



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

HOSPITAL CENTRAL NORTE DE PETROLEOS MEXICANOS.

“TRATAMIENTO QUIRURGICO CON TROMBECTOMIA vs TRATAMIENTO
MEDICO CON BETAMETASONA EN PACIENTES CON TROMBOSIS
HEMORROIDAL”

Investigador responsable: Dr. Luis Fernando Castro Ledesma

Para obtener el Título de Especialista en:
CIRUGIA GENERAL

Asesores de la investigación: Dr. Julio Cesar Gómez Trejo
Médico Adscrito al Servicio de Cirugía General



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.

RESUMEN

Las enfermedad hemorroidal es un padecimiento que se define como dilatación de los plexos hemorroidales superior e inferior localizado en el recto y el conducto anal que pueden llegar a sobresalir a través del margen anal. La trombosis hemorroidal es una complicación de la enfermedad hemorroidal la cual es observada frecuentemente en el servicio de urgencias del Hospital Central Norte

Actualmente existe controversia en cuanto al mejor manejo del paciente, existen series en donde se reporta la superioridad del tratamiento quirúrgico con respecto al médico

Con este protocolo se realizará una comparación entre ambos tratamientos, identificando cual de estos es que logra disminuir o incluso desaparecer la sintomatología. La evaluación se realizara al ingreso del paciente y 48 horas después. Posteriormente se realizara seguimiento de los pacientes en la consulta externa.

El estudio es de carácter longitudinal, prospectivo, comparativo y experimental. En el periodo de Abril del 2008 a Marzo del 2011 en donde se incluirán pacientes valorados en el servicio de urgencias, consulta externa de Cirugía General.

INTRODUCCION

La enfermedad hemorroidal es una patología que se ha descrito desde hace mucho tiempo, existen escritos de Hipócrates sobre la enfermedad hemorroidal y fistulas anorrectales que datan del año 400 a.C.

Existen diferentes teorías sobre la etiología del padecimiento las cuales han cambiado y evolucionado con el avance de las ciencias médicas. Estas teorías van desde la de la hiperplasia Vascular la cual se volvió popular en el siglo XIX por Velpeau (1826), Bourgery (1840) y por Cruveihier (1852); estos autores consideraban la enfermedad hemorroidal como resultado de una metaplasia hística de tipo hemangiomaso con características de un tejido extraordinariamente engrosado. ⁽¹⁾

La segunda teoría y más actual es la existencia de varices de los plexos hemorroidales, teoría que hoy en día se encuentra en controversia ya que con esto se simplifica el problema

Thompson observó la presencia de los llamados cojinetes anales, sumamente vascularizados, que son masas localizadas en la submucosa que contienen vasos sanguíneos, músculo liso y tejido conectivo. ⁽²⁾ En pacientes con enfermedad hemorroidal se ha demostrado que estos cojinetes pierden tensión y se deslizan logrando protruir a través del ano, esto asociado a todos los factores de riesgo que predisponen el padecimiento. ⁽³⁾

En nuestro país conocer la incidencia real de esta patología es difícil, sin embargo, se tiene registro diferentes series por medio de las cuales se

tiene un aproximado de que 5% de la población mexicana padece algún tipo de patología relacionado con hemorroides y que este problema llegue a ser de hasta 40% en pacientes mayores de 50 años lleguen a presentar algún tipo de sintomatología relacionado a esta enfermedad. ^(4,5)

MARCO TEORICO.

Definición.

La enfermedad hemorroidal es un padecimiento que se define como dilatación de los plexos hemorroidal superior e inferior localizados en el recto y el conducto anal y que pueden llegar a prolapsar a través del ano.

Reseña Anatómica.

Los vasos sanguíneos situados anatómicamente proximales a la línea dentada conforman el plexo hemorroidal interno y los situados distalmente a esa línea conforman el plexo hemorroidal externo.

