



**UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPIRITU SANTO
ESCUELA DE MEDICINA – FACULTAD DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL**

**TITULO: Evaluación de la técnica de Parks en la enfermedad
hemorroidal. Servicio de Proctología del Hospital General Luis
Vernaza. Junio 2015 – Junio del 2016.**

AUTORES:

Edgar Pilco Asqui

Alberto Bohórquez Cotto

TUTOR: Dr. Olimpo Acosta Silva

GUAYAQUIL, ENERO 2016

Dedicatoria:

Esta tesis se la dedicamos a Dios quién supo guiarnos por el buen camino, darnos fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaron, enseñándonos a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A nuestras familias quienes por ellos somos lo que somos el día de hoy, por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarnos con los recursos necesarios para lograr nuestras metas. Nos han dado todo lo que somos como personas, nuestros valores, principios, carácter, empeño, perseverancia, coraje para conseguir nuestros objetivos.

Dedico este trabajo a mi amada esposa, por su apoyo, ánimo y amor incondicional que me brinda día con día para alcanzar nuevas metas, tanto profesionales como personales.

Enrique Pilco Asqui

A mis padres, porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta.

Alberto Bohórquez Cotto

Agradecimiento:

Todo tiene un comienzo y al llegar al final de nuestras metas, nos cubrimos con la más cálida satisfacción de haber logrado lo que un día solo era un sueño. Somos el reflejo del amor de nuestros padres que sin dudar sacrificaron gran parte de su vida para vernos orgullosamente llegar hasta este día.

Damos gracias a Dios quien nos guio en el camino, nos dio el valor, la fe, humildad, de seguir adelante sin importar que obstáculos se presentaron, todos fueron superados, y al llegar a este día donde termina una etapa más de nuestra formación académica, donde hemos crecido como seres humanos, donde el dolor del enfermo puede llegar a topar lo más profundo de tu alma.

Somos un milagro, una fuente de vida única en el universo, tenemos todo para lograrlo, está dentro de nosotros mismos, lo único que debemos hacer es comenzar a dar el primer paso hacia delante, somos pasajeros temporales de la vida que algún momento llegará el tren de la eternidad y con ello terminará nuestro legado aquí en la tierra.

Solo quedarán nuestros actos realizados en la memoria de las personas aquí en este planeta llamado hogar; Dios los bendiga por siempre.



UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO

FACULTAD DE POSTGRADO

ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del trabajo de investigación de tesis para optar el título de especialista en cirugía general de la facultad de postgrados de la universidad de especialidades espíritu santo

Certifico que: he dirigido el trabajo de titulación presentada por los doctores o médicos Alberto Bohórquez Cotto con C.I.;con C.I.

Cuyo tema es “Evaluación de la técnica de Parks en la enfermedad hemorroidal. Servicio de Proctología del Hospital General Luis Vernaza.

Junio 2015 – Junio del 2016.”

Revisado y corregido se aprobó en su totalidad, lo certifico:

.....

TUTOR

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	VIII
SUMMARY	IX
INTRODUCCIÓN.....	1
Objetivos.....	3
Objetivo general	3
Objetivos específicos.....	3
Hipótesis	3
MARCO TEÓRICO	4
Teorías generales.....	4
Técnicas abiertas Milligan y Morgan	9
Técnicas cerradas Ferguson.....	10
Procedimientos plásticos	11
Suturas mecánicas: PPH	11
Teorías sustantivas	12
El ano.....	13
Esfínter interno y espacio submucoso.....	14
Esfínter externo y músculo puborrectal	15
Capa longitudinal compleja	16
Vascularización.....	17
Arterial.....	17
Venosa	17
Linfática.....	17
Inervación del ano	18
Raíces sacras.....	18
Nervios Pudendos	18
Inervación Autonómica.....	18
Espacio perianal.....	18
Espacio isquiorrectal.....	19
Espacio submucoso.....	19
Espacio interesfintérico.....	19
Espacio postanal.....	20
Espacio supraelevador.....	20
Tratamiento de la enfermedad Hemorroidaria	20
Clasificación	21
Hemorroides externas.....	21
Hemorroides mixtas.....	22

Función de las Almohadillas anales	22
Etiología y Patogenia	23
Técnica de Parks	24
Descripción de la Técnica de Parks	25
Referencias empíricas	28
Factores Predisponentes	28
Factores Congénitos.....	28
Factores Mecánicos.....	29
Factores endocrinos y metabólicos	30
Factores inflamatorios.....	30
Factores Geográficos y Dietéticos.....	30
Prevalencia.....	30
Clasificación de las Hemorroides	31
Clínica	32
Diagnóstico.....	33
Diagnóstico Diferencial	35
Tratamiento	35
Tratamiento Conservador	35
Recomendaciones higiénico - dietéticas.....	35
Tratamiento Médico	35
Tratamiento Quirúrgico	36
Técnica Milligan-Morgan.....	37
Técnica De Ferguson	38
Técnica de Parks.....	38
Hemorroidopexia	39
Ligadura Hemorroidal Transanal guiada mediante Doppler (THD).....	40
Procedimiento Hemorroidal con Láser guiado por Sonda Doppler (HeLP).....	40
Problemas en el periodo de recuperación inmediata	42
Dolor Postoperatorio.....	42
Nauseas y vómitos postoperatorios	42
Diuresis	42
Movilidad.....	42
Criterios de alta	43
Control	44
Complicaciones post-hemorroidectomía.....	44
Complicaciones a corto plazo	44
1. Dolor intenso	45

2. Retención urinaria:.....	45
3. Edema de los puentes cutáneo-mucosos.....	46
4. Hemorragia.....	46
5. Impactación fecal.....	46
6. Absceso anal y sepsis	47
Complicaciones a largo plazo	47
Plicomas residuales	48
Fisura residual	48
Fistuletas	48
Estenosis anal	48
Incontinencia anal.....	49
Recurrencia	49
METODOLOGÍA	50
Tipo de estudio	50
Área de estudio	50
Diseño de la investigación	50
Universo	50
Muestra	50
Criterios de la investigación	51
Criterios de inclusión	51
Criterios de exclusión	51
Procedimientos para garantizar los aspectos éticos	51
Variables de estudio	51
Operacionalización de las variables	52
Procedimiento para la ejecución de la investigación.....	55
Análisis estadístico	55
RESULTADOS	56
DISCUSIÓN.....	71
CONCLUSIONES	72
Bibliografía.....	73
ANEXOS.....	79

Índice de Tablas

Tabla # 1	8
Tabla # 2	9
Tabla # 3	20

Índice de Gráficos

Gráfico # 1 Grado de enfermedad hemorroidal _____	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
Gráfico # 2 Motivo de consulta _____	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
Gráfico # 3 Complicaciones postquirúrgicas _____	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
Gráfico # 4 Seguimiento postoperatorio _____	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>

RESUMEN

En el presente trabajo se realizó el estudio de la Técnica de Parks para las intervenciones quirúrgicas por enfermedad hemorroidal, se lo hizo mediante un estudio descriptivo y analítico de la base de pacientes en el área proctología, los resultados fueron sometidos en el programa estadístico SPSS versión 22, donde arrojaron varios resultados de los análisis elaborados por cada caso. Se ha evidenciado que el 71.30% se encuentra en el grado III de enfermedad hemorroidal.

Entre motivos de consulta de los pacientes, se registró que el 56.90% acudían por dolor, el 38.90% por hemorragia, mientras el 4.20% por prociencia.

La técnica de Parks, es un procedimiento que ha demostrado mejores resultados respecto al dolor postquirúrgico y menor índice de complicaciones mediatas e inmediatas en los pacientes intervenidos por enfermedad hemorroidal en el servicio de Proctología del Hospital Luís Vernaza de la ciudad de Guayaquil, evidenciando; un porcentaje mínimo del 1.20% de complicaciones postquirúrgicas a causa de hemorragia.

Palabras claves:

SUMMARY

In the present work we performed the study of the Parks Technique for surgical interventions for hemorrhoidal disease, it was done through a descriptive and analytical study of the base of patients in the proctology area, the results were submitted in the statistical program SPSS version 22, where they yielded several results of the analyzes elaborated by each case. It has been shown that 71.30% is in grade III hemorrhoidal disease.

Among reasons for patient consultation, it was recorded that 56.90% came for pain, 38.90% for bleeding, while 4.20% for prociidence.

The Parks technique is a procedure that has shown better results regarding post-surgical pain and a lower rate of immediate and immediate complications in patients undergoing hemorrhoidal disease at the Proctology Service of the Luís Vernaza Hospital in the city of Guayaquil. A minimum percentage of 1.20% of postoperative complications due to hemorrhage.

Keywords:

Parks Techniques - Grade III - Pain

INTRODUCCIÓN.

La enfermedad hemorroidal es el prolapso de las estructuras vasculoelásticas que almohadillan el canal anal, que están constituidas por arteriolas y venas con comunicaciones arteriovenosas, músculo liso y tejido conectivo (1).

Las hemorroides continúan siendo uno de las alteraciones anorrectales más frecuentes que existen en la actualidad. Afecta a un gran porcentaje de personas adultas alrededor de todo el mundo, constituyendo un importante problema médico y socioeconómico con incidencia del 4 y el 36% de la población, y una prevalencia oscila entre el 4,4 y el 86% (2).

Se clasifican topográficamente en externas, internas, mixtas y anatomopatológicas en cuatro grados.

Las **Externas** están situadas por debajo de la línea pectínea, en el canal anal y la región perianal, y están cubiertas por el epitelio de transición o por la piel perianal y están cubiertas por la mucosa. Las **Internas** están situadas en la porción inferior del recto, inmediatamente por encima de la línea pectínea y mixtas cuando coexisten ambos tipos.

Grado I: Sin protrusión a la defecación o ante esfuerzos; Grado II: Con protrusión a la defecación y con los esfuerzos, reversible espontáneamente. – hemorragia; Grado III: - Verdadero prolapso hemorroidal con protrusión a la defecación o a los esfuerzos, irreversible espontáneamente, el paciente debe introducirla manualmente; Grado IV: Las hemorroides son irreductibles, y están siempre prolapsadas (3).

Las manifestaciones clínicas son rectorragias, dolor, irritación anal y procidencia anal, que afectan la calidad de vida de los pacientes, inicialmente se da tratamientos médico ambulatorio encaminados a cambiar el estilo de vida del paciente recomendando dietas ricas en fibra,

evitar alcohol, fumar, realizar baños de asiento, antiinflamatorios locales, generales y tónicos venosos, con una buena respuesta en la mayoría de los casos (4) (5).

El tratamiento es quirúrgico en aquellos pacientes con hemorroides grado I - II que no responden al tratamiento y los grados III y IV. La hemorroidectomía es el procedimiento estándar para su tratamiento definitivo. Aún existen problemas no resueltos tales como el dolor postoperatorio, convalecencia prolongada, re-ingreso laboral prolongado, recidivas, estenosis, incontinencia, complicaciones y secuelas postoperatorias, algunas de ellas graves; esto ha sido un estímulo para continuar con los esfuerzos por desarrollar nuevas técnicas y modificaciones de las existentes (6) (7).

El objetivo del presente trabajo es el de analizar los resultados obtenidos en pacientes tratados mediante la Hemorroidectomía De Tipo Parks Modificada en el tratamiento de la enfermedad hemorroidal, técnica que ha sido abandonada por el grado de complejidad que conlleva su realización. Consiste en extirpar todo el tejido hemorroidal sin lesionar la cubierta epitelial columnar y escamosa con la principal ventaja que las heridas curan más rápidamente, con menor induración cicatrizal, secreción y formación de estenosis (19).

Se realizó un estudio descriptivo transversal retrospectivo, con pacientes que fueron incluidos de manera consecutiva junio 2015 hasta junio 2016. Los pacientes que fueron reclutados del Servicio de proctología del Hospital Luis Vernaza y fueron tratados y operados por el mismo equipo de cirujanos de dicho servicio.

Se realizó la revisión de las historias clínicas completas de los pacientes con enfermedad hemorroidal atendidos en el servicio, de esta manera se completó la hoja de recolección de datos de cada paciente diseñada exclusivamente para éste trabajo de investigación.

Objetivos

Objetivo general

Evaluar la técnica de Parks en la enfermedad hemorroidal en el Servicio de Proctología del Hospital General Luis Vernaza. Junio 2015 – Junio del 2016.

Objetivos específicos

- Evaluar clínicamente la continencia del esfínter anal posterior al tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidal atendida en el servicio de Proctología del Hospital Luis Vernaza
- Determinar las complicaciones que presentan los pacientes tratados quirúrgicamente por enfermedad hemorroidal en el servicio de Proctología Del Hospital Luis Vernaza.
- Determinar el tiempo de reincorporación a sus actividades laborales.

Hipótesis

La técnica de Parks minimiza las complicaciones postquirúrgicas al igual que el dolor postoperatorio reincorporando precozmente a sus actividades laborales los pacientes intervenidos quirúrgicamente de enfermedad hemorroidal.

MARCO TEÓRICO

Teorías generales.

Las hemorroides constituyen un problema de salud muy antiguo. Aunque su verdadera prevalencia se desconoce con exactitud, se estima que el 5% de la población general y más del 50% de la población mayor de 50 años presenta algún problema derivado patología hemorroidal (8).

Las hemorroides constituyen la patología proctológica más frecuente en nuestro medio. En sus formas no complicadas pueden ser manejadas de manera eficiente sólo con tratamiento médico, modificación de la dieta y analgésicos, o con el uso de técnicas mínimamente invasivas, como la ligadura elástica, escleroterapia, crioterapia o electrocoagulación.

Se definen a las hemorroides como “dilataciones varicosas de las venas de los plexos hemorroidales”. Las hemorroides y enfermedad hemorroidal son dos entidades distintas: aquellas son componentes normales del cuerpo humano y por consiguiente no necesitan tratamiento, en cambio la enfermedad hemorroidal lo requerirá de acuerdo a la magnitud de los síntomas que produzca.

Otros las designan como “síndrome hemorroidal”. Es más frecuente en la edad media de la vida; raramente por debajo de los veinte años y aumenta a partir de los treinta hasta la sexta década; por arriba de los sesenta años y el adulto mayor, declina su incidencia. Antes o después todas las personas tendrán distintos grados de hemorroides debido a que el sistema de anclaje de la mucosa del canal anal se deteriora como parte del envejecimiento pero no todos tendrán enfermedad hemorroidal. Existe consenso, actualmente, en que las hemorroides progresan desde una estructura anatómica normal a una enfermedad acabada.

El término de “enfermedad hemorroidal” implica la afectación de uno o de ambos plexos y la rica sintomatología que la acompaña

presupone que están tomadas distintas estructuras anorrectales (plexo hemorroidal, anastomosis arteriovenosas, aparato esfinteriano, submucosa y mucosa de recubrimiento (9).

Las hemorroides internas son estructuras normales del organismo y están ubicadas en la submucosa, ancladas a la mucosa del canal anal y al esfínter interno del ano por fibras conectivas y musculares provenientes de la capa longitudinal del recto. Las hemorroides también se fijan por un complejo sistema de fibras lisas y estriadas que son las prolongaciones, en el conducto anal, de la capa longitudinal del recto, elevador del ano y aponeurosis pélvica (10).

El ligamento de Parks o suspensorio mucoso une sólidamente la mucosa al esfínter. Las hemorroides externas son venas recubiertas por el anodermo, menos extensible que la mucosa, habitualmente no se encuentran fascículos musculares entre ellas y el tejido colágeno y elástico es más bien escaso por lo que aquéllas sufren un proceso de distensión más bien que de elongación y prolapso; la distribución orificial sigue con bastante semejanza la ubicación de las internas tendiendo muchas veces a hacerse circunferenciales en los períodos avanzados de la enfermedad. Hasta los trabajos de Thomson y Haa (11), existían dos teorías para explicar la enfermedad hemorroidal:

Teoría mecánica: desplazamiento del plexo hemorroidal debido a la degeneración progresiva del tejido muscular y fibra elástico de los medios de sostén de la mucosa y submucosa del canal anal.

Teoría hemodinámica: Alteraciones estructurales del plexo hemorroidal interno debido al reflujo y estasis provocados por aumento de la presión intraabdominal.

Las denominadas hemorroides son plexos hemorroidales fisiológicos de la anatomía anorrectal constituidas por complejos arteriovenosos situados en el canal anal, cubiertos de mucosa anorrectales y/o epitelio escamoso, cuya estructura de sostén esta´

formada por tejido conectivo (11)

. La función principal, aunque desconocida en su totalidad, parece corresponder a la de sellado del canal anal en el control de la defecación, así como de participación en la continencia fecal mediante su función sensitiva, que permite reconocer la existencia de material fecal en el canal anal y su tipología (diferenciación entre gases y material fecal líquido o sólido (13)

. Por determinados factores, algunos de ellos todavía hoy desconocidos, dichas estructuras fisiológicas sufren un cambio en su tejido de sustentación, provocando que estas se inflamen, se propasen a través del ano o bien se erosionen, lo que provoca hemorragia (rectorragias) (11). En este caso es cuando nos referiremos a la presencia de EH.

La submucosa anal puede adquirir grandes variaciones de tamaño, las que rodeadas por el esfínter anal contribuyen a la oclusión del conducto anal provocando una perfecta continencia. Según Thomson y Haas en el joven las fibras de tejido elástico y colágeno que sostienen los vasos sanguíneos del plexo hemorroidal son densas, bien organizadas y paralelas entre sí anclando firmemente la mucosa anal al esfínter y al músculo longitudinal del ano. Alrededor de la tercera década las fibras comienzan a desorganizarse, se hacen laxas y flojas por lo que los vasos sanguíneos comienzan a distenderse; en las personas mayores, debido a la degeneración del sistema de anclaje las fibras se tornan flojas y se desprenden las hemorroides del esfínter interno deslizándose hacia abajo. Esta anormal laxitud de los tejidos, lleva a que las hemorroides pierdan su fijación cuando aumenta la presión intra-anal (constipación, esfuerzo defecatorio, movimientos intestinales, etc.). En el inicio el proceso es intermitente pero con la progresión del mismo se afectan el ligamento suspensorio y el de Parks comprometiéndose su función de soporte llevando al prolapso de las hemorroides internas.

Thomson, refiriéndose al mismo, lo designa como “prolapso de las almohadillas anales”. El anodermo puede acompañar este proceso protruyendo a través del orificio anal o alrededor de él. Las hemorroides no necesitan tratamiento salvo cuando se hacen sintomáticas.

Sólo así es posible entender el concepto de MullerLobeck: “la terapéutica no es tener un paciente sin hemorroides sino un paciente sin síntomas” (12).

.Las almohadillas principales son tres y su localización es casi constante, dos en el lado derecho y una a la izquierda, sin que tenga nada que ver con la forma en que se divide la arteria hemorroidal superior. La denominación con que se las conoce, con el paciente en posición de litotomía, es la de almohadillas anterior y posterior derechas e izquierda.

La enfermedad hemorroidal (EH) es uno de los trastornos más prevalentes en la población general (12). Recientemente, la encuesta de salud realizada a la población de Cataluña, ESCA, durante los años 2010 y 2011, ha revelado que es una de las enfermedades crónicas más frecuentes y concretamente afecta al 14,7% de la población (13).La patología anorrectales, y concretamente la EH, es atendida en la mayoría de ocasiones en primer lugar por especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna o bien por médicos de Urgencias. Aunque todos los médicos, indistintamente de la especialidad, deberíamos conocer el tratamiento inicial de esta patología, la realidad ha demostrado en algunos casos la falta de conocimiento de dicha dolencia en el ámbito de especialidades no quirúrgicas. La patología anorrectal benigna tiene una alta prevalencia en la población general (14)

.Por lo tanto, todos los médicos, independientemente de su especialidad, están potencialmente expuestos a asistir a algún paciente con dicho trastorno. De hecho, es bien conocido que la mayoría de estos pacientes son inicialmente atendidos por especialistas médicos y no por cirujanos (15)

Curiosamente, algunos estudios han puesto en evidencia un alto porcentaje de diagnósticos erróneos, debido a la falta de conocimiento o de formación clínica de los especialistas no quirúrgicos en esta área (14)

La anamnesis y la exploración física deben centrarse en evaluar la gravedad y duración de los síntomas como hemorragia, dolor y/o la existencia de prolapso hemorroidal. La precisión diagnóstica, sin embargo, es esencial también para descartar la presencia de un cáncer rectal, pues desgraciadamente los primeros síntomas de ambos trastornos pueden ser similares (hemorragia) (16).

. En consecuencia, el examen físico es obligado y de suma importancia en todos los pacientes, especialmente cuando el síntoma principal es la presencia de hemorragia digestiva baja en forma de rectorragias (17).

Las hemorroides constituyen una patología de altísima frecuencia pero solo del 3 al 10 % de los pacientes son operados.

