

11209

197



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**Facultad de Medicina
División de Estudios Superiores**



HEMORROIDECTOMIA DE URGENCIA

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el Titulo de
CIRUJANO GENERAL

presenta

DR. FELIPE JORGE PLIEGO MARTINEZ

RESIDENTE DE CIRUGIA GENERAL

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

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

HOSPITAL GENERAL

" Lic. Adolfo Lopez Mateos "

HEMORROIDECTOMIA DE URGENCIA

TESIS RECEPCIONAL

DR. FELIPE JORGE FLIEGO MARTINEZ
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA
ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL.

DIRECTOR DE TESIS
DR. RUBEN CHARVEL TOBIAS
JEFE DE SECCION
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

DR. IGNACIO DE LA PEÑA PAEZ
JEFE DE SERVICIO
CIRUGIA GENERAL.

DR. GABRIEL CASALES ORTIZ
TITULAR DEL CURSO DE POSTGRADO
CIRUGIA GENERAL

DR. CARLOS VIESCA TREVIÑO
ADJUNTO CURSO DE POSTGRADO
CIRUGIA GENERAL.

DR. ELENA LOPEZ GAVITO
COORDINADORA DE INVESTIGACION
CIRUGIA GENERAL.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

I.	INTRODUCCION	1
II.	CLASIFICACION.	4
III.	ANATOMIA.	6
	a) Conducto anal	
	b) Línea anorectal	
	c) Musculatura anal	
	d) Irrigación anal	
	e) Linfáticos anales	
	f) Inervación anal	
IV.	FISIOLOGIA.	16
V.	ETIOLOGIA HEMORROIDAL	19
VI.	TECNICA QUIRURGICA	20
VII.	MATERIAL, METODOS Y RESULTADOS	24
VIII.	COMENTARIOS Y CONCLUSIONES.	36
IX.	BIBLIOGRAFIA	38

A TODOS AQUELLOS QUE DE UNA MANERA
DESINTERESADA HAN CONFIADO EN MI;

Padres, Hermanos, Esposa, Maestros,
amigos.

ESPECIALMENTE AL Sr. Dr. Rubén Char
vel Tobías por su ejemplo, como mé-
dico y hombre.

y Al Sr. Dr. Raúl Alvarado Cerna
por su Enseñanza, en mis primeros
pasos por la Proctología.

A LAS VICTIMAS SILENCIOSAS (6)

Lawrence R.H.

I. INTRODUCCION

Las hemorroides son sin duda una de las dolencias -- que más frecuentemente afectan a la humanidad. (5)

El término hemorroide deriva del adjetivo griego Hai morrhoides que significa hemorragia (haima-sangre, rhoos-flujo), y destaca el síntoma más prominente en la mayoría de -- los casos, aunque algunos de los pacientes no llegan a manifestar hemorragia, el término almorrana deriva directamente del griego vulgar. (5)

Es difícil tener una idea exacta de su frecuencia, -- pero la experiencia clínica sugiere que muchas personas de -- ambos sexos padecen hemorroides y un número todavía mayor -- quizás tengan hemorroides en forma asintomática, es un hecho frecuente encontrar hemorroides en la exploración rectal de -- enfermos que nunca refirieron síntomas de la enfermedad. (6); pero aproximadamente el 95% de la población general, en edad adulta, son portadores de hemorroides, pero sólo acudirán al médico los que sufren síntomas de gran intensidad o que no -- han cedido a la automedicación. (6)

Entre los que no acuden al médico figuran las perso- -- nas con hemorroides asintomáticas, molestias mínimas, los -- que sufren pudores mal entendidos, los que temen al trata- -- miento quirúrgico, etc. Con esto las estadísticas refieren- -- que por lo menos el 50% de las personas de más de 50 años -- presentan un cierto grado de desarrollo hemorroidal. (2,5,6)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

No obstante la enfermedad no está en modo alguno limitada a las personas de edad avanzada y las hemorroides se encuentran en personas de todas las edades, incluyendo niños con problemas de hipertensión portal. Al parecer los hombres padecen hemorroides con una frecuencia 2:1 en relación con las mujeres, aunque Avendaño reporta una frecuencia similar en ambos sexos, no así Golinger.⁽⁵⁾

Dada la alta frecuencia de este padecimiento y que en un porcentaje determinado de ellos llegan a complicarse en forma aguda, Vgr: edema, trombosis, prolapso, esfacelo, hemorragia, infección; y basados en resultados obtenidos por autores como Alvarado, Eisenhamer, Smith, Howard y otros pensamos que en nuestro Hospital se podría favorecer a algunos pacientes con complicación aguda hemorroidal, con el tratamiento quirúrgico urgente, por lo cual llevamos a cabo esta investigación clínica del 10. de Enero de 1981 al 1° de Diciembre de 1982.

Es todavía discutible el tratamiento quirúrgico completo de un paciente que padece un cuadro hemorroidario agudo, existen cirujanos que recomiendan llevar a cabo primero el tratamiento médico (3-5) (sediluvios, antiinflamatorios, analgésicos, en nuestro medio antiamibianos, laxantes, dieta, etc.), y al desaparecer el cuadro agudo efectuar la hemorroidectomía. Esto en nuestro concepto es adecuado en cierto grupo de pacientes (embarazo, edad avanzada, padecimiento sistémico, etc.).

Otros cirujanos lo consideran como un problema quirúrgico urgente y recomiendan la hemorroidectomía inmediata (2,7-12). Uno de los argumentos de quienes no aceptan el tratamiento quirúrgico urgente, es la posibilidad de infección, flebitis, estenosis anal o complicaciones generales,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

circunstancias que pensamos no deberán presentarse en pacientes debidamente escogidos.

Esperar a que el proceso termine para intervenir después quirúrgicamente, prolonga innecesariamente la incapacidad del paciente, además de no existir ningún medicamento curativo del padecimiento.⁽²⁾ Basados en estos últimos datos se llevó a cabo la presente investigación clínica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

II. CLASIFICACION

Las hemorroides se clasifican en internas y externas (5), las primeras se originan en los dos tercios superiores del canal anal que está revestido de epitelio cilíndrico, -- las segundas en el tercio inferior cubierto de piel del canal anal o en el propio orificio anal. Sin embargo esta clasificación se refiere al lugar de origen de las hemorroides solamente (4), ya que después de haber existido durante algún tiempo y de haberse agrandado suficientemente (3), las hemorroides internas aparecen también en el exterior del ano y en la mayoría de los casos se presentan en forma mixta. (3-6). Existe otra clasificación que va de acuerdo al grado de prolapso, clasificándose en grados del 1 al 4. (3-6)

Las hemorroides grado 1 son aquellas que simplemente se proyectan algo en la luz del canal anal cuando las venas están congestionadas al defecar. Las hemorroides de grado 2 son aquellas que tienen una forma de tumefacción mayor, que no sólo sobresalen en el canal anal, sino que descienden también hacia el orificio anal permitiendo que, en forma eventual, aparezcan en el exterior al realizar el paciente los esfuerzos para la defecación (1y3), y retornan espontáneamente al canal anal cuando termina la defecación. Las de grado 3 son aquellas que se prolapsan o sobresalen durante la defecación y no se reintegran al interior del ano más que con la ayuda de alguna maniobra. Las hemorroides de grado 4 son -- aquellas que representan un revestimiento cutáneo y que no -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

se pueden reintegrar apropiadamente al interior del canal --
anal permaneciendo como una proyección constante en el ano -
(1,3-6).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I I I. A N A T O M I A

El extremo inferior del tubo digestivo está formado por el ano, conducto anal, línea anorectal y recto. (1,3-6) -
Fig. 1.

