

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**"UTILIZACION DE LA LIGADURA ELASTICA
EN EL TRATAMIENTO DE HEMORROIDES"**

CARLOS LEOPOLDO SAJCHÉ VALLADARES

GUATEMALA, AGOSTO DE 1984.

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**"UTILIZACION DE LA LIGADURA ELASTICA
EN EL TRATAMIENTO DE HEMORROIDES"**

Estudio retrospectivo de los años 1972 a 1982
procedimiento ambulatorio en clínicas
del IGSS y paciente privado

T E S I S

Presentada a la Junta directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

por

CARLOS LEOPOLDO SAJCHE VALLADARES

En el acto de investidura como

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, agosto de 1984.

INDICE:

	Página
I.- Introducción	1
II.- Definición y análisis del problema	3
III.- Justificación	5
IV.- Objetivos	7
V.- Materiales y Métodos	9
VI.- Anatomía del conducto anorrectal	
— Anatomía Patológica	11
VII.- Principios de Hemorroidectomía	17
— Etiología	17
— Clasificación	18
— Rasgos clínicos	18
— Examen	18
VIII.- Ligadura Elástica	19
— Principio y Técnica	20
— Técnica	20
— Manejo post-operatorio	22
— Complicaciones	22
— Contraindicaciones	23
— Otras técnicas	23
IX.- Presentación y análisis de resultados	25
X.- Conclusiones	35
XI.- Recomendaciones	37
XII.- Resumen	39
XIII.- Referencias bibliográficas	41

INTRODUCCION

La ligadura sencilla de hemorroides internas fue utilizada primero a principios del siglo XIX. La presente técnica introducida por Blaesdall en 1958, pero fue abogada por Barr publicando sus primeros escritos en 1963. (6)

Fue lenta su aceptación, pero ahora ha sido reportada por varios autores como un método de tratamiento seguro y efectivo para las hemorroides sintomáticas. Es un procedimiento que se puede realizar en pacientes ambulatorios, disminuyendo así los gastos hospitalarios, evitando pérdida de salarios, riesgos anestésicos y cuidados post-operatorios. Son raras las complicaciones, si éstas ocurren, usualmente se tratan ambulatoriamente.

Esta técnica de ligadura elástica, para el tratamiento de enfermedad hemorroidal es una excelente alternativa frente a la hemorroidectomía operatoria.

Realmente las investigaciones y literatura médica nacional, contienen un número sustancial de reportes que contribuyan al conocimiento y manejo de problemas en nuestro medio, se considera importante llegar a conocer los primeros resultados, empleando la ligadura elástica para el tratamiento de enfermedad hemorroidal, en los archivos de la consulta externa del Hospital General del IGS y Clínica Privada, como procedimiento de consulta externa; en esta investigación se realizó en forma retrospectiva, estudiando un total de 394 pacientes de los cuales 202 fueron tratados por ligadura elástica y 192 por método standard de hemorroidectomía. Teniendo como objetivo principal determinar que el procedimiento de ligadura hemorroidal con banda elástica, sustituye en muchos casos a la operación sin los inconvenientes de ésta.

Los resultados muestran que el total de pacientes tenían al grado de enfermedad hemorroidal por lo que fueron clasificados de acuerdo a la sintomatología presentada.

El grupo etario mayormente afectado estuvo entre los 26 y 45 años, no se observó predilección por el sexo, estando igualmente afectados. Se realizó en 202 pacientes ligadura elástica, por presentar cierto grado de enfermedad hemorroidal y los síntomas de prolapso y sangrado en un 20.56o/o, sangrado en un 19.9o/o y prolapso en un 1.4o/o. Siendo la condición para los pacientes tratados por hemorroidectomía (192), además de la enfermedad hemorroidal, presentar los síntomas de dolor prolapso y sangrado correspondiéndoles el 48.73o/o; concluyendo otro tipo de enfermedad anorrectal.

Con respecto al número de tratamientos efectuados, el 44.06o/o de los pacientes necesitó un promedio de 3 ligaduras. Entre las complicaciones la más sobresaliente fué el dolor, referido por 5.44o/o de los pacientes tratados por ligadura elástica y por el 100o/o de éstos tratados por hemorroidectomía.

Concluyendo, que esta técnica de ligadura elástica para el tratamiento de enfermedad hemorroidal, es un procedimiento, rápido, seguro, efectivo, de bajo costo y con complicaciones reducidas, pudiendo repetirse varias veces, recomendándose como alternativa para el tratamiento de este tipo de patología.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Las hemorroides son uno de los padecimientos más comunes de los más antiguos de la especie humana. (2,3,5,7,17,19,20).

Es prácticamente difícil obtener una idea exacta de su incidencia pero la experiencia clínica, sugiere que mucha gente de ambos sexos sufre de hemorroides y que otras más tienen hemorroides en una forma asintomática. (2,8).

Rutinariamente se encuentran en exámenes rectales, hemorroides en personas sin ningún síntoma. La incidencia de hemorroides aumenta, con la edad y cerca del 50o/o de gente mayor de 50 años tienen algún grado de formación hemorroidal, (8). Los hombres son mayormente afectados que las mujeres en una proporción de 2 a 1 sin embargo la prominencia temporal de hemorroides es una que es común de las mujeres embarazadas, (8).

Por otro lado la enfermedad no está confinada a individuos mayores y puede encontrarse ocasionalmente en niños.

Por años las hemorroides han sido consideradas una plaga y el tratamiento quirúrgico se ha tenido como uno de los procedimientos más dolorosos, (3,4). Hasta entonces no es de sorprenderse que los pacientes han recurrido a un autotratamiento local, hasta que se llega a un estado avanzado en que el único mandato es la cirugía. Sin embargo en este estado avanzado, la cirugía puede ser mucho más difícil por lo consiguiente más dolorosa.

A través de los años se han modificado e introducido numerosas técnicas que han sido empleadas para mejorar los resultados y reducir la morbilidad asociada con la hemorroidectomía quirúrgica.