Tabla # 1

Principios técnicos comunes

Principios técnicos comunes
Resecar tejido patológico
Preservar mucosa sana
Preservar “ puentes cutáneo mucosos”
Dejar mínimo lecho cruento
Hemostasia cuidadosa
Evitar lesionar esfínter interno, incluso por dilatación exagerada
Ligaduras altas del pedículo a diferente altura para cada paquete

Nota: Tratamiento quirúrgico de las hemorroides PPH: resultados a largo plazo

Tabla # 2
Clasificación

Técnicas abiertas	Técnicas cerradas	Técnicas semicerradas	Procedimientos plásticos	Instrumental especial de disección	Suturas mecánicas
Milligan y Morgan	Parks Ferguson	Reis Neto F. Ruiz Moreno	Laurence Sokol Zarner Martin Colgajos en U-Y Whitehead y modificaciones	Laser de CO2 Láser de neodimio Yag Tijeras bipolares Electrobisturi de alta o radiofrecuencias Electrobisturi ultrasonico Electrobisturi armónico	

Nota: Tratamiento quirúrgico de las hemorroides PPH: resultados a largo plazo

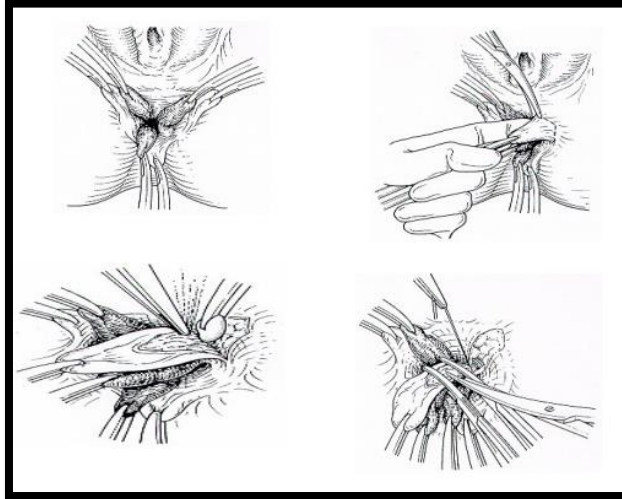
Técnicas abiertas Milligan y Morgan

Descrita en 1937, se realiza bajo anestesia local, regional o general.

El primer paso consiste en infiltrar con vasoconstrictores, luego se traccionan con pinzas los paquetes habituales interno y externo, se realiza una incisión por fuera de la externa, el paquete es reseado disecándolo del esfínter interno subyacente y las heridas son dejadas abiertas, se deben dejar “puentes” cutáneo mucosos adecuados.

Figura # 1

Técnicas abiertas de Milligan y Morgan



Fuente: Libro de “Diagnostic accuracy systematic review of rectal bleeding in combination with other symptoms, signs and test in relation to colorectal cáncer”.

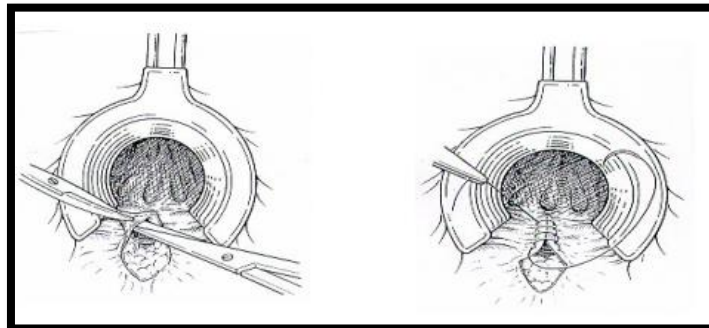
Técnicas cerradas Ferguson

Es la preferida en USA, se resecan los paquetes y las heridas son suturadas con catgut o dexon.

Una modificación consiste en realizar la incisión en “reloj de arena”, para que la herida a nivel de la línea pectínea sea menor.

Figura # 2

Técnicas cerradas Ferguson

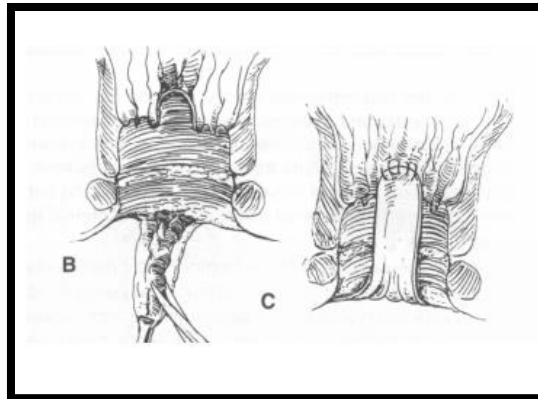


Fuente: Libro de “Diagnostic accuracy systematic review of rectal bleeding in combination with other symptoms, signs and test in relation to colorectal cáncer”.

Procedimientos plásticos

De estos el que más utilizamos es el descrito por SAUL SOKOL (presentado con el autor en ISUCRS; Escocia, 1988), de suma utilidad cuando el componente externo es grande y consiste en utilizar el plicoma para invertirlo y cubrir el lecho cruento.

Figura # 3
Procedimientos plásticos



Fuente: Libro de “Diagnostic accuracy systematic review of rectal bleeding in combination with other symptoms, signs and test in relation to colorectal cáncer”.

La conservación de un puente cutáneo-mucoso convenientemente tratado, pretende minimizar el peligro de la estenosis postoperatoria, al favorecer la cicatrización “circular”, similar a la que se lleva a cabo en las resecciones “radiadas”.

El colgajo cutáneo deslizado cumple con su nueva función sin problemas, perdiendo los folículos pilosos, como lo asevera Sarner.

Suturas mecánicas: PPH

Esta técnica se basa en reseca un manguito mucoso a nivel rectal, a 4 a 6cm. de la línea pectínea, lo que asegurara un menor dolor postoperatorio, la gran diferencia esta en que no se resecan las hemorroides, si no en solucionar el prolapso mucoso, restituyendo el tejido hemorroidal a su ubicación normal.

Al no dejar heridas en el conducto anal, el dolor postoperatorio es menor.

Su indicación principal son las hemorroides de 3er. grado sin gran componente externo, aunque en la actualidad sus indicaciones abarcan a las hemorroides de 3er. y 4to. grado.

Teorías sustantivas

La enfermedad hemorroidal continúa siendo una de las alteraciones anorrectales más frecuentes que existe en la actualidad con una incidencia del 4 y el 36% de la población y con una prevalencia que oscila entre el 4,4 y el 86%, siendo la hemorroidectomía el procedimiento estándar para su tratamiento definitivo. Este tratamiento quirúrgico clásico con todas sus variantes es una práctica bien establecida y un procedimiento efectivo, que mantiene en la actualidad, problemas no resueltos tales como el dolor postoperatorio, convalecencia prolongada, reingreso laboral prolongado, recidivas, complicaciones y secuelas postoperatorias, algunas de ellas graves. Esto ha sido un estímulo para continuar con los esfuerzos en desarrollar nuevas técnicas y modificaciones de las existentes, con las perspectivas de obtener un curso postoperatorio menos tormentoso y por ende, una recuperación más rápida (18)

En los últimos años se han publicado múltiples experiencias con la modificación de técnicas existentes y aplicación de nuevas técnicas, con resultados diferentes y poco concluyentes. El objetivo del presente trabajo es el de analizar los resultados obtenidos en pacientes tratados mediante la Hemorroidectomía De Tipo Parks en el tratamiento de la enfermedad hemorroidal, técnica abandonado por el grado de complejidad que conlleva su realización. Consiste en extirpar todo el tejido hemorroidal sin lesionar la cubierta epitelial columnar y escamosa con la principal ventaja que las heridas curan más rápidamente, con menor induración cicatrizal, secreción y formación de estenosis (19).

El ano

Con una longitud de 3 a 4 cm, el ano se sitúa en posición mediana en el periné posterior, bajo el suelo de la pelvis, que está formado por los elevadores del ano, y entre las dos fosas isquiorrectales. El canal anal es continuación del recto y aboca a la piel a nivel del margen anal. Oblicuo hacia abajo y hacia atrás constituye, junto con la parte baja del recto, el ángulo anorrectal, de 90° a 100°, abierto hacia atrás. El extremo anterior de este ángulo se llama cabo anal. Por su relación con el plano óseo, el canal anal se proyecta a nivel de las tuberosidades isquiáticas, inmediatamente por debajo de una línea que va desde el borde inferior de la sínfisis del pubis hasta el extremo del coxis (20).

El canal anal está fundamentalmente formado por tres cilindros, el más interno es mucoso y está rodeado por un manguito de fibras lisas que constituyen el esfínter interno, que a su vez está rodeado por otro manguito de musculatura estriada, el esfínter externo, el cual presenta conexiones íntimas con la fascia puborrectal del elevador del ano cuya función es también esfinteriana. El margen anal está formado por una piel fina marcada por los pliegues radiales del ano, habitualmente pigmentada, rica en pelos y glándulas sebáceas, glándulas ecrinas y apocrinas (21).

El primer centímetro del canal anal está formado por un revestimiento liso, delgado, mate, gris-azulado, separado de la zona precedente por un límite impreciso, la línea anocutánea. Constituye el pecten de los autores anglosajones, la línea pectínea está situada aproximadamente en la mitad del canal anal y se encuentra formada por los pliegues semicirculares tendidos entre los puntos de anclaje. Estos pliegues semicirculares son los orificios de las criptas anales anfractuosas y profundas recubiertas de un epitelio cilíndrico, en cuyo fondo abocan los canales de las glándulas de Hermann y Desfosses (22).

En el punto de inserción de los pliegues semicirculares existen pequeñas prominencias; estas papilas anales en «diente de gato» son susceptibles de hipertrofiarse y de volverse dolorosas. La mucosa anal es,

a este nivel, roja oscura, violácea, demostrando de este modo la intensa vascularización subyacente formada por el plexo hemorroidal interno. La zona suprapectínea está marcada por las columnas de Morgagni en número de 8 a 14, las cuales se elevan verticalmente hacia lo alto del canal a partir de las comisuras intervalvulares, separadas por depresiones intercolumnares. A este nivel, la mucosa anal es rosada y su coloración se aproxima a la del recto. El límite superior de las columnas está marcado por un anillo festoneado, la línea anorrectal más allá de la cual empieza o acaba el recto (23).

Esfínter interno y espacio submucoso

El esfínter anal interno (EAI) es un manguito muscular circular, que rodea el manguito mucoso. Está formado por la hipertrofia de la capa muscular interna del intestino primitivo. Tiene de 1 a 2 mm de espesor y de 2 a 3 cm de longitud, su borde superior no es nítido pero su borde inferior está claramente definido. El surco interesfinteriano se aprecia fácilmente en clínica. Las relaciones entre el EAI con el borde inferior del fascículo medio del esfínter anal externo (EAE) son variables según la posición del paciente (23).

Lo rebasa en posición ginecológica y es rebasado por él en el individuo acostado o en bipedestación. Entre el esfínter interno y la mucosa, se sitúa un espacio muy importante, en donde se produce la patología hemorroidal. En este plano, que corresponde a la muscularis mucosa, hay una hipertrofia de las fibras elásticas, que están reforzadas por otros elementos elásticos provenientes de la cara profunda del esfínter interno y que se organizan para constituir, enfrente de la línea pectínea o un poco por debajo de ella, el ligamento suspensor de Parks que fija el plano profundo de la mucosa al esfínter interno. Estos fascículos elásticos forman haces de fibras que constituyen el relieve de las columnas de Morgagni y dividen los sacos venosos hemorroidales en tres paquetes formando las almohadillas del ano de Thompson. El ligamento suspensor del ano delimita, por encima de él, el espacio

submucoso y por debajo, el espacio marginal de Parks. En estos espacios, unidos a la fascia profunda del EAI, en su espesor o en ocasiones en la cara externa, se encuentran las glándulas de Hermann y Desfosses, en número de 4 a 8 según los individuos. De modo inconstante, estos elementos abocan al fondo de las criptas anales. Son el origen de supuraciones que provocarán las fístulas anales.

Esfínter externo y músculo puborrectal

Son la musculatura esfinteriana estriada del ano y está constituida por tres fascículos:

Fascículo Subcutáneo: No tiene auténtica función esfinteriana. Está netamente separado del fascículo medio por las fibras provenientes de la capa longitudinal compleja. Se despliega bajo la piel del margen, marcada por los pliegues radiales del ano. Estos pliegues radiales están formados por las fibras más externas de la fibra longitudinal compleja, que tras haber dividido el fascículo subcutáneo del esfínter externo, se insertan en la cara profunda de la piel del margen y forman lo que Milligan llama el corrugado cutis ani.

Fascículo Medio: Rodea circularmente el canal anal mucoso y su altura de 2 a 5 cm determina la altura real del ano. Su espesor es al menos de 10 mm. Su aspecto cilíndrico está habitualmente deformado en forma oval en su polo posteroinferior por su fijación posterior al coxis y al rafe anococcígeo, en cuya formación participa. Esta deformidad posterior constituye el triángulo de Minor y explica la zona de debilidad que presenta la comisura posterior mucosa, asentamiento de mayor frecuencia de las fisuras anales (24). Este fascículo se fija por su borde superior a los elementos resistentes del periné medio.

Fascículo puborrectal del elevador del ano: Se inserta a nivel de la sínfisis púbica, de un lado a otro de la línea media, para dirigirse hacia atrás y rodear el canal anal posteriormente, tras rebasar su borde lateral. Sus fibras se mezclan con las del fascículo profundo del esfínter

externo con el que se confunde. Rodea el canal anal por detrás, como una corbata. Es un músculo potente, cuyo relieve se puede palpar perfectamente al realizar un tacto rectal. Su borde posterosuperior representa el límite superior del canal anal. El fascículo puborrectal deriva embriológicamente de los músculos del grupo medioventral de los músculos pelvicaudales y está en continuidad con los otros fascículos del elevador del ano derivados de los grupos laterodorsales de los mismos músculos. Estos fascículos pubococcígeo e iliococcígeo, forman el límite inferior de la pelvis, representando, junto con el puborrectal, los puntos de anclaje del ano, que se encuentra de este modo en continuidad con el recto y suspendido de las paredes de la pelvis por los fascículos del elevador. El tono muscular o la flacidez de estos músculos, contribuirán a la situación topográfica del ano. Los dos fascículos pubococcígeo e iliococcígeo rebasan al puborrectal lateralmente y hacia atrás para ir a insertarse en el coxis y en el rafe anococcígeo, donde se produce el cruce de sus fibras.

Capa longitudinal compleja

Sigue a la capa muscular longitudinal del recto, del mismo modo que el esfínter interno continúa la capa circular del recto. Esta capa sufre muchas inflexiones relacionadas con sus orígenes. Se insinúa entre el esfínter interno y externo, pero emite numerosos fascículos fibroelásticos que penetran por dentro en el esfínter interno y por fuera en el esfínter externo. Un gran grupo de fibras separa los dos fascículos medio y subcutáneo del esfínter externo y desciende hasta el plano profundo de la dermis, formando el límite externo e inferior del espacio marginal de Parks, cuyo límite interno y superior está formado por el ligamento de Parks. Es el lugar en el que se producen los abscesos del margen. Esta capa longitudinal compleja distribuyéndose en los esfínteres y fijándose a la piel, representa la continuidad del ano con el recto. Las supuraciones de origen anal (que se producen a partir de las glándulas vestigiales de Hermann y Desfosses), encuentran a lo largo de estas fibras sus vías de migración hacia el margen, o hacia el espacio isquiorrectal o en el

espesor de la pared rectal.

Vascularización

Arterial

Depende de tres troncos distintos: el primero, la arteria hemorroidal superior, continuación de la arteria mesentérica inferior, que sigue la cara posterior rectal hasta bifurcarse al nivel de S3 en dos ramas derecha e izquierda, que tras alcanzar la submucosa rectal e irrigar el recto se dirigen al conducto anal donde unas 5 ramas llegan al nivel de las criptas de Morgagni. El segundo aporte proviene de la inconstante arteria hemorroidal media, rama de la íliaca interna o de las pudendas, que llega a la cara anterolateral del tercio inferior rectal cercana al suelo pélvico y se anastomosa a las otras arterias rectales a nivel de la submucosa. Finalmente, la arteria hemorroidal inferior, rama de la pudenda interna ya por dentro del canal pudendo, que tras atravesar la fascia obturadora y fosa isquiorrectal, llega al canal anal. La comisura posterior del conducto anal está peor irrigada que el resto como demostraron los estudios de Stroud, lo cual se ha demostrado de importancia en la patogenia de la fisura anal.

Venosa

El drenaje venoso del canal anal se efectúa por las venas hemorroidales media e inferior a la íliaca interna. Su origen es el plexo hemorroidal externo, subcutáneo, bajo la línea pectínea, y el plexo hemorroidal interno, submucoso, por encima de ella, siendo su congestión, favorecida por una alteración de las estructuras de la zona, causante de las hemorroides internas

Linfática

Finalmente, el drenaje linfático se produce hacia los ganglios inguinales superficiales desde por debajo de la línea pectínea y hacia la vena mesentérica inferior y ganglios ilíacos internos desde arriba

Inervación del ano

Raíces sacras

Las raíces S2, S3 y S4 componen el nervio pudendo. La posibilidad de abordarlas percutáneamente a través de los correspondientes forámenes, abrió la vía para la interesante terapia de neuromodulación de raíces sacras para el tratamiento de incontinencia fecal, e incluso estreñimiento o dolor crónico.

Nervios Pudendos

Las raíces S2,S3 y S4 forman el tronco nervioso pudendo, que sale de la pelvis por el foramen ciático mayor y atraviesa el canal de Alcock dirigiéndose a la parte alta del canal anal a través de la cara posterolateral de ambas fosas isquiorrectales y tras dividirse en una rama rectal inferior y en otra perineal, alcanza el esfínter anal interno. La inervación de cada lado se entrecruza con la del contralateral y lo mismo ocurre a nivel espinal, de tal modo que la lesión de un nervio pudendo no supone la denervación del canal anal. La sensación del canal anal es vehiculizada por los mismos nervios pudendos desde una rica red de terminales nerviosos.

Inervación Autonómica

La inervación del esfínter anal interno deriva de nervios parasimpáticos (S2, S3, S4) y simpáticos. 2.6 Espacios Anorrectales Son áreas vecinas al anorrecto, cuyo conocimiento es importante por su relación con procesos sépticos de la zona o extensión de tumores. Son los siguientes:

Espacio perianal.

Es el más próximo al ano y contiene el plexo hemorroidal externo, la parte inferior de ambos esfínteres anales y del músculo longitudinal interesfintérico, cuya extensión hacia la piel lo divide en tabiques. Es la zona en la que con mayor frecuencia se localizan los abscesos, fístulas y los hematomas perianales, que al estar limitados por dichas bandas facilitan el intenso dolor que suele acompañarlos. Está separado del

espacio isquiorrectal por una fina fascia, pero se continúa lateralmente con la grasa subcutánea de las nalgas y se extiende medialmente hacia el espacio interesfintérico.

Espacio isquiorrectal.

De forma piramidal, se sitúa entre el canal anal y la parte inferior del recto medialmente y la pared lateral de la pelvis por fuera. Su límite anterior es el diafragma urogenital y el músculo transverso del periné, y el posterior el ligamento sacrotuberoso y el borde inferior del músculo glúteo mayor. El paquete vasculo-nervioso (25), pudiendo cruzar su parte superior a nivel posterolateral, siendo el resto ocupado por grasa en la que se difunden con facilidad las infecciones.

Espacio submucoso.

Lo limita el esfínter anal interno por fuera y la mucosa del canal anal hasta el nivel de la línea pectínea medialmente. Contiene el plexo hemorroidal interno y el ligamento suspensorio mucoso (músculo de la submucosa anal), conformando unos cojinetes vasculoelásticos cuyo prolapso es la patogenia de la enfermedad hemorroidal. Este plano se aborda y penetra fácilmente, presentando, sin embargo, un punto de resistencia representado por el ligamento de Parks; es la vía empleada en la hemorroidectomía. La resección de la parte suprapectínea de la mucosa se realiza habitualmente durante una anastomosis coloanal. Este plano es hemorrágico, ya que contiene los plexos hemorroidales.

Espacio interesfintérico.

Se trata del espacio virtual entre ambos esfínteres, en el que asientan las glándulas anales, fundamentalmente en su vertiente posterior y cuya infección se acepta como origen de las supuraciones perianales

El plano interesfintérico se puede abordar fácilmente a partir del margen. Este plano que es avascular y libre, conduce fácilmente más allá del ano, al espacio retrorrectal por encima de los elevadores recubiertos de la fascia de Waldeyer.

Espacio postanal.

Podemos distinguir entre uno superficial, ubicado entre el ligamento anococcígeo y la piel, y uno profundo (espacio de Courtney), de mayor trascendencia, entre el ligamento anococcígeo y el elevador del ano. Los dos comunican en su parte posterior con la fosa isquiorrectal y originan los abscesos en herradura.

Espacio supraelevador.

