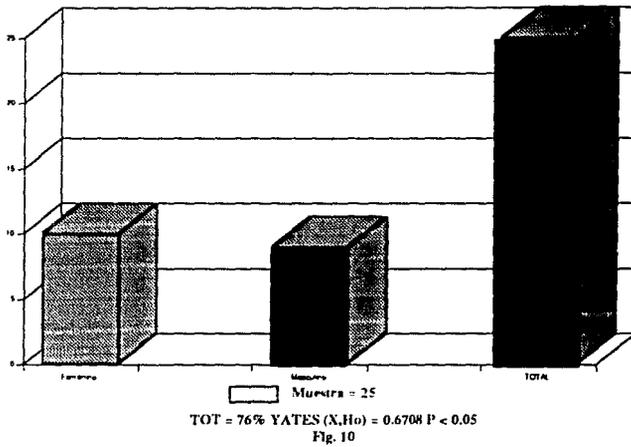


FIG. 9

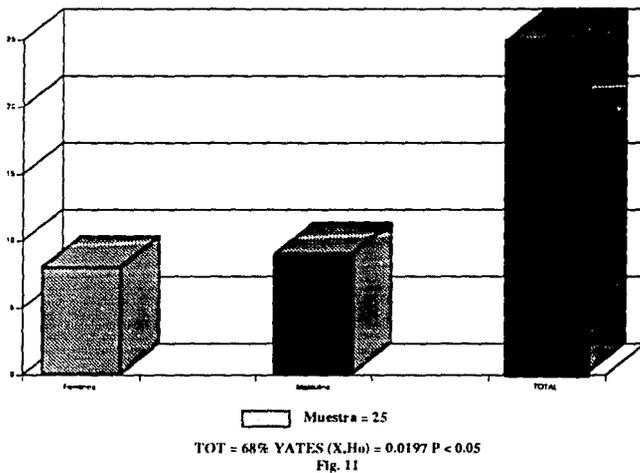
INCIDENCIA DE SANGRADO PREVIO AL MANEJO

Diferencia entre sexos

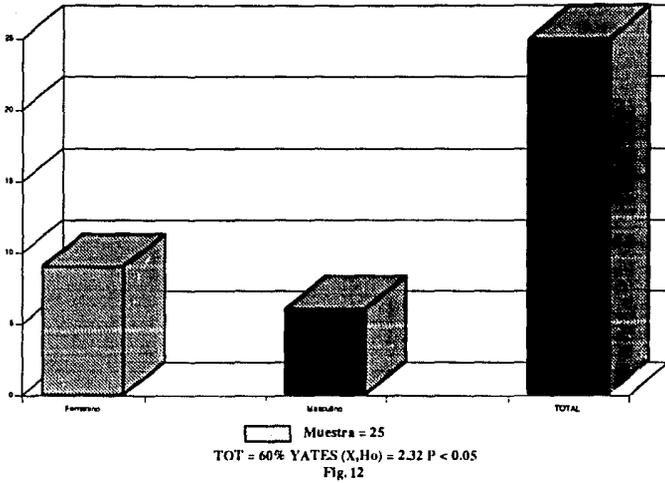


INCIDENCIA DE DOLOR PREVIO AL MANEJO

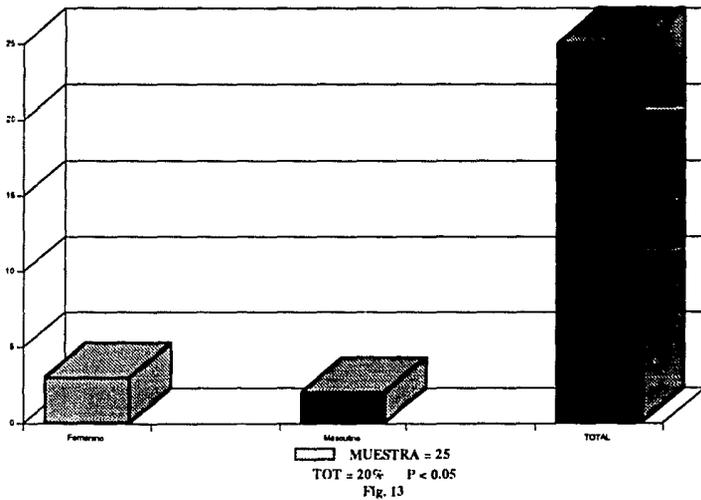
Diferencia entre sexos



INCIDENCIA PRURITO Diferencia entre sexos



INCIDENCIA DE DOLOR, PRURITO Y SANGRADO Diferencia entre sexos



NUMERO DE PAQUETES LIGADOS Diferencia entre sexos

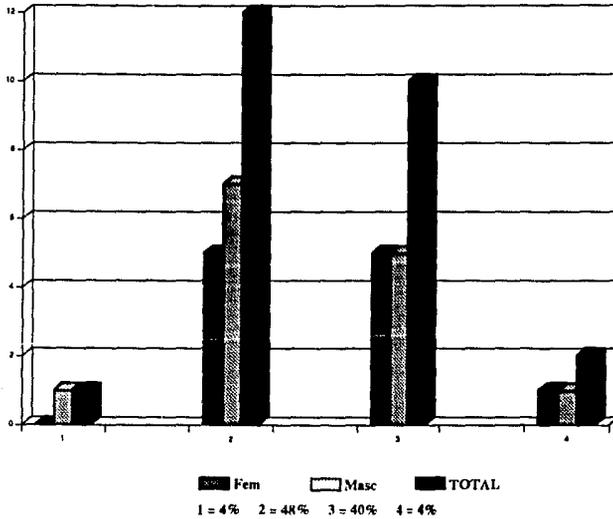


Fig. 14

NUMERO DE SESIONES

UNA SESION	24 Pac.	96%
DOS SESIONES	1 Pac.	4%

Tabla I

	I GRADO	II GRADO	III GRADO
SANGRADO	0	10	9
SIN SANGRADO	1	4	1

INCIDENCIA DE SANGRADO CON RELACION AL GRADO DE HEMORROIDES COMO SINTOMA QUE ORIGINO LA CONSULTA

H YATES χ^2 5.69

P > 0.01 (NO HAY RELACION ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA)

Tabla II

	I GRADO	II GRADO	III GRADO
DOLOR	1	10	7
SIN DOLOR	0	4	3

RELACION ENTRE GRADO DE HEMORROIDES E INCIDENCIA DE DOLOR RECTAL QUE ORIGINA LA CONSULTA

H YATES χ^2 2.54

P > 0.01 (NO HAY RELACION ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA)

Tabla III

	I GRADO	II GRADO	III GRADO
PRURITO	0	7	7
SIN PRURITO	1	7	3

INCIDENCIA DE PRURITO CON RELACIONAL AL GRADO DE HEMORROIDES COMO SINTOMA QUE ORIGINO LA CONSULTA