Topográficamente en el canal anal se encuentran tres paquetes hemorroidales principales distribuidos de manera lateral del lado izquierdo y dos derechos, uno anterior y otro posterior. ⁽⁶⁾ Entro los paquetes principales se encuentran los paquetes secundarios o también conocidos como paquetes accesorios.

Los paquetes hemorroidales externos se encuentran de forma distal a la línea dentada y están recubiertos por anodermo. ⁽⁷⁾ Debido a que este último elemento se encuentra ampliamente innervado, la trombosis de un paquete hemorroidal externo produce dolor de manera importante, esto debe de considerarse ya que al momento de realizar trombectomía se debe de infiltrar adecuadamente con anestésicos de acción inmediata. Dentro de esta patología algunos pacientes manifiestan los llamados apéndices cutáneos que son colgajos de piel fibrosa redundante en el margen anal producto de la constante protución de los paquetes internos o como evidencia de la existencia de hemorroides externas. Estos colgajos tienen a confundirse con fisuras y abscesos en médicos sin experiencia en la materia. Las hemorroides externas y los colgajos cutáneos pueden causar sintomatología como prurito anal y tienen a dificultar la higiene de esta región si su tamaño es importante propiciando así otras alteraciones como dermatitis anales ⁽⁸⁾

Las hemorroides internas se hallan cerca de la línea dentada y son proximales, están recubiertas por mucosa del recto la cual es insensible; estas pueden prolapsarse y acompañarse de hemorragia pero rara vez causan dolor. Esto ocurre cuando al prolapsarse se trombosan o se desgarran. Este tipo de hemorroides se clasifica de acuerdo al grado de prolapso ⁽⁹⁾ y las características del mismo del siguiente modo:

- Grado 1: abultan el conducto anal y pueden prolapsarse más allá de la línea dentada con esfuerzos. Sobresalen únicamente dentro del canal anal
- Grado 2: Sobresalen fuera del canal anal durante la defecación, pujo o esfuerzos pero reducen de manera espontanea
- Grado 3: Prolapsan a través del canal anal y deben de reducirse de forma manual
- Grado 4: Permanecen prolapsadas fuera del canal anal y son irreductibles con mayor riesgo de sufrir alguna complicación

Factores de Riesgo

- Existen factores claramente identificados y que se han asociado a padecer enfermedad hemorroidal.
- Obstrucción al retorno venoso en los plexos hemorroidales por aumento de la presión intraabdominal
- Estreñimiento crónico
- Embarazo
- Hipertensión portal
- Herencia, bipedestación prolongada y ausencia de válvulas

Cuadro clínico

El cuadro clínico de la enfermedad hemorroidal es muy diverso y se identifican algunos de los siguientes factores:

- Sangrado el cual se encuentra principalmente asociado al acto de defecación el cual regularmente es tipo rojo rutilante (fresco) y de carácter indoloro
- Prolapso el cual se caracteriza por la sensación de cuero extraño en la región del ano, también asociada en los grados 2,3 y 4
- Secreción la cual es resultado de la producción de moco así como deslizamiento del moco proveniente del canal anal
- Prurito secundario a la persistencia y permanencia de moco o materia fecal entre los paquetes hemorroidales
- Dolor el cual no es el síntoma más frecuente, de hecho, solo el 5% de los pacientes con enfermedad hemorroidal presentan dolor y de estos el 90% presentara datos de trombosis de alguno de los paquetes hemorroidales.