Limitado por el elevador del ano (debajo), el peritoneo (encima), el recto (medialmente), y la fascia obturadora en el plano lateral. Puede ser asiento de abscesos que provienen de la cavidad pélvica o que ascienden desde el periné.

Tratamiento de la enfermedad Hemorroidaria

Debe reunir los siguientes requisitos: ser de ejecución simple y eliminar todo el tejido enfermo, ocasionar mínimo dolor, dejar mínima cicatrización en el canal anal, debe tener una baja morbilidad postoperatoria y nula mortalidad, restablecer precozmente la defecación, tener rápido reintegro laboral, ser de bajo costo y preferentemente ambulatorio. Se los pueden clasificar en:

Tabla # 3

Tratamiento de la enfermedad hemorroidaria

Médicos	Alternativos	Quirúrgicos
	Dilatación anal (Lord)	Técnica de parks
	Escleroterapia	Por bisturi láser
	Ligaduras elásticas (Barron)	Por radiofrecuencia
	Crioterapia	Diatermo-hemorroidectomía
	Fotocoagulación infrarroja	Por bisturí ultrasónico
	Coagulación bipolar (Bicaps)	Con anastomosis mecánica
	Coagulación monopolar (Ultroid)	
	Láser	

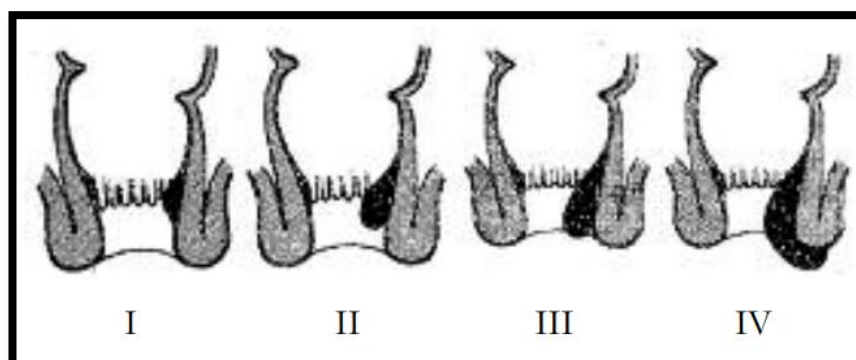
Nota: Hemorroides y sus complicaciones.

Clasificación

Según su localización en externas, internas y mixtas. De acuerdo al conocimiento anatómico, histológico y fisiopatológico.

Figura # 4

Clasificación de las hemorroides



Fuente: Libro de "Diagnostic accuracy systematic review of rectal bleeding in combination with other symptoms, signs and test in relation to colorectal cancer".

- Hemorroides externas
- Hemorroides internas
- Hemorroides mixtas

Hemorroides externas: Nacen del plexo hemorroidal inferior, están ubicadas debajo de la línea pectínea, recubiertas por epitelio pavimentoso estratificado. **Hemorroides internas:** situadas por arriba de la línea pectínea; se deterioran con la subsiguiente distensión de los vasos

sanguíneos y dislocación de las almohadillas hacia abajo. Tienen importancia, como mecanismos de producción, los factores hereditarios (velocidad y grado de envejecimiento del tejido conectivo), la constipación, el aumento de la presión abdominal factores, que exageran el desprendimiento y el prolapso hemorroidal.

Tabla 1

Clasificación de las hemorroides

GRADO I	GRADO II	GRADO III	GRADO IV
Protruyen en la luz del canal anal. Sólo se diagnostican por anoscopia.	Prolapsan fuera del orificio anal durante los esfuerzos o defecación; se reintroducen espontáneamente.	Prolapsan fuera del conducto anal requiriendo reducción manual.	Irreductibles y permanecen permanentemente prolapsadas fuera del orificio anal.

Hemorroides mixtas: La dilatación ocurre en ambos plexos hemorroidales por sus conexiones anastomóticas; pueden manifestarse por la sintomatología propia de cada uno de los paquetes hemorroidales o asociadas según la magnitud.

Función de las Almohadillas anales

Se cree que las almohadillas anales contribuyen a la continencia anal. Durante la defecación, cuando estas almohadillas se congestionan y tensan, "acolchan" el revestimiento del canal anal. Debido a que están separadas por estructuras en lugar de ser un anillo continuo de tejido vascular, permiten que el canal anal se dilate durante la defecación sin que existan filtraciones.

Cuando el esfínter anal está relajado las almohadillas anales tienden a llenarse de sangre y se hinchan expandiéndose para ocupar la luz del canal anal, lo que contribuye al del cierre del mismo y a la presión anal de reposo. Estas hipótesis pueden explicar por qué la hemorroidectomía con frecuencia se asocia con menores grados de incontinencia o de filtraciones (20), (26).

Etiología y Patogenia

A pesar de ser una entidad conocida desde hace siglos, la causa de las hemorroides es todavía desconocida. La teoría popular de las venas varicosas deriva de la suposición de que la dilatación de las venas del plexo venoso interno es el resultado de un cambio patológico. Sin embargo esto es incorrecto ya que esta dilatación es una situación fisiológica y normal. El hecho de que las hemorroides no son más frecuentes en pacientes con hipertensión portal que en la población sana es una evidencia en contra de dicha teoría. Las hemorroides con frecuencia se producen en única almohadilla (anterior derecha), lo que tampoco apoya dicha teoría.

La teoría de la hiperplasia vascular también es controvertida. El estudio histológico de muestras de hemorroidectomía realizado por Thomson 31 no detectó ningún signo de hiperplasia vascular, y fue similar al estudio de especímenes de cadáver en los que no había evidencia de enfermedad hemorroidal. De su estudio anatómico detallado, Thomson 31 concluyó que la correcta teoría etiológica es un descenso de las almohadillas anales. Actualmente se considera que las hemorroides son el resultado del prolapso de las estructuras del canal anal a consecuencia de la disrupción de las fibras del músculo de Treitz.

La hipertrofia y la congestión del tejido vascular son secundarias. Las hemorroides se asocian con el esfuerzo y con un hábito intestinal irregular. Las heces duras y voluminosas, así como el tenesmo que se asocia a la diarrea, son responsables de esfuerzos que favorecen la presión sobre las almohadillas del canal anal.

Durante la defecación se puede producir la congestión de estas almohadillas lo que hace más probable su desplazamiento y descenso. El repetido estiramiento de las fibras del músculo de Treitz acaba provocando su ruptura lo que da lugar al prolapso. Haas et al. (27) y Bernstein (28) detectaron que en pacientes con hemorroides el anclaje del tejido conectivo situado por encima de las almohadillas anales se había

desintegrado y fragmentado. Los avances tecnológicos han hecho posible estudiar anomalías del canal anal en pacientes con hemorroides.

Muchos estudios muestran de forma consistente presiones de reposo elevadas en pacientes con hemorroides. Después de una hemorroidectomía estas presiones se reducen a niveles normales. El esfínter interno, el esfínter externo y la presión dentro de las almohadillas anales influyen en este aumento del tono de reposo anal, aunque no se puede distinguir como contribuye cada uno (20),(26).

Técnica de Parks

Esta técnica originalmente descrita por Parks en 1956, la llamo hemorroidectomía submucosa con ligadura alta con ayuda de un especulo bivalvo e infiltraba la submucosa con una solución de adrenalina, de los tres paquetes hemorroidales, procediendo a efectuar una incisión longitudinal en forma de Y o raqueta invertida en la mucosa, disecando y separándola del plano hemorroidal para luego despegarla del plano esfinteriano, ligando el pedículo con catgut fino y resecaando la hemorroides, el cierre de los colgajos o reconstrucion de la mucosa rectal con una o dos puntos fijándolos al esfínter interno, dejando abierta la parte cutánea para el drenaje.

Las ventajas

- ✓ La ligadura principal no incluía a la mucosa rectal o piel anal que Parks consideraba particularmente sensible y así el dolor quedaba muy disminuido.
- ✓ No se resecan ni la mucosa ni la piel, sino que son simplemente incindidas, con cierre de los colgajos evitando dejar grandes zonas cruentas que pueden producir fibrosis y estenosis.

Desventajas

- ✓ Dificultad para disecar la mucosa de la hemorroide a causa de la hemorragia.

- ✓ Más tiempo que la mayoría de otras formas de hemorroidectomía
- ✓ Mayor curva de aprendizaje y recidivas en manos inexpertas, al parecer más frecuentes que si se practica la operación de Miles o Milligan Morgan.

Con el tiempo se fueron efectuando modificaciones a esta técnica y en la reparación de los tejidos la reconstrucción se realizó con una sutura continua con catgut cromado 2-0, iniciada en la parte distal de la mucosa rectal, fijándola ocasionalmente en el esfínter interno y ranversando cada tres puntos continuos y terminando en la piel perianal con resultados excelentes:

- ✓ No recidivas.
- ✓ No colgajos cutáneos salvo en casos excepcionales en que la piel perianal es atrófica o en el postoperatorio se produjo, por algún esfuerzo, una inflamación de la herida operatoria
- ✓ Hay un restablecimiento total del anorecto.

Descripción de la Técnica de Parks

Se da anestesia conductiva de tipo, anestesia raquídea u ocasionalmente bloqueo local regional, al paciente se lo coloca en posición decúbito ventral colocando un rollo o almohada en forma transversal a nivel del pubis, en las mesas de operación que tienen soporte de riñón se puede obviar el uso de la almohada, posteriormente se coloca cintas adhesivas para separar los glúteos hacen de segundo ayudante y son colocadas desde el borde externo de la región perianal a ambos lados del paciente , dirigidas oblicuamente hacia adelante y fijadas en la mesa quirúrgica , de tal manera que la tensión de ella no lesione la ranura interglútea , ni quede floja otorgando un campo operatorio amplio que facilita las maniobras del cirujano y ayudante.

Se efectúa la asepsia de la región operatoria, de afuera hacia dentro en forma circular, y se cubre al paciente con campos esteriles. Se debe contar con buena iluminación, cuya iluminación se dirige

oblicuamente siguiendo la dirección del conducto anrectal y una adecuada succión.

El cirujano efectúa tacto rectal con el dedo índice lubricado con vaselina hidrosoluble, se dilata los esfínteres con el auxilio de dos dedos y posteriormente introduce el espejo bivalvo de Pratt para seleccionar circularmente el orden va a efectuar la hemorroidectomía, que comenzara con el paquete hemorroidario mas grande y continuara con los de menor afectación.

Seleccionado el paquete a reseca y utilizando el espejo de Fansler, ayudándose de la pinza de allys cargada con gasa se presionan los tejidos llevándolos de cada lado hacia el centro para aumentar el volumen de tejido hemorroidal. Distalmente, en el inicio del plexo, se coloca un punto catgut para ligar la arteria hemorroidal ; Proximalmente, en la región perianal con la ayuda de pinza de Adson y tijera, se realiza un pequeño orificio en la piel, a través del cual introduce la tijera de Metzembaun en el espacio entre el plexo y el esfínter interno, la cual se desliza distalmente hasta el inicio del paquete hemorroidal, abriendo sus ramas, sin lesionar el esfínter interno, divulsionando todo el trayecto, separando el plano esfinteriano del hemorroidal.

Posteriormente se corta longitudinalmente con tijera toda la extensión del paquete hemorroidario si presenta un exceso de tejidos realizan un corte paralelo al anterior, reseca el tejido sobrante que se ha dilatado con los años por la enfermedad y que incluye mucosa y piel con tejido hemorroidal mixto. Luego con pinza de Adson se tracciona el tejido hemorroidal sobrante hacia el centro de la herida y con corte de tijera se lo retira longitudinalmente continuando esta extracción hasta que se reseque todo el tejido hemorroidal. En el otro labio de la herida se repite el mismo procedimiento. Los vasos sanguíneos hemorragicos se los ocluye con pinzas mosquito y se los oblitera con histotripsia o se los liga con catgut cromado 3-0.

La reconstrucción de la herida se la efectúa utilizando catgut cromado 3-0, a veces 2-0 , y se inicia en la parte distal por detrás del vértice mucoso fijándola con un doble nudo y , continuando con sutura continua que une los labios de la herida. La aguja entra y sale a 3 mm .aproximadamente de los bordes de la herida, con puntos paralelos entre si, en dirección proximal, fijándose superficialmente en el espesor del esfínter interno , y al pasar por la línea anorectal deben coincidir los dos bordes, dirigiendose luego hacia la región perianal donde se concluye con el nudo de seguridad correspondiente . Es necesario mencionar que el cirujano le da la tensión del material de sutura con la mano opuesta a la que realiza el procedimiento, de tal manera que no sea excesiva ni tampoco floja, ya que el objetivo es fijar la mucosa al plano esfinteriano sin causar necrosis de ella.

En los casos que la sutura queda un poco floja se puede filtrar material de heces y causar el inicio de una fistula. Es decir debe darse la tensión firme sin excesos. En los sectores anterior y posterior suelo dejar semiabierto la herida perianal, de tal manera que suture cada labio de la herida en forma separada evitando la producción de edema importante y dejando que la herida granule y cicatrice por segunda intención lo cual se realiza por la disposición de los linfáticos en el sector anterior y posterior dependiendo del sexo y que el trauma defecatorio es mayor en estos segmentos. Lateralmente la técnica siempre es cerrada.

Una vez realizado la hemorroidectomía de un sector se continúa con el resto de paquetes en disposición radial, sin dejar hemorroides residuales.

Se aprovecha la intervención quirúrgica resecando todas las anomalías como fisuras, criptas, papilas, fistulas y hasta esfinterotomías en caso de pectenosis que acompaña a la enfermedad. Lo importante es que el paciente reciba un tratamiento íntegro de su enfermedad y se le garantice que no se presenten recidivas, estenosis, incontinencia anal o ano húmedo.

La técnica es excelente y garantiza la abolición de la enfermedad hemorroidal sin dejar recidivas restableciendo un funcionamiento normal del ano.

Referencias empíricas

La técnica de Hemorroidectomía Parks modificada en el servicio de Proctología del Hospital General Luis Vernaza, nos ha demostrado durante años ser la técnica de mayor éxito en nuestro servicio, siendo esta técnica con menor número de complicaciones, teniendo en los pacientes un alto índice de satisfacción postquirúrgica, Dr. Bolívar Moreno jefe del servicio de Proctología, durante años ha formado a cirujanos de planta y médicos residentes sobre las modificaciones de la hemorroidectomía subcutánea, detalle a detalle, y las indicaciones correctas de la misma.

Es una técnica depurada muy minuciosa, tanto en la excisión completa del componente vascular afecto, disección anatómica del esfínter anal respetando las estructuras vecinas, sin uso de diatermia, y posterior marsupialización de la mucosa anal, esto nos dará un menor índice de dolor postquirúrgico, sin complicaciones como hemorragia o dificultad en ella defecación.

Esto se refleja en un menor tiempo hospitalario postquirúrgico, bajo costo en el uso de materiales quirúrgicos, poco uso y tiempo de anestesia.

Un pilar fundamental de este servicio y la técnica que se utiliza en el mismo incluye un seguimiento postquirúrgico exhaustivo, en el cual se controla la correcta cicatrización e integridad del esfínter anal.

Factores Predisponentes

Factores Congénitos

Existen familias especialmente predispuestas a sufrir hemorroides, posiblemente a causa de una debilidad del tejido conjuntivo de las venas hemorroidales, no descartándose que esta herencia vaya

unida a una disposición particular de las arterias hemorroidales. Por otra parte, la interpretación podría basarse en dieta y hábitos defecatorios comunes

Factores Mecánicos

Dada la ausencia de válvulas en el sistema venoso portal, cualquier incremento en la presión de dicho sistema se transmitirá directamente al plexo hemorroidal superior, pudiendo dar lugar a la aparición de hemorroides. Dicho aumento de presión se produce fundamentalmente durante la deposición, ya que en el resto la aposición de las paredes rectales por medio de la contracción esfinteriana, protege de este aumento de presión. La relajación anal, por ejemplo en personas mayores o en intervenidos de fístula anal, con sección de los esfínteres, podría suprimir este mecanismo de protección.

La existencia de hipertensión portal, tumoraciones abdominales que dificulten el retorno venoso, periodos prolongados en bipedestación o profesiones que precisen realizar grandes esfuerzos, y sobre todo el embarazo y el parto en la mujer, durante el cual, al componente de compresión venosa se añade el incremento de la vascularización y la relajación de los tejidos pelvianos, serían mecanismos importantes desencadenantes de hemorroides. Como factor mecánico trascendental se encuentra el estreñimiento, que actúa, por un lado, produciendo un efecto compresivo de las venas hemorroidales mediante la formación de un bolo fecal duro y aumentado de tamaño, y por otro, obligando a realizar esfuerzos que implican un incremento de la presión portal y, en consecuencia, congestión hemorroidal. De manera similar, aunque con menor frecuencia, pueden actuar la diarrea y en general todos aquellos hábitos intestinales que exijan esfuerzos defecatorios excesivos.

El cáncer de recto, obstruyendo las venas tributarias de las hemorroidales superiores y originando ingurgitación venosa, aunque ha sido mencionado, es escasamente admitido. Por último, se ha sugerido que una hiperfunción del esfínter interno, unido a esfuerzos repetidos,

puede constituir un importante factor desencadenante (29).

Factores endocrinos y metabólicos

En numerosas ocasiones las hemorroides aparecen de forma temprana en el embarazo, antes de que el útero pueda causar ningún problema compresivo en la circulación de retorno, por lo que se ha atribuido a factores hormonales. Por otra parte, se ha concedido también un papel en el escalonamiento de la enfermedad hemorroidal a las fluctuaciones hormonales existentes a lo largo de la vida.

Factores inflamatorios

Actuarían dando lugar a anititis y criptitis. La infección se extendería desde las criptas de Morgagni al tejido circundante, incluidas vénulas y arteriolas. Como consecuencia de estas inflamaciones se originarían una serie de alteraciones en la pared vascular que ocasionarían más tarde la dilatación y establecimiento del cuadro hemorroidal.

Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal se presentan en ocasiones con hemorroides o síntomas sugestivos de enfermedad hemorroidal. Será necesario descartar esta entidad en aquellos pacientes que presentan hemorroides y diarrea. La intervención quirúrgica en estos pacientes puede originar de complicaciones mayores.

Factores Geográficos y Dietéticos

Aunque las hemorroides se consideran más frecuentes en países occidentales y raras en pueblos primitivos, no existe evidencia absoluta de este hecho, ya que se carece de estudios de autopsia. Lo que sí es cierto es que son excepcionales en África rural y desconocidas en poblaciones primitivas, circunstancia atribuida a una dieta rica en fibra, defecación "en cuclillas" y ausencia de retraso de la deposición por cuestiones sociales.

Prevalencia

Utilizando los datos del Centro Nacional de Estadísticas de Salud,

Johanson y Sonnenberg encontraron que 10 millones de personas en los Estados Unidos estaban afectadas por la enfermedad hemorroidal, lo que supone una tasa de prevalencia de 4,4%. De ellos, aproximadamente un tercio fue a un médico para su evaluación. La tasa de hospitalización para los pacientes con hemorroides fue de 12,9 por millón de personas. Solamente un 5-10% de los pacientes que presentan enfermedad hemorroidal requerirán cirugía a lo largo de su vida.

La distribución por edades de las hemorroides demostró un pico entre los 45 y 65 años y una posterior disminución de la incidencia a partir de los 65 años. La presencia de las hemorroides en pacientes menores de 20 años es infrecuente. La evaluación de la verdadera prevalencia de las hemorroides es prácticamente imposible, ya que hay muchos pacientes que son diagnosticados erróneamente de hemorroides al padecer otra patología de la región anal, como fisuras o fístulas. Por ello no es sorprendente que las tasas de prevalencia varíen entre el 5 y el 36% (30).

Clasificación de las Hemorroides

La utilidad de una clasificación de las hemorroides parte de la necesidad de tener unos parámetros comunes para elegir el tratamiento más adecuado y para la realización de estudios científicos. Las hemorroides se clasifican generalmente en función de su ubicación y en la presencia y la gravedad del prolapso.

En cuanto a la ubicación, es conveniente hacer una distinción entre las hemorroides internas y externas:

Las hemorroides internas surgen por encima de la línea dentada y están cubiertas por mucosa, mientras que las hemorroides externas surgen por debajo de la línea dentada y están cubiertas por epitelio escamoso.

La clasificación más aceptada es la de Goligher:

- ✓ Grado I: Presencia de hemorragia, pero no de prolapso

- ✓ Grado II: Prolapso con la defecación, que se reduce de forma espontánea.
- ✓ Grado III: Prolapso con la defecación y en ocasiones de forma espontánea. Precisa reducción manual.
- ✓ Grado IV: Prolapso irreductible.