El ano es el orificio terminal del tubo digestivo y tiene forma de depresión alargada en sentido anteroposterior, a la que convergen pliegues de piel fina e hiperpigmentada; en estado normal está cerrado y solo se abre durante la salida del bolo fecal. (1)

El conducto anal tiene como límites, en su porción inferior, el ano y en la superior la línea anorectal, mide de 2 a 4 cm y su superficie, inclusive la línea anorectal, está cubierta por piel, que forma pliegues longitudinales paralelos al eje mayor del conducto, de espesor variable, blancos y fácilmente perceptibles durante un tacto. Su dirección es la de una línea imaginaria que fuera trazada desde el orificio anal al ombligo.

Su distensibilidad y expansión (1) están condicionadas por la tonicidad del aparato muscular esfinteriano y en reposo es una cavidad virtual.

A la línea anorectal se le ha denominado también línea dentada, línea pectinada o pectinea (5y6) e impropriamente unión mucocutánea. (3) Representa la unión de ectodermo con el endodermo y establece un límite en la distribución en los

los sistemas circulatorio, linfático y nervioso de la región. Su conocimiento es de importancia primordial para comprender la etiopatogenia y el tratamiento de los padecimientos proctológicos más frecuentes. Esta línea es sinuosa y la forman las criptas de Morgagni y las papilas anales. (1,3-6)

Las criptas o válvulas anales son pequeñas bolsas, de forma trinagular abiertas hacia arriba, de base superior y vértice inferior. Varían en número entre 6 y 8 y se alteran con las papilas anales a manera de nidos de golondrina. Las criptas anales se prolongan hacia tejidos subcutáneos, ramificándose para formar las glándulas anales, en su mayoría son subcutáneas pero algunas perforan el orificio interno y muy raramente el orificio externo. Fig. 2.

La musculatura anal está formada por tres capas que de fuera a dentro son (1,3-6): esfínter externo, músculo longitudinal conjunto y esfínter interno. A continuación efectuaremos un breve resumen de cada una de estas capas. Fig. 3.

El esfínter anal externo es una masa muscular que se fusiona hacia arriba con la porción puborectal del elevador del ano, constituyen entre ambos el anillo anorectal, y es éste el responsable de la conservación de la continencia esfinteriana voluntaria, y es por ello que en la cirugía anal se evitará, dentro de lo posible, su lesión. Este esfínter guarda una forma orbicular; de su porción posterior se desprenden fibras que se insertan en el coccis, el extremo anterior es redondeado y está en contacto con los extremos internos de los músculos perineales transversos superficiales a nivel del cuerpo perineal, situado en el centro del periné, en la base del diafragma urogenital y es de importancia cuando se realiza cirugía gineco-obstétrica o proctológica en la mujer. Fig. 5.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

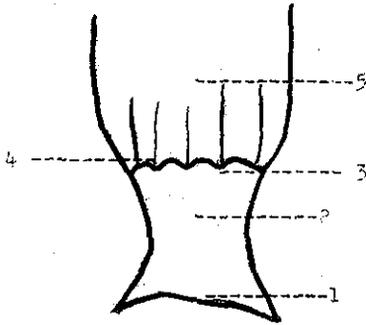


Fig 1.- 1.Ano 2. Conducto anal
3. Borde de la cripta de Morgagni
4.- Papila anal 5. Recto

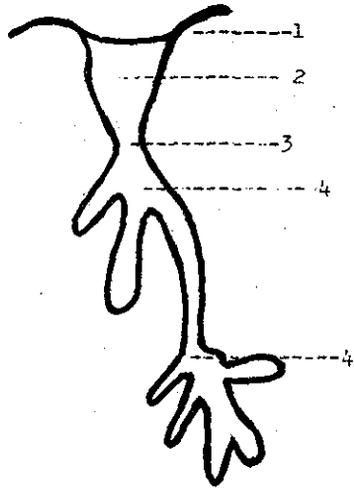


Fig 2.- 1. Papila anal 2.Cripta de Morgagni 3. Conductillo 4.Glandula anal .

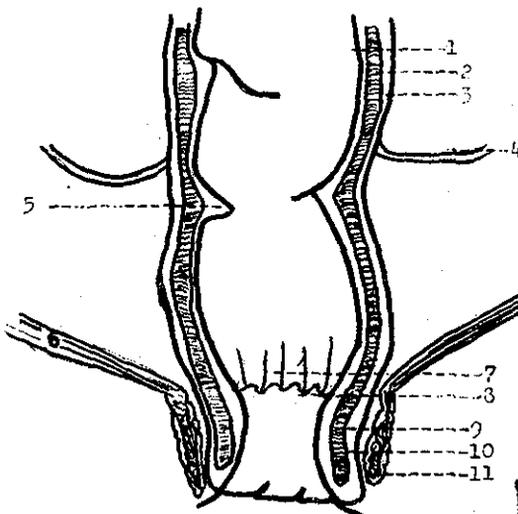


Fig 3.- 1.Mucosa rectal
2.Capamusculas circular
3. Capamus.longitudinal
4. Peritoneo 5.Valvula de Houston
6. Elevador del ano
7. Columnas de Morgagni
8. Línea peptinea
9. esfinter interno
10. musculo longitudinal conjunto
11. Esfinter externo .

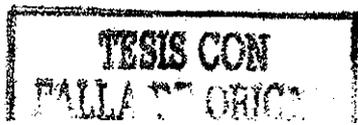
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El músculo longitudinal conjunto está constituido por la terminación de las fibras longitudinales del recto (1,3-6), a las que se agregan algunas fibras del puborectal. Hacia abajo se extienden expansiones fibroelásticas, dispuestas en abanico, que atraviesan el extremo inferior del esfínter externo y, sin serlo le dan el aspecto de un haz muscular independiente. Estas expansiones fibroelásticas se insertan en la piel anal y forman la porción externa del corrugador cutis ani. Fig. 4.

El esfínter anal interno está formado por la capa muscular circular del recto, que termina, en su extremo inferior en un engrosamiento en forma de rodete bien definida, lo constituye dicho esfínter, su altura es de unos 3 cm y su espesor de 4 a 7 mm. La línea pectínea está situada aproximadamente a la mitad de la altura de este músculo. En la cara interna del esfínter interno hay un músculo muy fino llamado músculo subcutáneo del ano⁽¹⁾, formado por expansiones musculares y fibroelásticas procedentes del músculo longitudinal, que atraviesan todo el espesor del esfínter interno, a nivel de la línea anorectal se hace más denso y se adhiere a ella. Fig. 4.

En el estudio conjunto del aparato muscular anal⁽¹⁾ se pueden observar las relaciones, dimensiones y altura de ambos esfínteres. El esfínter interno desciende a una distancia de 6 a 8 mm del orificio anal; el esfínter externo es ligeramente más bajo que el interno y su fusión con la porción puborectal del elevador del ano está situada a 4 cm del ano. Fig. 6.

La irrigación del ano está dada por las arterias hemorroidales media e inferior y algunas ramas de la superior, éstas perforan las capas musculares y se continúan en la sub



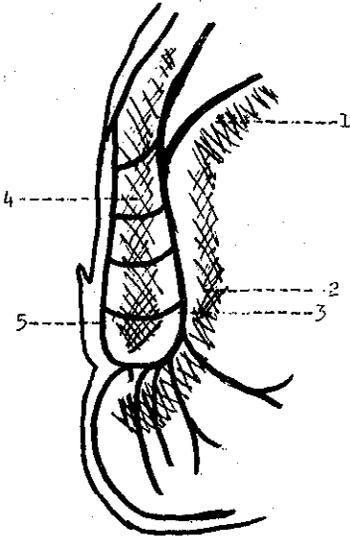


Fig. 4 . Musculatura esfinteriana
 1. Elevador del ano (porción puborectal)
 2. Esfínter externo 3. Musculo longitudinal conjunto 4. Esfínter interno 5. Musculo subcutaneo del ano ,



Fig 5.- ESFINTER EXTERNO .