Diagnósticos diferenciales

En la evaluación coloproctanal y logrado una adecuada integración del cuadro clínico y antecedentes del paciente se deben de descartar como posibilidades diagnósticas las siguientes patologías

Carcinoma anal

Carcinoma rectal

Pólipos anales

Pólipos rectales

Prolapso rectal

Fisura anal

Papilitis hipertróficas

Abscesos perianales

Complicaciones

Se han descrito diferentes complicaciones dependiente del origen de la patología, es decir, si provienen del plexo interno o externo así como el grado de la patología hemorroidal que presente el paciente

Las complicaciones de esta enfermedad son las siguientes:

Trombosis hemorroidal

Sangrado hemorroidal

Estrangulamiento hemorroidal

Necrosis hemorroidal

Infección necrotizante perineal

Trombosis hemorroidal

En aproximadamente 15 a 20% es la manera en la que la enfermedad hemorroidal debuta. ⁽¹⁰⁾ Su mecanismo de producción se debe a la obstrucción de la circulación de las hemorroides externas en el surco interesfinterico asociado a trombosis macro o microvascular de las venas hemorroidales externas. El síntoma principal es el dolor en la región anal, así como sensación de cuerpo extraño o tumoración anal. ⁽¹¹⁾

El cuadro clínico se enfoca en diferentes situaciones y circunstancias particulares dentro del cuadro clínico:

- Trombosis hemorroidal sin edema el cual también es conocido como hematoma anal en donde el dolor no es el síntoma predominante, el tratamiento debe de ser inmediato y debe de ser ambulatoria ⁽¹²⁾
- Trombosis hemorroidal con edema en donde además del dolor es importante el edema marcado de los paquetes hemorroidales externos, su tratamiento es de manejo médico asociado a tratamiento quirúrgico. Dentro del tratamiento médico se incluyen analgésicos, ya sea vía oral o vía intravenoso, medidas higiénico dietéticas donde se incluyen sediluvios, también conocidos como baños de asiento, ablandadores de la materia fecal, dieta con abundantes líquidos y alta en residuo. ⁽¹³⁾ El tratamiento quirúrgico cuando se realiza de manera inmediata siempre va combinado con el tratamiento médico; de hecho este tratamiento está contraindicado si el paciente presenta un cuadro clínico mayor a 72 horas.

Sangrado Hemorroidal.

Este síntoma se presenta normalmente posterior a las evacuaciones es rojo rutilante, indoloro y se asocia principalmente a hemorroides internas aunque este no es el único escenario en el que las hemorroides pudieran presentar sangrado ya que cuando se presenta trombosis de los paquetes externos estos pueden presentar sangrado de similares características. ⁽¹⁴⁾

Estrangulamiento hemorroidal. ⁽¹⁵⁾

El concepto de hemorroides estranguladas es un término relativamente reciente en donde la hemorroide protruye a través del margen anal, se edematiza y genera dolor intenso, se reconoce como un estadio previo a la trombosis hemorroidal.

Necrosis hemorroidal.

Es una fase más avanzada de la trombosis hemorroidal con edema o el estrangulamiento hemorroidal. Se caracteriza por lesiones las cuales presentan lesiones necrotizantes de tejido hemorroidal y el anodermo, requiere tratamiento quirúrgico inmediato

Infección Necrotizante Perineal

Evento clínico catastrófico en la tórpida evolución secundaria a una enfermedad hemorroidal, fistulas, fisuras o abscesos asociados a diabetes mellitus o inmunosupresión. Requiere un tratamiento radical en donde la desbridación del tejido así como los lavados mecánicos constantes, el manejo con antibióticos de amplio espectro.

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD HEMORROIDAL.

Para los hemorroides Grado 1 se aconseja un plan que incluye las modificaciones en el estilo de vida, principalmente las modificaciones en la dieta donde la dieta en alto residuo y los ablandadores de la materia fecal. en el caso de las hemorroides Grado 2 ⁽¹⁶⁾ se indica el mismo manejo que en

el Grado 1 en donde existe la opción terapéutica de la ligadura de los paquetes hemorroidales en sesiones programadas en donde no se recomienda la ligadura de más de 3 paquetes en la misma sesión. Grado 3 y 4 en donde se recomienda el tratamiento quirúrgico.