Debido a las limitaciones en la clasificación Goligher que no tiene en cuenta las condiciones clínicas específicas como el prolapso circunferencial y las posibles complicaciones como trombosis y porque una clasificación tiene que evolucionar en sintonía con las nuevas tecnologías para el tratamiento de las hemorroides, algunos autores han propuesto nuevos sistemas de clasificación, pero que no han sido adoptados, probablemente por su complejidad. (19)

Clínica

El síntoma principal de las hemorroides es la hemorragia, la cual acompaña a la deposición, ya que el ano sólo está abierto en dicho momento. La sangre es de color rojo brillante y de origen arterial. En las hemorroides grados III y IV, puede haber hemorragia en cualquier momento porque la mucosa está fuera del canal anal. Si la pérdida sanguínea es permanente, puede originar cuadros de anemia secundaria con todo su componente sintomatológico acompañante.

El prolapso es referido por los pacientes que sufren hemorroides de tercer y cuarto grado, por las molestias que ocasiona en su vida diaria, aunque a veces este signo se presenta con un considerable retraso respecto de la hemorragia. Cuando ocurre, su aparición coincide con la defecación, reduciéndose posteriormente de forma espontánea. Más tarde el prolapso acontece con mayor facilidad, experimentando el enfermo la sensación de una masa que se exterioriza tras esfuerzos de poca intensidad, siendo necesaria la reducción manual. (20)

Por último, en casos avanzados, están constantemente exteriorizadas, siendo imposible su reducción (Grado IV). En estos casos se acompañan de otro síntoma sumamente molesto, una secreción

mucosa, más o menos constante, que mancha la ropa interior y da lugar irritación de la piel perianal ocasionando prurito y escozor. Sin embargo en pacientes ancianos, con grandes prolapsos a veces no existe ninguna molestia, salvo sensación de tenesmo y de evacuación incompleta.

Es poco frecuente que las hemorroides se acompañe de dolor intenso, salvo que se trate de un prolapso trombosado, por lo que, si dicho síntoma es referido por el enfermo, lo más probable es que exista alguna alteración distal a la línea pectínea, como una fisura anal, absceso perianal o absceso, procesos que será preciso descartar. Las hemorroides externas, en condiciones normales, suelen ser prácticamente asintomáticas. Sin embargo, la trombosis hemorroidal, forma habitual de presentación, origina un dolor intenso que imposibilita la deambulacion y la sedestación, incrementándose con la defecación. (21)

Diagnóstico

Además de una historia clínica adecuada, es necesario realizar una inspección, para observar si existe o no un prolapso y si este es o no reductible. La presencia de queratinización en la mucosa del canal anal, por encima de la línea pectínea, indica que el paciente tiene hemorroides de cuarto grado. Otras lesiones acompañantes del cuadro hemorroidal se pondrán también de relieve, como fisuras, fístulas, lesiones dérmicas y tumores.

El tacto rectal es de gran utilidad para descartar la existencia de una tumoración en canal anal o en los últimos centímetros del recto, así como otras lesiones de esta localización Sin embargo, ni la inspección ni el tacto rectal permitirán la comprobación de hemorroides de grado I y II no complicadas. Para su determinación son necesarios procedimientos diagnósticos orientados no solo a su visualización directa, sino a descartar la existencia de otros procesos que podrían permanecer enmascarados bajo el cuadro hemorroidal.

Las pruebas diagnósticas más importantes son:

- ✓ **Anuscopia:** Absolutamente fundamental y al alcance de cualquier médico. Tras introducir el anoscopio, si existen hemorroides, se podrán visualizar sobresaliendo en la luz intestinal. Si el paciente efectúa una maniobra de Valsalva, al retirarlo paulatinamente, las hemorroides pueden acompañar al instrumento hacia el exterior, pudiéndose valorar el grado hemorroidal. Mediante esta exploración podrán objetivarse también otras lesiones, como fisuras, papilas hipertróficas, pólipos fibrosos o tumoraciones anales.
- ✓ **Rectosigmoidoscopia:** Deberá efectuarse de forma sistemática para descartar la existencia de tumoraciones o enfermedades inflamatorias intestinales.
- ✓ **Colonoscopia:** Se deberá realizar en aquellos casos en las que exploraciones anteriores no hayan revelado de manera clara la existencia de una lesión que justifique la sintomatología, de forma especial en relación con pérdidas sanguíneas, sobre todo en enfermos que sobrepasen los 40 años de edad.
- ✓ **Estudio Manométrico Anal:** Solamente en casos seleccionados, pudiendo condicionar la actitud terapéutica a seguir. Las hemorroides externas, por regla general, se distinguen perfectamente con la simple inspección, tanto en fase de trombosis como los apéndices cutáneos que caracterizan su evolución crónica, no precisando de otras medidas diagnósticas, exceptuando aquellos casos en los que la sintomatología referida por el paciente no esté perfectamente justificada por las lesiones observadas .

Junto a estos estudios, se practicarán las oportunas determinaciones analíticas, radiográficas o de cualquier otro tipo para descartar la existencia de afectación hepática, hipertensión portal o procesos intraabdominales que puedan ser responsables del cuadro hemorroidal.

Diagnóstico Diferencial

Aunque el diagnóstico de Hemorroides es fácil de llevar a cabo con el cuadro clínico, la exploración física y pruebas complementarias descritas, no se deberá establecer de forma rotunda sin llevar a cabo previamente un estudio completo que descarte otros procesos, sobre todo neoplásicos. El diagnóstico diferencial deberá efectuarse con el prolapso de mucosa, papilas hipertróficas, pólipos rectales y fisura anal. Pueden plantear problema en ocasiones los tumores anales y de manera especial el melanoma, debiéndose efectuar una biopsia que determine el diagnóstico siempre que existan dudas. (24)

Tratamiento

El tratamiento de las hemorroides internas sintomáticas se clasifica en tres categorías: dieta-modificación del estilo de vida y tratamiento médico, tratamientos instrumentales y tratamiento quirúrgico.

Tratamiento Conservador

El objetivo es minimizar el esfuerzo defecatorio, para lo que se indican dietas, recomendaciones de ejercicio y tratamientos farmacológicos.

Recomendaciones higiénico-dietéticas: Están encaminadas fundamentalmente a evitar el estreñimiento mediante dieta rica en fibra y sustancias formadoras de bolo fecal, junto a líquidos abundantes, para conseguir heces blandas y fáciles de evacuar. Aunque no está claramente establecido su papel, deben evitarse comidas ricas especias, picantes, alcohol y café, ya que se ha detectado que incrementan la sintomatología. Tras la deposición se recomienda el lavado, evitando el uso de papel higiénico que pueda erosionar la piel.

Tratamiento Médico: Aunque existen pocos estudios, y escasa evidencia científica, el tratamiento médico puede proporcionar una mejoría sintomática, por lo que en casos concretos y periodos limitados puede ser recomendable su empleo, sin embargo su aplicación prolongada da lugar a hipersensibilidad dérmica.

Destacan los flebotónicos por vía oral, fundamentalmente flavonoides. El dobesilato cálcico por vía oral, por su disminución de la permeabilidad capilar, agregación plaquetaria, viscosidad sanguínea e incremento de la circulación linfática, ha proporcionado buenos resultados, unido a medidas higiénico-dietéticas. No existe evidencia en la literatura de la utilidad del tratamiento médico tópico. Ha de evitarse la aplicación de pomadas y cremas que contengan esteroides y anestésicos, ya que además de no mejorar la clínica, pueden provocar atrofia cutánea e hipersensibilidad con empeoramiento del prurito.

El mejor tratamiento tópico es la realización de baños de asiento, con la finalidad de disminuir la inflamación o el dolor. El agua fría tiene un efecto anestésico, pero produce un aumento de la presión basal por contracción del esfínter interno, mientras que el agua caliente disminuye el dolor, al causar disminución de la presión basal. En hemorroides internas prolapsadas y trombosadas se ha utilizado con buenos resultados la hialuronidasa y el thiomucase. Se inyecta una ampolla de hialuronidasa con 5 ml de xilocaína al 1% en varios puntos edematosos, actuando por despolimerización del ácido hialurónico. Disminuye el edema de forma rápida, proporcionando reducción del prolapso. El thiomucase actúa por despolimerización del ácido condroitinsulfúrico y hialurónico, con poder difusor mucho más potente y originando los mismos efectos. (24)

Tratamiento Quirúrgico

Está indicado en pacientes con hemorroides sintomáticas en grados III y IV que no hayan respondido al tratamiento conservador, aquellos con otra patología perianal asociada (fisura, fístulas, etc) y trombosis hemorroidal. El objetivo de las hemorroidectomías es reducir la vascularización local por ligadura de las tres ramas de la arteria rectal superior y reseca el tejido hemorroidal en su totalidad, conservando intactas las funciones de defecación y de continencia anal. (25)

Técnica Milligan-Morgan

El paciente se instala en posición de litotomía, con las piernas flexionadas. En el primer tiempo se colocan tres juegos de pinzas. Las tres primeras pinzas de Kocher se colocan en el margen anal o en el vértice de las excrecencias a 3, 8 y 11 h. El segundo juego, en idéntica posición, se coloca por encima de las primeras pinzas, en la línea pectínea. Después de infiltrar la parte subpectínea de cada paquete con lidocaína + epinefrina al 1 %, las tres pinzas de Kelly se fijan, por encima y en el eje de las precedentes, en la mucosa rectal, permitiendo, al ejercer una leve tracción, realizar el «triángulo de exposición» constituido por la mucosa rectal exteriorizada.

El segundo tiempo consiste en la disección y ligadura separada de los tres paquetes previamente individualizados, a las 3, 8 y 11 horarias en posición de litotomía. La disección se puede realizar con tijera, electrobisturí u otros elementos de corte y sellado. Se debe realizar un triángulo cutáneo con un vértice interno delimitado por la segunda pinza, y liberación del colgajo de piel por medio del corte de las fibras que se originan en la capa longitudinal compleja.

A continuación se individualiza el borde inferior del esfínter interno, se libera y se secciona el ligamento de Parks. La hemostasia ha de ser cuidadosa. La ligadura se efectúa con un hilo reabsorbible.

El tercer tiempo consiste en la liberación, denudación e incluso acortamiento de los puentes mucocutáneos que se deben manipular con precaución debido al riesgo de necrosis secundaria. Estos puentes se estiran al final de la intervención quirúrgica durante la reintegración de los muñones ligados.

Un cuarto tiempo asocia la sección de cada paquete dejando un muñón mucoso de aproximadamente 5 mm y verificando la ausencia de hemorragia en el corte. Los muñones son reintegrados en el canal anal con compresas impregnadas en antiséptico y se verifica la hemostasia. Las heridas mucocutáneas se dejan abiertas. Finalizada la intervención,

se coloca un apósito compresivo. En los casos en los que se utilizan instrumentos de sellado y corte como Ultracission o LigaSure, la ligadura y sección de los pedículos se lleva a cabo con estos sistemas siendo innecesario aplicar suturas. (26)

Técnica De Ferguson

Esta técnica consiste en reseca cada uno de los paquetes hemorroidales y suturar las heridas de la extirpación. Se realiza una incisión elíptica, circunscribiendo el paquete hemorroidal que se vaya a reseca. El tejido hemorroidal y la mucosa contigua se atraen con una pinza; la disección se efectúa desde la parte cutánea, distante del borde inferior del esfínter interno, hasta el pedículo vascular a 2 cm por encima de la línea pectínea. Durante la disección se respeta el esfínter interno, se realiza la hemostasia y se separan ligeramente los bordes de la herida para liberar los restos hemorroidales adyacentes y permitir la sutura sin tensión.

Tras realizar la ligadura y sección del pedículo, se realiza una sutura continua en la herida de la extirpación, que será primero mucosa y después cutánea. Los otros paquetes se tratan de acuerdo con la misma técnica, obteniéndose el aspecto final constituido por tres cicatrices radiadas, lineales, convergentes hacia el canal anal. (27)

Técnica de Parks

Descrita por Parks 70 en 1956, consiste en la hemorroidectomía submucosa de los tres paquetes hemorroidales. Tras colocar el separador se trata cada paquete de forma individualizada tras la colocación de una pinza de Kocher en la zona cutánea e infiltración con lidocaína + epinefrina. En el paquete, se efectúa una incisión en el interior del canal anal en forma de «Y» invertida que se sube hasta la mucosa rectal. La disección, inicialmente submucosa, secciona el ligamento de Parks y continúa en la cara externa del paquete, evitando el esfínter interno. Se efectúa la ligadura alta del pedículo. La reconstrucción de la mucosa del canal anal se efectúa por puntos separados atravesando el esfínter

interno. La parte cutánea de la incisión no se cierra para permitir el drenaje.

Hemorroidopexia

Procedimiento implantado por Longo 71 en 1998. Se recomienda en hemorroides grado II y III no resueltas mediante técnicas instrumentales y en grado IV sin componente externo. Mediante una grapadora circular se realiza la extirpación de una banda de 2-3 cm de mucosa y submucosa por encima de los plexos hemorroidales, realizando estrictamente una mucopexia o hemorroidopexia, denominación más aceptada en la actualidad. Por otra parte, interrumpe el riego arterial, colaborando en la disminución de la congestión hemorroidal.

Se han realizado múltiples ensayos randomizados, aunque con metodología muy diversa, comparándola con la hemorroidectomía convencional. Se sugiere que el procedimiento es menos doloroso, con menor estancia hospitalaria y más rápida incorporación a la actividad laboral. Sin embargo, también se han descrito complicaciones graves, como hemorragias, perforaciones rectales, incontinencia anal, urgencia defecatoria, sepsis retroperitoneales y pélvicas, fístulas recto-vaginales, dehiscencia anastomótica y estenosis rectal, alguna de ellas, con mortalidad.

Las recidivas a medio y largo plazo son mayores. Por otra parte, en proporciones variables se publican casos de dolor crónico, muchas veces inexplicable, pero verdaderamente incapacitante y de difícil resolución. En la última revisión publicada por la Cochrane se concluye confirmando una mayor recurrencia que precisa cirugía adicional, no diferencias significativas en cuanto a dolor, prurito y urgencia defecatoria y todo el resto de parámetros valorados a favor de la cirugía convencional, que continúa siendo el “gold estándar” del tratamiento quirúrgico de las hemorroides internas. (29)

Ligadura Hemorroidal Transanal guiada mediante Doppler (THD)

Descrita en 1995 por Morinaga, consiste en la ligadura de las ramas de la hemorroidal superior controlada por Doppler. Se inserta un proctoscopio diseñado para la realización de la técnica, a través del canal anal hasta llegar a la parte inferior del recto a unos 6-7 cm del margen anal. Con la sonda Doppler se localiza la señal correspondiente a los 6 troncos principales de las arterias hemorroidales, que se encuentran (en posición de litotomía) a la 1, 3, 5, 7, 9 y 11 horarias de la circunferencia rectal, de un modo más o menos constante. Una vez localizadas, se realiza en cada punto una sutura penetrando en la mucosa y submucosa rectal con el objetivo de ligar dichas arterias. Tras ello se comprueba de nuevo con la sonda Doppler la desaparición o disminución de la señal. En los pacientes en los que existe un prolapso hemorroidal (prolapso mucoso o hemorroides externas), se puede asociar una mucopexia con una sutura continua a través de la mucosa y submucosa por debajo de la desarterialización. En la mayoría de las series, la tasa de recurrencia se sitúa entre el 3 y el 24%. La reintervención debido a la nueva aparición de síntomas relacionados con la enfermedad hemorroidal es necesaria en el 2,7 - 22%. (30)

Procedimiento Hemorroidal con Láser guiado por Sonda Doppler (HeLP)

Este procedimiento es similar al anterior pero en vez de realizar una ligadura de los vasos mediante una sutura se realiza una oclusión de las arterias empleando un Láser de diodo. Un Láser diodo de 980 nm tiene varias aplicaciones en diferentes campos quirúrgicos (urología, cirugía vascular, plástica, etc). Respecto otros tipos de Láser tiene la ventaja de ser preciso, eficaz, seguro y muy manejable. La elección de la adecuada longitud de onda, duración de los disparos y de la potencia necesaria depende del tipo de tejido sobre el que vaya a actuar el Láser.

La energía Láser tiene que cruzar la mucosa rectal sin causar daño no deseado o hemorragia y debe ser absorbida por el vaso arterial para desencadenar el efecto de oclusión térmica. Se ha comprobado que

trabajando a una longitud de onda de 980nm, y realizando 5 disparos Láser a 14 W de potencia de modo pulsado (alternando 1,2 segundos de disparo con 0,6 segundo de pausa) causa una adecuada retracción del tejido para causar el colapso arterial. (31)

Un modo continuo causa la evaporación y combustión de los tejidos por lo que no se recomienda ya que daría lugar a una hemorragia con mucha probabilidad. El colapso vascular provocará la reducción del flujo sanguíneo que llega al tejido hemorroidal, dando lugar a una descongestión y contracción de las almohadillas anales. Esta reducción de la tensión ayuda a la regeneración del tejido conectivo, a la disminución del prolapso y a la mejoría de los síntomas perianales. Se utiliza un rectoscopio especialmente diseñado para la técnica que se inserta en el recto en posición de litotomía. En su extremo distal tiene una ventana por la que se introduce una sonda Doppler de 20 Mhz que permite la identificación de las ramas terminales de la arteria hemorroidal superior a 3 cm proximales de la línea dentada. (32)

Cuando se detecta el flujo de la arteria la sonda Doppler se reemplaza por una fibra óptica Laser de 980 nm. El cierre de la arteria se consigue con un haz Láser de 14 W con 5 disparos pulsados de 1,2 segundos cada uno separados por una pausa de 0,6 segundos. Para comprobar la oclusión de la arteria se reintroduce de nuevo la sonda Doppler, en caso de que exista pulso se realizan otros 5 disparos.

Una rotación en el sentido de las agujas del reloj del rectoscopio permite la localización de todas las ramas terminales de la arteria hemorroidal, que son tratadas consecutivamente con el haz Láser. Giamondo en la descripción que hace del procedimiento trata hasta 12 ramas. Se puede aplicar el Láser sobre más para un tratamiento más efectivo a costa de elevar el riesgo de hemorragia al realizar más escaras. Al igual que en el THD clásico para reducir el prolapso mucoso a través del canal anal se puede asociar al procedimiento una mucopexia

realizándose una sutura continua de mucosa a submucosa por debajo de la zona de desarterialización tratada con el Láser. (31,32)

Problemas en el periodo de recuperación inmediata

Dolor Postoperatorio

El dolor es una de las complicaciones más frecuentes en el periodo postoperatorio. Hasta un 30-40% de los pacientes intervenidos en régimen ambulatorio presenta dolor moderado-severo durante las primeras veinticuatro horas posteriores a la intervención, y un 20% refiere problemas de sueño durante la primera noche debido al dolor. Esta incidencia disminuye durante los días siguientes, pero se mantiene en torno al 20% a las cuarenta y ocho horas y al 10% a los 7 días este es un problema muy frecuente tras las hemorroidectomías.

Nauseas y vómitos postoperatorios

Las nauseas y los vómitos postoperatorios son una complicación frecuente, suponiendo un impacto negativo para los pacientes intervenidos en régimen de CMA, ya que constituyen una causa de retraso en el alta y pueden incrementar el número de reingresos, lo que supone un mayor coste hospitalario. Su incidencia se estima en un 20-30%.

Diuresis

La recuperación de la micción espontánea es uno de los requisitos necesarios para el alta hospitalaria. El sexo, edad y la existencia de patologías concomitantes (prostatismo), junto con el tipo de técnica anestésica realizada, son las causas más importantes de retención urinaria.

Movilidad

Se requiere la recuperación de la movilidad completa, sin existencia de ortoestatismo, para que el paciente abandone por sus propios medios el hospital y realice el desplazamiento hasta su domicilio. En este punto, es clave la actitud del personal sanitario del área de readaptación.

Criterios de alta

Existen distintas escalas de puntuación y diversos criterios para el alta. Además surgen modificaciones, periódicas, encaminadas a favorecer el alta del paciente, eliminando criterios que se va demostrando que no son importantes a la hora de dar el alta, ya que no implican ningún riesgo ni para el paciente ni para su confort postoperatorio. Entre las escalas de puntuación, destaca la clásica Post-Anesthesia Discharge Scoring System (PADSS) modificada por Chung, que tiene en cuenta las constantes vitales, deambulaci3n, las nauseas y v3mitos, micci3n, dolor, herida operatoria e ingesta de l3quidos. (34,35)

El alta se producir3 con una puntuaci3n superior a 12.

MODALIDAD	PUNTOS	CRITERIO
Constantes vitales	2	± 20% nivel preoperatorio
	1	± 20-40% nivel preoperatorio
	0	± 50% nivel preoperatorio
Deambulacion	2	Sin ayuda
	1	Con ayuda
	0	No deambula/Se mareo
Nauseas y vomitos	2	Ausentes
	1	M3nimos
	0	Abundantes
Dolor	2	Ausente o m3nimo
	1	Moderado
	0	Severo
Herida quirurgica	2	Normal
	1	Ap3sito algo manchado Herida sangrante
	0	manchado Herida sangrante
Miccion	2	Normal
	1	Precis3 sondaje evacuador
	0	No orina espontaneamente
Ingesta de liquidos	2	Normal
	1	No puede ingerir l3quido
	0	No puede ingerir l3quido

Control

Para evaluar las posibles complicaciones que puedan haber surgido, establecer la solución y además ofrecer apoyo psicológico para el paciente.