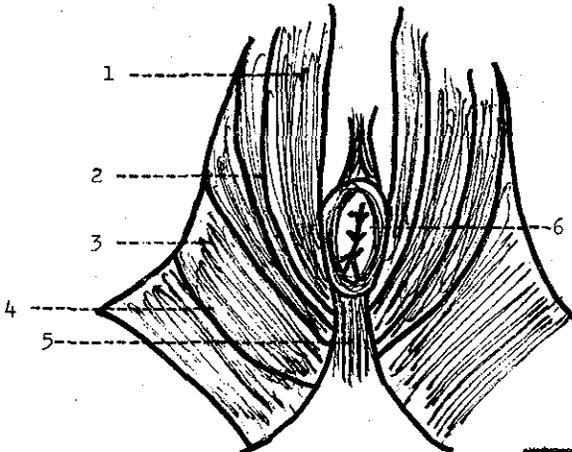


Fig 6. Diagrama muscular de la pelvis . 1.porcion pubo-rectal del elevador del ano 2.porcion pubo-coxigea 3. porcion ischio coxigea 4.musculo isquio coxigeo 5.cuerpo ano coxigeo 6.esfínter externo

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

mucosa para terminar en la línea anorectal; la rama derecha se divide en dos, una anterior y otra posterior, antes de dar sus ramas terminales; las ramas terminales de la hemorroidal superior se anastomosan con las terminales de las arterias hemorroidales media e inferior a nivel de la línea anorectal. La circulación arterial de la musculatura esfinteriana del conducto anal y la piel perianal dependen de las hemorroidales inferiores, la circulación venosa del ano se realiza a través de las venas hemorroidales superior media e inferior, siendo tributaria la primera del sistema porta por drenar en la mesentérica inferior, mientras que la media e inferior son tributarias de la vena hipogástrica y por lo tanto del sistema cava inferior. Esto se debe tener en mente para la propagación de los procesos infecciosos y neoplásicos del canal anal, por la producción de metástasis hematológicas. Fig. 7.

En las zonas inmediatamente inferior y superior a la línea anorectal se encuentran los plexos venosos hemorroidales^(1,3-6). La porción superior del plexo es la región hemorroidal interna, es submucosa, desemboca en la vena hemorroidal superior y su dilatación constituye las hemorroides internas. La porción inferior es la zona hemorroidal externa y es subcutánea; es tributaria de la vena hemorroidal inferior y su dilatación constituye las hemorroides externas.

Existe una disposición relativamente constante de estos plexos venosos, presentándose en la mayoría de los enfermos tres paquetes hemorroidales principales que ocupan posiciones definidas: dos están situados en el lado derecho del canal anal en posición anterior y posterior, y el tercer paquete hemorroidal se encuentra en el lado izquierdo y en el 60 a 70% de los pacientes se encuentran hemorroides accesorias, tanto en el lado izquierdo como en el derecho; en el -

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

lado izquierdo dependen del paquete hemorroidario principal y son anterior y posterior a éste, mientras que en el lado derecho dependen del paquete principal posterior. Tanto las constantes anatómicas de los paquetes principales, como las variaciones de los paquetes accesorios fueron explicadas por Miles en 1939, refiriendo que eran debidas a las diferencias en las terminaciones de las ramas principales de la arteria-hemorroidal superior, ya que la rama izquierda se continúa como un vaso aislado, mientras que la rama derecha se divide en dos ramas, una anterior y otra posterior. Por consiguiente, cuando las raíces de la vena hemorroidal superior se vuelven varicosas, dos hemorroides se forman en el lado derecho y solamente una en el lado izquierdo. (4,5,6) Fig. 11.

LINFATICOS

Existen tres territorios linfáticos en la región ano-rectal: inferior, medio y superior. El inferior está formado por numerosos vasos colectores que nacen de un plexo linfático muy fino y denso, situado en la piel perianal, en el ano, en conducto anal y en la línea pectínea. Estos vasos-colectores están situados en el tejido subcutáneo y son en número de 8 a 10 en promedio; la mayor parte de estos vasos se dirigen en un curso irregular hacia los ganglios de la cadena inguinal y emiten otros vasos que llegan a los ganglios ilíacos externos. La porción superior del plexo linfático anal envía pequeños vasos que se dirigen hacia arriba, cruzan la línea anorectal llegando al recto y anastomosándose con los plexos linfáticos rectales, éstos se encuentran en el espesor de las columnas de Morgagni de donde ascienden para anastomosarse con los linfáticos rectales y de ahí parten hasta los ganglios perirectales de Gerota. El territorio medio está constituido por vasos colectores que siguen el cur-

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

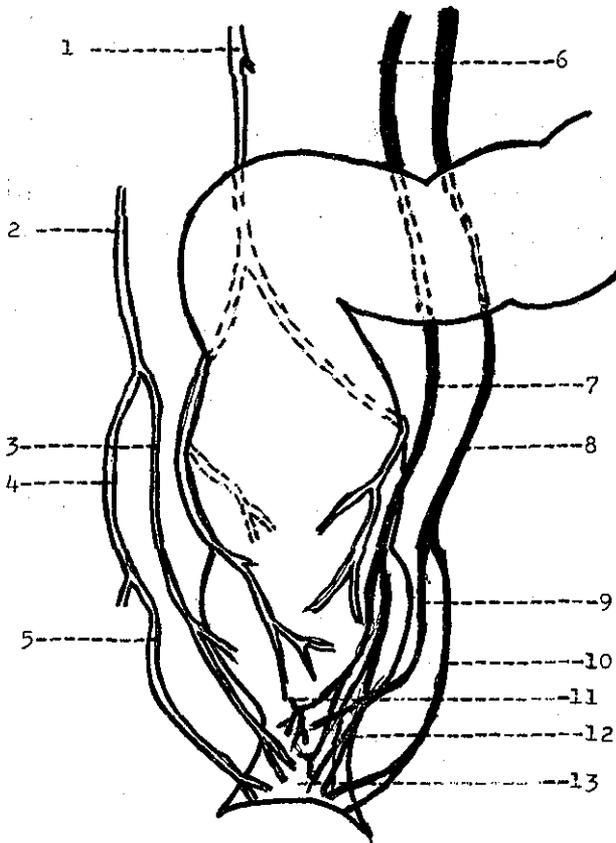


Fig 7 .- IRRIGACION SANGUINEA .

1. Arteria Hemorroidal superior 2. A.Hipogastrica . 3. A. hemorroidal media 4. A. Pudenda interna 5. A. Hemorroidal inferior 6. Vena mesenterica inferior 7. V. hemorroidal superior 8.V. Hipogastrica 9. V. hemorroidal media 10. V. Hemorroidal inferior 11. Plexo hemorroidal superior 12. Nivel de la línea pectinea 13.plexo hemorroidal inferior .

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

so de los vasos hemorroidales medios, drenando hacia los ganglios periaorticos y preaorticos. El territorio superior -- dreña el recto, a partir de los vasos procedentes de los ganglios de Gerota, hacia los ganglios de la bifurcación de la arteria hemorroidal superior hasta el origen de la mesentérica inferior y de la arteria cólica izquierda. Fig. 8.

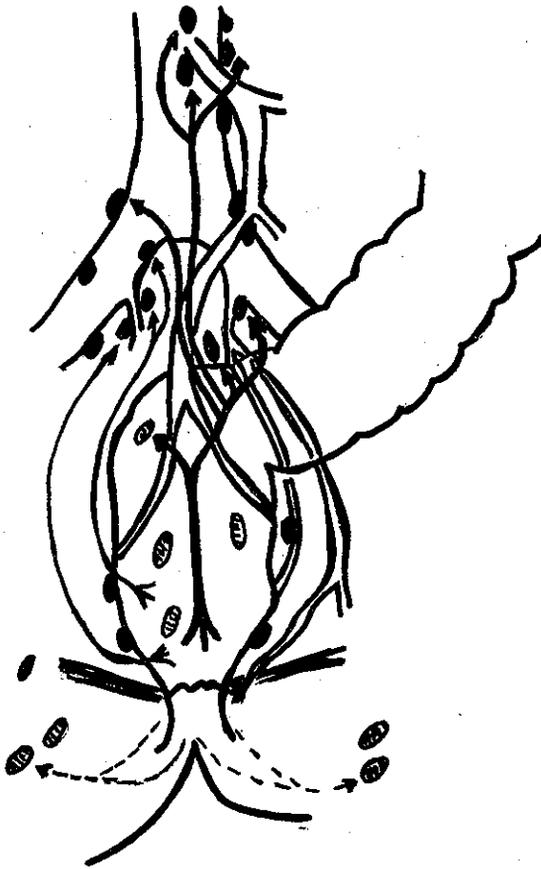
INERVACION.