La hemorroidectomía quirúrgica ha sido referida como tratamiento clásico de la enfermedad hemorroidal.

En este estudio se revisa el tratamiento de hemorroides utilizando la técnica de ligadura elástica, la cual ha demostrado ser superior a las dietas, terapia de inyección esclerosante, criocirugía, dilatación anal y esfinterotomía lateral subcutánea. (11).

Efectuada por un período de 10 años como un procedimiento de consulta externa, se analizan sus indicaciones, técnicas, complicaciones y resultados.

JUSTIFICACION

La importancia de utilizar un método para hemorroidectomía como éste, (ligadura elástica) es que puede realizarse en pacientes ambulatorios sin los costos de otros procedimientos, sin pérdida de tiempo del paciente y con complicaciones reducidas.

Realmente las investigaciones y literatura médica nacional, contienen un número sustancial de reportes que contribuyan al conocimiento y manejo del problema en nuestro medio.

Generalmente nos apoyamos en experiencias de otros países por lo mismo, persigo contribuir al conocimiento y manejo de casos relacionados con una enfermedad tan común como punto de partida para estudios similares.

Siendo nuestras características raciales, nuestras costumbres alimenticias y nuestra ecología muy particulares, se estima que los resultados de este estudio pueden proporcionar a otras latitudes una información útil.

OBJETIVOS:

- I.- Divulgar un método simplificado de hemorroidectomía para casos escogidos que suelen ser la mayoría de los que se observan en la práctica diaria.
- II.- Dar a conocer, que este procedimiento de ligadura de hemorroides con banda elástica substituye en muchos casos a la operación, sin los inconvenientes de ésta.

MATERIALES Y METODOS:

Se hizo un estudio de los registros clínicos de los pacientes que consultaron al servicio de Consulta Externa del Hospital General del I.G.S.S. y clínica privada en el período de 1972 a 1982.

Clasificándose luego en dos grupos, el primero, estuvo constituido por 202 pacientes a quienes se les efectuó ligadura elástica y el segundo, por 194 pacientes tratados por medio de Hemorroidectomía standar. La metodología utilizada en el presente estudio, comprende una evaluación de la utilidad de este procedimiento (ligadura elástica), como alternativa en el tratamiento de la enfermedad hemorroidal.

Efectuándose al mismo tiempo un análisis de los procedimientos operatorios efectuados durante el mismo período. La presencia o ausencia de complicaciones en ambos grupos, nos sirvió como parámetro para evaluar la utilidad de la ligadura elástica con respecto a las pocas complicaciones y las ventajas que este método ofrece con respecto al tratamiento quirúrgico.

Se completó la información con datos relativos con la edad del paciente, sexo y sintomatología presentadas, ya que de acuerdo a ésta, se clasificaron para ser tratados por uno u otro método. Otros parámetros complementarios fueron el número de tratamientos (ligaduras) y las complicaciones presentadas en los diferentes métodos, así como estancia hospitalaria y el período de convalecencia, entendiéndose por éste al tiempo necesario para que el paciente regrese a su vida normal y atendiendo sus ocupaciones.

Obtenidos los datos se presentan en cuadros simples, utilizando estadística descriptiva.

ANATOMIA DEL CONDUCTO ANORRECTAL

En la parte terminal del colon, se encuentra el conducto anorrectal el cual es de origen embriológico diferente.

La parte superior proviene del endodermo y su revestimiento mucoso es igual al de todo el tracto gastrointestinal y la inferior o distal, proviene del ectodermo y su epitelio tiene revestimiento igual al de la piel.

Entre ambas estructuras encontramos una línea o frontera la cual se denomina línea dentada, línea pectinada o unión mucocutánea, como su nombre lo indica está limitada en su parte superior por mucosa la cual tiene una coloración púrpura. Por debajo de la línea pectinada el canal anal está delineado por una piel modificada provista de vello, glándulas cebáceas y sudoríparas; si seguimos a la parte inferior, el revestimiento llega a ser más delgado y precisamente afuera del orificio anal adquiere, los folículos pilosos, glándulas cebáceas y otros rasgos histológicos de una piel normal. (6).

Recto:

Es el segmento terminal del colon, comienza delante de la tercera vértebra sacra del (S-III) y es prolongación directa del brazo inferior del colon sigmoideo.

El recto mide unos 12 cms. de longitud y se incurva hacia abajo, y adelante hasta un punto situado un poco por encima del vértice de la próstata, donde tuerce bruscamente hacia atrás y abajo, sobre el músculo pubiorrectal para formar el conducto anal.

La parte inferior del recto se ensancha y forma la denominada ampolla rectal. (6) - (ver figura No. 1).

Conducto Anal:

El conducto anal mide unos 4 cms. de longitud se dirige hacia abajo y atrás desde la ampolla rectal hasta el ano o margen anal y se abre al exterior.

En la región de la unión anorrectal existe, pues un anillo formado por los pubiorrectales y los esfínteres interno y externo. De este anillo depende la continencia rectal.

La capa mucosa del conducto anal se fija exactamente a la pared muscular y forma en su parte superior una serie de pliegues verticales denominados columnas de Morgagni que se une en su extremo inferior mediante pequeños pliegues semilunares, (válvulas anales), para formar una serie de pequeñas bolsas (senos de Morgagni).

En la pared de cada uno de estos senos existen unas bolsitas que se denominan criptas anales. (6).

La línea formada por válvulas anales línea dentada o línea pectinada señala la región de transición gradual entre el epitelio cilíndrico del conducto digestivo y el epitelio escamoso de la piel del ano, que se considera habitualmente como el lugar de la membrana anal embrionaria. Es importante saber que el epitelio está innervado por encima de la línea dentada por fibras sensitivas que van con los nervios simpáticos y que por tanto, es relativamente insensible a los estímulos dolorosos. En cambio el epitelio que se halla por debajo de dicha línea está innervado por nervios espinales por lo que es más sensible. (ver figura No. 1); (6).