Complicaciones post-hemorroidectomía

Las complicaciones luego de la hemorroidectomía son infrecuentes y es raramente necesario realizar una reintervención. La mayor parte de ellas pueden ser evitadas debido a que dependen de una correcta técnica quirúrgica. Al extirpar el tejido enfermo deben preservarse áreas cutáneo-mucosas con el fin de evitar estenosis postoperatorias. Durante la disección se expondrá el esfínter interno que debe ser cuidadosamente separado de la mucosa a resecar para evitar la inclusión de sus fibras en la exéresis del tejido hemorroidal con la consiguiente generación de incontinencia. La ligadura de los pedículos también debe ser muy cuidadosa y deben revisarse los mismos con el fin de evitar las hemorragias. Pueden presentarse otras complicaciones que parecerían no depender de la técnica quirúrgica sin ser por ello menos importantes como por ejemplo las infecciones.

Algunos autores no consideran a las complicaciones según su tiempo de aparición, ya que por ejemplo la estenosis suele ser tardía, mientras que la incontinencia al igual que la hemorragia pueden ser tempranas o tardías; opinión que se respalda en que la importancia de la complicación es la gravedad con la que aparece y la forma de resolución, mas no el momento de su aparición.

En esta tesis las complicaciones serán clasificadas en precoces o a corto plazo y en tardías o a largo plazo, ya que el objetivo de la misma se basa en las complicaciones a corto plazo, es decir durante el tiempo de hospitalización del paciente. (37,38)

Complicaciones a corto plazo

Durante la hospitalización (en el 2 al 6 % de los casos) en las horas o días posteriores a la intervención, debido a la desaparición del

espasmo vascular inducido por la utilización intraoperatoria de fármacos, se puede producir:

1. **Dolor intenso:** el dolor es importante y desde luego está relacionado al perfil psíquico y sensibilidad de cada paciente. El desacuerdo es considerar el dolor post-hemorroidectomía como complicación o no. Debido a este debate se realizó una encuesta que pronunció un resultado que el 81% no lo considera complicación.

No se conoce con exactitud la causa del dolor, se presume que puede ser secundario al espasmo de los esfínteres anales. El dolor no es un problema por sí sólo sino que además sería responsable de la retención urinaria por inhibición del detrusor vesical vía nervios pudendos. Hay algunas maneras de evaluar el nivel de dolor en el paciente, ya sea por dosis de analgésico administrado, un cuestionario escrito o una escala análoga visual, la cual es la más práctica y recomendable. No se ha reconocido a ninguna técnica quirúrgica como exenta de provocar dolor postoperatorio, aunque técnicas ulteriores como la descrita por Longo provoca menos dolor y uso de analgesia en comparación con las técnicas convencionales.

2. **Retención urinaria:** estaría relacionada con espasmo uretral y/o relajación del detrusor o disfunción del trígono provocado por el uso de analgésicos opiáceos, y sería favorecida por el dolor, la hipertrofia prostática, distensión del conducto anal, la anestesia y el llenado vascular intraoperatorio. Según Parks, el problema se origina en un área común de inervación de la uretra y de los esfínteres anales. Esta complicación necesita una evacuación por sonda en menos del 10 % de los casos.

La retención urinaria y el uso de sondas disminuye si el paciente logra orinar antes de la intervención, se limitan las infusiones intravenosas intraoperatorias a menos de 250 ml, se alivia el dolor de manera satisfactoria, con la movilización postoperatoria precoz o cuando se

realiza una hemorroidectomía ambulatoria. De igual modo con respecto a la retención urinaria espasmódica, habitualmente refleja y relacionada al dolor, o a veces fruto de patología urológica preexistente que habitualmente es detectada sobre todo en los pacientes de sexo masculino con trastornos disúricos preoperatorios. La incidencia de retención urinaria es de aproximadamente 15%, con un rango entre 0-52%.

3. **Edema de los puentes cutáneo-mucosos:** puede ocurrir cuando la manipulación de los tejidos fue grande debido a hemorroides voluminosas. En general, involucionan espontáneamente pudiendo quedar plicomas residuales.
4. **Hemorragia:** es la complicación más frecuente y puede ser arterial o venosa. La hemorragia de un breve sangrado cesa espontáneamente, no requieren ser llevadas a quirófano y debe mantenerse una vigilancia estricta ante la eventualidad de un sangrado profuso. Pero es posible que por defecto técnico o por falla en la ligadura del pedículo hemorroidario se produzca una hemorragia postoperatoria inmediata de mayor cantidad, que ocasiona una colección de sangre en el recto generando en el paciente síntomas tales como hipotensión, sudoración, taquicardia y palidez; por lo que ante una sospecha de hemorragia del pedículo es conveniente examinar al paciente en quirófano bajo anestesia y realizar una nueva ligadura(31).

A veces el sangrado no proviene de un vaso identificable y corresponde a capilares venosos del lecho quirúrgico. Puede ser observada también en el séptimo o décimo segundo día, debido a la caída de una escara a nivel de la ligadura del pedículo, lo cual cede con taponamiento

5. **Impactación fecal:** puede ocurrir en los primeros días por miedo al dolor provocado por la defecación, la hospitalización y/o el decúbito, por la administración de analgésicos opiáceos y la falta

de información por parte del médico con respecto a la evacuación luego de la cirugía.

Es raro y su incidencia varía entre menos del 1% al 8% si se previene adecuadamente. Puede haber la formación de un verdadero fecaloma; el paciente referirá falta de evacuaciones acompañado de pujo y tenesmo, pseudodiarrea, dolor, entre otros signos y síntomas(31).

Para evitar esta contingencia la indicación de fibras y líquidos abundantes en el postoperatorio y a veces estimulantes de la evacuación, analgésicos no opiáceos, baños de asiento ante el deseo evacuatorio e inclusive la colocación de enemas evacuantes, son medidas que deberían ser adoptadas; de no ser efectivos se podrá proceder a la desimpactación manual bajo anestesia general.

6. **Absceso anal y sepsis:** la infección local luego de la hemorroidectomía es muy poco frecuente, aunque siempre debe estar presente en la mente del cirujano la necesidad de la detección precoz ante infecciones severas de un Fournier que es raro pero que cuando se instaura podría llegar a shock séptico y muerte; alcanzando una mortalidad entre el 20 al 67% .El paciente puede presentar fiebre y dolor anal, lo que hará sospechar una infección local que podrá tratarse empíricamente con antibióticos. Si al examen físico se sugiere un absceso formado por acumulación purulenta a nivel de los puentes cutáneo-mucosos o de las superficies cruentas; y se confirma con una ecografía esfinteriana, deberá ser drenado y de igual manera tratado con antibióticoterapia(32).

Complicaciones a largo plazo

Las complicaciones tardías son aquellas que afectan al paciente a partir de las 24 horas posteriores a la cirugía hasta semanas o incluso meses después:

Plicomas residuales: es una complicación relativamente frecuente que se presenta por ejecución de los puentes cutáneo-mucosos sin el debido cuidado. Sin embargo hay varios casos de presencia de plicoma/s posteriores a una buena realización de la técnica, en este caso se los considera como una cicatriz queloide en otras heridas operatorias. Eventualmente pueden presentar prurito y fenómenos inflamatorios que se traducirán en dolor. En otros casos los pacientes experimentan discomfort por los trastornos para higienizarse, pero generalmente son asintomáticos y no involucran inconveniente alguno. Su incidencia se ubica cerca del 4%.

Fisura residual: en general ocurren por trastornos de la cicatrización. Su tratamiento es quirúrgico, debiéndose practicar dilatación forzada o esfinterotomía(32).

Fistuletas

Las fístulas submucosas luego de la hemorroidectomía tiene una incidencia que varía según algunos autores entre el 0.01 a 0.5%, su mecanismo no se conoce con certeza y el tratamiento es la fistulotomía.

Estenosis anal: se debe a un exceso en la resección del tejido que no deja puentes cutáneo-mucosos o a que los mismos son insuficientes para permitir una cicatrización sin que se forme una estenosis. Terminado el proceso de cicatrización, la dificultad evacuatoria con esfuerzo, heces finas, dolor intraevacuatorio y en ocasiones sangrado; nos indica que el conducto anal ha perdido su elasticidad y que la estenosis esta presente(33).

A la inspección se aprecia retracciones cicatrizales y al solicitar un pujo el ano no se dilata. En el tacto anal se constatará tejido fibroso cicatrizal y dolor, en estenosis más graves no es posible siquiera introducir el dedo índice. Se conoce que de todos los tratamientos de patologías orificiales, la hemorroidectomía lleva con más frecuencia a estenosis. La incidencia es inexacta; varía entre 0.2 a 7.5%. Las estenosis anales cicatrizales se tratan de la siguiente manera: regularización del

tránsito intestinal o incluso dilatación, leiomiectomía y/o anoplastia con diversos tipos de colgajos.

Incontinencia anal: es de ocurrencia rara y en general transitoria. Puede deberse a sección durante la cirugía de fibras esfinterianas o a la escisión excesiva de mucosa rectal. La incidencia aproximada es de 0.4%, sin embargo Arberman en una serie con seguimiento a las tres y seis semanas y luego del año presenta cifras de incontinencia leve que llegan al 78% al igual que Hosch que relata 88%.

En el periodo posthemorroidectomía inmediato algunos pacientes reportan episodios de incontinencia a gases que remiten espontáneamente al transcurrir una semana. Se debe sospechar de una verdadera incontinencia por lesión fibras del esfínter interno si al término de tres meses persisten las molestias de gases y adicionalmente presentan ensuciamiento de la ropa interior. Ectropión de la mucosa: raros son los casos de esta complicación. Ocurre a causa de una escisión amplia de la anodermis y subsecuente dislocación de la mucosa rectal hacia el conducto anal(33).

Retraso de cicatrización: se manifiesta en un 13 %, se debe a diversas causas: defecto de drenaje, desprendimiento con supuración subyacente, granuloma de un hilo mal reabsorbido, cuidados locales no efectuados o mal prodigados, enfermedad de Crohn, antecedente de radioterapia, inmunosupresión, entre otras.

Recurrencia: Al referirse al término recurrencia se debería plantear si corresponde realmente a una recurrencia genuina o en realidad se trata de persistencia o desarrollo de enfermedad en los paquetes accesorios o en los que no han sido resecados. Es difícil determinarlo ya que la baja frecuencia de esta circunstancia no lo permite. De todos modos utilizaremos en término recurrencia aunque creamos que no es del todo correcto. Para Shalaby, la incidencia es del 2%, mientras que para Amarillo presenta 5.13% y Mc Conell 7.5%. Según Amarillo, se

debe a que las venas que se encuentran por debajo de los puentes cutáneomucosos se dilatan y por lo tanto pueden sangrar o prolapsar.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo, observacional, longitudinal y retrospectivo.

Área de estudio

Los pacientes serán seleccionados del servicio de Proctología del hospital Luis Vernaza, durante el período establecido enero 2015 a junio 2016.

Diseño de la investigación

Universo

El universo del estudio está establecido por todos los 156 sujetos con diagnóstico de enfermedad hemorroidal que no respondio a tratamiento medico que acuden al hospital Luis Vernaza(34).

Muestra

Por ser un universo finito de 156 pacientes, se utilizó la formula estadística del cálculo de la muestra, que es la siguiente:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Por lo tanto el resultado es de 111 sujetos que se calculó de la siguiente forma:

N	156	Universo
p	0,5	Grado de certeza
q	0,5	Grado de incertidumbre
e	5,00%	Mrgen de error esperada
e²	0,0025	Margen de error calculada
Nc	95,00%	Nivel de confianza
z	1,96	Z crítico, dato estadístico
z²	3,8416	Z crítico calculado

Criterios de la investigación

Criterios de inclusión

- ✓ Mayores de 18 años.
- ✓ Pacientes con cualquier grado de patología hemorroidal que no responda al tratamiento.
- ✓ Pacientes con diagnóstico de Hemorroides G III o IV
- ✓ Pacientes con diagnóstico asociado de fisura anal, fístula anorrectal, absceso anorrectal, enfermedad inflamatoria, condilomas u otra patología concomitante.

Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes con diagnóstico asociado o sospecha patología maligna.

Procedimientos para garantizar los aspectos éticos

Se cumplieron con las normas establecidas por la institución donde se realizó la presente investigación, por lo cual fue aprobado por el director de investigación y el comité de ética Del Hospital Luis Vernaza, para poder obtener autorización para el acceso a los expedientes clínicos para contar con la información requerida de los sujetos a investigar.

Variables de estudio

Se elabora una base de datos en soporte informático tipo Excel con los pacientes seleccionados en la que se recogieron las variables de estudio en el periodo preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio, para

facilitar su estudio y su posterior procesamiento. El periodo de evaluación comprende desde el día de la intervención quirúrgica programada hasta su alta médica, a través de revisiones en consultas externas.

Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Tipo	Medida
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Cuantitativa Continua	De 18 a 30 años. De 30 a 50 años. De 50 a 69 años. Más de 70 años
Género	Características cromosómicas del sujeto a investigar	Cualitativa Dicotómica	Masculino
			Femenino
Tiempo que padece la patología	Tiempo desde el inicio de los síntomas	Cuantitativa Dicotómica	Menor de 3 días o Mayor de 3 días
Síntomas	Molestias por las cuales acude a la consulta	Cualitativa Dicotómica	Proctorragia Protusion Dolor Anemia

Grado hemorroidal	Es el nivel de afección que padece el paciente a ser intervenido	Cualitativa Dicotómica	G I
			G II
			G III
			G IV
Patología asociada	Enfermedad que se añade a la enfermedad hemorroidal y que se dará tratamiento en un solo acto quirúrgico	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fisura anal ➤ Fístula Anorrectal ➤ Absceso Anorrectal ➤ Enfermedad Inflamatoria ➤ Condilomas ➤ Otra Patología Concomitante
Complicaciones intraoperatorias	Patología relacionada posterior a la realización del procedimiento con afectación de estructuras periampulares	Cualitativa discreta	Si
			No
Tiempo quirúrgico	Tiempo transcurrido desde el inicio de la incisión hasta el cierre total de la pared abdominal	Cuantitativa continua	Minutos
Estancia Hospitalaria	Período de tiempo que permaneció hospitalizado el sujeto posterior a la intervención	Cuantitativa continua	Menos de 2 días. Más de 2 días
Motivo de retraso del alta hospitalaria.	Causas que motivan a mantener hospitalizado a (complicación precoz)	Cualitativa Dicotómica	Dolor
			Hemorragia
			Retención urinaria
			Sepsis
			Sin complicaciones

Dolor posoperatorio	Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo.	Cualitativa Discreta	Escala análoga visual del dolor EVA
			Leve (1 a 4)
			Moderado (5 a 7)
			Severo (8 a 10)
Mortalidad	Fallecidos provocados por la enfermedad de ingreso u otra causa en relación con el número de sujetos afectados por dicha enfermedad	Cualitativa Dicotómica	No
Tipo de anestesia	La técnica anestésica que se aplicara para la intervención quirúrgica	Cualitativa Dicotómica	Conductiva
Complicaciones tardías	Son las complicaciones postoperatorias que presenta el paciente	Cualitativa Dicotómica	Estenosis Fisuras Fistulas Incontinencia Retrasó de la cicatrización Recurrencia
Tiempo de reingreso a su vida cotidiana	Período de tiempo que transcurre desde la intervención quirúrgica hasta que empiece a realizar sus actividades cotidianas	Cuantitativa continua	Mayor de 5 semanas. Menor de 5 semanas
Esfinter anal	Funcionamiento del esfinter anal	Dicotómica	Continente. Incontinente

Procedimiento para la ejecución de la investigación.

Los resultados obtenidos mediante el programa Microsoft Excel 2010 se tabularon y posteriormente fueron analizados en el programa SPSS Statistics versión 22, aplicando técnicas estadísticas de promedios y porcentajes; y los gráficos registrados (tablas y barras) fueron realizados para brindar mejor comprensión de los datos. Luego de ingresar y tabular la información en la hoja de cálculo de Microsoft Excel 2010® se realizó limpieza de datos por parte del investigador.

Análisis estadístico

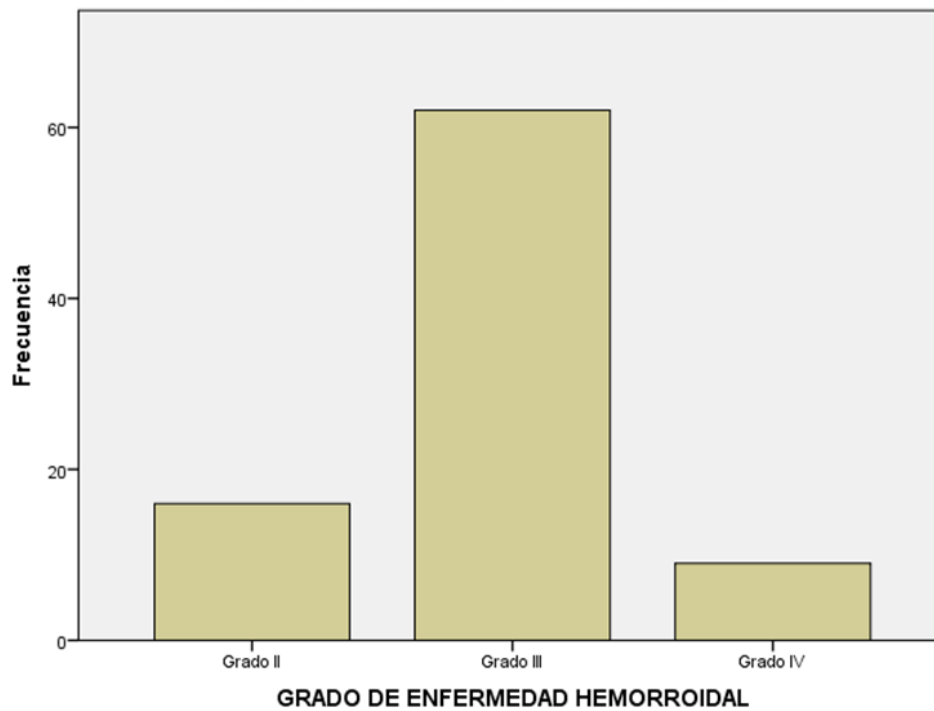
Para el análisis estadístico descriptivo se realizó frecuencia y porcentaje para las variables cualitativas; mientras para las variables cuantitativas se realizó media, mediana, desviación estándar y cuartiles.