La piel perianal, anal, del conducto anal y la línea anorectal están inervadas por ramas del plexo hipogástrico y el plexo sacro.

El plexo sacro proporciona, por medio del nervio pudendo interno y del hemorroidal, la inervación del esfínter externo y de la piel del ano. Las fibras de este nervio emanan en gran parte del 4° nervio sacro, que inerva el elevador del ano y el cuello de la vejiga urinaria, esto explica la presencia de los fenómenos vesicales reportados⁽¹⁷⁾, como tenesmo y retención urinaria en los procesos hemorroidales y en la cirugía proctológica. El esfínter interno y el resto de la musculatura del intestino terminal reciben inervación autónoma por estar compuesto por musculatura lisa. (3-6).

Desde un punto de vista práctico de la línea pectinada hacia arriba es una región indolora y esto explicaría el por qué solo son motivo de consulta médica los procesos hemorroidales de grado 2 en adelante. Fig. 9.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fig. 8 TERRITORIOS LINFATICOS

- > Inferior
- > Medio
- > Superior

I V. F I S I O L O G I A

Cuando el bolo fecal desciende al recto^(1,3-6) se produce una distensión que le hace contraerse y aumentar la presión intrarectal hasta provocar el deseo de defecar. Este deseo es controlable y puede ser rehusado o satisfecho a voluntad, pero, sea de un modo o de otro, el esfínter interno se relaja. Si el deseo es satisfecho, en respuesta se presenta una contracción muscular coordinada, compuesta por la contracción de la pared abdominal, descenso del diafragma y contracción de los elevadores del ano, colocándose éstos en posición horizontal para resistir la fuerza que se ejerce desde arriba. Si el deseo es rehusado el esfínter externo se contrae en forma voluntaria, por un lapso no mayor de un minuto, pues al cabo de este tiempo se fatiga, mas sin embargo en este corto período de tiempo, el recto realiza una adaptación plástica hacia su contenido y disminuye la presión ejercida en sus paredes. El esfínter interno recupera su tono y con ello la continencia involuntaria, el esfínter externo se relaja y desaparece el deseo de defecar.

La continencia anal es la respuesta voluntaria para controlar la expulsión de materias fecales y gases.

Esta función depende de un factor sensorial y uno motor, el primero está constituido por dos zonas sensoriales situada una en los últimos centímetros del recto y otra en el conducto anal; el segundo factor o motor está representa-

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

do por la musculatura esfinteriana y es capaz de rehusar o exagerar voluntariamente el impulso de la defecación. La continencia, tanto del factor sensorial como del motor, depende de un acto consciente y de uno inconsciente y está representado por la contracción del esfínter externo que es voluntaria, mientras que la contracción del esfínter interno es involuntaria.

Las funciones del esfínter externo son las de reforzar la porción puborectal del elevador del ano, realizar la continencia anal voluntaria, permitiendo la adaptación plástica del contenido rectal y disminuyendo la presión intraluminal. Las funciones del esfínter interno son las de mantener el cierre postural continuo del conducto anal, esto explica el por qué su lesión condiciona la presencia de ano húmedo (13-17 y 6), controla el grado de dilatación del conducto anal, hacia el conducto anal y secciona el bolo fecal a nivel de su borde redondeado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

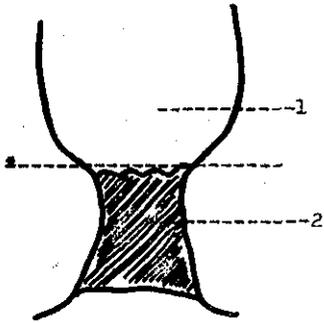


Fig. 9 .- SENSIBILIDAD
AL DOLOR .
1. Zona insensible
2. Zona sensible



Fig 10. Infeccion anal

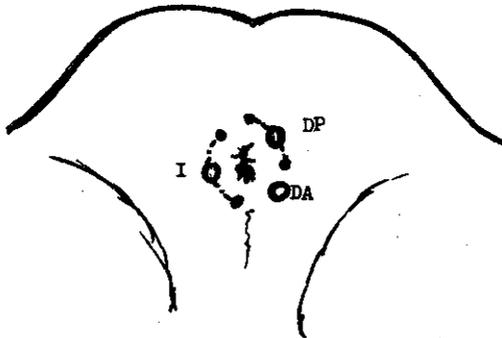


Fig 11. PAQUETES HEMORROIDALES
PRINCIPALES Y ACCESORIOS
DP. Derecha posterior primaria
DA. Derecha anterior principal
I. Izquierdo principal .

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

V. ETIOLOGIA HEMORROIDAL

Son múltiples y variadas las teorías que se han emitido para explicar el problema de la enfermedad hemorroidal (3-6,10,9,11,15,17,18) y van desde la obstrucción orgánica de la circulación portal (cirrosis hepática, trombosis de la vena porta, tumores abdominales, embarazo), herencia, factores anatómicos y fisiológicos (carencia de válvulas en el sistema venoso hemorroidal), alteraciones de la defecación (estreñimiento, diarrea, esfuerzos al defecar), hábitos durante el trabajo y el deporte (tiempo prolongado de pie, sentado, esfuerzos), relajación o deficiencia de los esfínteres anales (operaciones proctológicas, anacianos por relajación de los esfínteres. (3-6,17) Más sin embargo a la que se le ha encontrado un fundamento etiopatogénico es a la infección anal, la que se origina al penetrar la materia fecal en las criptas anales, dicha infección es asintomática y sin aparentes consecuencias durante algún tiempo. (3-6) Circunstancias especiales, como la disminución de las defensas locales, provocada por el traumatismo de un bolo fecal endurecido, el aumento de entrada de materias fecales a la cripta en casos de diarrea y consecuente exacerbación de la infección, algún otro padecimiento local que la sostenga o aumente (fisura anal, fístula anorectal), o una enfermedad debilitante general, hacen actuar la infección, hasta entonces latente, y producen una criptitis; el proceso infeccioso se extiende a los conductillos y glándulas anales y llega a los plexos hemorroidarios, estableciendo una peri y endoflebitis; se adelgazan las paredes venosas y su resistencia a la fuerza de la corriente sanguínea disminuye, los vasos empiezan a dilatarse más de lo normal, aumentando su diámetro y formándose las hemorroides, a este proceso debemos de agregar el traumatismo mecánico repetido de la defecación. Fig. 10.

TESIS CON
DATA DE ORIGEN

VI. TECNICA QUIRURGICA

Existen varios procedimientos quirúrgicos para el -- tratamiento de la enfermedad hemorroidal, que van desde el -- tratamiento esclerosante con sustancias como el fenol, la -- quinina y morruato de sodio en alcohol, no aplicable en procesos agudos. La ligadura de los paquetes hemorroidarios, -- que es un procedimiento paliativo y únicamente está indicado en procesos hemorrágicos en pacientes con enfermedad sistémica grave y contraindicado en proceso agudo. (3-5,8,10,13,13) -- La criocirugía que consiste en la congelación del paquete hemorroidal, esta técnica ha tenido un desarrollo creciente a partir de 1968 y en un reporte de 444 casos, publicado en -- 1977 en la revista de Diseases of the colon and rectum el Dr. Savin de Filadelfia se reportó un excelente resultado. Los primeros reportes fueron dados por Lewis hasta el 98% de cura a largo plazo mas no es recomendable para los procesos -- agudos y se requiere de equipo especial para su realización -- (6). Por último la hemorroidectomía con técnicas de cauterio, ligadura alta, ligadura baja⁽⁵⁾, técnica cerrada (6,8,9,17,16) semicerrada (19,14,17,15 y 16) y abierta⁽¹⁷⁾.