Vascularización:

El abastecimiento sanguíneo anorrectal es llevado a cabo por tres arterias principales y sus venas que abastecen la parte baja del recto y del ano. La arteria hemorroidal superior es la rama terminal de la mesentérica inferior.

Las ramas hemorroidales medias nacen en los vasos ilíacos internos mientras que las arterias hemorroidales inferiores son ramas terminales de las arterias pudendas. (6).

Venas:

Estas son dos hemorroidales inferiores, dos medias y una superior que son satélites de las arterias del mismo nombre.

Las venas dobles desembocan en las venas hipogástricas y en el sistema de la vena cava. La vena hemorroidal superior es tributaria de la vena mesentérica superior y esplénica para formar la vena porta. Por esta vía la vena hemorroidal superior también depende del sistema porta. Estos hechos anatómicos son de gran importancia respecto a la diseminación de infecciones y metástasis malignas. (6).

Inervación:

Procede directamente de S-II a S-IV por medio de los plexos pélvicos. Los nervios del triángulo y del esfínter interno de la vejiga tienen el mismo origen por lo que no es sorprendente que los trastornos del recto y del conducto anal tengan efectos vesicales reflejos. (6).

Vasos Linfáticos:

Los vasos linfáticos del recto desembocan en un grupo de ganglios que están incluidos en la grasa perirrectal (ganglios pararrectales) entre la capa muscular de este órgano y su vaina aponeurótica.

Los linfáticos del conducto anal y de la región perianal se dirigen en parte hacia afuera acompañando a los vasos rectales inferiores a través de la grasa de la fosa isquiorrectal y en parte hacia los ganglios inguinales superficiales. (ver figura No. 1); (6).

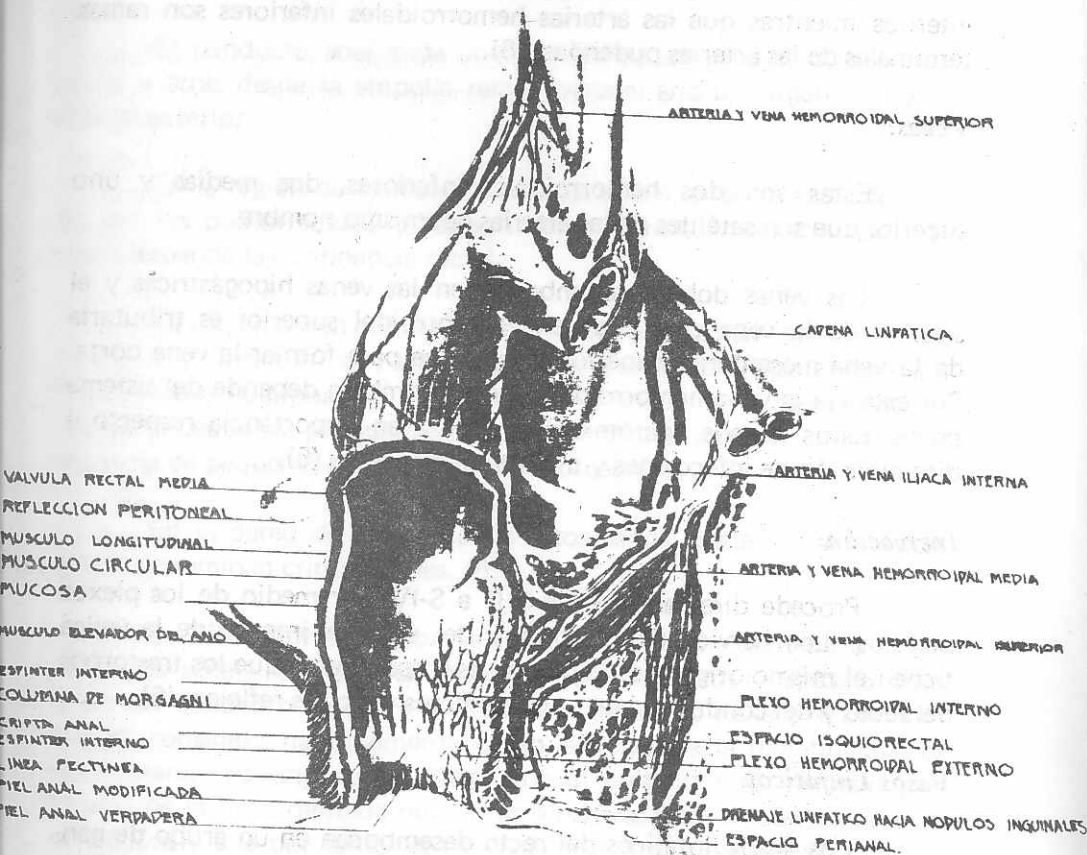


FIGURA No. 1. — Pelvis, recto y ano.

BASIC SURGERY

McCredic and Donner
MacMillan Publishing Co., Inc.
New York
Figura 8

ANATOMIA PATOLOGICA Y PATOGENESIS

Las hemorroides externas tradicionalmente han sido consideradas como varicosidades de los plexos arteriovenosos de la pared del canal anal y de la parte baja del recto. Estas varicosidades forman protuberancias cubiertas de mucosa las que se prolapsan dentro del lumen del canal anal, especialmente cuando hay aumento persistente de la presión venosa en el plexo hemorroidal superior o inferior.

Por ello la aparición de hemorroides puede ser una pista de que hay alguna enfermedad hepática difusa u oclusiva en el sistema porta.

Las venas que principalmente atañen son aquellas del plexo hemorroidal interno o submucoso, que son las ramificaciones más importantes de la vena hemorroidal superior. Pero excepto en el estado inicial de las hemorroides internas, el plexo hemorroidal externo o subcutáneo del segmento correspondiente del canal anal también participa en el proceso varicoso.

Se ha considerado muy adecuada la clasificación de las hemorroides en su variedad de internas, externas o mixtas.