RESULTADOS

GRADO DE ENFERMEDAD HEMORROIDAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Grado II	16	9,6	18,4	18,4
	Grado III	62	37,1	71,3	89,7
	Grado IV	9	5,4	10,3	100,0
	Total	87	52,1	100,0	
Perdidos	Sistema	80	47,9		
Total		167	100,0		

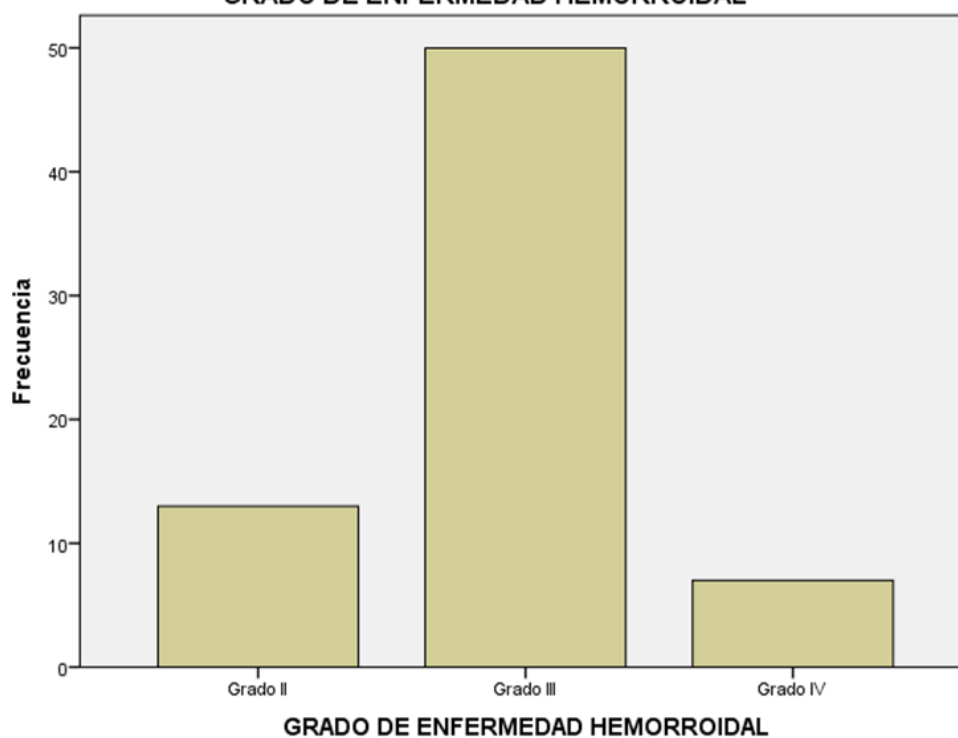
GRADO DE ENFERMEDAD HEMORROIDAL



GRADO DE ENFERMEDAD HEMORROIDAL

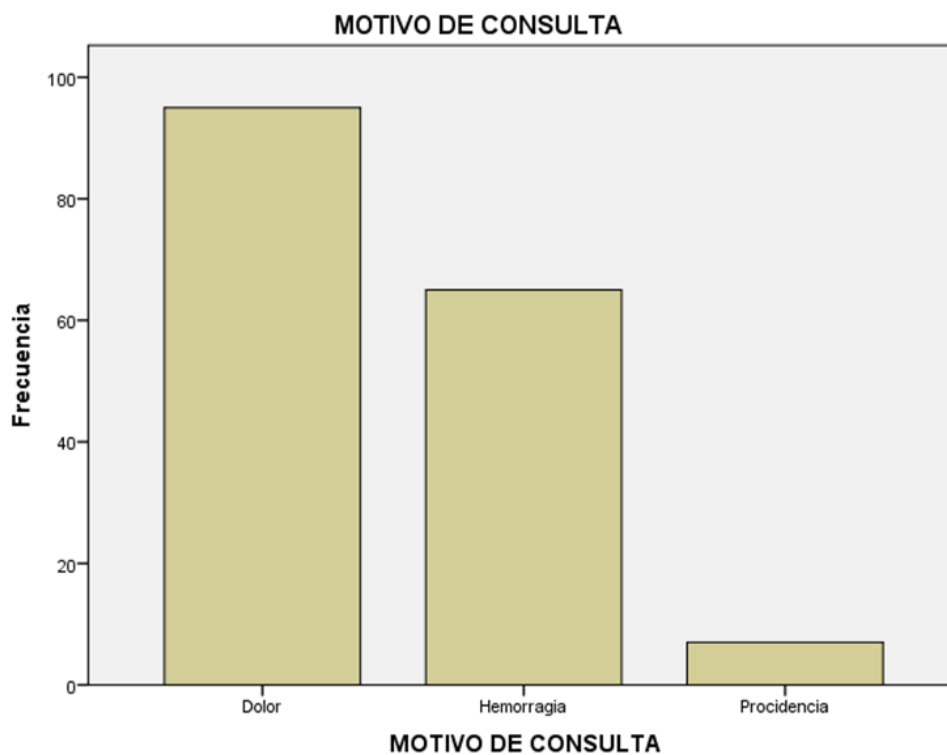
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Grado II	13	7,8	18,6	18,6
	Grado III	50	29,9	71,4	90,0
	Grado IV	7	4,2	10,0	100,0
	Total	70	41,9	100,0	
Perdidos	Sistema	97	58,1		
Total		167	100,0		

GRADO DE ENFERMEDAD HEMORROIDAL



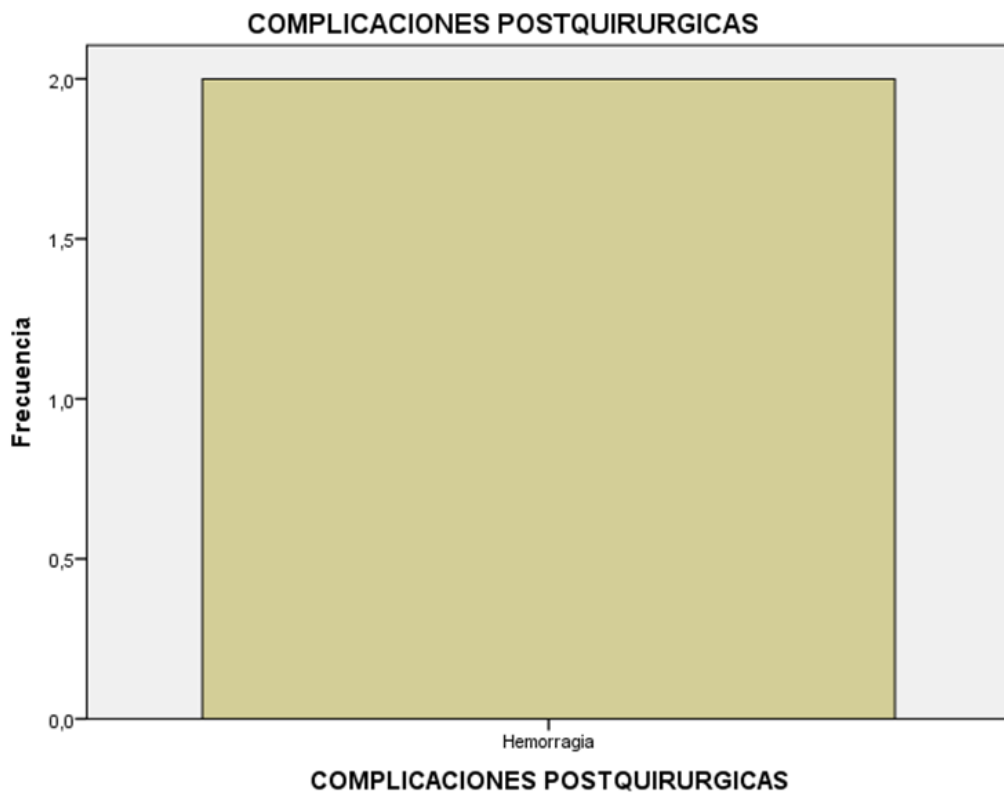
MOTIVO DE CONSULTA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Dolor	95	56,9	56,9	56,9
	Hemorragia	65	38,9	38,9	95,8
	Procidencia	7	4,2	4,2	100,0
	Total	167	100,0	100,0	



COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS

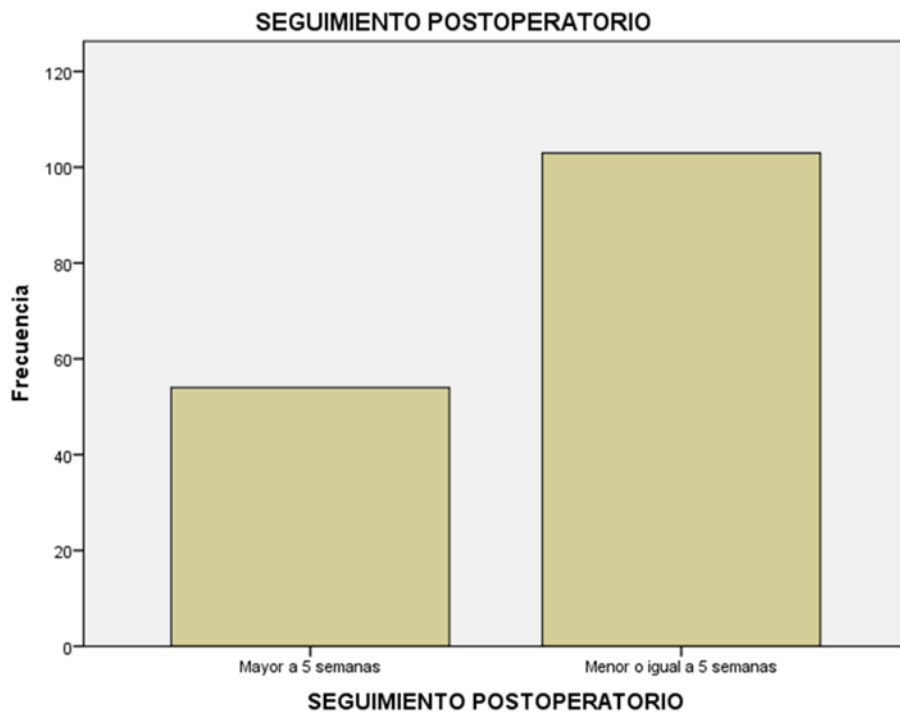
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hemorragia	2	1,2	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	165	98,8		
Total		167	100,0		



SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO

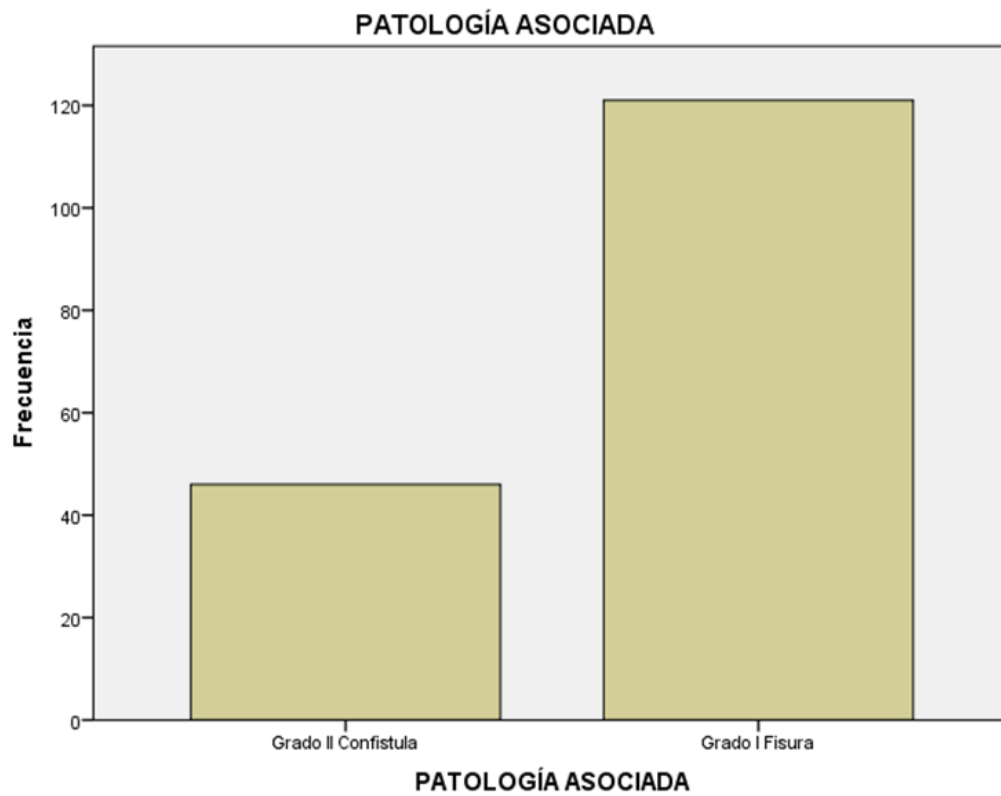
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	a			

Válido	Mayor a 5 semanas	54	32,3	34,4	34,4
	Menor o igual a 5 semanas	103	61,7	65,6	100,0
	Total	157	94,0	100,0	
Perdidos	Sistema	10	6,0		
Total		167	100,0		



PATOLOGÍA ASOCIADA

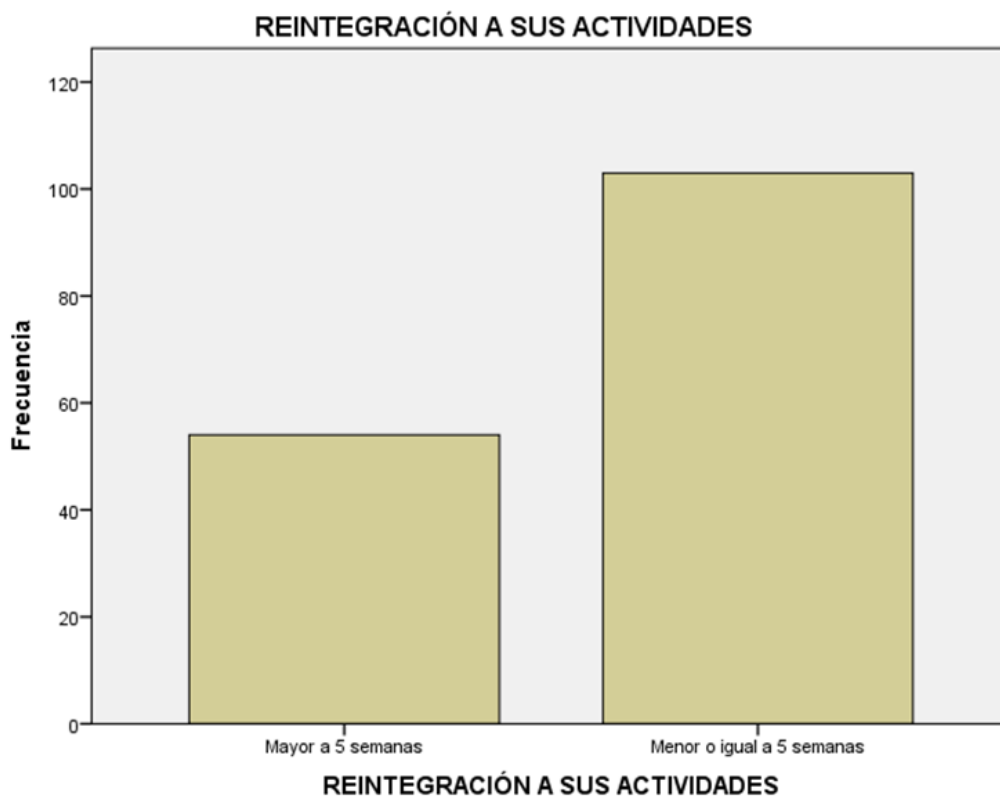
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Grado II Confistula	46	27,5	27,5	27,5
	Grado I Fisura	121	72,5	72,5	100,0
	Total	167	100,0	100,0	



REINTEGRACIÓN A SUS ACTIVIDADES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mayor a 5 semanas	54	32,3	34,4	34,4
	Menor o igual a 5 semanas	103	61,7	65,6	100,0

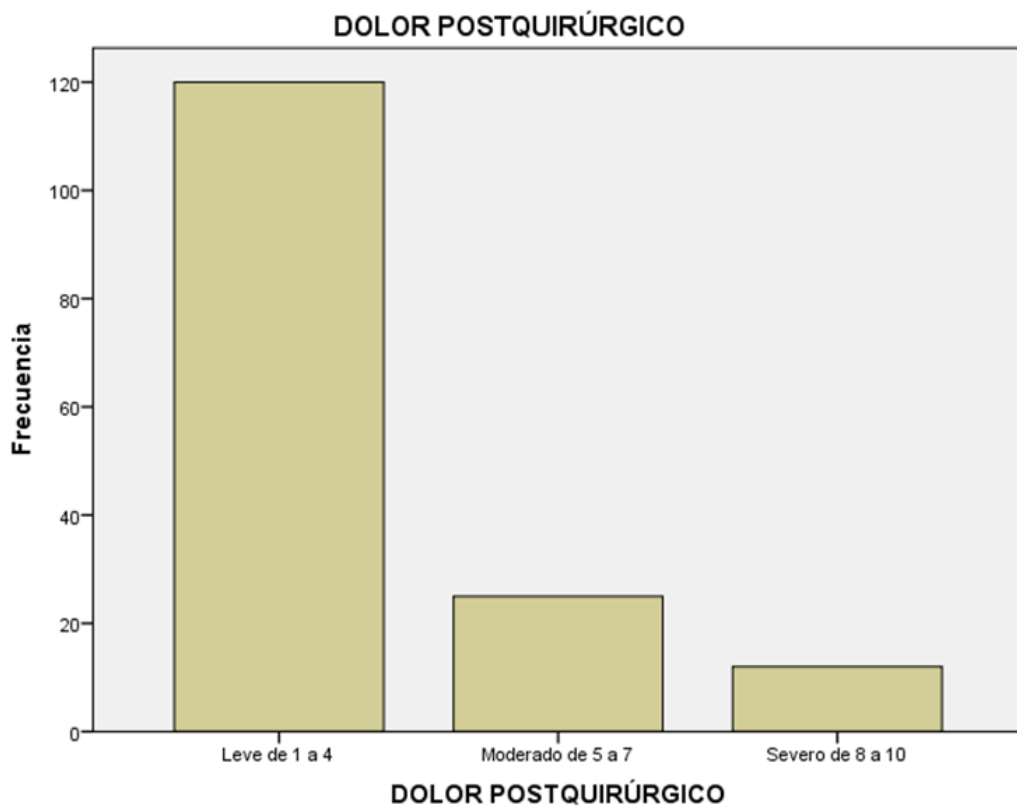
Total	157	94,0	100,0
Perdidos Sistema	10	6,0	
Total	167	100,0	



DOLOR POSTQUIRÚRGICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve de 1 a 4	120	71,9	76,4	76,4
	Moderado de 5 a 7	25	15,0	15,9	92,4
	Severo de 8 a 10	12	7,2	7,6	100,0

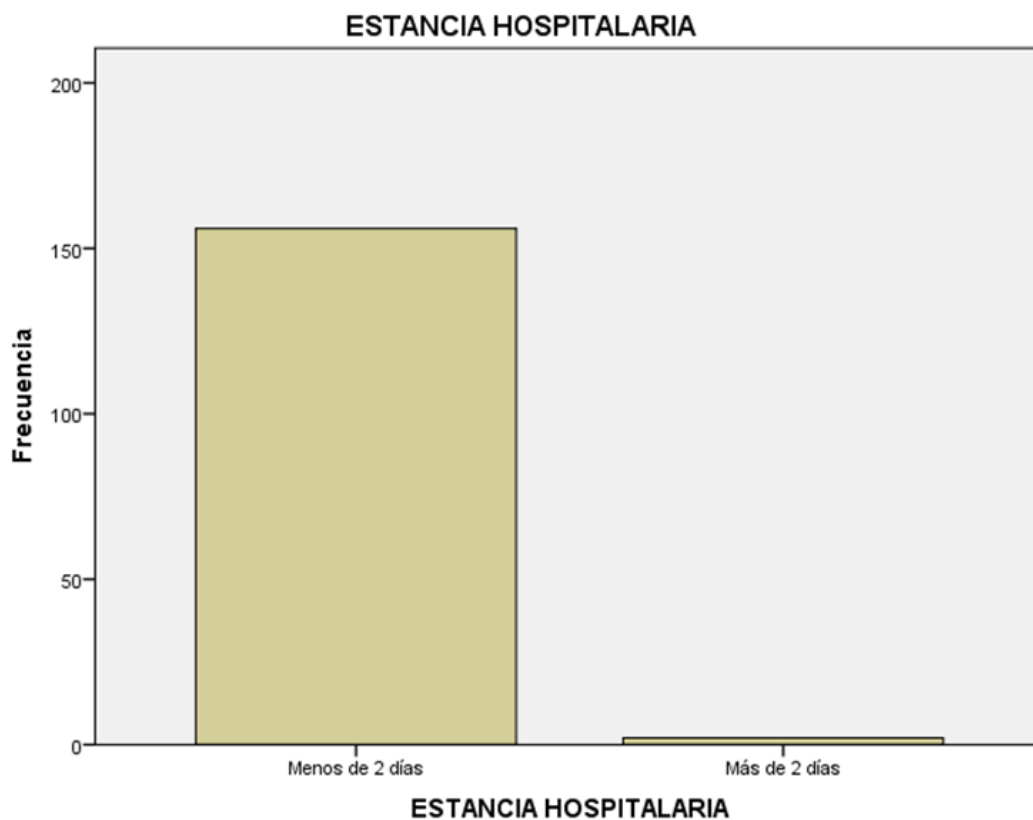
	Total	157	94,0	100,0
Perdidos	Sistema	10	6,0	
Total		167	100,0	



ESTANCIA HOSPITALARIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de 2 días	156	93,4	98,7	98,7
	Más de 2 días	2	1,2	1,3	100,0