En nuestro medio al procedimiento que se recurrió -- con mayor frecuencia, es la técnica semicerrada dada su facilidad técnica, su ya reportada eficacia^(2,14,13,17), así como la experiencia adquirida por los residentes de nuestro -- servicio para su realización⁽²⁾, y por ser el procedimiento -- indicado en los procesos agudos hemorroidales. Todos los ca

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sos, a excepción de uno, se manejaron con bloqueo peridural-colocado en decúbito ventral, el caso no manejado de esta manera se debió a dificultades técnicas para el bloqueo, siendo manejado con anestesia general inhalada en circuito semi-cerrado.

Se efectuó primero una visualización de la región -- anal identificando y clasificando los paquetes hemorroidales, todos los cuales fueron grado 3-4; además se diagnosticó patología agregada en algunos casos: papilas hipertróficas, criptitis, fisura anal, fístula, absceso. Posteriormente se efectuó el pinzamiento de la porción externa del paquete hemorroidario en su porción más prominente, se traccionó para hacer más superficial y accesible la porción interna, hasta identificar el pedículo hemorroidario; fig. 12-A, con catgut crómico atraumático 00 se colocó un punto transfixativo en cruz - fig 12-B, a una distancia de 2 a 3 cm. de la línea pectínea, cortando el cabo menor y dejando el extremo largo con la aguja a un lado Fig. 12-C, se efectuó una resección en huso resecando el paquete hemorroidario Fig. 12-E, posterior al corte en la piel se disecó y seccionó con tijera debajo de la hemorroide, tratando de no lesionar el esfínter interno Fig. 12-F, se efectuó una resección con la porción interna con un corte en forma de V con el vértice correspondiendo Fig. 12-G al punto en que se ligó el pedículo; con el cabo largo de -- catgut se suturó la mucosa rectal con surgete continuo hasta la línea anorectal Fig. 12-H, donde se anudó y cortó, la piel sólo fue orleada en los casos que presentaban hemorragia, se evitó la sutura de la piel para disminuir el dolor postoperatorio Fig. 12-I, se repitió el procedimiento con los paquetes hemorroidales principales y accesorios con patología, dejando siempre un puente de mucosa y piel ^(14,17) de un cm o más; en los casos que existía patología agregada se efectuó tratamiento de ésta, como se refiere más adelante.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

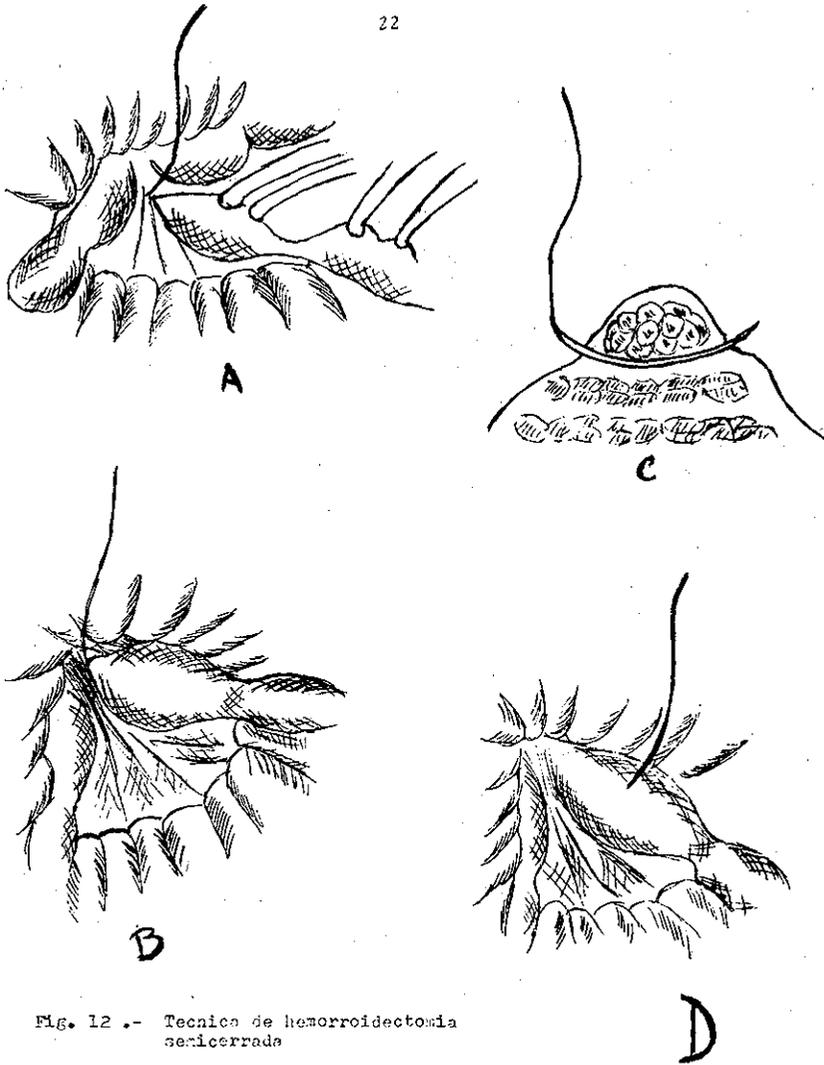


Fig. 12.- Técnica de hemorroidectomia semicerrada

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

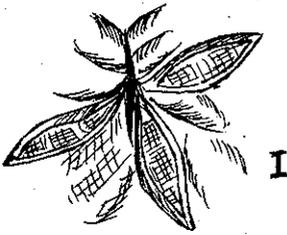
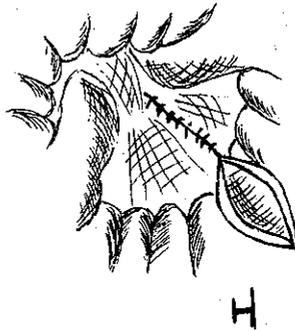
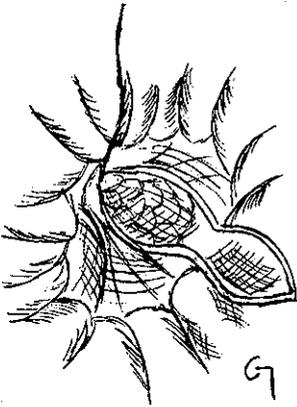
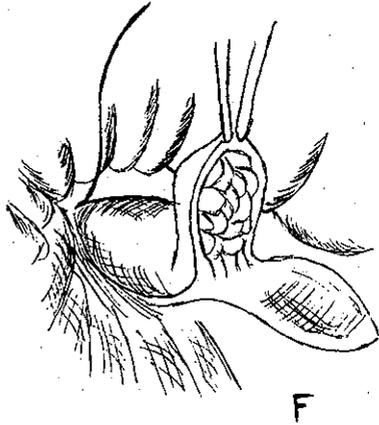
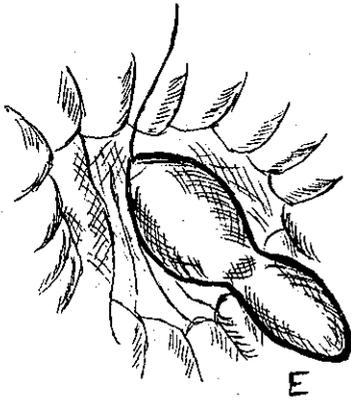


FIG. 12.- Técnica de hemorroidectomía semicerrada (continúa)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VII. MATERIAL, METODOS Y RESULTADOS

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital General Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE, en el período comprendido del 1º de Enero de 1981 al 1º de Diciembre de 1982, efectuando la investigación en aquellos pacientes que presentaban características clínicas de inicio brusco del pa decimiento y presencia en el margen anal de una o varias masas duras, dolorosas, con o sin exudado, ulceración o infección focal y que eran irreductivles (grado 4); que no contaban con alteración sistémica importante (más de 60 años, diabetes, alteraciones cardiológicas). El reporte histopatológico postoperatorio confirmó el diagnóstico de hemorroides complicadas hasta en un 65% (18).