Las hemorroides internas están cubiertas por la mucosa y por consiguiente en relación proximal con la línea dentada.

La hemorroide externa está cubierta por la piel y su situación es distal con respecto a la línea dentada.

Estas definiciones sin embargo se refieren solamente al sitio de origen.

PRINCIPIOS DE HEMORROIDECTOMIA

Los métodos para el tratamiento de hemorroides han sido reportados desde la antigüedad según escritos que datan desde la era Babilónica, 2,250 años antes de Cristo. (2,3,7,17,20).

A través de los años, varios procedimientos han sido inventados, algunos horripilantes, pero algunas veces ingeniosos.

Diferentes métodos quirúrgicos se utilizaron durante varios siglos, mediante ligadura, excisión y cauterización, éstos fueron usados por Hipócrates, según (Holley, 1946). (5,7,15,17,19). En los últimos años alternativas han sido introducidas en un esfuerzo para reducir la morbilidad asociada con la hemorroidectomía quirúrgica, éstas son de considerable beneficio para ambos, cirujano y paciente; hasta hace algunos años la hemorroidectomía quirúrgica era la única y mayormente utilizada. (15,20).

La hemorroidectomía tiene la desventaja de la incomodidad de llevar al paciente a hospitalización por varios días, así como alejarlo del trabajo por algún tiempo. Como todo procedimiento quirúrgico no está exento de complicaciones (Goligher 1939). (2,7).

Bastante interés ha sido enfocado recientemente en los nuevos métodos conservadores del tratamiento, la ligadura elástica, la dilatación manual, la inyección de sustancias esclerosantes. (Barron 1963 Lord 1968, Groves et-al 1971). (15,17).

Etiología:

Se desconoce la causa exacta de las hemorroides pero existe indudablemente factores predisponentes:

a. Familiar:

Suele registrarse a menudo una historia familiar de hemorroides o de otras afecciones varicosas.

b. Estreñimiento:

Cuando se requieren esfuerzos para la defecación, la presión de la masa fecal sobre el plexo hemorroidal superior actúa contra la pared de los esfínteres que tienden a destruir el drenaje venoso. (6).

Clasificación: (modificada por Goligher)

- Grado I — Prolapso al hacer esfuerzo al defecar con sangramiento.
- Grado II — Prolapso al defecar pero regresa espontáneamente al canal anal.
- Grado III — Prolapso al defecar o espontáneamente con reposición manual.
- Grado IV — Irreducible. (3,8,15,20).

Es bien sabido que lo severo de los síntomas producidos por hemorroides no nos conducen a clasificarlos basándonos en éstos, pues no siempre hay relación entre el grado de hemorroides encontrados al momento del examen y los síntomas. (5,7,15,17). Es tratada primero la hemorroide más prominente, pues es ésta la causante de la sintomatología. (3).

Rasgos Clínicos:

Comúnmente las hemorroides se presentan con molestias como: hemorragia, dolor, prolapso, prurito y secreción, durante algunos días. (4,5,7,8,20).

Examen:

Muchos autores hacen énfasis en la elaboración de un examen rectal, el cual excluirá un carcinoma rectal, así como hemorroides que no son palpables a menos que estén trombóticas. La sigmoidoscopia y el enema de bario, deben realizarse si existe duda de alguna lesión o alteración, ya sea en el recto sigmoide o colon respectivamente. (3,7,8,12). Ya que éstas son las únicas contraindicaciones absolutas.

LIGADURA ELASTICA

La técnica de ligadura elástica fue introducida por Barr (1963) usándose una modificación de la técnica de Blaisdell (195) como un procedimiento alterno para los *pacientes ambulatorios con hemorroides internas de cualquier grado*. (1,2,3,5,7,8,9,14,17,20).

Debido a su bajo índice de complicaciones este método es tratamiento adecuado en la práctica de la proctología clínica. (13).

La ligadura elástica ha sido reportada por varios autores como un tratamiento seguro y efectivo para las hemorroides sintomáticas.

Sus partidarios también aducen las siguientes ventajas:

- a. Es un procedimiento económico para el paciente ambulatorio no se requiere de equipo caro ni de hospitalización.
- b. No se requiere anestesia, por lo que los pacientes no corren riesgos anestésicos.
- c. Es bien tolerada por los pacientes y es relativamente indolora, especialmente comparada con la hemorroidectomía.
- d. El tiempo que el paciente pierde en el trabajo es mínimo o ninguno.
- e. No es necesaria alguna preparación especial al paciente.
- f. El tratamiento puede iniciarse en la primera consulta.
- g. El procedimiento es sencillo cuando es efectuado por alguien con experiencia; y toma muy poco tiempo. (2,3,5,11,12,13,15).

Siguiendo las enseñanzas de Barron, la mayoría de médicos han realizado la ligadura elástica en un solo sitio en cada una de las visitas del paciente ambulatorio, con un intervalo de 2 a 3 semanas. (3,11).

Ocasionalmente se reporta el haber realizado ligadura elástica en 2 sitios en una sola consulta y aún, una ligadura en seis sitios en una sola consulta también. (11).

Principio y Técnica:

El principio de la ligadura elástica está basada en la suposición de que la oclusión progresiva del flujo sanguíneo arteriovenoso de las venas hemorroidales resulta en necrosis, liberación del tejido muerto y eventualmente expulsión del racimo hemorroidal en forma natural, dejando una pequeña área cruda o ulcerada, (herida granulada limpia). (3,13,14,16).

Técnica de la colocación de la ligadura elástica:

Para efectuar la ligadura la posición más confortable para el paciente es la de Sims, posición semi-inclinada del lado izquierdo, estable con los muslos contra el abdomen.

Luego se cargan los anillos en el ligador, deben utilizarse dos anillos para cada hemorroide, entonces es insertado el proctoscopio en el canal anal a nivel de la línea dentada y colocarlo de manera que la hemorroide sea empujada hacia adentro de éste. El ligador es insertado, así el cilindro circulará la hemorroide y entonces ésta es enviada dentro del cilindro por medio de la utilización de forceps de compresión. El borde inferior del cilindro debe estar por lo menos un cuarto de pulgada arriba de la línea dentada para evitar el incluir piel de la parte final baja del canal anal en la ligadura.