Las opciones quirúrgicas que se disponen incluyen procedimientos invasivos convencionales como:

- Hemorroidectomía abierta de Milligan y Morgan ⁽¹⁷⁾
- Hemorroidectomía cerrada tipo Ferguson
- Hemorroidectomía semiabierta tipo Parks
- Hemorroidectomía tipo Whitehead

Dentro de los procedimientos no invasivos se encuentran:

- Hemorroidopexia con engrapadora PPH
- Desarterización guiada por ultrasonografía tipo Doppler (THD)

Se ha demostrado que los pacientes sometidos a procedimientos convencionales tienen una mayor tasa de efectividad y disminución importante en la recidiva y más importante aún, presenta similar tasa de complicaciones que los procedimientos no invasivos. ⁽⁸⁾ La diferencia entre estos dos tipos de procedimiento radica en el tiempo de recuperación en donde si se identifica una diferencia estadísticamente significativa entre estos dos procedimientos. ^(11,12)

OTROS PROCEDIMIENTOS

Existen otros procedimientos documentados los cuales se realizan en casos muy seleccionados e incluso otros del tipo anecdóticos.

- Dilatación anal de Lord: procedimiento realizado en los años 20's el cual se ha dejado de realizar por las altas tasas de incontinencia que presentan.
- Criocirugía: en donde se realiza disección del tejido hemorroidal

mediante crioterapia (frío). Los pacientes presentan secreción excesiva del tejido circundante así como recidiva de la enfermedad.

- Cirugía con láser: no ha demostrado ningún tipo de beneficio sobre los procedimientos convencionales, sin embargo, los altos costos así como la poca afinidad de los cirujanos por este tratamiento ha sido factor para que esta técnica no se practique rutinariamente.
- Escleroterapia: la infiltración de materiales como el polidecanol dentro del tejido hemorroidal con la finalidad de esclerosarlo y que involucione.

JUSTIFICACION

Existen estudios reportados en la literatura en donde se compara la eficacia del tratamiento quirúrgico contra el tratamiento médico de los pacientes con Trombosis Hemorroidal ⁽¹²⁾ en donde se reporta que el tratamiento quirúrgico aunado a recomendaciones al paciente es superior a darle tratamiento médico con las mismas recomendaciones al paciente. ^(6,7). Actualmente no existe dentro del manual de procedimientos del Hospital Central Norte o del servicio de cirugía general un procedimiento contemplado para esta patología; y es en base a la experiencia profesional que estos pacientes son tratados. La finalidad del estudio no es únicamente la comparación de ambos tratamientos sino la realización de guías de tratamiento para el servicio de Cirugía General del Hospital.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad hemorroidal complicada es un padecimiento proctológico más frecuente en la consulta externa del servicio de Urgencias del Hospital Central Norte. El 75% de los pacientes que acuden al servicio de urgencias con trombosis hemorroidal (menos de 72 horas) se realiza tratamiento quirúrgico y el otro 25% es manejado de manera conservadora con medidas generales como sediluvios, analgésicos y en caso de ser diabéticos con Metronidazol a una dosis de 500mg cada 8 horas por 5 días. La trombosis hemorroidal es la complicación más frecuente de la enfermedad hemorroidal y tiene una incidencia de 31% en los pacientes con este diagnóstico.

HIPOTESIS

El manejo quirúrgico de los pacientes con trombectomía con un tiempo menor a 72 horas de evolución reduce la sintomatología principalmente el dolor y la reincorporación a la vida laboral en menor tiempo comparado con el tratamiento médico con Betsmetasona 5/2mg

OBJETIVOS

- **GENERALES**

Valoración de todos los pacientes que ingresen al servicio de urgencias del Hospital Central Norte con diagnóstico de Enfermedad Hemorroidal complicada con trombosis hemorroidal para comparación y seguimiento del tratamiento otorgado a cada uno de los evaluados.