H YATES χ^2 3.21

P > 0.01 (NO HAY RELACION ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA)

Tabla IV

MOLESTIAS PRESENTADAS DEBIDO A LA LIGADURA

SINTOMA	FEM	MASC	TOTAL	%
Dolor rectal	5	7	12	48%
Secreción	1	3	4	16%
Dolor referido	3	0	3	12%
Sangrado	1	2	3	12%
Claudicación	0	0	0	0%
Retención urinaria	0	0	0	0%
Sin sintomatología	5	4	9	36%
TOTAL	12	13	25	100%

Tabla V

	I GRADO	II GRADO	III GRADO
SIN MOLESTIAS	0	7	2
SINT. LEVE	1	4	5
SINT. MODERADA	0	3	3
SINT. SEVERA	0	0	0

Tabla VI

RELACION DE LA INTENSIDAD DE LA SINTOMATOLOGIA POST-LIGADURA Y EL GRADO DE HEMORROIDES

H YATES χ^2 2.397

P > 0.01 (NO HAY RELACION ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA)

	I GRADO	II GRADO	III GRADO	III GRADO
DOLOR	0	6	6	0
SIN DOLOR	2	6	4	1

RELACION ENTRE DOLOR POST-LIGADURA Y NUMERO DE PAQUETES LIGADOS

H YATES χ^2 2.06

P > 0.01 (NO HAY RELACION ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA)

Tabla VII

	I GRADO	II GRADO	III GRADO
DOLOR	1	2	8
SIN DOLOR	0	12	2

RELACION ENTRE EL GRADO DE HEMORROIDES E INCIDENCIA DE DOLOR RECTAL POST-LIGADURA

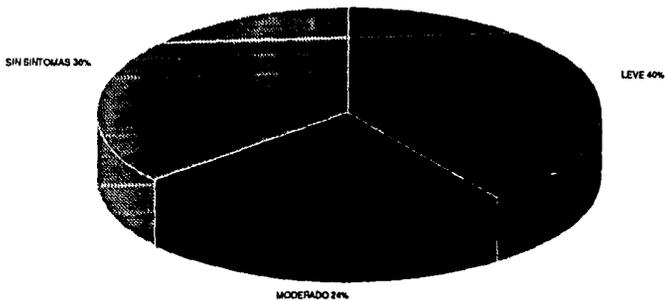
HYATES χ^2 12.4

P < 0.01 (SI HAY RELACION ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA)