Las dos ligaduras elásticas son entonces disparadas por medio del cierre de la manija del ligador. (2,3,15,16); (ver figura No. 2).

La hemorroide ligada se desprende en un período de 3-6 días. (8,13,14).

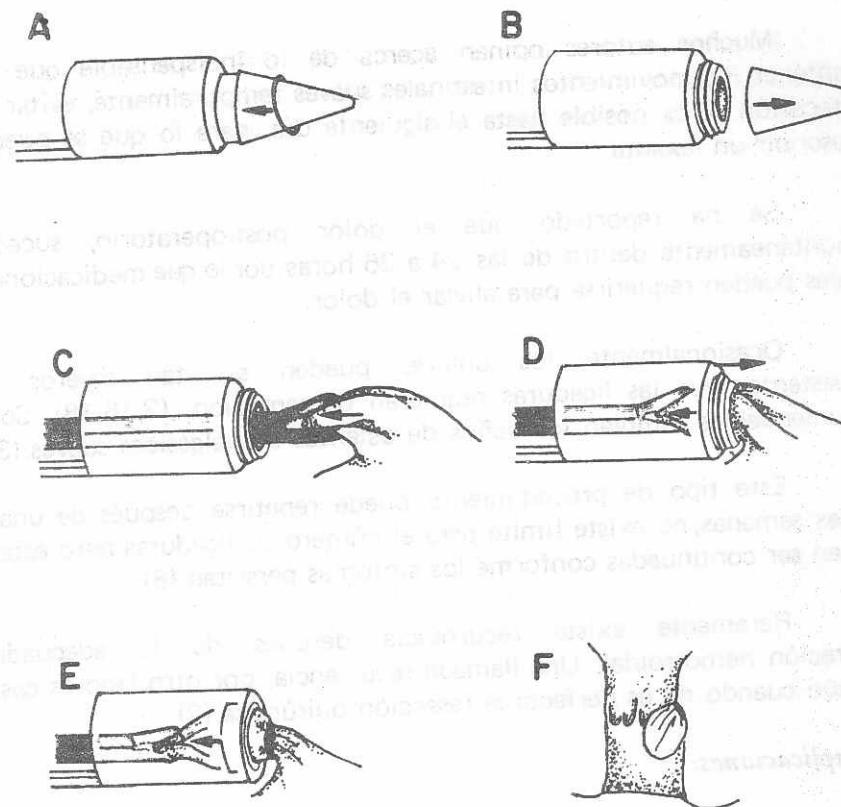


FIGURA No. 2

- *Técnica de la ligadura elástica para hemorroides:* A y B manera de enrollar las bandas elásticas en el cilindro del ligador.
C, el ligador se inserta a través de un proctoscopio, y la parte mucosa de la hemorroide es halada dentro de éste con los forceps. El margen inferior del cilindro del ligador debe estar al menos a 1/4" de la línea dentada.
D y E; al juntar las manijas del ligador son disparadas las bandas elásticas. Las ligaduras colocadas en su lugar, alrededor de la base de la hemorroide.
- Fuente: Hill, G.J. Outpatient Surgery. Second Edition, Philadelphia. W. B. Saunders. Company, 1980.
P 1457 (pp. 1127 figura 21-10. Técnica de ligadura hemorroidal).

Manejo post-operatorio:

Muchos autores opinan acerca de lo indispensable que es mantener los movimientos intestinales suaves temporalmente, evitar la defecación si es posible hasta el siguiente día, para lo que se puede prescribir un laxante.

Se ha reportado que el dolor post-operatorio, sucede espontáneamente dentro de las 24 a 36 horas por lo que medicaciones orales pueden requerirse para aliviar el dolor.

Ocasionalmente los dolores pueden ser tan severos y persistentes que las ligaduras requieran de remoción. (3,16,18). Son recomendables también los baños de asientos o analgésicos suaves. (3)

Este tipo de procedimiento puede repetirse después de unas pocas semanas, no existe límite para el número de ligaduras pero éstas deben ser continuadas conforme los síntomas persistan. (8)

Raramente existe recurrencia después de la adecuada operación hemorroidal. Una llamada recurrencia, por otro lado es casi común cuando no es perfecta la resección quirúrgica. (2)

Complicaciones:

Las complicaciones que siguen a la ligadura son vistas ocasionalmente e incluyen: hemorragia tardía, dolor fuerte, trombosis hemorroidal externa, ulceración anal, desate de la ligadura. (3,4,8,11,13,15,18).

Un dolor poco común puede ocurrir si el enlace es colocado inapropiadamente, pero aún cuando éste se coloque apropiadamente, la incomodidad puede ser insoportable. Usualmente el paciente experimenta una leve sensación de llenura asociada con el ambultamiento del tejido que ha sido arrastrado al canal anal. Esto parece disiparse en cuestión de unos minutos pero realmente ocurre

de 3 a 4 días. (3,8,11,15,16,18).

Al ligar hemorroides internas, el riesgo de tratar una hemorroide externa es de 2 a 30/o. Estas se tratan con baños de asientos y laxantes, pero ocasionalmente la excisión de la hemorroide es requerida, (3). En raras ocasiones una gran ulceración puede ocurrir, algunas veces asociadas con formación de fisuras, que entonces sí pueden ser problemáticas.

Que se rompa o se safe la ligadura elástica puede ocurrir en cualquier momento, pero usualmente se presenta después del primer o segundo movimiento intestinal. El rompimiento puede ocurrir por una banda defectuosa, pero comunmente ocurre por la tensión de un tejido abultado que ha sido ligado. Ayuda a evitar este problema, uso de medicamentos que ablandan las heces y laxantes. (3,8).