- **ESPECIFICOS**

Investigar sobre el tratamiento con el cual los pacientes que sufren de trombosis hemorroidal alivia la sintomatología de una manera más eficiente así como una menor tasa de recidiva y aparición de otras complicaciones comparando las 2 opciones terapéuticas a evaluar

MATERIAL Y METODO

Tipo de estudio

El estudio es epidemiológico, longitudinal, prospectivo, comparativo y aleatorizado (método de sobres cerrados)

Universo

El universo de estudio son todos los pacientes con datos de trombosis hemorroidal que acuden al servicio de urgencias de Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos

Grupo Problema

Se define como los pacientes con trombosis hemorroidal que cumplan con los criterios de selección para el estudio. Dentro del estudio no se incluye grupo problema ya que las variables serán modificadas por ambos grupos

-Criterios de selección:

- Edad mínima de 18 años**
- Derechohabientes de los Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos**
- Pacientes con consentimiento (solo en caso de requerir manejo quirúrgico) en donde se especifique los riesgos y complicaciones de la trombectomía**
- Pacientes con trombosis hemorroidal**

-Criterios de exclusión

- Antecedente de cirugía anorrectoperineal**
- Alergia a los la Betametasona**
- Consentimiento informado revocado.**

-Criterios de eliminación

- Pacientes que presenten algún tipo de alergia a la Betametasona**
- Paciente con trombosis hemorroidal de más de 72 horas**

-Trombosis hemorroidal masiva

VARIABLES

- Dolor como variable principal medida mediante las Escala Visual Análoga (EVA)**
- Tiempo de recuperación total medido en horas**
- Recurrencia de la patología**

La selección de pacientes en cuanto al tratamiento se realizará aleatoriamente mediante sobres cerrados elaborados por el encargado del estudio, con un total de 200 sobres cerrados los cuales contienen el manejo específico que será otorgado al paciente.

Método de instrumentación para la recolección de datos incluye historia clínica completa del paciente así como la EVA del paciente al inicio del tratamiento y 48 horas posteriores al mismo, tiempo de recuperación total medido en horas, recurrencia de la patología y enfermedades concomitantes los cuales se les dio seguimiento en la consulta externa de cirugía general.

RECURSOS

Los recursos que se requieren para la realización del protocolo son los siguientes:

Tratamiento médico: **DIPROSPAN HYPACK^{MR}** (Betametasona) jeringa de 1ml preparada con 5/2MG

Tratamiento quirúrgico: gasas, bisturí hoja 11 o 15, campos estériles, equipos de curación, **ISODINE ESPUMA^{MR}** (yodo polividona) solución estéril. Todos estos recursos son materiales frecuentemente empleados dentro del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos y no se requiere de ningún otro material adicional que genere un costo adicional al hospital.

ANALISIS ESTADISTICO

El análisis estadístico se llevará a cabo por medio de estadística descriptiva (promedio, rango y proporción) y empleando el programa Excel para análisis multivariado. Se considerará significancia estadística cuando el valor de p sea menor de 0.05.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

No se presentarán nombres ni números de ficha de los pacientes referidos en el estudio.

No se obtendrá contacto directo ni indirecto con los pacientes referidos en el estudio.

RESULTADOS

Se reunieron un total de 129 pacientes de los cuales 62 recibieron tratamiento médico y 67 recibieron tratamiento quirúrgico. En cuanto a la distribución de género un total de 70 mujeres y 59 hombres se incluyeron en el estudio. Pacientes con una edad promedio de 39 años. (Tabla 1)

En cuanto al dolor durante la valoración inicial se obtuvo un promedio de 7.65 puntos en los pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico mientras que para los pacientes que recibieron tratamiento médico fue de 7.89 con una $p=0.1$.