Tabla VIII

ESTA LEY DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

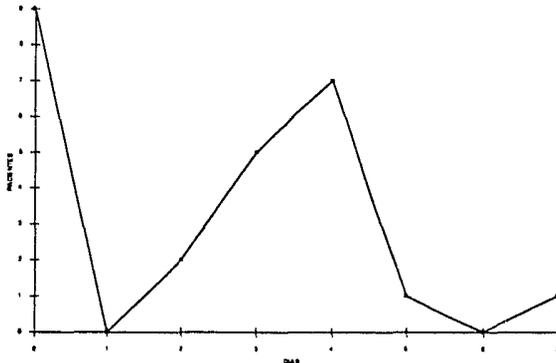
INTENSIDAD DE LA SINTOMATOLOGIA Posterior a la ligadura



No existieron síntomas severos

Fig. 15

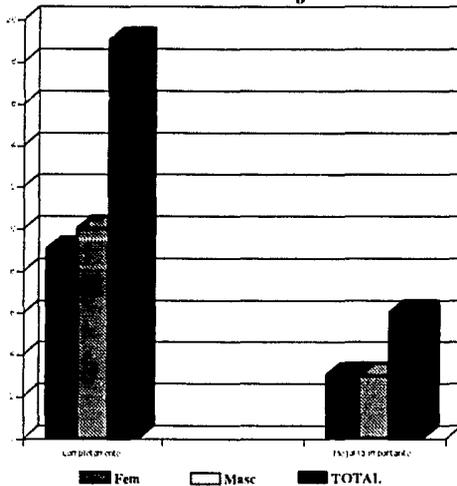
GRAFICA DE DURACION DE DOLOR POSTERIOR A LA LIGADURA



MEDIA PARA DATOS AGRUPADOS = 3.816

Fig. 16

RESULTADO DEL TRATAMIENTO Grado de mejoría



Sin rel. entre sexo y grado de mejoría

YATES (X₂, I₀) = 0.25 P < 0.05

Fig. 17

CONCLUSIONES

La ligadura de hemorroides por medio de banda elástica, en manos expertas es un procedimiento sencillo de realizar.

Este método en la mayoría de los casos, es más fácil de aceptar para el paciente que la cirugía.

No es necesario hospitalizar al paciente ni someterlo al riesgo de la anestesia.

Se realiza en el consultorio y en forma ambulatoria.

El recurso humano utilizado es mínimo (un médico y una enfermera).

Las molestias presentadas en el postoperatorio son mínimas o inexistentes).

La incidencia de dolor post-ligadura es directamente proporcional al grado de hemorroides (a mayor grado de hemorroides mayor es el número de pacientes que presentan dolor posterior a la ligadura).

Hasta el momento no se han reportado complicaciones en este estudio.

Disminuye en forma importante el período de incapacidad del paciente permitiéndole la incorporación temprana a sus actividades laborales.

Desde el punto de vista costo-beneficio, este método es una alternativa más viable al compararlo con los métodos quirúrgicos convencionales.

Es necesario continuar un estudio a largo plazo (mayor de tres años) para verificar el porcentaje de pacientes que presentarían recidiva de la enfermedad con ese tratamiento. De cualquier manera en el caso de recidivar es posible practicar una nueva ligadura en forma ambulatoria sin contraindicación alguna más que las mismas empleadas en el procedimiento inicial.