Contraindicaciones:

- a. Condiciones patológicas asociadas en el canal anal o en recto, fisura anal o fístula.
- b. Pacientes obesos con grandes hemorroides externas asociadas, además ellos frecuentemente tienen un canal anal corto que requieren repetidas ligaduras. (8).

Otras Técnicas:

Criocirugía:

Es también un tratamiento efectivo, pero la desventaja principal es que el paciente pasa aproximadamente de 3 a 4 semanas con un flujo acuoso que es molesto, pero Barrón Expone que previo a la cirugía se efectúa una ligadura elástica, disminuirá. (8,12).

Dilatación anal:

Es realizada bajo anestesia, se le aconseja al paciente

dilatador por 6 meses para prevenir síntomas recurrentes, indudablemente los síntomas mejoran y el paciente pierde poco tiempo en el trabajo pero un goteo mucoso transitorio ha sido reportado en un buen número de casos(8,12)

Esfinterectomía Interna:

Puede efectuarse bajo anestesia local, ha tenido éxito al ser utilizada en hemorroides sintomáticas. (8,12)

CUADRO No. 1
COMPARACION DEL MANEJO DE PACIENTES CON PROBLEMA HEMORROIDAL,
DISTRIBUCION POR EDAD, SEXO Y METODO TERAPEUTICO.

Sexo	Edad Años	TOTAL								o/o		
		0-15	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-75	76-85		86-95	
Lig. Elast.	M	—	10	32	18	12	19	6	2	—	99	25.12
	F	—	14	32	22	15	11	6	3	—	103	26.14
Met. Qx.	M	—	13	33	20	18	10	4	—	1	99	23.62
	F	—	11	17	24	7	23	10	1	—	93	25.12
Total:		0	48	114	84	52	63	26	6	1	394	100.00

Fuente, Archivo general, consulta externa del I.G.S.S. y clínica privada.

Lig. Elast. - Ligadura elástica
Met. Qx. - Método Quirúrgico.

CUADRO No. 2

**PACIENTES TRATADOS POR LIGADURA ELASTICA Y
HEMORROIDECTOMIA (METODO QUIRURGICO).
EN CLINICA PRIVADA Y CONSULTA EXTERNA DEL I.G.S.S.**

METODO	LIGADURA ELASTICA				HEMORROIDECTOMIA			
Sexo	M	F	Total	o/o	M	F	Total	o/o
* CP	69	85	154	76.24	75	57	132	68.75
* Cons. Ext.	30	18	48	23.76	24	36	60	31.25
Total	99	103	202	100	99	93	192	100

El porcentaje de pacientes atendidos, independientemente del método de tratamiento y sexo es el siguiente:

Clínica Privada	—	72.5 o/o
I.G.S.S. (Cons. Ext.)	—	27.5 o/o

Fuente, Archivo general del I.G.S.S. (Cons. Ext.) y clínica privada.

* C.P. — Clínica Privada

* Cons. Ext. — Consulta Externa (I.G.S.S.).

CUADRO No. 3

**DESCRIPCION DE LA SINTOMATOLOGIA PRESENTADA POR
LA ENFERMEDAD HEMORROIDAL Y METODO UTILIZADO, EN**

SU TRATAMIENTO

Método	Ligadura Elástica	Hemorroidectomia	Total
Síntomas			
Sangrado	76	—	76
Prolapso	45	—	45
Prolapso y Sangrado	81	—	81
Dolor Sangrado y Prolapso	—	192	192
Total	202	192	394

Fuente: Archivo General del I.G.S.S. (Cons. Ext.) y
Clínica Privada.

CUADRO No. 4

**NUMERO DE LIGADURAS ELASTICAS EFECTUADAS EN
PACIENTES CON AFECCION HEMORROIDAL.**

	NUMERO DE LIGADURAS					TOTAL
	1	2	3	4	5	
No. de Pacientes	10	34	89	58	11	202
o/o	4.95	16.83	44.06	28.72	5.44	100

Fuente: Archivo General del I.G.S.S. (Cons. Ext. y clínica privada.)

CUADRO No. 5

**DESCRIPCION DE LAS COMPLICACIONES POST LIGADURA
ELASTICA Y HEMORROIDECTOMIA QUIRURGICA.**

— Método Ligadura Elástica:

Complicaciones	Pacientes	o/o
Hemorragia Moderada	5	15.16
Hemorragia Profusa	2	6.06
Fiebre	8	24.24
Dolor Intenso	18	54.54
Total	33	100

— Método Hemorroidectomía Quirúrgica:

Complicaciones	Pacientes	o/o
Retención Urinaria	27	13.99
Sangrado Post-Operatorio	3	1.56
Fisura Post-Operatoria	1	0.52
Infección Post. Operatoria	6	1.9
Absceso Post. Operatorio	1	0.52
Dolor Moderado	115	60.0
Dolor Intenso	77	40.0
Estenosis Post. Operatoria	2	1.04
Incontinencia a Gases	1	0.52

Fuente: Archivo General del I.G.S.S. (Cons. Ext.) y Clínica

CUADRO No. 6

PROMEDIO HOSPITALARIO ENTRE UNO Y OTRO METODO

	MET. QX.	LIG. ELAST.
Número de Pacientes	198	202
Estancia Hospitalaria	3 días	0. días
Convalecencia	23 días	0. días

NOTA:

Estancia Hospitalaria	—	Promedio
Convalecencia	—	Promedio
Met. Qx.	—	Método Quirúrgico
Lig. Elást.	—	Ligadura Elástica.

Fuentes: Archivo General, consulta externa del I.G.S.S. y clínica privada.

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

La enfermedad hemorroidal es un padecimiento de los m comunes y antiguos; es particularmente difícil obtener una i exacta de su incidencia. La literatura demuestra que ambos sex sufren hemorroides en una igual proporción.(2,8).