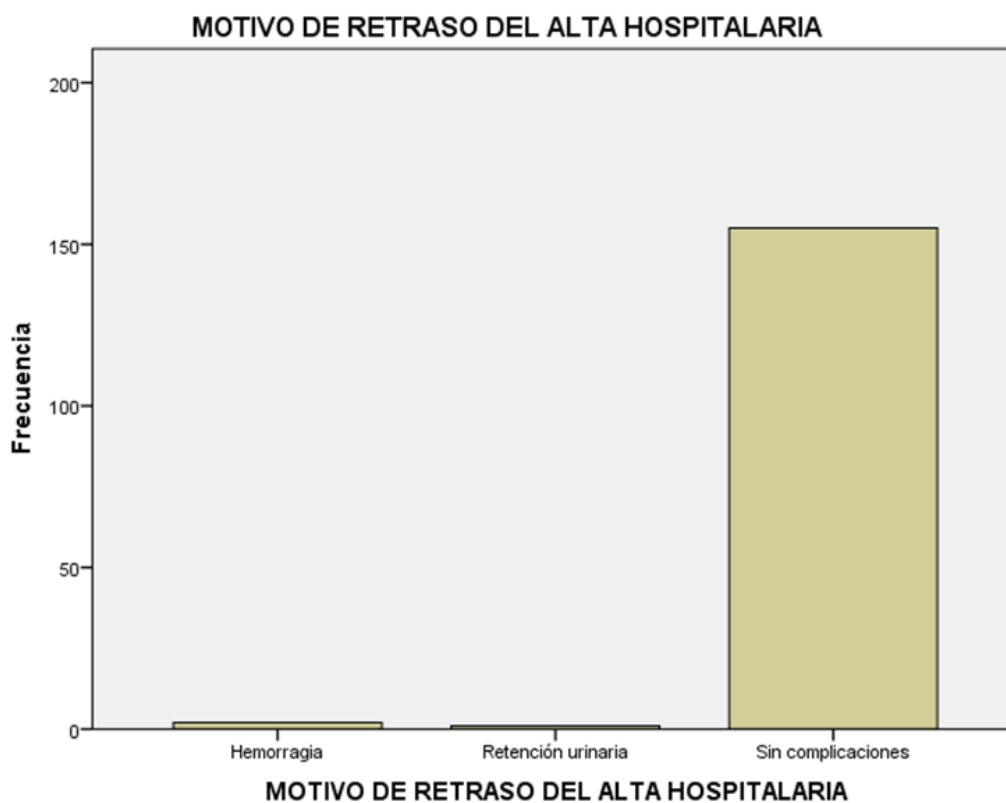
	Total	158	94,6	100,0
Perdidos	Sistema	9	5,4	
Total		167	100,0	



MOTIVO DE RETRASO DEL ALTA HOSPITALARIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hemorragia	2	1,2	1,3	1,3
	Retención urinaria	1	,6	,6	1,9

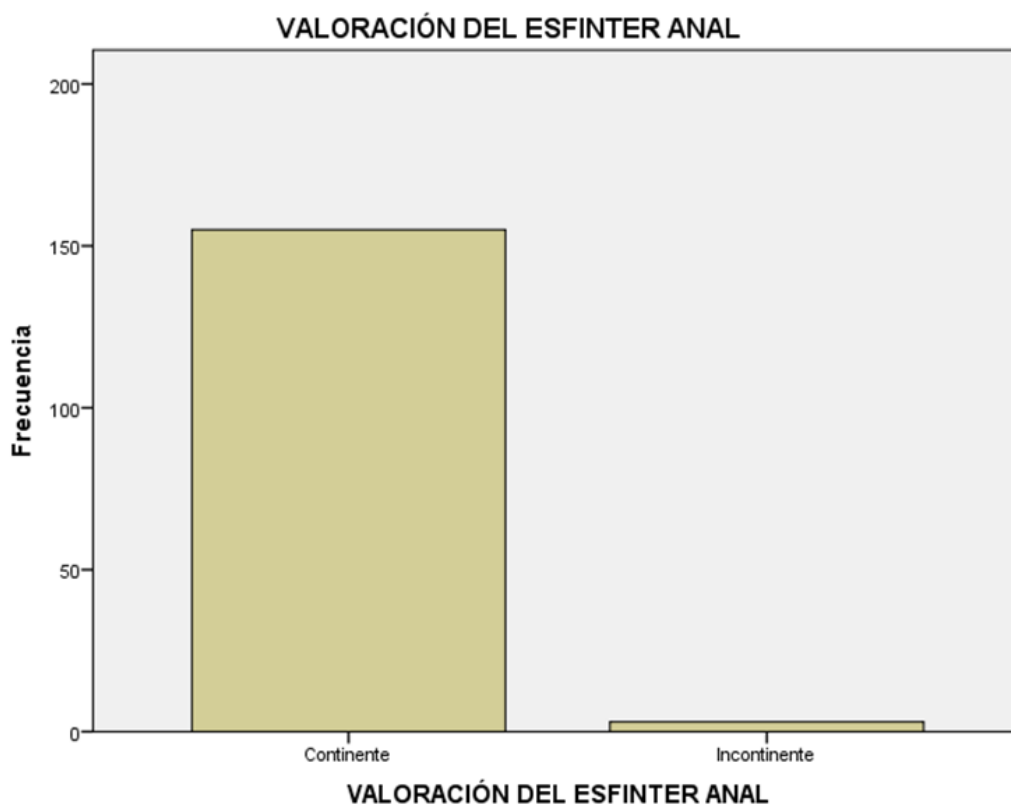
	Sin complicaciones	155	92,8	98,1	100,0
	Total	158	94,6	100,0	
Perdidos	Sistema	9	5,4		
Total		167	100,0		



VALORACIÓN DEL ESFINTER ANAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Continente	155	92,8	98,1	98,1

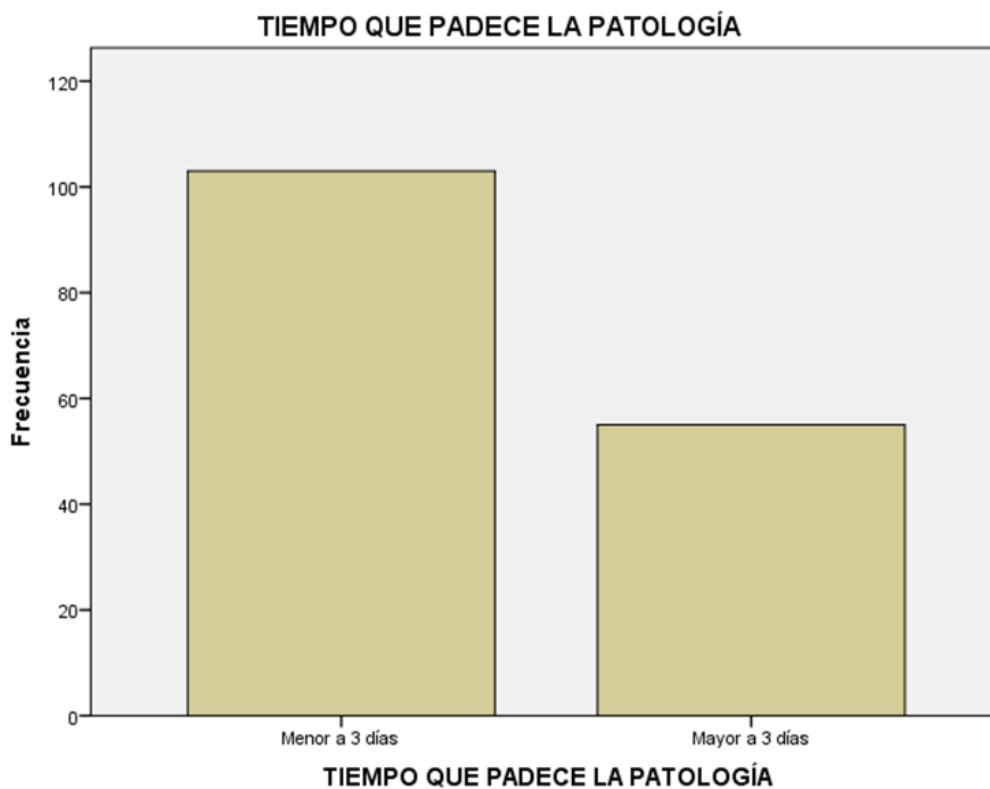
	Incontinente	3	1,8	1,9	100,0
	Total	158	94,6	100,0	
Perdidos	Sistema	9	5,4		
Total		167	100,0		



TIEMPO QUE PADECE LA PATOLOGÍA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menor a 3 días	103	61,7	65,2	65,2

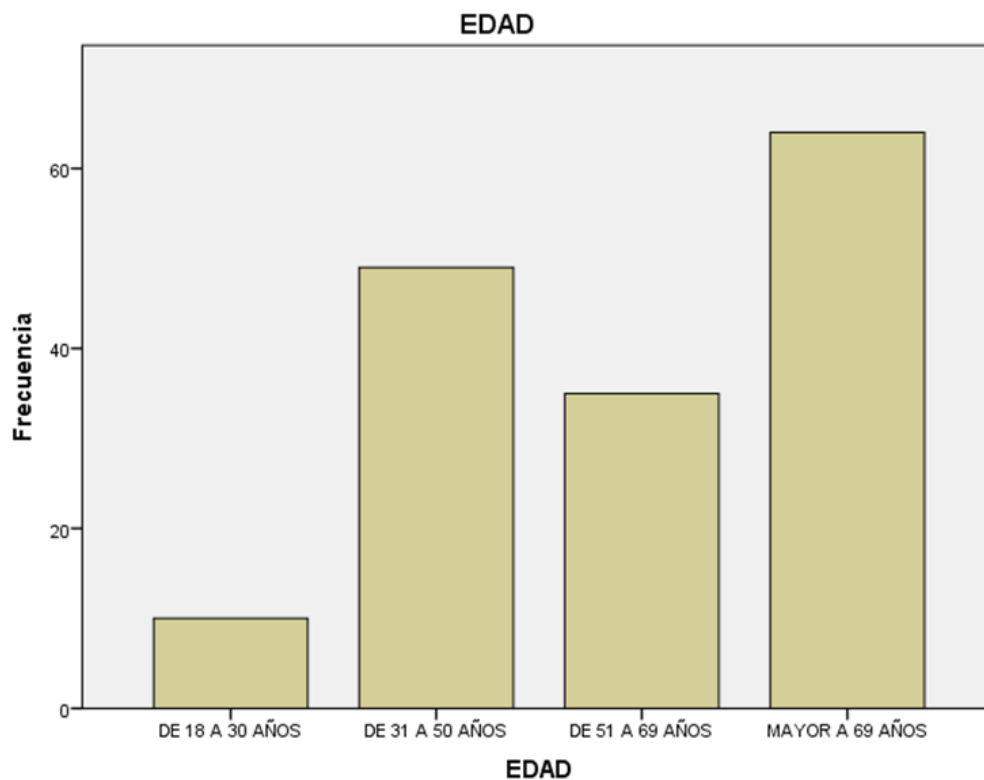
	Mayor a 3 días	55	32,9	34,8	100,0
	Total	158	94,6	100,0	
Perdidos	Sistema	9	5,4		
Total		167	100,0		



EDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	DE 18 A 30 AÑOS	10	6,0	6,3	6,3
	DE 31 A 50 AÑOS	49	29,3	31,0	37,3

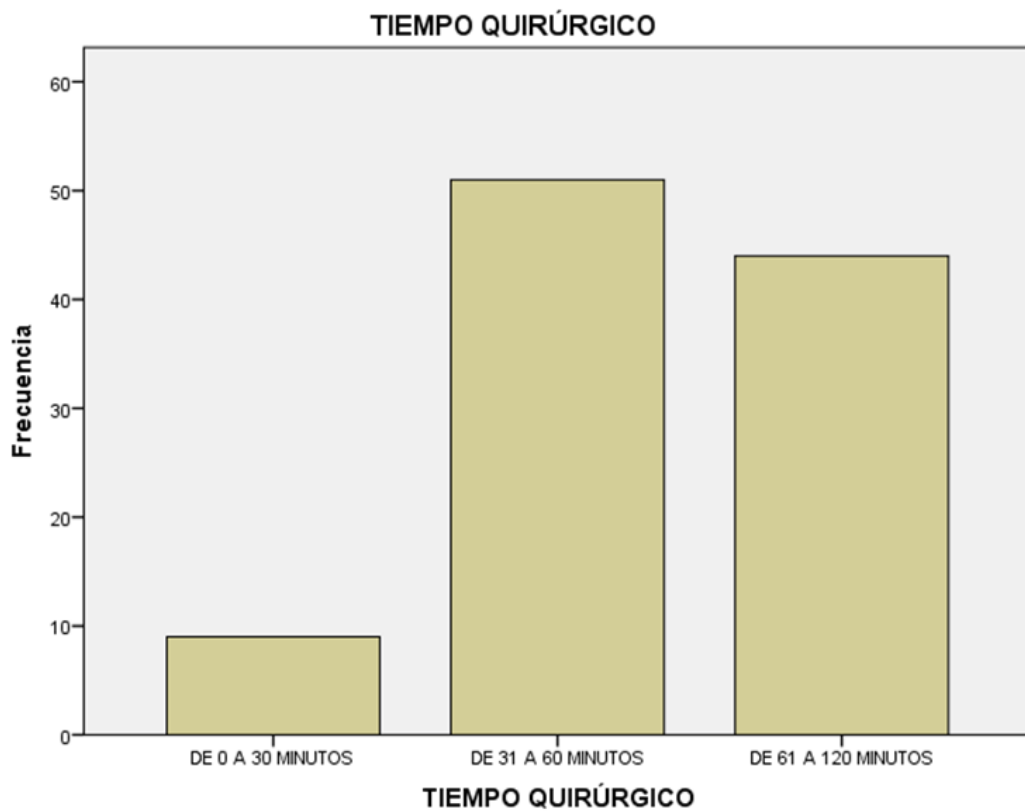
	DE 51 A 69 AÑOS	35	21,0	22,2	59,5
	MAYOR A 69 AÑOS	64	38,3	40,5	100,0
	Total	158	94,6	100,0	
Perdidos	Sistema	9	5,4		
Total		167	100,0		



TIEMPO QUIRÚRGICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	DE 0 A 30 MINUTOS	9	5,4	8,7	8,7
	DE 31 A 60 MINUTOS	51	30,5	49,0	57,7

	DE 61 A 120 MINUTOS	44	26,3	42,3	100,0
	Total	104	62,3	100,0	
Perdidos	Sistema	63	37,7		
Total		167	100,0		



DISCUSIÓN

En la tabla de frecuencia de GRADO DE ENFERMEDAD HEMORROIDAL, se ha evidenciado que el 71.30% son de 3er grado, el 18.60% de 2do grado y el 10.30% son de 4to grado afección.

En la tabla de frecuencia de MOTIVO DE CONSULTA, se evidencia que el 56.90% de los pacientes van por dolor, el 38.90% por hemorragia mientras el 4.20% por prociencia, asisten a las consultas en el hospital Luis Vernaza.

En un porcentaje mínimo del 1.20% existen complicaciones postquirúrgicas a causa de una hemorragia.

Existe un porcentaje medio alto del 61.70% que el seguimiento postoperatorio son de menor o igual a 5 pacientes.

CONCLUSIONES

- Los pacientes con enfermedad hemorroidal grado III, son los frecuentemente intervenidos, representa 72.63%.
- Sólo se ha detectado dos casos de complicaciones postquirúrgicas que fué una hemorragia a un paciente de 48 años y de 53 años de edad ambos de sexo masculino internado en el Hospital Luís Vernaza de la ciudad de Guayaquil.
- La técnica de Parks, minimisa las complicaciones postquirúrgicas.
- El seguimiento postoperatorio mayor a 5 días que equivale al 34.18% de los pacientes dados de alta, mientras que el 65.19% es menor o igual a 5 días que son dados de alta.
- Aplicando correctamente la técnica Parks no se demostró afectaciones en la continencia anal.
- Con la técnica de Parks, el dolor postquirúrgico en mejor tolerado.
- Los pacientes se reincorporan precozmente a sus actividades laborales en un 65%.
- Este procedimiento tiene menor índice de dolor postquirúrgico , basándonos en la escala de EVA.

Bibliografía

1. Minetti ÁM, Pitaco JI, Sarra CA, Alé P, Martínez E. Tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidaria, estudio comparativo entre una técnica convencional y dos de reciente aplicación, REV. ARGENT COLOPROCT. ; 2014.
2. Onieva González FG. Tratamiento quirúrgico de las hemorroides según técnica Miligan Morgan, comparando disección mediante diatermia versus sellado vascular. ; 2014.
3. Azolas M. R. Hemorroidectomía cerrada y semicerrada: Estudio prospectivo aleatorizado. In. Rev. Chilena de Cirugía; 2010. p. 382 - 386.
4. Amarillo HR, Amarillo HA. Hemorroides y sus complicaciones. Cirugía digestiva. In. Argentina p. 1 - 17.
5. Pochet Sánchez L. Hemorroidectomía convencional VRS ligasurf, Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. In.; 2014. p. 309 - 312.
6. Jaramillo LI. B, Bozzo I, Larrachea P, González F. Estudio comparativo entre hemorroidectomía cerrada de Ferguson y hemorroidectomía con LigaSure. In.; 2011. p. 171 - 179.
7. Wolff BG, Fleshman JW, Beck DE, Pemberton JH, Wexner SD. Textbook of colon and rectal surgery. In. New York; 2007. p. 1-22.
8. Gencosmanoglu R, Sad O, Koc D, Inceoglu R. Hemorrhoidectomy: open or closed technique? A prospective, randomized clinical trial. Dis Colon Rectum; 2002.
9. George B, Shetty D, Lindsey I, Mortensen N, Warren B. Histopathology of stapled hemorrhoidectomy specimens. ; 2012.
10. Jaramillo HR, Amarillo HA. HEMORROIDES y SUS COMPLICACIONES. In. Buenos Aires; 2012. p. 1.
11. Thomson WF. The nature of hemorrhoids. Br. J. Surg. In.; 1975. p. 542 - 552.

12. Tan KY, Seow - Choen F. Fiber and colorectal diseases: separating fact from fiction. *World J. Gastroenterol*; 2007.
13. Departamento de salud. Encuesta de salud de Cataluña. Barcelona:, Dirección General de Planificación y Evaluación; 2010 - 2011.
14. Nelson RI, Abcaarian H, Davis FG, Persky V. Prevalence of benign ano-rectal disease in a randomly selected population *Dis Colon Rectum*; 1995.
15. Heltpn WS. Consensus statement on benign ano-rectal disease. *J Gastrointest Surg.*; 2002.
16. Jellema P, Van der Windt DA, Bruinvelts DJ, Mallen CD, Van Weyenberg SJ. Value of symptoms and additional diagnostic tests for colorectal cancer in primary care: systematic review and meta-analysis; 2010.
17. Olde Bekkink M, McCowan C, Falk GA, Teljeur C, Van de Laar FA, Fahey T. Diagnostic accuracy systematic review of rectal bleeding in combination with other symptoms, signs and test in relation to colorectal cancer.; 2010.
18. Minetti ÁM, Pitaco JI, Sarra , Alé P. Tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidaria; 2014.
19. Onieva F, González G. Tratamiento quirúrgico de las hemorroides según técnica Milligan Morgan comprando disección mediante diatermia versus sellado vascular.; 2014.
20. Amarillo HR, Amarillo HA. Hemorroides y sus complicaciones. *Cirugía digestiva*. In. Buenos Aires; 2009. p. 1 - 17.
21. Pochet Sánchez L. Hemorroidectomía convencional VS Ligasure. *Revista médica de Costa Rica y Cenbtroamerica LXXI*. 2014;; p. 309 -312.
22. Jaramillo LI. , Beltrán MA, Bozzo I, Larrachea P, González F. Estudio comparativo entre hemorroidectomía cerrada de Ferguson y hemorroidectomía con LigaSure. *Revista Colombiana*. 2011; 26: p. 171 - 179.