BIBLIOGRAFIA

1. Blaisdell, Paul C.: "Prevention of Massive Hemorrhage Secondary to Hemorrhoidectomy" Surg. Gynecol. Obstet. 485-488, 1958
2. Barron, Jhon.: "Office Ligation Treatment of Hemorrhoids". Dis Colon Rectum. 109-113, 1963
3. Hickok, David R. and Banich, Francis E.: "The Ligation of Prolapsing Bleeding Hemorrhoids". Arch. Surgery. 91: 463-465, 1965
4. Steinberg, David M. Liegois, H. and Alexander J - Williams.: "Long Term Review of the Results of Rubber Band Ligation of Hemorrhoids" British J of Sugery. 62: 144-146, 1975
5. Shaifk, Ahmed.: "A New Concep of the Anatomy of the Anal Sphincter Mechanism and the Physiology of Defecation. Single Loop Continence: A New Theory of the Mechanism of Anal Continence". Dis Colon Rectum. 37-43, 1980
6. Shafk, Ahmed.: " A New Concep of the Anatomy of the Anal Sphincter Mechanism and the Physiology of Defecation Anorectal Sinus and Band. Anatomic Nature and Surgical Significance". Dis Colon Rectum. 170-179, 1960
7. Wroblewski, Daniel E. Corman, Marvin L. Veidenheimer, Malcolm C. Coller, John A.: "Long-term Evaluation of Rubber Band Ligation in Hemorrhoidal Disease". Dis Colon Rectum 23; 7: 478-482, 1980
8. Thomson, Hamish.: "The One-Man Bander: A New instrument for Elastic Ligation of piles". The Lancet. 106-107, 1980.
9. Shofield, P.F., Cunliffe W.J. and Hulton N.: "Elastic Band ligation of Hemorrhoids: A New Applicator". British J of Surg. 71: 3: 212, 1984
10. Russell, Tomas R., Donohue, John H.: "Hemorrhoidal Banding". Dis Colon Rectum. 28: 5: 291-293, 1985
11. Gartell, P.C. Sheridan, and McGinn, F.P.: "Out-patient Treatment of Haemorrhoids: A Randomized Clinical Trial to Compare Rubber Ligation With Phenol Injection" British J of Sug. 72: 478-479, 1985
12. Bayer, I., Kyzer., Creter, D., Lewinski, U.H.: "Rectal Bleeding induced by Dipyrindanole" Dis Colon Rectum. 29: 2: 123-125, 1986
13. Clay, Lucius D. Withe, J. Davidson, J. Thomas. Chandler, James J.: "Early Recognition and Successful Management of pelvic Cellulitis Following Hemorrhoidal Banding" Dis Colon Rectum. 29: 9: 579-581, 1986

14. Poon, G.P., Chu, K.W., Lau, W.Y., Lee, J.M.H., Yeung, C., Fan, S.T., Yiu, T.F., Wong, S.H., Wong, K.K.: "Conventional vs. triple Rubber Band Ligation for Hemorrhoids" *Dis Colon Rectum*. 29: 12: 836-838, 1986
15. Wechter, Bebra., Luna, Gregory K.: "An Unusual Complication of Rubber Band Ligation of Hemorrhoids" *Dis Colon Rectum*. 30: 2: 137-140, 1987
16. Shemesh, Eli I.: "Severe Complication of Rubber Band ligation of Internal Hemorrhoids" *Dis Colon Rectum*. 199-200, 1987
17. Weinstein, Steven J., Rupins, Eric B., Houck, James., and Thrower, Sandra.: "Single Session Treatment for Bleeding Hemorrhoids" *Surg Gynecol Obstet*. 165: 479-482, 1987
18. Leff, Edmund.: "Hemorrhoids: Current Approaches to an Ancient Problem" *Postgraduate Med*. 82: 7: 95-101, 1987
19. Scarpa, Francis., Hillis, William., and Sabetta, James R.: "Pelvis Cellulitis: A Life-Threatening Complication of Hemorrhoidal Banding" *Surg*. 103: 3: 383-385, 1988
20. Quevedo Bonilla, Gerardo., Farkass, Anna M., Abcarian, Herand., Hambrick, Ernestine., Orsay, Charles P.: "Septic Complications of Hemorrhoidal Banding" *Arch. Surgery*. 123: 650-651, 1988
21. Chester, John F., Stanford, B. Jane., Gazet, Jean-Claude.: "Analgesic Benefit of Locally inject Bupivacaine After Hemorrhoidectomy" *Dis Colon Rectum*. 33: 6: 487-489, 1990
22. Selvaggi, Francesco., Scotto Di Carlo, Silvestri, Antonio., Notaroberto, Alessandro., Maffettone, Vincenzo.: "Surgical Treatment of Circumferential Hemorrhoids" *Dis Colon Rectum*. 33: 903-904, 1990
23. Hinton, C.P., Morris, D.L.: "A Randomized Trial Comparing Direct Current Therapy and Bipolar Diathermy in the Outpatient Treatment of Third-Degree Hemorrhoids" *Dis Colon Rectum*. 33: 931-932, 1990
24. Goligher, J.C. *Surgery of the Anus, Rectum and Colon*. 5th Ed., London: Balliere Tindall. 171, 1984
25. Fazio, Victor. W. *Current Therapy in Colon and Rectal Surgery*. B.C. Decker Inc. Toronto and Philadelphia. 9, 1990
26. Sabiston, David C. *Tratado de Patologia Quirurgica*. 13ava ed. Interamericana, McGraw-Hill, Mexico. 1058, 1988
27. Schwartz, Seymour I. *Principios de Cirugia*. 4ta ed. McGraw-Hill, Mexico. 1219, 1987