En la revisión que se efectuó sobre este padecimiento durar los años 1972 a 1982 encontramos que de 394 pacientes 1 corresponden al sexo masculino (50.25o/o) y 196 al sexo fem (49.74) corroborándose así, lo ya demostrado en estudios simila que no hay predilección por el sexo en este tipo de patología. mayor número de población afectada se encuentra entre el segund cuarto decenio de la vida encontrándose que la incidencia aume con la edad.(8).

Entre los datos importantes de esta casuística se encuere que el seguimiento de los pacientes en la práctica privada 72.58 tratados por uno u otro método (ligadura elástica hemorroidectomía) se hace mucho más factible que en institución estatal en la cual se trata al 27.41o/o de los pacie restantes.

Las indicaciones requeridas para tratar a estos pacie fueron para el tratamiento de ligadura elástica, sangrado y/o prolapso presentando el 20.56o/o (81 pacientes) prolapso y sangrado 19.29o/o (76 pacientes) sangrado y prolapso 11.42o/o (45 pacie La condición única que debieron presentar los pacientes para tratados por hemorroidectomía tradicional fue la de referir d prolapso y sangrado, correspondiéndoles el 48.73o/o.

Con respecto al número de tratamientos efectu (ligaduras), se han realizado hasta cinco ligaduras en un sólo paci colocándose una ligadura por sesión o consulta. (3,11).

Se observa que el 44.06o/o de los pacientes tratados por este método, necesitó un promedio de tres ligaduras, deduciéndose con esto que el 78.2o/o de la población estudiada tiene un padecimiento de múltiples hemorroides.

La complicación más frecuentemente encontrada con el tratamiento de ligadura elástica y hemorroidectomía quirúrgica fue el dolor 54.4o/o y 100o/o respectivamente, el cual se describió como moderado é intenso, determinándose que el dolor moderado cedió con analgesia simple y el dolor intenso necesitó analgesia inyectada tipo Meperidina. Demostrándose que el dolor fue referido por un menor número de pacientes tratados con ligaduras elásticas que por el método quirúrgico tradicional.

Así mismo puede observarse que la hemorragia profusa, (lleva al paciente a hospitalización, anestesia y sutura de vaso sangrante), fue una complicación relativamente rara tanto en uno como en otro método.

La hemorragia moderada, (considerada como un solo episodio de regular cantidad) fue otra de las complicaciones encontradas con el método de ligadura elástica (15.1o/o) siendo este tipo de complicación poco frecuente en el tratamiento quirúrgico.

La retención urinaria y la incontinencia a gases presentada por el 13.99o/o y el 0.56o/o respectivamente, de los pacientes tratados por hemorroidectomía tradicional, se ha descrito secundaria a la inervación refleja de los plexos y pelvianos y de la región perianal.(6).

Otra complicación fue la infección post-operatoria presentada por el 1.9o/o, complicación observada después del tratamiento quirúrgico, no observándose ésta con el uso de la ligadura elástica.

En la totalidad de los casos mundiales reportados, se observa como en esta revisión, que en el tratamiento de las hemorroides por el método de ligadura elástica no es indispensable llevar al paciente a

una hospitalización. (2, 3, 5, 11, 12, 13, 15).

Mientras que con el uso de la hemorroidectomía tradicional esto es inevitable. Demostrándose que los pacientes tratados quirúrgicamente, tienen una estancia hospitalaria promedio de 3 días, necesitando un período de convalecencia extra-hospitalaria, (período de tiempo necesario para que el paciente regrese a su actividad normal, atendiendo sus ocupaciones), de 23 días promedio.

CONCLUSIONES:

- 1.- La literatura médica nacional no contiene un número sustancial de reportes que contribuyan al conocimiento y manejo del problema en nuestro medio.
- 2.- La mayoría de los pacientes tratados por ligadura elástica, según nuestra muestra, tuvieron una respuesta positiva al tratamiento y mínimas complicaciones.
- 3.- Se observó que de las complicaciones más frecuentes encontradas en los pacientes tratados por hemorroidectomía, el dolor se presentó en el 100o/o de los casos.
- 4.- La ligadura elástica para el tratamiento de hemorroides es una alternativa razonable y efectiva para el enfermo.

CONCLUSIONES

- 1.- La literatura médica nacional no contiene un número suficiente de reportes que contribuyan al conocimiento médico de la proctología en nuestro medio.
- 2.- La mayoría de los pacientes tratados por ligadura elástica según técnica descrita, tuvieron una respuesta positiva, temprana y mínimas complicaciones.
- 3.- El método que de las complicaciones más frecuentes en los pacientes tratados por hemorroidectomía, el dolor se presentó en el 100% de los casos.
- 4.- La ligadura elástica para el tratamiento de hemorroides es un método seguro y efectivo para el enfermo.

RECOMENDACIONES:

- 1.- Divulgación y utilización del método por sus beneficios.
- 2.- Estudiar e investigar acerca de la patología anorrectal en nuestro país, para lograr obtener estadísticas propias.
- 3.- Actualizar el tratamiento de hemorroides ofreciendo al paciente el que para su caso sea el más efectivo y sencillo y con menos molestias.
- 4.- En mi opinión basada en la experiencia de este trabajo, y en la literatura consultada la Ligadura Elástica para tratamiento de hemorroides, debe ser mejor conocida y por consiguiente, más empleada por las ventajas para el paciente que este método ofrece cuando está indicado.

RESUMEN:

La ligadura de las hemorroides con anillo de banda elástica representa una excelente alternativa frente a la hemorroidectomía operatoria.

No son necesarias una intervención estacionaria ni la utilización de una narcosis general, así como tampoco un tratamiento post operatorio prolongado y la suspensión del paciente de sus actividades regulares.

Las complicaciones que se presentan, pueden ser controladas, la mayoría de las veces de forma ambulatoria.