El tiempo de recuperación para los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico fue de 96 horas mientras que los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico fue de 144 horas con una $p=0.05$

La recurrencia de la enfermedad fue de 1 pacientes para el tratamiento quirúrgico y 11 pacientes en el grupo sometido a tratamiento médico con una $p=0.01$. (Tabla 2)

DISCUSIÓN

En general identificamos que la Enfermedad hemorroidal es una patología común y que se presenta con sintomatología diferente dentro de estas la trombosis hemorroidal es la segunda causa de aparición. El empleo del tratamiento tanto quirúrgico como médico establecido dentro de la literatura es tan diverso e inespecífico como la misma patología por lo que el estudio sirve para la orientación para el tratamiento de los pacientes.

Dentro del tratamiento médico de los pacientes regularmente se utiliza únicamente tratamiento sintomático como sería sediluvios y ablandadores de la materia fecal. Los resultados del estudio son compatibles con lo previamente redactado en el único reporte que existe dentro de la literatura, cabe mencionar, que este estudio se realizó con la metodología de ser prospectivo y aleatorizado con lo que el peso estadístico del estudio es mayor.

CONCLUSIONES

Cualquier cirujano general debe de estar lo suficientemente capacitado para resolver un cuadro de trombosis hemorroidal externa con tratamiento tanto médico como quirúrgico con trombectomía. El tiempo de evolución puede ser un indicador claro del tratamiento que el paciente debe de recibir, además de esto el cirujano debe de estar pendiente de las posibles complicaciones, recidivas de la patología, seleccionar la técnica adecuada para tener los mejores resultados y menor índice de complicaciones.

TABLAS Y ANEXOS

TABLA 1

TOTAL DE PACIENTES 129	
Edad promedio	39 años
Mujeres 70	Hombres 59
Tratamiento Médico	62
Tratamiento Quirúrgico	67

TABLA 2

Variable	Tratamiento Quirúrgico	Tratamiento Médico	<i>p</i>
Dolor	7.65	7.89	0.1
Tiempo de recuperación	96hrs	144hrs	0.05
Recurrencia	1	11	0.01

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSIENTO

En que se me realice: **TROMBECTOMIA HEMORROIDAL**

Definición: Las enfermedad hemorroidal es un padecimiento que se define como dilatación de los plexos hemorroidales superior e inferior localizado en el recto y el conducto anal que pueden llegar a sobresalir a través del margen anal La trombosis hemorroidal es una complicación de la enfermedad hemorroidal donde un vaso venoso que se lacera de alguna manera queda con restos hemáticos (trombo) y provoca dolor.

Conlleva como beneficio el retiro mediante un procedimiento quirúrgico de este trombo (cuagulo) de la región anal, alivio parcial del dolor y sangrado

Riesgos: Infección de la herida, lesión del esfínter anal externo, formación de fistula anorrectoperineal, lesión a los nervios pudendos, fuga y escape de materia fecal

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

En pleno uso de mis facultades, autorizo el tratamiento y/o procedimiento bajo los riesgos y beneficios previamente enunciados.

Me reservo expresamente el derecho a revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de que el procedimiento objeto de este documento sea una realidad.

En México, D.F., a los _____ del mes de _____ del 20_____.

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO
TRATANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO

ANEXO 2

HOJA DE CAPTURA DE DATOS

NOMBRE: _____ FICHA: _____

Edad: _____ Genero: _____

Enfermedades concomitantes:

Dm _____ HAS _____ Tabaquismo: _____ Otra: _____

Alergias a medicamentos: _____

Fecha de inicio del dolor: _____

Más de 72 horas con dolor: SI _____ NO _____

Motivo por el que acudió a urgencias: Dolor ___ Sangrado ___ Fiebre ___

Antecedentes de enfermedad hemorroidal: SI _____ NO _____

Antecedentes de cirugía anorrectoperineal: _____

ANEXO 3

Formato de valoración del dolor

Escala Visual Análoga (EVA)

ESCALA DEL DOLOR

SIN DOLOR

MÁXIMO DOLOR



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En una escala del 1 al 10 (1=no dolor, 10=mucho dolor). El dolor se calificaría como: 1 2 3
4 5 6 7 8 9 10