Se recolectaron un total de 26 casos, en los que se analizó la edad del paciente, el sexo, los antecedentes heredofamiliares, los antecedentes personales, tomando únicamente los positivos; los síntomas y signos principales, tratamientos anteriormente efectuados, inicio de la aparición de la enfermedad, aparición de cuadro en forma aguda, el tratamiento de urgencia efectuado, la técnica de hemorroidectomía llevada a cabo, los hallazgos transoperatorios, la evolución y control postoperatorio y el reporte de histopatología. Los 26 pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente de urgencia fueron aquellos en que el criterio del cirujano prevaleció ante otras conductas terapéuticas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En cuanto a la edad, se encontró que el 61% de los casos osciló entre los 30 y 40 años de edad, mientras que los pacientes comprendidos entre los 20 y 30 años y los que se encontraban entre los 40 y 50 años de edad presentaron un porcentaje igual del 16%, en cambio los pacientes entre los 50 y 60 años de edad presentaron un 6%. Gráfica 1.

En relación al sexo, se observó un predominio del masculino del 2:1, Gráfica 2. Entre los antecedentes de importancia, 4 de los pacientes refirieron antecedentes diabéticos en los padres, ninguno de ellos fué catalogado como diabético; 12 eran fumadores por más de 10 años; sólo uno refirió haber presentado, en alguna ocasión, amibiasis intestinal tratada médicamente; a 5 de los pacientes hemorroidectomizados se les efectuó coproparasitoscópico a los 15 días posteriores a la cirugía, sin encontrar positividad en ninguno, una de las pacientes refirió estar utilizando anticonceptivos orales; en las demás no se indagó.

De las pacientes estudiadas, 4 de ellas refirieron relación entre la agudización de sus cuadros hemorroidales y sus embarazos, gráfica 3, en una de las pacientes el cuadro hemorroidario agudo que ameritó cirugía urgente, se presentó 15 días después del parto. Todos los pacientes habían recibido tratamiento médico previo en la fase crónica, sin buenos resultados, a base de dieta, supositorios y cuatro de ellos se encontraban en control de la consulta externa de Cirugía General, programados para tratamiento quirúrgico electivo a 2 ó 3 meses de su primera consulta al servicio; 4 de los pacientes estudiados habían recibido tratamiento quirúrgico, uno hemorroidectomía 7 años antes, otro hemorroidectomía 6 años antes, a ambos se les había resecaado únicamente un paquete hemorroidal; otro de los pacientes se le había efectuado tromboectomía 2 meses antes; a la última paciente de esta



serie de 4, se le había efectuado extrainstitucionalmente ligadura del paquete hemorroidal, esta paciente se presentó en el servicio con hemorroides complicadas grado 4 y rectorr--gia importante con marcados transtornos hemodinámicos.

En cuanto a la sintomatología preoperatoria (gráfi--ca 4) el 100% de los pacientes refirió dolor en grado varia--ble, desde leve hasta insoportable; la hemorragia fue el síntoma más frecuente después del dolor, abarcando 94.4%, la tumoración perianal se encontró en el 100% de los casos, la --sensación de cuerpo extraño en el ano se encontró en el 61%--de los casos, el prurito en el 38%, el estreñimiento crónico fué referido en solo 28% de los casos, la obesidad en el --44.4% y la relación con la práctica de algún deporte se en--contró en el 30% de los casos.

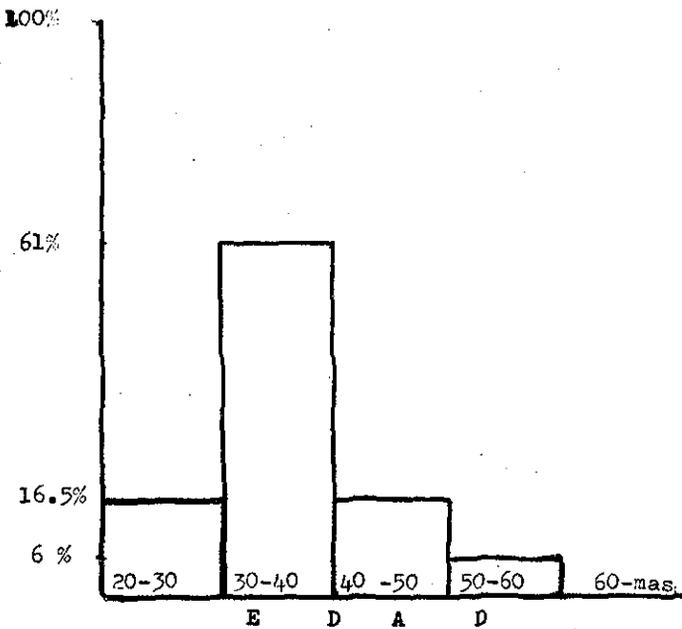
Como diagnósticos concomitantes con las hemorroides--trombosadas se encontraron los siguientes: (gráfica 5).

- 2 pacientes con fisura
- 3 pacientes con criptitis
- 1 paciente con anusitis
- 5 pacientes con fístula
- 3 pacientes con absceso perianal y en estos casos
fue el motivo principal de la intervención

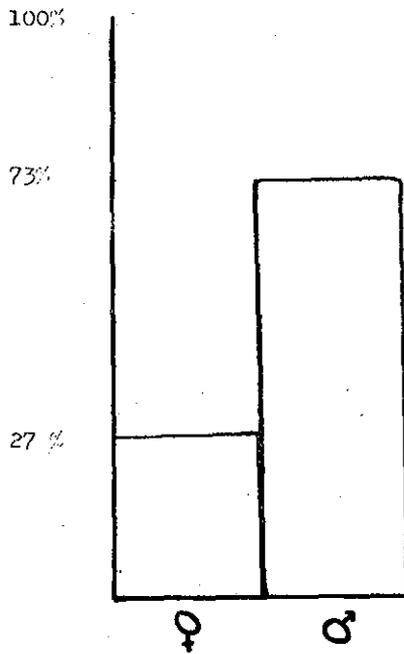
En los casos que se encontró una o más patologías, --además del proceso hemorroidal agudo, se trataron en forma --integral; sólo en un caso de fístulas se efectuó fistulecto--mía y hemorroidectomía de un paquete, que daba origen a la --fístula y se dejó para un segundo tiempo la hemorroidectomía de los otros paquetes, para realizarse dos meses después.

La técnica quirúrgica en todos los casos de hemorroi

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Grafica 1 .- Relacion entre la edad y la presentacion de cuadro hemorroidario agudo .

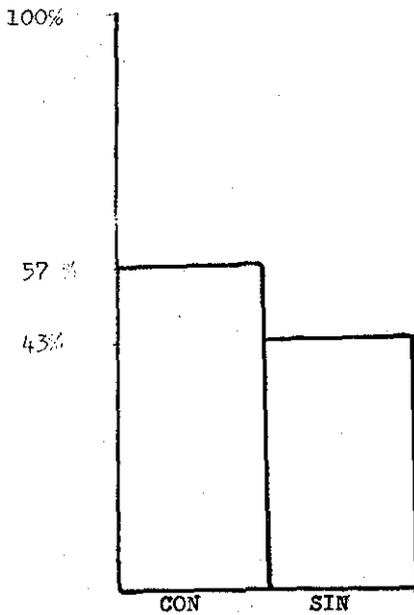


Grafica 2. RELACION ENTRE EL SEXO Y LA PRESENTACION DE CUADRO HEMOROIDAL AGUDO .