23. Arroyo A, Pérez F, Serrano P, Candela F, Lacueva J, Calpena R. Surgical VS Chemical (botulinum toxin) sphincterotomy for chronic anal fissure: long-term results of a prospective randomized clinical trial and Manometric study. 2005; 189: p. 429 -434.
24. Herschorn S. Female pelvic floor anatomy: The pelvic floor, supporting structures, and pelvic organs. *Revista Urol.* 2004.
25. Khubchandani I, Paonessa N, Azimuddin K. Surgical Treatment of Hemorrhoids. 2009;: p. 95 - 100.
26. Acheson AG, Scholefield JH. Management of haemorrhoids. 2008;: p. 380 -383.
27. Lopez S, López A, Zaballos M, Argente P, Bustos F. Sobre el manejo del dolor agudo postoperatorio en cirugía ambulatoria Madrid; 2012.
28. Giamundo P, Cecchetti W, Esercizio L. Dopple-guided hemorrhoidal laser procedure for the treatment of symptomatic hemorrhoids: experimental background and short-term clinical results of a new mini-invasive treatment-; 2011.
29. Forlini A, Manzelli A, Quaresima S, Forlini M. Long-Term results after rubber band ligation for haemorrhoids. *Int Colorectal Dis.*; 2009.
30. Madoff RD, Fleshman JW. American gastrological association technical review on the diagnosis and treatment of hemorrhoids. *Gastroenterology.*; 2004.
31. Alonso-Coello P, Guyatt G, Heels-Andsell D et al. Fiber for the treatment of hemorrhoidal complications: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 2006; 101:181–188 57.
32. Perera N, Liolitsa D, Iype S et al. Phlebotonics for haemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 15:CD004322
33. Altomare DF, Roveran A, Pecorella G, Gaj F y Stortini E: The treatment of hemorrhoids: Guidelines of the Italian Society of Colorectal Surgery. *Tech Coloproctol* 2006;10:181-86

34. KH, Mosch C, Walgenbach M et al. Efficacy and safety of sclerotherapy with polidocanol foam in comparison with fluid sclerosant in the treatment of first grade haemorrhoidal disease. A randomized, controlled, single blind multicentre trial. *Int J Colorectal Dis.* 2013; 28:1439–1447
35. Takano M, Iwadare J, Ohba H et al. Sclerosing therapy of internal haemorrhoids with a novel sclerosing agent. Comparison with ligation and excision. *Int J Colorectal Dis.* 2006; 21:44–51
36. Awad AE. A prospective randomized comparative study of endoscopic band ligation versus injection sclerotherapy of bleeding internal haemorrhoids in patients with liver cirrhosis. *Arab J Gastroenterol.* 2012; 13:77–81
- 119 Carlos Gracia Roche
BIBLIOGRAFÍA
37. Forlini A, Manzelli A, Quaresima S, Forlini M (2009) Long-term results after rubber band ligation for haemorrhoids. *Int J Colorectal Dis* 24:1007–1010
38. Halverson A. Hemorrhoids. *Clin Colon Rectal Surg.* 2007 May;20(2):77-85. doi: 10.1055/s-2007-977485.
39. Sakr MF LigaSure versus Milligan–Morgan hemorrhoidectomy: a prospective randomized clinical trial. *Tech Coloproctol.* 2010; 14:13–17
40. Milito G, Cadeddu F, Muzi MG, Nigro C, Farinon AM. Hemorrhoidectomy with Ligasure vs conventional excisional techniques: meta-analysis of randomized controlled trials. *Colorectal Dis.* 2010; 12:85–93
- 69.
41. Tjandra JJ, Chan MK. Systematic review on the procedure for prolapse and hemorrhoids (stapled hemorrhoidopexy). *Dis Colon Rectum.* 2007; 50:878– 892
42. Jayaraman S, Colquhoun PH, Malthaner RA. Stapled versus conventional surgery for hemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006

43. Giordano P, Gravante G, Sorge R, Ovens L, Nastro P. Long-term outcomes of stapled hemorrhoidopexy vs conventional hemorrhoidectomy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Surg.* 2009; 144:266–272.
44. Giordano P, Tomasi I, Pascariello A, Mills E, Elahi S. Transanal dearterialization with targeted mucopexy is effective for advanced haemorrhoids. *Colorectal Dis.* 2014. 16:373–376
45. Giamundo P, Cecchetti W, Esercizio L et al. Doppler-guided hemorrhoidal laser procedure for the treatment of symptomatic hemorrhoids: experimental background and short-term clinical results of a new mini-invasive treatment. *Surg Endosc* 2011; 25: 1369-75.
46. Castoro C, Bertinato L, Baccaglioni U, Drace CA, McKee M, with the collaboration of IAAS Executive Committee Members. Day Surgery: making its happen. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2007.
47. Jimenez A, Artigas C, Elia M, Casamayor C., Gracia J.A., Martínez M. «Cancellations in ambulatory day surgery: Ten years observational study». *J. of Ambulatory Surgery* 2006. 12: 119-23.
48. López S, López A, Zaballos M, Argente P, Bustos F, Carrero C, Cía P, de Andrés J, Echeverría M, Gomar C, González J, Isar MC, Jiménez A, Moliner S, Salgado I, Torres LM. Sobre el manejo del dolor agudo postoperatorio en cirugía ambulatoria. 2º Edición. Madrid. 2012. ISBN: 978-84-92977-29-1
49. American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. Practice Guidelines for acute pain management in the perioperative setting. *Anesthesiology* 2004; 100(6): 1573-81.
50. Macaire P, Gentili M. Pain management and ambulatory surgery. *Ann Fr Anesth Reanim* 2009; 28(3):e127-33.
51. Englbrecht JS, Pogatzki-Zahn EM. Pain management after ambulatory surgery in Germany. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2010; 45(1): 44-55

52. Mattila K, Hynynen M; Intensium Consortium Study Group. Day surgery in Finland: a prospective cohort study of 14 day-surgery units. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009; 53(4): 455-63.

ANEXOS

#	EDAD	SEXO	HC	MOTIVO DE CONSULTA	GRADO DE ENFERMEDAD HEMORROIDAL	TIEMPO QUIRÚRGICO	COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS	SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO
1								
2	48	HOMBRE	2598091	HEMORRAGIA	GRADO III	90	HEMORRAGIA	MENOR O IGUAL A 5
3	71	MUJER	2152921	DOLOR	GRADO III	60		MAYOR A 5
4	37	HOMBRE	2829081	DOLOR	GRADO III	65		MENOR O IGUAL A 5
5	55	MUJER	2985501	DOLOR	GRADO II	90		MENOR O IGUAL A 5
6	52	MUJER	2573721	HEMORRAGIA	GRADO III	51		MENOR O IGUAL A 5
7	41	MUJER	1750861	DOLOR	GRADO III	70		MENOR O IGUAL A 5
8	45	MUJER		DOLOR	GRADO III	60		MAYOR A 5
9	27	MUJER		HEMORRAGIA	GRADO II	85		MENOR O IGUAL A 5
10	51	HOMBRE		PROCIDENCIA	GRADO IV	45		MENOR O IGUAL A 5
11	59	MUJER	2531531	HEMORRAGIA	GRADO III	60		MAYOR A 5
12	33	HOMBRE	1907341	HEMORRAGIA	GRADO III	60		MENOR O IGUAL A 5
13	43	HOMBRE	2505741	DOLOR	GRADO III	30		MENOR O IGUAL A 5
14	29	MUJER	2981781	DOLOR	GRADO II	70		MENOR O IGUAL A 5
15	32	HOMBRE	2564261	HEMORRAGIA	GRADO III	55		MENOR O IGUAL A 5
16	46	HOMBRE	2145341	DOLOR	GRADO III	55		MENOR O IGUAL A 5
17	57	MUJER	2477891	HEMORRAGIA	GRADO III	26		MENOR O IGUAL A 5
18	51	HOMBRE	613801	DOLOR	GRADO III	72		MENOR O IGUAL A 5
19	43	MUJER	2575391	DOLOR	GRADO III	60		MAYOR A 5
20	59	MUJER	2534921	PROCIDENCIA	GRADO IV	95		MAYOR A 5
21	44	MUJER	2320861	DOLOR	GRADO III	50		MENOR O IGUAL A 5
22	43	MUJER	2496261	HEMORRAGIA	GRADO III	40		MAYOR A 5
23	22	HOMBRE	2345911	DOLOR	GRADO III	70		MAYOR A 5
24	24	HOMBRE	1646341	HEMORRAGIA	GRADO III	60		MENOR O IGUAL A 5
25	49	HOMBRE	2531411	PROCIDENCIA	GRADO III	45		MAYOR A 5
26	53	MUJER	2430251	DOLOR	GRADO III	52		MAYOR A 5
27	60	MUJER	192931	DOLOR	GRADO III	95		MENOR O IGUAL A 5
28	42	MUJER	2471131	HEMORRAGIA	GRADO III	55		MENOR O IGUAL A 5
29	31	MUJER	2498741	DOLOR	GRADO III	45		MAYOR A 5
30	31	HOMBRE	715451	HEMORRAGIA	GRADO IV	75		MENOR O IGUAL A 5

#	EDAD	SEXO	HC	MOTIVO DE CONSULTA	GRADO DE ENFERMEDAD HEMORROIDAL	TIEMPO QUIRÚRGICO	COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS	SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO
31	39	HOMBRE	3133941	DOLOR	GRADO III	90		MENOR O IGUAL A 5
32	42	MUJER	2682671	HEMORRAGIA	GRADO II	60		MENOR O IGUAL A 5
33	44	MUJER	1445891	HEMORRAGIA	GRADO III	80		MAYOR A 5
34	32	HOMBRE	2944561	DOLOR	GRADO II	55		MAYOR A 5
35	37	MUJER	1912171	DOLOR	GRADO III	55		MENOR O IGUAL A 5
36	41	MUJER	952561	DOLOR	GRADO III	60		MENOR O IGUAL A 5
37	35	HOMBRE	3098911	HEMORRAGIA	GRADO III	55		MENOR O IGUAL A 5
38	51	MUJER	673971	DOLOR	GRADO II	90		MENOR O IGUAL A 5
39	28	MUJER	2606721	DOLOR	GRADO III	70		MENOR O IGUAL A 5
40	67	MUJER	2846941	HEMORRAGIA	GRADO III	67		MENOR O IGUAL A 5
41	64	MUJER	679051	DOLOR	GRADO III	25		MAYOR A 5
42	59	HOMBRE	1277341	DOLOR	GRADO III	55		MENOR O IGUAL A 5
43	52	HOMBRE	2445551	DOLOR	GRADO III	65		MENOR O IGUAL A 5
44	57	MUJER	2590351	HEMORRAGIA	GRADO III	100		MENOR O IGUAL A 5
45	63	HOMBRE	2500401	DOLOR	GRADO III	20		MENOR O IGUAL A 5
46	66	HOMBRE	2877211	HEMORRAGIA	GRADO IV	45		MENOR O IGUAL A 5
47	71	MUJER	2594511	DOLOR	GRADO III	40		MENOR O IGUAL A 5
48	76	MUJER	2667341	HEMORRAGIA	GRADO III	40		MENOR O IGUAL A 5
49	23	HOMBRE	3134281	HEMORRAGIA	GRADO II	60		MENOR O IGUAL A 5
50	56	HOMBRE	2427901	HEMORRAGIA	GRADO IV	40		MAYOR A 5
51	22	MUJER	1042641	HEMORRAGIA	GRADO III	50		MAYOR A 5
52	27	HOMBRE	2562781	HEMORRAGIA	GRADO IV	70		MAYOR A 5
53	45	MUJER	809621	DOLOR	GRADO II	70		MENOR O IGUAL A 5
54	34	MUJER	673411	DOLOR	GRADO II	55		MENOR O IGUAL A 5
55	56	HOMBRE	1837821	HEMORRAGIA	GRADO III	56		MENOR O IGUAL A 5
56	68	HOMBRE	2273281	PROCIDENCIA	GRADO II	60		MAYOR A 5
57	48	MUJER	2821801	DOLOR	GRADO III	40		MENOR O IGUAL A 5
58	41	MUJER	1531161	DOLOR	GRADO II	65		MENOR O IGUAL A 5
59	41	HOMBRE	2806131	HEMORRAGIA	GRADO III	70		MENOR O IGUAL A 5
60	39	HOMBRE	2966961	DOLOR	GRADO III	30		MENOR O IGUAL A 5

#	EDAD	SEXO	HC	MOTIVO DE CONSULTA	GRADO DE ENFERMEDAD HEMORROIDAL	TIEMPO QUIRÚRGICO	COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS	SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO
61	50	HOMBRE	693091	DOLOR	GRADO II	45		MAYOR A 5
62	53	HOMBRE	2743621	DOLOR	GRADO II	70		MENOR O IGUAL A 5
63	45	HOMBRE	1777301	HEMORRAGIA	GRADO III	50		MENOR O IGUAL A 5
64	43	HOMBRE	1723371	DOLOR	GRADO III	19		MENOR O IGUAL A 5
65	45	HOMBRE	2812701	DOLOR	GRADO III	70		MENOR O IGUAL A 5
66	44	MUJER	2671431	HEMORRAGIA	GRADO III	80		MAYOR A 5
67	53	MUJER	2919641	HEMORRAGIA	GRADO III	70		MENOR O IGUAL A 5
68	45	MUJER	1995901	HEMORRAGIA	GRADO III	70		MENOR O IGUAL A 5
69	58	HOMBRE	3126071	DOLOR	GRADO III	70		MAYOR A 5
70	49	HOMBRE	867331	HEMORRAGIA	GRADO II	75		MENOR O IGUAL A 5
71	50	MUJER	2338301	HEMORRAGIA	GRADO IV	75		MAYOR A 5
72	32	HOMBRE	2566461	DOLOR	GRADO II	60		MENOR O IGUAL A 5
73	30	HOMBRE	2512791	HEMORRAGIA	GRADO IV	55		MAYOR A 5
74	39	MUJER	2354361	HEMORRAGIA	GRADO III	60		MENOR O IGUAL A 5
75	33	HOMBRE	1709921	DOLOR	GRADO II	60		MENOR O IGUAL A 5
76	37	HOMBRE	1052491	HEMORRAGIA	GRADO III	95		MAYOR A 5
77	40	HOMBRE	330781	HEMORRAGIA	GRADO II	60		MENOR O IGUAL A 5
78	66	HOMBRE	2348531	DOLOR	GRADO III	100		MAYOR A 5
79	53	HOMBRE	2548921	DOLOR	GRADO III	60	HEMORRAGIA	MAYOR A 5
80	32	HOMBRE	3098913	DOLOR	GRADO IV	45		MAYOR A 5
81	54	HOMBRE	2532351	HEMORRAGIA	GRADO III	80		MENOR O IGUAL A 5
82	61	MUJER	1961111	HEMORRAGIA	GRADO III	80		MENOR O IGUAL A 5
83	70	MUJER	2526181	HEMORRAGIA	GRADO III	40		MENOR O IGUAL A 5
84	77	MUJER	2247331	DOLOR	GRADO III	60		MENOR O IGUAL A 5
85	36	HOMBRE	999031	HEMORRAGIA	GRADO III	75		MAYOR A 5
86	29	MUJER	2809191	DOLOR	GRADO II	54		MENOR O IGUAL A 5
87	70	MUJER	2820101	HEMORRAGIA	GRADO III	45		MENOR O IGUAL A 5
88	31	MUJER	1181341	HEMORRAGIA	GRADO III	65		MENOR O IGUAL A 5
89	60	MUJER	114891	DOLOR	GRADO III	70		MAYOR A 5
90	57	MUJER	245241	DOLOR	GRADO III	60		MAYOR A 5

#	EDAD	SEXO	HC	MOTIVO DE CONSULTA	GRADO DE ENFERMEDAD HEMORROIDAL	TIEMPO QUIRÚRGICO	COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS	SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO
91	81	MUJER	2552741	DOLOR	GRADO III	55		MENOR O IGUAL A 5
92	44	MUJER	2533611	HEMORRAGIA	GRADO IV	90		MAYOR A 5
93	25	MUJER	2309491	DOLOR	GRADO II	45		MENOR O IGUAL A 5
94	49	MUJER	3073161	HEMORRAGIA	GRADO III	40		MAYOR A 5
95	55	HOMBRE	241891	DOLOR	GRADO III	70		MAYOR A 5
96	54	MUJER	2661721	HEMORRAGIA	GRADO III	40		MAYOR A 5
97	38	HOMBRE	2428531	DOLOR	GRADO III	75		MENOR O IGUAL A 5
98	38	HOMBRE	2428531	DOLOR	GRADO III	75		MENOR O IGUAL A 5
99	73	HOMBRE	1842901	DOLOR	GRADO III	80		MENOR O IGUAL A 5
100	67	HOMBRE	2367301	HEMORRAGIA	GRADO III	60		MAYOR A 5
101	57	HOMBRE	2416321	HEMORRAGIA	GRADO III	67		MENOR O IGUAL A 5
102	68	HOMBRE	2866351	HEMORRAGIA	GRADO III	70		MENOR O IGUAL A 5
103	42	HOMBRE	1107051	DOLOR	GRADO III	65		MENOR O IGUAL A 5
104	56	HOMBRE	3099791	DOLOR	GRADO III	100		MENOR O IGUAL A 5
105	57	MUJER	2707381	HEMORRAGIA	GRADO III	45		MENOR O IGUAL A 5
106	62	HOMBRE	127351	HEMORRAGIA	GRADO III	85		MENOR O IGUAL A 5
107	32	HOMBRE	3061331	DOLOR	GRADO III	60		MENOR O IGUAL A 5
108	30	HOMBRE	2427251	HEMORRAGIA	GRADO III	45		MAYOR A 5
109	57	MUJER	567031	DOLOR	GRADO III	60		MENOR O IGUAL A 5
110	68	MUJER	2242581	HEMORRAGIA	GRADO II	40		MENOR O IGUAL A 5
111	68	MUJER	2483371	PROCIDENCIA	GRADO III	80		MAYOR A 5
112	42	MUJER	2482101	DOLOR	GRADO III	80		MAYOR A 5
113	37	MUJER	2677551	HEMORRAGIA	GRADO IV	54		MENOR O IGUAL A 5
114	48	MUJER	160251	DOLOR	GRADO III	60		MENOR O IGUAL A 5
115	49	MUJER	1799001	HEMORRAGIA	GRADO III	40		MENOR O IGUAL A 5
116	65	MUJER	2364481	DOLOR	GRADO III	100		MENOR O IGUAL A 5
117	63	HOMBRE	617291	DOLOR	GRADO III	98		MAYOR A 5
118	39	HOMBRE	2765201	HEMORRAGIA	GRADO II	81		MAYOR A 5
119	22	MUJER	2337341	DOLOR	GRADO IV	60		MAYOR A 5
120	43	MUJER		DOLOR	GRADO III	65		MAYOR A 5

#	EDAD	SEXO	HC	MOTIVO DE CONSULTA	GRADO DE ENFERMEDAD HEMORROIDAL	TIEMPO QUIRÚRGICO	COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS	SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO
121	54	MUJER	1325771	DOLOR	GRADO III	55		MAYOR A 5
122	48	MUJER	1121521	HEMORRAGIA	GRADO II	60		MAYOR A 5
123	33	HOMBRE	1072581	DOLOR	GRADO III	46		MENOR O IGUAL A 5
124	55	HOMBRE	1700171	DOLOR	GRADO III	65		MAYOR A 5
125	58	MUJER	460441	HEMORRAGIA	GRADO IV	55		MENOR O IGUAL A 5
126	51	MUJER	2328021	DOLOR	GRADO III	85		MAYOR A 5
127	51	MUJER	2545231	HEMORRAGIA	GRADO IV	70		MENOR O IGUAL A 5
128	61	HOMBRE	2918011	DOLOR	GRADO III	85		MENOR O IGUAL A 5
129	32	HOMBRE	2568181	DOLOR	GRADO III	65		MENOR O IGUAL A 5
130	48	MUJER	1483851	HEMORRAGIA	GRADO IV	90		MAYOR A 5
131	35	MUJER	2361791	DOLOR	GRADO III	70		MENOR O IGUAL A 5
132	57	HOMBRE	2237151	DOLOR	GRADO II	55		MENOR O IGUAL A 5
133	41	MUJER	2294681	DOLOR	GRADO II	60		MENOR O IGUAL A 5
134	73	MUJER	2145441	DOLOR	GRADO IV	70		MAYOR A 5
135	54	MUJER	3004321	HEMORRAGIA	GRADO III	85		MAYOR A 5
136	65	MUJER	527981	DOLOR	GRADO III	80		MENOR O IGUAL A 5
137	55	MUJER	1794921	PROCIDENCIA	GRADO III	50		MAYOR A 5
138	46	MUJER	2409541	DOLOR	GRADO II	30		MENOR O IGUAL A 5
139	55	MUJER	1196881	HEMORRAGIA	GRADO III	95		MAYOR A 5
140	47	HOMBRE	2120041	HEMORRAGIA	GRADO III	25		MENOR O IGUAL A 5
141	47	HOMBRE	2741821	DOLOR	GRADO III	60		MENOR O IGUAL A 5
142	54	HOMBRE	2682121	DOLOR	GRADO III	25		MENOR O IGUAL A 5
143	32	MUJER	3061331	DOLOR	GRADO III	50		MENOR O IGUAL A 5
144	43	MUJER	2743771	DOLOR	GRADO III	35		MAYOR A 5
145	49	MUJER	1264631	HEMORRAGIA	GRADO III	25		MENOR O IGUAL A 5
146	27	MUJER	1973311	PROCIDENCIA	GRADO III	70		MENOR O IGUAL A 5
147	38	MUJER	958561	HEMORRAGIA	GRADO III	75		MENOR O IGUAL A 5
148	70	HOMBRE	1751481	DOLOR	GRADO III	40		MENOR O IGUAL A 5
149	56	HOMBRE	3120361	DOLOR	GRADO II	45		MENOR O IGUAL A 5
150	68	MUJER	2433471	DOLOR	GRADO II	53		MENOR O IGUAL A 5
151	30	HOMBRE	90991	DOLOR	GRADO II	120		MAYOR A 5
152	42	HOMBRE	2374351	DOLOR	GRADO III	60		MENOR O IGUAL A 5
153	33	HOMBRE	2232641	HEMORRAGIA	GRADO III	50		MAYOR A 5
154	57	MUJER	676891	DOLOR	GRADO III	75		MAYOR A 5
155	30	MUJER	637061	HEMORRAGIA	GRADO II	95		MENOR O IGUAL A 5
156	24	MUJER	2650711	DOLOR	GRADO III	60		MENOR O IGUAL A 5
157	61	MUJER	2667211	HEMORRAGIA	GRADO III	60		MENOR O IGUAL A 5
158	62	MUJER	2635511	DOLOR	GRADO III	35		MENOR O IGUAL A 5