Dolor al inicio de la valoración: _____

Dolor a las 48 horas de la valoración: _____

ANEXO 4

Consentimiento Informado para protocolo de investigación sobre Trombosis Hemorroidal

Mexico D.F. a ____ del mes de _____ del 20__

Consiento ingresar al protocolo de investigación del Dr. Luis Fernando Castro Ledesma donde de acuerdo al diagnóstico que se me ha dado de Trombosis Hemorroidal puedo ser candidato a que se me realice Trombectomía (procedimiento quirúrgico) o se me otorgue tratamiento médico.

Acepto que se me ha explicado y he comprendido los riesgos y beneficios tanto del tratamiento médico como del quirúrgico y doy mi autorización para ser incluido dentro de este protocolo de investigación

**NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO
TRATANTE**

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO

BIBLIOGRAFIA

- (1) **Boccasanta P et al, Evolución del tratamiento de la enfermedad hemorroidal en función de los recientes conceptos etiopatogenicos. Hospital Civil de Csodogno, División de Cirugía General Milan, Italia 2005.**
- (2) **Charrúa GL, Enfermedad Hemorroidal, Gastroenterología y Hepatología Práctica. Ed. Intersistemas editoriales. México D.F 1999 pag 153-157**
- (3) **Gordon P, Nivatvongs S. Principles and Practice of Surgery for the Colon REctum and Annus. Editorial QMP 1992**
- (4) **Consejo Mexicano de Cirugía General, Tratado de Cirugía General, Editorial Manual Moderno. Mexico 2003 cap.96**
- (5) **Brundicardi C. et al Schwartz Principios de Cirugía 8° Edición, Editorial Mac Graw Hill México 2006 cap. 28**
- (6) **Wolff BG . The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery; Springer, 2007: 156-177.**
- (7) **Greenspon J, Willams SB, Young HA, Orkin BA. Thrombosed external hemorrhoids: outcome after conservative or surgical management. Dis Colon Rectum 2004;47:1493–8.**
- (8) **Barrios G, Khubchandani M. Urgent hemorrhoidectomy for hemorrhoidal thrombosis. Dis Colon Rectum 1979;22:159–61.**
- (9) **Eu KW, Seow-Choen F, Goh HS. Comparison of emergency and elective hemorrhoidectomy. Br J Surg 1994;81:308–31.**
- (10) **Heald RJ, Gudgeon AM. Limited hemorrhoidectomy in the treatment of acute strangulated hemorrhoids. Br J Surg 1986;73:1002.**
- (11) **Bleday R, Pena JP, Rothenberger DA, Goldberg SM, Buls JG. Symptomatic hemorrhoids: current incidence and complications of operative therapy. Dis Colon Rectum 1992;35:477–81.**
- (12) **Wong, J., Chung, C., Yau, K., Cheung, H., Wong, D., Chan, O., Li, M. Stapled Technique for Acute Thrombosed Hemorrhoids: A Randomized, Controlled Trial with Long-Term Results Dis Colon Rectum. 51(4):397-403.**
- (13) **Oh C. Acute thrombosed external hemorrhoids. Mt Sinai J Med 1989;56:30**
- (14) **Perrotti P, Antropoli C, Molino D, De Stefano G, Antropoli M. Conservative treatment of acute thrombosed external hemorrhoids with topical nifedipine. Dis Colon Rectum 2001;44:405–9.**
- (15) **- García Núñez Luis Manuel, Belmonte Montes Carlos,**

Guerrero Guerrero Víctor Hugo. Uso de dosis única de betametasona en la hemorroidectomía convencional Rev Sanid Milit 2007; 61(3): 152-156

(16) Kerr DJ, Young AM, ABC OF COLORECTAL SURGERY, BMJ Books 2001, 211-169

(17) Guilo AS, Di Falco G, Benign Anorectal Diseases, Springer- Verlag 2006, 115-129