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

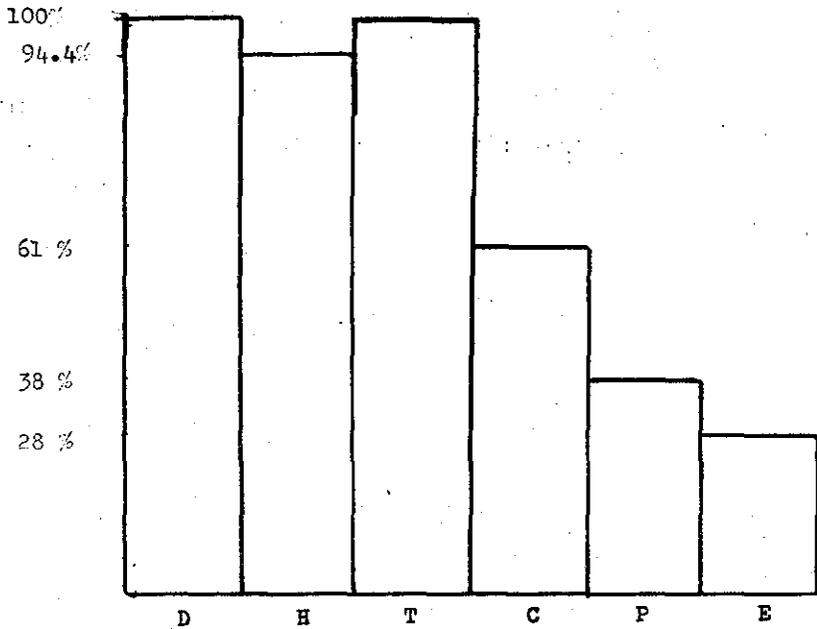
dectomía fue la técnica semicerrada ya descrita anteriormente (14,19,2). En los casos que presentaron absceso concomitante se efectuó drenaje de los mismos, resección de la cripta de origen, uno de ellos se marsupializó y los demás se dejaron a cierre por granulación. Los pacientes estuvieron hospitalizados de 3 a 5 días, a todos se les estableció dieta alta en residuos al día siguiente, así como sediluvios y analgésicos, todos los pacientes refirieron dolor posoperatorio menos intenso que durante el preoperatorio y los pacientes toleraron mejor las molestias que los operados con la misma técnica pero en forma programada, todos los pacientes refirieron cierto grado de retención urinaria que remitió en forma espontánea en menos de 24 horas. La hemorragia postoperatoria fue mínima en todos los casos y siempre acompañaba a la defecación. A todos los pacientes se les efectuó dilatación digital por término medio de los 8 días posteriores a la cirugía y solo en 5 de ellos se refiere cierto grado de estenosis que desapareció en las consultas subsecuentes (15 a 30 días). Ocho de los pacientes mostraron presencia de apéndices cutáneos, a 4 de ellos se les resecaron en el consultorio y bajo anestesia local, a todos los pacientes, en sus consultas rutinarias, se les aplicó violeta de genciana en las zonas cruentas. A la mayoría de los pacientes que lo requirieron se les dió 30 días de incapacidad. Trece de los pacientes (gráfica 6) fueron dados de alta del servicio a los 30 días, los demás abandonaron la consulta externa de control a los 50 días aproximadamente, a pesar de continuar con dolor y sangrado discreto a la defecación. Sólo ocho de los pacientes fue posible que el autor de este estudio continuara el seguimiento a los 2, 4 y 6 meses de operados y sin complicación a los 6 meses, los demás pacientes se perdieron, y era de importancia una revaloración de los casos al año, ya que como lo demostró Golingher el 4% de los enfermos tratados con la técnica descrita, presenta cierto grado de este

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



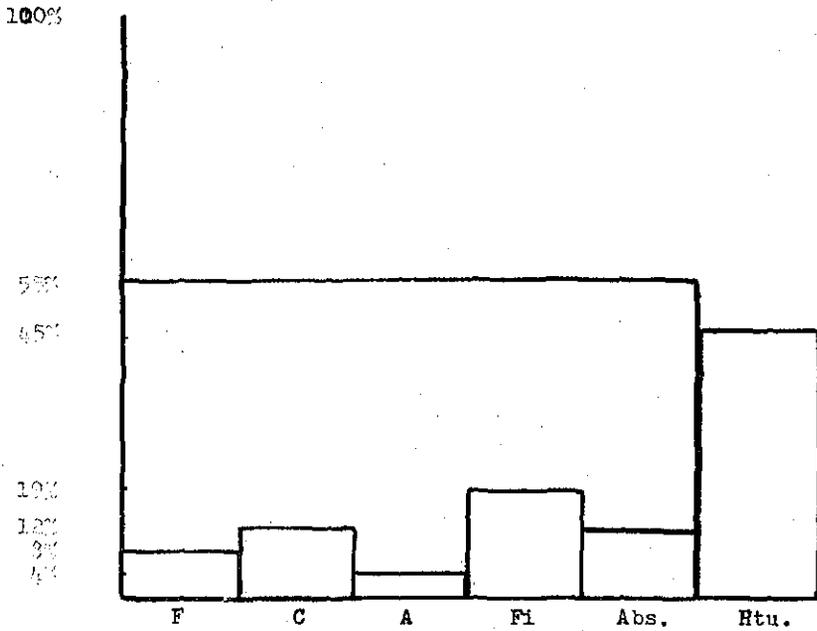
Grafica 3. Relacion entre la presentacion de un cuadro hemorroidario agudo y embarazo , las pacientes se trataron en el puerperio .

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Grafica 4 .- Sintomatología presentada durante el proceso hemorroidal agudo .
 D.- Dolor (diversos grados)
 H.- Hemorragia
 T.- Tumoración perianal
 C.- Sensación de cuerpo extraño
 P.- Prurito
 E.- Estrnimiento cronico .

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



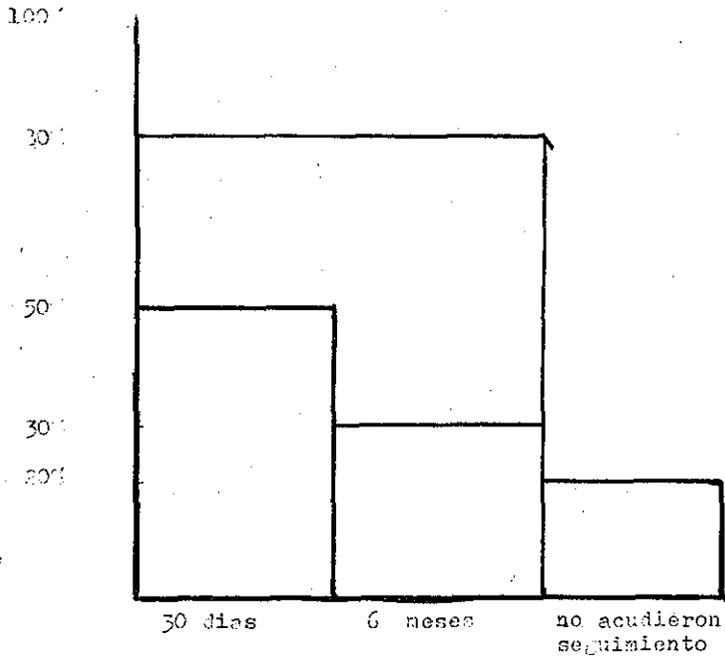
Grafica 5.-Patologia agregada a los procesos hemorroidales agudos .

- F.- Fisura
 C.- Criptitis
 A.- Anusitis
 Fi.- Fistula
 Abs.- Absceso
 Htu.- Hemorroides trombosadas unicamente .