En base a un estudio retrospectivo durante el período comprendido entre los años de 1972 a 1982 en archivos de consulta externa, Hospital General del I.G.S.S. y clínica privada, se efectuó la evaluación de "LA UTILIDAD DE LA LIGADURA ELASTICA EN EL TRATAMIENTO DE HEMORROIDES", elaborándose para ello una ficha de recopilación de datos en la cual se establecieron parámetros para evaluar indicaciones, técnica y complicaciones entre uno y otro método, así como otras variables complementarias.

Las indicaciones para efectuar ligadura elástica que deberían presentar los pacientes fueron enfermedad hemorroidal de I, II, III grado con sintomatología traducida en sangrado, prolapso y/o ambos. Por otra parte para efectuar la hemorroidectomía tradicional, los pacientes debían presentar enfermedad hemorroidal de IV grado y la condición de referir dolor, prolapso y sangrado.

Los resultados de la comparación demuestran que el grupo mayormente afectado esta entre la segunda y cuarta década de la vida (50.2o/o), afectando por igual a ambos sexos.

Se puede observar que entre ambos métodos de tratamiento el denominador común como complicación fue el dolor, por otra parte

la hemorragia no fue una complicación alarmante ya que fue relativamente rara entre ambos métodos, sin embargo la infección post operatoria, la retención urinaria, el absceso y la estenosis post operatoria, complicaciones observadas con el tratamiento quirúrgico, que no se presentaron en los pacientes tratados por el método de ligadura elástica.

Entre las ventajas que tiene la ligadura elástica está la de no llevar al paciente a una estancia hospitalaria ni padecer un período largo de convalecencia encontrándose que los pacientes tratados por hemorroidectomía presentaron un promedio de 3 días de estancia hospitalaria y un promedio de 23 días de convalecencia. Siendo para esta población un agravante socio-económico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.— Arabi, Y., *et al.* Rubber band ligation or lateral subcutaneous sphincterotomy for treatment of hemorrhoids. *Brit J. Surg* 1977, Aug; 64(8):737-40.
- 2.— Barron, J. Office Ligation of internal hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1963, Mar-Apr; 6(2):109-13.
- 3.— Corman, M.L. Veidenherimer, M.C. The rubber band ligation for hemorrhoidectomy. *Surg Clin North Am* 1973, Apr; 53(2):417-22.
- 4.— Eisenstat, T., *et al.* The outpatient management of internal hemorrhoidal disease. *Dis Colon Rectum* 1979, Jul-Aug; 22(5):315-17.
- 5.— Gehamy, R.A. Weakley, F.L. Internal hemorrhoidectomy by elastic ligation. *Dis Colon Rectum* 1979, May-Jun; 17(3):347-53.
- 6.— Goligher, J.C. *Surgery of the anus rectum and colon*. 4th ed. London, Bailliere Tindal, 1980. 968 p. (pp. 123-25).
- 7.— Groves, A.R., *et al.* Management of internal hemorrhoids by rubber band ligation. *Brit J. Surg* 1971, Dec; 58(12):923-24.
- 8.— Hill, G.J. *Outpatient surgery*. 2th ed. Philadelphia, Saunders, 1980. 1457 p. (pp. 1122-34).
- 9.— Hood, T.R. Williams, J. A. Anal dilatation versus rubber band ligation for internal hemorrhoids. *Am J. Surg* 1971, Jan; 122(1):545-48.

- 10.— Kaufmann, H. D. Outpatient treatment of hemorrhoids by cryotherapy. *Brit J. Surg* 1976, Jun; 63(6):462-63.
- 11.— Lau, W.Y., *et al* Rubber band ligation of the three primary hemorrhoids in a single session. *Dis Colon Rectum* 1982, May-Jun; 25(4):336-39.
- 12.— Leading, A. Outpatient treatment of hemorrhoids. *Brit J. Surg* 1975, Feb; 2(5972):651.
- 13.— Lurz, K.H. Modified rubber band ligation of haemorrhoids. *Anoproctology* 1980, Jan-Feb; No. 1:59-60.
- 14.— Muller, C.A. Internal hemorrhoidectomy by rubber band ligation. *Coloproctology* 1980, Sep-Oct; 2(5):317-19.
- 15.— Rudd, W.H. Hemorrhoids— Ambulatory treatment or surgery? . *Colo-Proctology* 1981, May-Jun; 3(3):189-93.
- 16.— Rudd, W.H. Hemorrhoidectomy— How I do it. *Dis Colon Rectum* 1977, Apr; 20(3):186-88.
- 17.— Steimberg, D.M., *et al*. Long term review of the results of rubber band ligation of haemorrhoids. *Brit J. Surg* 1975, Feb; 62(2):144-46.
- 18.— Tchirkow, G., *et al*. Injection of anesthetic solution into hemorrhoidal bundles following rubber band ligation. *Dis Colon Rectum* 1982, Jan-Feb; 25(1):62-3.
- 19.— Witterns, R. The treatment of hemorrhoids in Gracian medicine: torturous but effective. *Proctology* 1980, Jan-Feb; No. 1:63-4.

- 20.— Wrobleski, D.E. *et al*. Long term evaluation of rubber ring ligation in hemorrhoidal disease. *Dis Colon Rectum* 1980, Oct; 23(7):478-82.

To Go
E. Anguilla

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
OPCA — UNIDAD DE DOCUMENTACION

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS
DE LA SALUD
(CICS)

CONFORME:


Dr. Julio Pineda. Pineda.



SATISFECHO:


Dr. Mario Ramiro Hernández
REVISOR CIRUJANO
201.1951

APROBADO:


DIRECTOR DEL CICS

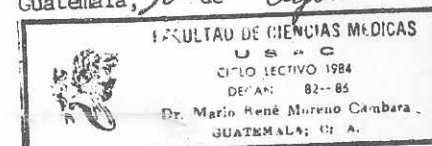
DIRECTOR DEL CICS



IMPRIMASE:


Dr. Mario René Moreno Cambará
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
U.S.A.C.

Guatemala, 10 de Agosto de 1984



Los conceptos expresados en este trabajo
son responsabilidad únicamente del Autor.
(Reglamento de Tesis, Artículo 44).