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

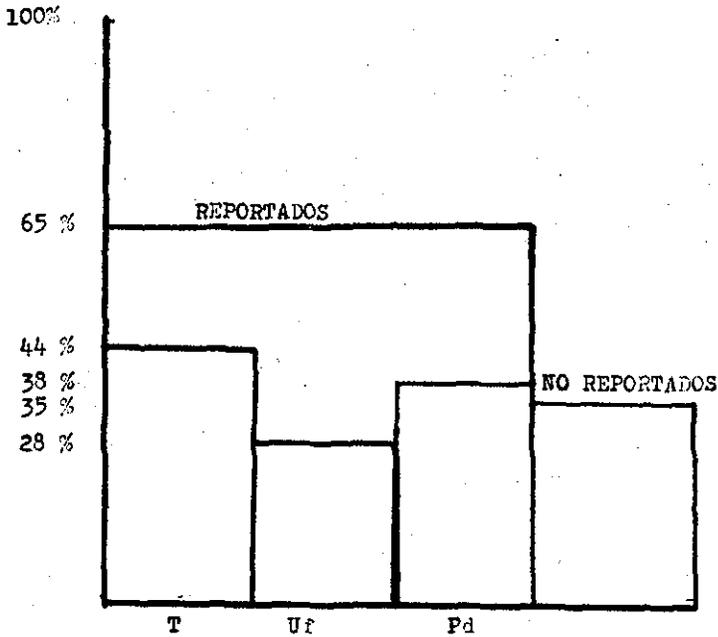
nosis y el 57% apéndices cutáneas en este lapso. El estudio histopatológico se efectuó en sólo el 65%, el 35% no llegaron los especímenes a patología, de estos estudios, el 44% fue reportado como hemorroides tramosadas y el 28% con ulceración focal y el 38% reportados como paquetes hemorroidales dilatados sin alteración⁽¹⁸⁾, (gráfica 7) no se encontró, en ninguno de los casos, complicaciones que ameritaran mayor tiempo de internamiento y que pudieran ser atribuidas a la cirugía, por ejemplo infección local o sistémica, alteraciones metabólicas u otras. Si encontramos un índice muy marcado de sintomatología postquirúrgica, ya que todos los pacientes refirieron aún a los 30 días después de la cirugía, dolor anal y sangrado a la defecación, síntomas también referidos en los pacientes intervenidos en forma electiva⁽¹⁷⁾, por lo que estimamos no sean imputables al tratamiento de urgencia y en cambio sí disminuye el tiempo de sufrimiento e incapacidad del paciente, ya que en una forma rápida y única se le dió un tratamiento integral y curativo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Grafica 6 .- Seguimiento de los pacientes a los que se les efectuó hemorroidectomía de urgencia .

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



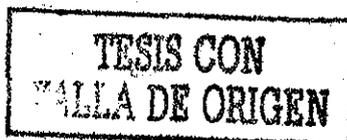
Grafica 7 .- Reporte histopatológico en los casos de hemorroides trombosadas agudas
 T.- Trombósicas
 Uf.- Ulceración focal
 Pd.- Paquetes dilatados .

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

VIII. COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Encontramos datos en el presente estudio semejantes a los descritos en la literatura mundial; como son la relación del sexo 2:1 más frecuente en el hombre, ⁽³⁻⁶⁾; mayor incidencia en la cuarta década de la vida ^(3-6,17); que es un padecimiento susceptible de curar pronta y completamente con cirugía de urgencia, ^(2,10,9,8,7,13,12,11,15); sin poner en peligro la vida del paciente y cuando se estime que el riesgo por correr es alto, se puede recurrir a métodos perfectamente establecidos, como es la trombectomía y tratamiento médico ⁽³⁻⁶⁾; que la hemorroidectomía con técnica semicerrada tiene un alto índice de seguridad ^(14,19), en comparación con otras técnicas ^(5, 6,17,19); cuando se lleva a cabo estudio histopatológico corrobora nuestro diagnóstico clínico ⁽¹⁸⁾; es también de hacer notar que la mayoría de los pacientes se reintegraron rápidamente a sus labores ⁽²⁾, sin tener que pasar por el penoso camino que involucra la cirugía electiva institucional, como las largas listas de espera para programación, pues, como comentamos en nuestros resultados, se intervinieron pacientes que se encontraban programados a dos o tres meses de distancia y con el tratamiento de urgencia se les resolvió su problema en forma integral.

Por otro lado es de hacer notar en el presente trabajo la falta de una cantidad considerable de estudios histopatológicos, de este problema es responsable el personal médico que maneja las muestras, las que deben hacerse llegar con



toda oportunidad al departamento de patología, para poder contar con una documentación más completa a la hora de efectuar este tipo de investigaciones clínicas, y por ende poder brindar una atención más completa a los derechohabientes de nuestro Instituto.

Según la experiencia que nos dejó este estudio, creemos que esta manera de tratar los problemas hemorroidales agudos, operando en forma inmediata a los pacientes, transforma un proceso grave, doloroso y penoso, en algo menos doloroso y más tolerable, además de que los resultados obtenidos son curativos y es un procedimiento más para el cirujano que maneje los problemas proctológicos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I X. B I B L I O G R A F I A

- 1.- Ahmed Shafir M.D. A new concept of the anatomy of the anal sphincter mechanism and the physiology of defecation Dis. col. anrec. sep. 1979 vol. 22 No. 6 Pag 408--413.
- 2.- Alvarado Cerna Raú. Hemorroidectomía de urgencia. Rev. Med. ISSSTE Ep. III Vol. 1 Núm. 2, 1981.
- 3.- Bul A. Hemorroides y prolapso rectal en: Proctología -- práctica. Barcelona Salvat Editores S A 1943 pág. 148.
- 4.- Bacon H.E. Hemorroides en: ano, recto y colon sigmoideo. Buenos Aires. Editorial Labor S A 1942. pág. 165.
- 5.- Golinguer J.C. Hemorroides o almorranas en: Cirugía del ano, recto y colon Salvat Edicotres S.A. 1980.
- 6.- Lawrence R.M. Hemorrhoids. A cure and preventative Cal. Mealth Publications 1er. Ed. 1982.
- 7.- Mazier P.W. Hemorrhoidetomy a worth while procedure Dis. Colon Rectum 16:200 1973.
- 8.- Morgano Nieves P. Perez. J. Experience with the St. Mark's Hospital for hemergency hemorrhoidectomy Dis colon, rectum 20: 197 1977.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 9.- Howard P, Pingree J Immediate radical surgery for hemorroidal disease with acute extensive thrombosis Amer. - J. Surgery 116: 777 1968.
- 10.- Shottler L. J. Balcos EC. Goldberg S.M. Postpartum hemorrhoidectomy Dis. colon rectum 16: 395 1973.
- 11.- Smith M. Early operation for acute hemorrhoids Brit. J. Surg. 51:14 1967.
- 12.- Eisenhamer S. Proper principles and practices of rectal surgical management of hemorrhoids Dis. colon rectum -- 12:288 1969.
- 13.- Jones C. B. Schofield P.E. A comparative study of the methods of treatment for hemorrhoids Proc. Roy. Soc. Med. 67:51 1974.
- 14.- Ruiz Moreno F. Hemorrhoidectomy Ho2 I Do it: Semiclosed-technique Dis. colon rectum 20:177 1977.
- 15.- Parks A. G. The surgical treatment of hemorrhoids Brit.- J. Surg. 43:337 1956.
- 16.- Ferguson J.A. Mazier W.P. The closed technique of hemorrhoidectomy Surgery 70:480 1971.
- 17.- Ganchrow M.L. Mazier W.P. Fried W.G. Hemorrhoidectomy - revisited - a computer analysis of 2038 cases Dis. colon rectum 14:128 1971.
- 18.- Ganchrow M.I. Bowman H.E. Clark J.F. Trombosed Hemorrhoids a clinicopathologic study dis. colon rectum -- 14:331 1971.

**TESIS CON ESTA TESIS NO SALE
FALLA DE ORIGEN DE LA BIBLIOTECA**

- 19.- Wolf Jeffrey J. Muñoz Juan Rosin Hurvey of Hemorroidec
tomy Practices: open versus cloret techniques: American
society of colon and rectal surgeans Dis. colon y rec-
tum No.-356-38 1979.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN