



**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas
UNAN – Managua
Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños.**

Tesis para optar al título de especialista en cirugía general.

BENEFICIO DEL TRATAMIENTO CON ESCLEROTERAPIA EN LA ENFERMEDAD HEMORROIDAL INTERNA GRADO I Y II. EN EL HOSPITAL MILITAR ESCUELA «DR. ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS». EN EL PERIODO DE ENERO DEL 2014 A DICIEMBRE 2014.

Autor.

Dr. Andy Espinoza Moncada.

Residente del IV año de cirugía general.

Tutor

Tnte .pro. (CMM) Dr. Francisco Raúl Fonseca González.

Cirujano coloproctólogo.

Managua, Nicaragua – 27 Marzo 2015.

INDICE

	i. Dedicatoria.	
	ii. Agradecimientos.	
	iii. Opinión del tutor.	
	iv. Resumen.	
I.	Introducción. -----	1
II.	Marco teórico -----	2
III.	Antecedentes.-----	31
IV.	Planteamiento del problema -----	33
V.	Justificación -----	34
VI.	Objetivos -----	35
VII.	Material y método -----	36
VIII.	Resultados -----	39
IX.	Análisis de los resultados -----	42
X.	Conclusiones -----	44
XI.	Recomendaciones -----	45
XII.	Bibliografía -----	46
XIII.	Anexos -----	47

1-Ficha de recolección de datos.

i. Dedicatoria

Dedico este trabajo a Dios sobre todas las cosas porque me ha permitido culminar y avanzar durante este camino en mi vida, a mi familia porque de manera incondicional me han apoyado y han contribuido a mi formación como profesional.

ii. Agradecimiento

Agradezco a Dios primeramente por darme la oportunidad de concluir y perseverar durante estos cuatro años de estudios, al igual que doy gracias a todos los que estuvieron apoyándome día a día en esta nueva etapa de mi vida al igual que a mi madre Adela Moncada, mi padre Leonel Espinoza, mis hermanas Miladys y Leonela, a mis maestros con mucho respeto.

Dr. Solórzano Dr. Esquivel Dr. López. Dr., Mairena
Dr. Turcios Dr. Castillo. Dr. Altamirano, Dr. Romero
Manfut, Dr. Fonseca, Dr. soto Dr. zapata Dr. Gurdián
Dr. Aguilar, Dr. Arguelló, Dr. Álvarez, Dr. Porras y
compañeros residentes, Marisol, Roderick, Elvin, Carlos,
Frech. Torres, Soza, Aguirre, Yessenia, Somarriba,
Bellanguer, Gómez, Neira, Montenegro, Pérez.

iii. Resumen.

El presente trabajo monográfico tuvo como objetivo general Describir los beneficios del tratamiento con escleroterapia en la enfermedad hemorroidal interna grado I y II. En el hospital militar escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”. En el periodo de enero a diciembre del 2014.

Este estudio fue descriptivo de corte transversal y retrolectivo. Se tomó muestra de 30 pacientes con enfermedad hemorroidal interna grado I y II, los criterios de inclusión que se tomaron son: todos los pacientes con enfermedad hemorroidal interna grado I y II, que se le realizo escleroterapia.

Dentro de los resultados encontramos que en relación a edad de los pacientes seleccionados en el estudio, comprenden las edades entre 25 a 75 años, encontrando una mediana de 37.5 años para quienes recibieron tratamiento con escleroterapia.

Con respecto al sexo encontramos que el 67 % de los pacientes tratados con escleroterapia corresponden al sexo masculino, y sexo femenino representan un 33.3% del total del estudio. En relación al grado de hemorroides encontramos que el 77% corresponden a grado uno y grado dos el 23.3% del total de pacientes.

Treinta pacientes fueron tratados con escleroterapia equivalente al 100% de los incluidos en el estudio, reflejando que el 100% de los pacientes tratados con escleroterapias resolvieron la fase aguda de la enfermedad.

Un 78% de los pacientes tratados con escleroterapia no presento recidiva antes de los tres meses después de la infiltración con polidocanol, sin embargo un 23% presento recidiva después de los tres meses.

De los 30 pacientes tratados con escleroterapia encontramos que ninguno de ellos presento complicaciones durante ni después del procedimiento representando el 100%. Por lo que concluimos en nuestro estudio que la esclerosis hemorroidal en la enfermedad hemorroidal interna grado I-II, es altamente efectiva para el control de los síntomas de la enfermedad ya que se ha confirmado y de mostrado que existe una baja tasa de complicaciones y no necesita incapacidad laboral como fue demostrado en el estudio que hemos realizado.

Introducción.

La palabra hemorroide (haima=sangre, rhoos=fluir), deriva del adjetivo griego haimorrhoides. (1 , 2)

La enfermedad hemorroidal (EH) es un problema de salud mundial la prevalencia de esta enfermedad se calcula entre 4 y 34%, en el Reino Unido se estima que a partir de los 50 años de edad, casi 50% de las personas ha presentado una crisis hemorroidal a través de los años se han planeado un sin número de tratamientos para la enfermedad hemorroidal. Como parte del tratamiento no quirúrgico de la enfermedad hemorroidal se incluye: El manejo de la dieta y los suplementos de fibra y algunos medicamentos de aplicación tópica.

Debido a que los medicamentos (combinación de anestésico local y esteroides) tienen pocos efectos colaterales (reacción alérgica local), pueden utilizarse con relativa seguridad, sin embargo su uso crónico puede llevar a una dermatitis crónica.(1 ,2)

Las técnicas de destrucción tisular local, se realizan en el consultorio y constituyen una alternativa para el tratamiento de esta patología.

Las más utilizadas actualmente y que cuentan con evidencia suficiente para recomendar su aplicación son:

- a) Escleroterapia
- b) Fotocoagulación con rayos infrarrojos.
- c) Ligadura con bandas elásticas.
- d) hemorroidectomía.
- e) tratamiento médico.

MARCO TEORICO.

La enfermedad hemorroidal se define como la dilatación varicosa de los plexos hemorroidales del conducto anal con la aparición de signos y síntomas; se estima que en los hombres existe una frecuencia dos veces mayor que en las mujeres. (1, 2)

La incidencia de esta enfermedad se incrementa con la edad, de tal manera que se calcula que 50% de las personas mayores de 50 años han desarrollado algún grado de enfermedad hemorroidal; sin embargo, puede presentarse en cualquier edad(1, 2)

La distribución de esta enfermedad es mundial, aunque parece haber una mayor frecuencia en países desarrollados. Se han señalado una gran variedad de factores predisponentes asociados a la aparición de enfermedad hemorroidal tales como la herencia, posición erecta, ausencia de válvulas en los plexos hemorroidales, hiperfunción del esfínter anal interno y obstrucción del retorno venoso provocado por aumento de la presión intra abdominal. (1,2)

El aumento de la presión portal hepática, puede ocasionar congestión del plexo hemorroidal interno.

El embarazo agrava la enfermedad hemorroidal preexistente.

Los pacientes que presentan diarreas crónicas y hemorroides deben ser correctamente evaluados, para descartar enfermedad inflamatoria intestinal.

La enfermedad hemorroidal es un proceso crónico, de carácter evolutivo, existen periodos de exacerbación de los síntomas y pueden aparecer en cualquier momento de la historia natural de la enfermedad complicaciones agudas (2)

Existen diversas modalidades de tratamiento de la enfermedad hemorroidal; sin embargo, el primer paso de cualquier tratamiento exitoso consiste en establecer un diagnóstico correcto, por lo que es indispensable realizar una historia clínica adecuada y una exploración proctológica completa, que debe incluir rectosigmoidoscopia rígida, para descartar otros padecimientos ano-rectales, que pueden tener signos y síntomas similares a los de la enfermedad hemorroidal, incluso descartar la posibilidad de una neoplasia colorrectal o enfermedad inflamatoria intestinal. (2)

Las hemorroides, o almorranas, han sido reconocidos y tratada desde la antigüedad. Esta condición representa la presentando con mayor frecuencia la enfermedad anal, el 50-90% de las persona van a tener un episodio de enfermedad hemorroidal. (1)

Epidemiología

El cincuenta por ciento de las personas mayores de 40 años tienen algún grado de enfermedad hemorroidal aunque a medida que progresa la edad no progresa el porcentaje de personas con esta patología, durante la infancia y en adolescentes es realmente extraña la aparición de este problema. (2)

El sexo no influye, ya que es muy similar la incidencia en varones y mujeres.

Se ve más frecuentemente relacionada a las sociedades occidentales, muy posiblemente asociado al bajo Consumo de fibras.

En los Estados Unidos de Norteamérica más de 10 Millones de personas padecen de problemas hemorroidales, con una prevalencia aproximada al 4.4%, de ellos asiste a consulta más de 1/3 de los afectados, con más de 1.5 millones de prescripciones médicas y una tasa de intervenciones de más o menos 12.9 por millón de habitantes. (1, 2)

La mentablemente dentro de nuestra Iberoamérica no tenemos cifras reales que puedan cotejarse con las antes descritas, pero podríamos inferir por el tipo de

Alimentación de nuestras poblaciones cifras muy similares a las de los Estados Unidos, aunque en algunos estratos sociales éstas podrían ser diferentes.

Etiología

Como comentábamos en la definición de la enfermedad hemorroidal no se ha podido definir de manera exacta la etiopatogenia de esta patología. (2)

Las teorías más antiguas y sencillas explicaban que la enfermedad hemorroidal no era más que várices de los plexos hemorroidales. Ya en el siglo XIX y de manera más precisa Velpeau en 1826, luego Malgaigne (1837), Bourgery (1848) y Crouveihier (1852) consideraban que las hemorroides eran una «Metaplasma mística de tipo hemangiomaso, con los caracteres de un tejido extraordinariamente engrosado» que en 1928 Stieve demostraba que formaba parte del mecanismo de la continencia.

El año 1962 Staubesand y Stelzner remarcaban el concepto hemangiomaso en la definición de cuerpo esponjoso rectal, demostrando comunicaciones arteriovenosas.(8)

Los nuevos conceptos elaborados por Thomson señalan que estos cojinetes están fijados a la pared muscular. Luego Haas demuestra que la pérdida del tejido conectivo que fija los plexos a la pared muscular es la principal causa del prolapso de ellos y es éste el que conduce a la aparición de los síntomas de la enfermedad por lo tanto, todo elemento que provoque alteración del tejido conectivo y la pérdida de fijación de los cojinetes es agente causal de la enfermedad hemorroidal. En resumen los hallazgos de Thomson «La presencia de cojines anales sumamente vascularizados, consistentes en masas específicas de submucosa compacta, que contienen vasos sanguíneos, músculo liso y tejido conectivo» plantean que las hemorroides no son más que «El deslizamiento del recubrimiento de esta porción del canal anal». Además el concepto de ¡Síndrome de obstrucción fecal!, que no es más que «Alteraciones anatómicas y funcionales que causan dificultad o incapacidad para evacuar heces formadas», remarca la teoría de Thomson, para la producción de la enfermedad hemorroidal, ya que con este síndrome el descenso o prolapso de la pared es algo evidente, y esto puede ser evidenciado en algunas defecografías dinámicas de pacientes muy jóvenes sin patología aparente. Por estos motivos hoy en día la teoría de Thomson parece ser la que refleja de manera más acertada la etiopatogenia de la enfermedad hemorroidal. (2,6,8)

Factores predisponentes

En los tratados de proctología de Bacon y Golinger se describen una inmensa lista de predisponentes para la enfermedad hemorroidal, tales como, el embarazo, la hipertensión portal, etc. Todo elemento que provoque la alteración del tejido (2), conectivo y la pérdida de la fijación de los cojinetes es agente causal de enfermedad hemorroidal.

Actualmente se reconocen como factores que deterioran el tejido conectivo: la edad, la herencia, el estreñimiento, el embarazo, etc.

Los antecedentes familiares de problemas hemorroidales familiares son frecuentes en pacientes con esta patología. La edad es una de las principales causas de pérdida del tejido conectivo que fija los cojinetes. El estreñimiento severo se asocia al traumatismo producido por el paso de las heces sobre los plexos. En embarazo es uno de los factores más frecuentemente asociado a enfermedad hemorroidal en mujeres jóvenes; la congestión pelviana provocada por el útero grávido al comprimir las venas iliacas, induce la aparición de hemorroides externas y congestivas en el puerperio la mayoría de éstas desaparecen.

También se asocian a la producción de enfermedad hemorroidal, las diarreas a repetición, el estar de pie o sentado por mucho tiempo.

La hipertensión portal no es causa importante de crecimiento de los plexos hemorroidales. Muchos autores han afirmado que en enfermos con cirrosis hepática avanzada e hipertensión portal con ascitis sólo el 28% presentan enfermedad hemorroidal. (2)

Anatomía y fisiopatología

Los vasos sanguíneos situados por encima de la línea dentada conforman el plexo hemorroidal interno, mientras que los situados distales a la línea dentada conforman el plexo hemorroidal externo. (1,2)

En los estudios anatómicos en fetos y embriones, lo mismo en niños, adolescentes y adultos, encontramos que en el canal anal existen tres paquetes hemorroidales distribuidos de la siguiente manera: un paquete lateral izquierdo, uno derecho anterolateral y uno derecho posterolateral.

Entre estos paquetes se encuentran los plexos accesorios. El flujo sanguíneo de retorno del canal anal se realiza por la vía sistémica y portal, existiendo una red anastomótica entre ambas a nivel de la línea dentada.(1,7,8)

Lo más destacado de la fisiología del canal anal, es la diferencia de motilidad entre la parte proximal y distal de éste; esto lleva a un flujo antiperistáltico de sangre entre los plexos venosos y la disfunción del esfínter anal interno que contribuye a dificultar el vaciamiento del plexo hemorroidal interno, lo que favorecería la formación de la enfermedad hemorroidal.

El aumento de la actividad del esfínter interno, favorece el concepto de una anomalía fisiológica de éste como factor involucrado en el origen de esta patología.

Si a todos estos conceptos agregamos el marcado deslizamiento del revestimiento de este canal, producida por el síndrome de obstrucción fecal, tendremos una idea bastante clara de la fisiopatología de la enfermedad hemorroidal. (1,2 ,3)

Clasificación

- *Hemorroides externas.*

Situadas por debajo de la línea dentada, cubierta por anodermo y con epitelio escamoso.

- *Hemorroides internas.*

Situadas por encima de la línea pectínea, cubierta con mucosa rectal y con epitelio de transición y columnar.

Éstas de acuerdo al grado de prolapso podemos clasificarlas en:

Grado I: Sobresalen únicamente a la luz del canal anal.

Grado II: Sobresalen durante la defecación por fuera del canal anal, pero reducen espontáneamente.

Grado III: Sobresalen durante la defecación por fuera del canal anal, pero requieren de maniobras manuales para su reducción.

Grado IV: Permanecen prolapsadas por fuera del canal anal y son irreductibles. (1,2,8 ,9)

• *Hemorroides mixtas:*

Son las hemorroides que reúnen clínica y anatómicamente elementos de los dos grupos: externos e internos.

Los plicomas hemorroidales, colgajos, apéndices cutáneos, etc.) no guardan relación con vasos hemorroidales aunque se encuentren en la región perianal. (2, 8,9)

Cuadro clínico

La sintomatología de la enfermedad hemorroidal, es muy parecida a la de múltiples patologías benignas o malignas de esta área, esto hace peligroso que la mayoría de los pacientes puedan pensar que todo cuadro clínico que se presenta a este nivel siempre son hemorroides y muchos llegan tardíamente a las consultas con otro tipo de patología. (1,2)

Los síntomas más frecuentes de la enfermedad hemorroidal son:

Sangramiento: Rojo rutilante, indoloro, que se produce al finalizar el acto de defecación. (7)

Prolapso o aumento de volumen:

Produce una sensación de cuerpo extraño dentro del canal anal, con sensación de tenesmo y en múltiples oportunidades

Se asocia a masa que protruye por el ano al terminar la defecación.

Secreción: Se ve frecuentemente asociada a enfermedad hemorroidal de III y IV grado, producto de la secreción producida por la mucosa del prolapso que

Acompaña esta patología.

Prurito: Secundario a la persistencia de la secreción producida por el prolapso mucoso. (1,2, 7)

Dolor:

No es un síntoma asociado frecuentemente a enfermedad hemorroidal. Cuando se presenta casi siempre está asociado a complicaciones tales como trombosis hemorroidal o a otras patologías tales como: fisura anal, abscesos perianales, papilitis o carcinomas anales o rectales. (1,2)

Las complicaciones de la enfermedad hemorroidal producen síntomas muy variados, por eso haremos un enfoque de cada una de ellas. (1,2)

Trombosis hemorroidal:

El mecanismo de producción se debe a la obstrucción de la circulación de las hemorroides externas en el surco interesfintérico, asociada a trombosis de la macro y micro circulación de las venas hemorroidales externas, en este cuadro el principal síntoma es el dolor.

Hemorroides estranguladas:

Es la enfermedad hemorroidal prolapsada, que se inflama secundariamente por la disminución del flujo sanguíneo debido a un espasmo severo del esfínter, en este caso el síntoma inicial es el aumento de volumen asociado a dolor severo.

Enfermedad hemorroidal Diagnóstico

La enfermedad hemorroidal es una enfermedad benigna que se manifiesta de forma cíclica. Es fundamental realizar un diagnóstico correcto y oportuno, ya que no en pocas ocasiones la sintomatología que se le atribuye es manifestación de situaciones más complejas como es un cáncer de recto; llegando a un diagnóstico tardío de éste por considerar que la enfermedad hemorroidal era la causa del sangrado. (2)

Para realizar un diagnóstico adecuado es indispensable realizar con detalle cada fase tanto de la anamnesis como del examen físico.

Historia clínica.

Se debe recabar de manera muy clara los datos del paciente en cuanto al tiempo de evolución, los síntomas de inicio, la recurrencia de los mismos, los cambios del hábito defecatorio, sus antecedentes personales y familiares patológicos, especialmente problemas abdominales y rectales (Poliposis familiar, antecedentes de cáncer rectal) etc. Todos éstos son indicadores valiosos para el diagnóstico.(2)

- **Cronicidad:**

Se considera como patología aguda aquélla con una evolución menor de 2 semanas, y crónica la que tiene una mayor duración y que se presenta con periodos de remisión. Es importante conocer si el paciente ha recibido tratamientos previos o no y cómo ha sido su respuesta a los mismos.

- **Alteraciones del hábito defecatorio:**

Es importante conocer la frecuencia defecatorio del paciente y la consistencia de sus heces; si tiene diarreas sin causa aparente o periodos en los cuales alternen estreñimiento y diarrea y si nota la presencia de moco, sangre o disminución del calibre de sus heces fecales, también debemos averiguar si el Paciente toma rutinariamente laxantes y qué tipo de ello utiliza. (2)

- Tipo de sangrado:

Las características del sangrado son de gran ayuda, la sangre roja rutilante proviene generalmente del tercio inferior del recto o del canal anal. Sangrado de coloración vinosa o más oscura tiene origen más alto.

Es necesario conocer si se manifiesta como una franca hemorragia o simplemente son estrías o goteo constante; si la sangre está en las heces o fuera de ellas.

- Dolor anal:

El dolor puede ser punzante, pulsátil, transdefecatorio, postdefecatorio o continuo; el paciente nos indica la duración del mismo y si se agrava con el estreñimiento o no.

- Prolapso de masas:

El paciente refiere la protrusión de masas a través del ano, que pueden ser únicas o múltiples, especifica su tamaño y si se reducen espontáneamente o debe utilizar maniobras de Valsalva o sus dedos para introducirlas

El prolapso puede ocurrir sólo con la defecación o en cualquier momento del día, especialmente cuando realiza actividades que requieran esfuerzo.

- Evacuación incompleta:

No existe una satisfacción fisiológicamente luego de la defecación y mantiene una sensación de evacuación incompleta.

- Prurito anal:

Puede ser permanente o presentarse por periodos y puede ser más intenso en la noche sobre todo si se asocia a parasitosis. Suele acompañarse de una sensación de humedad en la zona anal, notándose la presencia de secreción serosa o purulenta (en caso de fístulas), provocando el escozor y la irritación Situación conocida como ano húmedo. (1,2 ,6,7)

- Tumefacción:

Una tumefacción se evidencia con facilidad y puede ser dolorosa o no, impidiendo al paciente realizar su actividad normal o sentarse; puede Acompañarse de fiebre o malestar general; son datos claros que nos ayudan en el diagnóstico.

- Continencia:

Es importante conocer si el paciente es capaz de controlar los gases, las heces sólidas o líquidas y si presenta algún tipo de escurrimiento que provoque manchado de la ropa interior.

- Síntomas abdominales:

El dolor abdominal, presencia de flatulencia, vómitos, anorexia, baja de peso y cualquier sintomatología abdominal nos orientará a buscar otras patologías más cruciales que la enfermedad hemorroidal y evitaremos atribuir erróneamente la clínica del paciente a una patología anal.

Examen físico.

La exploración proctológica es una experiencia algo embarazosa para la mayoría de los pacientes y con mayor razón si se suman el dolor o la angustia que el individuo puede percibir; de manera que es conveniente explicar al paciente lo que se le va a realizar y proporcionarle una

atmósfera confortable para conseguir que se relaje, colabore y que no exista una hipertonia del esfínter anal al momento del examen.(1,2)

- Inspección:

Se inicia con la inspección de la zona anal y perianal, la misma que es esencial, ya que el diagnóstico de varias patologías se hace simplemente con mirar; así ocurre con la trombosis hemorroidal, los condilomas acuminados, colgajos cutáneos o plicomas, eritema perianal, orificios fistulosos secundarios, masas tumorales perianales o que protruyan por el orificio anal. Observando la zona coccígea se puede encontrar un absceso pilonidal. También se puede observar la abertura del orificio anal y constatar si el ano es hipertónico o un ano complaciente.

- Palpación se procede delicadamente a palpar la zona perianal en busca de dolor, tumefacciones, abscesos, trayectos fistulosos. Luego se realiza el tacto rectal que por motivos semiológicos lo podemos dividir en superficial y profundo.

El tacto rectal superficial con el que valoramos tonicidad de esfínter y presencia de dolor, y el tacto rectal profundo que nos permite valorar la presencia de masas tumorales, duras, mamelonadas o ulceradas inconfundibles de un cáncer de recto, así como papilas hipertróficas o pólipos rectales pediculados.

Es importante recalcar que las hemorroides no se diagnostican con el tacto rectal, ya que son formaciones vasculares depresible; únicamente son palpables si se tientan trombos en su interior.

La importancia capital del tacto rectal es la valoración de estructuras extrarrectales en busca de patologías más serias que comprometan al paciente. (1,2)

En el caso del varón se valorará en la cara anterior del recto la próstata y en la mujer el útero. De igual manera se procede con la pared posterior a través de la cual se pueden detectar tumores presacros muy bajos, y dolor en el coxis.

- Anoscopia: Es la exploración fundamental para establecer el diagnóstico de las hemorroides, así como su grado de prolapso la anoscopia es una endoscopia del canal anal que no requiere ninguna preparación especial.

Su realización está indicada si el paciente no tiene patología dolorosa externa

(Trombosis hemorroidal) o una hipertonia marcada, además de dolor al tacto rectal. Si éste es el caso es mejor solucionar la fase aguda y dejar este examen para una segunda cita en la que el paciente lo tolerará sin mayor problema.

Las hemorroides se diagnostican bajo visión directa mediante la anoscopia que nos permite visualizar los paquetes hemorroidales.

El anoscopia se introduce con la adecuada lubricación y siguiendo una trayectoria inicialmente hacia el sacro y luego con dirección hacia el ombligo de manera que no se provoque una iatrogenia. Al momento de retirarlo se mira con más detenimiento las características de la mucosa rectal, prestando atención a la existencia de sangrado o placas blanquecinas de metaplasia secundarias al traumatismo repetitivo del prolapso.

Los paquetes hemorroidales internos se prolapsan dentro de la luz del endoscopio, inclusive si son muy grandes protruyen a través del orificio anal cuando se retira completamente el instrumento(1,2)

Mediante la anoscopia es posible encontrar alguna papila anal hipertrófica y otras patologías asociadas como fisura anal, pólipos pediculados o masas tumorales que son fácilmente diferenciables.

Se complementará el diagnóstico con una rectosigmoidoscopia, no para reforzar el diagnóstico de hemorroides sino para descartar patologías concomitantes y que pudieran manifestarse clínicamente con un sangrado atribuido erróneamente a la enfermedad hemorroidal. Como rutina realizamos rectosigmoidoscopia en todo paciente con antecedentes familiares de patología de colon o recto, en pacientes prequirúrgicos, mayores de 40 años, y en quienes refieran alteraciones del hábito defecatorio, disminución de calibre de heces o heces acintadas, baja de peso o proctorragia de largo tiempo de evolución.

La colonoscopia se realizará en pacientes sobre los 50 años, en aquellos que tengan antecedentes familiares o sintomatología abdominal que amerite su realización. No es un estudio inicial para el diagnóstico de la enfermedad hemorroidal.

La enfermedad hemorroidal en su fase aguda se presenta como una trombosis hemorroidal; cuadro muy doloroso en el que se observa con facilidad la edematización de los paquetes hemorroidales externos e inclusive de los internos que protruyen por el orificio anal.

En ocasiones existe ruptura del epitelio, lo que permite la expulsión espontánea del trombo venoso con un sangrado leve, lo que disminuye notablemente el dolor.

En la fase crónica encontramos síntomas y signos que varían de un paciente a otro. Por ejemplo, eritema perianal, colgajos cutáneos que pueden ser únicos o múltiples; sangrado rojo rutilante, por lo general sin dolor; sensación de humedad anal y prurito. En la anoscopia son evidentes las papilas hipertróficas y el grado de protrusión de los paquetes hemorroidales. Así, se les clasifica en cuatro grados en orden ascendente según aumente su sintomatología y grado de prolapso.(1,2)

Diagnóstico diferencial:

El diagnóstico diferencial debe hacerse con abscesos ano perineales, condilomas

Acuminados, entre otros, que son de fácil diferenciación. Sin embargo, las patologías que más se confunden son:

- Cáncer de recto. Esta patología no puede pasar por alto al hacer un mal diagnóstico de enfermedad hemorroidal.

No es infrecuente que el paciente sea sometido a un tratamiento antihemorroidal de larga duración y pierda un tiempo muy valioso para recibir un tratamiento oncológico adecuado. El 90% de los cánceres de recto bajo se diagnostican con un tacto rectal bien realizado.

El síntoma que más confunde es el sangrado sin dolor que se atribuye a las hemorroides internas.

- Papilas anales hipertróficas: Son formaciones duras, móviles que pueden prolapsarse por el orificio anal y confundir al paciente con hemorroides.
- Pólipos rectales pediculados. Cuando un pólipo rectal tiene un pedículo largo puede ubicarse en la parte superior del canal anal, pero se le diferencia claramente por su superficie afrutillada y sangrante.
- Prolapso rectal. En manos menos expertas el prolapso rectal es confundido con hemorroides internas prolapsadas o trombosis hemorroidal externa; sin embargo su característica mucosa brillante distribuida en círculos, la presencia de luz central, el espesor de la pared rectal y la presencia de un surco que lo separa de la piel anal lo diferencian claramente de las hemorroides. Éstas se presentan como

formaciones individuales, cubiertas unas de mucosa rectal (hemorroides internas) y otras de anodermo con coloración violácea y que tienen continuidad con la piel anal (hemorroides externas).

Se observan con una distribución amanera de racimo de uvas.(1,2,3)

Tratamiento.

El tratamiento de la enfermedad hemorroidal ha sido muy controversial y variado, por este motivo se han experimentado innumerables técnicas que conllevan los más variados comentarios. Por eso trataremos de unificar nuestros criterios dependiendo del tipo y grado de la patología.

Hemorroides externas.

Las hemorroides externas no complicadas, son tratadas de la manera más conservadora, el uso de baños de asiento con agua tibia y pomadas esteroideas locales, mejoran francamente la inflamación de éstas. Si se encuentra asociada a una severa hipertonia del esfínter se anexaran pomadas de dinitrato de isorbide, calcio antagonista, nitroglicerina, nifedipino, etc.

Las cuales disminuirán la contracción patológica del esfínter y por ende mejorarán la sintomatología. A esto tendremos que adjuntar: analgésicos locales y orales, ablandadores de la materia fecal, una dieta adecuada alta en residuos y abundantes líquidos orales.

El tratamiento quirúrgico sólo está indicado cuando se presentan trombosis a repetición, prurito anal incontrolable debido a la dificultad del aseo por la presencia de plicomas y por último por condiciones estéticas. Analicemos un poco la trombosis hemorroidal. Si ésta es simple, con

poco edema el tratamiento ideal es la hemorroidectomía externa simple, con anestesia local y de forma ambulatoria. No es descabellado realizar una Trombectomía, sólo que muchas veces se hace recurrente por la presencia de microtrombos dentro de las venas. Si por el contrario existe un edema marcado, lo ideal es tratar de reducir manualmente este edema con maniobras digitales muy delicadas, si se mantiene el dolor estaría indicada la trombectomía o una hemorroidectomía simple, muy cuidadosa, donde se mantengan adecuadamente los puentes mucosos. Si mejora la molestia deben utilizarse baños de asiento con agua tibia, pomadas esteroideas locales, ablandadores de las heces y analgésicos orales y tópicos. Esta modalidad es muy frecuente en mujeres embarazadas. La prohibición del uso de papel sanitario, el aseo con agua y jabón, o con toallitas lubricadas mejora francamente la sintomatología de los problemas del anodermo. (1,2,3,7,8)

Ante la presencia de una necrosis hemorroidal la conducta es sin duda alguna la reacción quirúrgica del problema. Si el paciente presenta una infección necrotizante perineal secundaria a un problema hemorroidal mal tratado, casi siempre asociada a pacientes inmunocomprometidos por diabetes, SIDA, cáncer, quimioterapia, etc. Exige un tratamiento quirúrgico agresivo, acompañado de un soporte metabólico y antimicrobiano adecuado. Es de hacer notar que esta patología tiene una alta mortalidad y que lo ideal es prevenirla con un manejo adecuado de los problemas hemorroidales. Este consenso considera, que la enfermedad hemorroidal externa es de tratamiento médico. Mientras que en la trombosis hemorroidal se considera que el tratamiento es la exéresis de la hemorroide externa. Aunque «damos tratamiento clínico a la trombosis hemorroidal que tiene su evolución natural a la desinflamación en 7–10 días; la cirugía va en segunda fase, con tejido ya desinflamado y por lo general como el paciente tiene hemorroides mixtas

procedemos con la hemorroidectomía mixta. No operamos trombosis hemorroidales ni hacemos Trombectomía ».

Moción que fue consensada y aceptada por su grado y nivel de evidencia.

Hemorroides internas:

- *Grado 1:*

Estas hemorroides internas, dan muy poca sintomatología, si dan síntomas escasos o si se encuentran casualmente durante la práctica de un examen endoscópico (anoscopia, rectosigmoidoscopia y colonoscopia) las indicaciones son netamente médico-dietéticas: cambios en el hábito alimentario, ingesta abundante de líquidos y ablandadores de heces. Por ende este consenso considera que la enfermedad hemorroidal de primer grado es de *Tratamiento Médico*.

- *Grado 2:*

Todo tratamiento de enfermedad hemorroidal está asociada a indicaciones médico-dietéticas, pero en este caso, ya tenemos una gran variedad de técnicas que se han utilizado, o mejor dicho, se utilizan en el tratamiento de este problema; analicemos los más conocidos. (1,7,8)

INYECCIONES ESCLEROSANTES.

AGENTES ESCLEROSANTES El principal objetivo de la escleroterapia es destruir el endotelio provocando endoesclerosis y un proceso final de fibrosis. Este daño endotelial representa el evento inicial que permite la destrucción de la pared del vaso. El mecanismo de acción de los

agentes esclerosantes parece ser la activación de los procesos tromboplásticos, a través de mecanismos desconocidos, lo cual a su vez activaría la vía extrínseca de la coagulación; por otro lado, el daño endotelial puede dar lugar a la exposición de fibras colágenas subendoteliales, que promueven la adherencia y agregación plaquetaria, iniciando así la vía intrínseca de la coagulación, mediante la activación del factor XII, a través de cualesquiera de los dos mecanismos; el resultado final es la formación de un trombo con la subsecuente organización y fibrosis a través de la destrucción irreversible de las células endoteliales. Una destrucción leve de la pared endotelial provoca trombosis pero sin fibrosis y por lo tanto una recanalización temprana; la destrucción excesiva origina dehiscencia vascular con extravasación de eritrocitos y de la solución esclerosante hacia los tejidos perivasculares, con riesgo de hiperpigmentación y necrosis por los efectos tóxicos directos de la solución esclerosante sobre el tejido. Por lo anterior, es muy importante elegir el agente esclerosante adecuado y en la concentración apropiada. Cada uno de estos agentes tiene su propio mecanismo de acción; de acuerdo a éste y a su estructura química, han sido clasificados en 3 grupos: 1) Soluciones detergentes 2) Soluciones osmóticas 3) Agentes químicos o irritantes Soluciones detergentes: Producen disrupción endotelial por interferencia con la superficie lipídica de las células. El polidocanol es una molécula alifática con una cadena hidrofílica éter, combinada con un alcohol liposoluble o hidrofóbico que le permite aumentar su estabilidad en temperaturas altas. La combinación de moléculas hidrofílica e hidrofóbicas del polidocanol, lo convierten en un agente tenso activo capaz de producir daño endotelial, mediante la interacción con los lípidos de la superficie celular. Una vez que el polidocanol ejerce su acción detergente, sobreviene la formación de un trombo, reorganización del tejido conectivo y la formación final de un cordón fibroso. El polidocanol es menos doloroso comparado con la

solución salina o el sotradecol, bien tolerado por los pacientes, con un riesgo menor de pigmentación. Las soluciones deben ser diluidas apropiadamente como sigue: 0.25% a 0.75% para telangiectasias, 1% para vasos de 1 a 2 mm, y solución al 2% para vasos de 2 a 4mm. Existe una dosis total diaria en el uso del polidocanol basado en el peso corporal (2 mg/kg/día); para un paciente con 70 kg de peso corporal puede aplicársele hasta 140 mg de polidocanol. 140 mg de polidocanol están contenidos en: Polidocanol 0.5%/28mL. Polidocanol 1%/14mL. Polidocanol 2%/7mL. Polidocanol 3%/4.6mL. En México está disponible con el nombre comercial de Farmaflebon (laboratorios Farmasa) en concentraciones al 0.5, 1, 2 y 3%. Soluciones osmóticas: Causan deshidratación endotelial por gradiente osmótico. Encontramos, aquí, la solución salina hipertónica, la solución salina hipertónica más dextrosa (Sclerodex).(4 ,5)

La solución salina hipertónica viene como una solución

De NaCl al 23.4%, con un riesgo bajo de reacciones

Alérgicas, como es una solución salina puede causar sobrecarga de líquidos si se utilizan volúmenes elevados,

Con riesgo de producir úlceras si existe extravasación.

La solución compuesta por solución salina 10%, dextrosa

5%, y propilenglicol, es manufacturada bajo el nombre de Sclerodex; ha tenido un uso limitado porque solamente debe ser utilizada en vasos muy pequeños, menores de 1 mm de diámetro, con posibilidad de causar pigmentación, alergia y necrosis.

Irritantes químicos o agentes cáusticos: Tienen efecto

Tóxico sobre las células endoteliales, producen dolor, necrosis y poca hipersensibilidad, se incluyen:

IodinoPoliodinato (variglobin) y glicerina cromatada (Chromex).

La glicerina cromatada (Chromex, Sclermo), se utiliza para telangiectasias, con un bajo potencial de hiperpigmentación, puede ser dolorosa durante la aplicación.

El Iodino Poliyodinato (variglobin), es el más poderoso de todos los agentes esclerosantes y es empleado en el tratamiento de vasos de mayor calibre. No es apropiado para escleroterapia de vasos pequeños.(5)

Técnica del tratamiento.

Se coloca al paciente en posición apropiada en mesa proctológica, se introduce el anoscopio lubricado, hasta la ampolla rectal, al retirar suavemente este se localizan los paquetes hemorroidales. Estos son pincelados con alcohol 76% para aplicar con posterioridad una inyección submucosa de polidocanol 3% por encima del paquete hemorroidal no excediendo de 1 cc por paquete.(4)

En instituciones de otros países se utiliza una aguja especial para este tratamiento, que consiste en un trocar en forma de L abierta, más gruesa¹² pero en la institución del estudio, como novedad, se realiza este proceder con una aguja de insulina (26 1/2) y una jeringuilla de un cc para la punción de los paquetes hemorroidales con polidocanol 3% mucho más fina. Una vez terminada la esclerosis el paciente se incorporará a su vida cotidiana con excepción de aquellos pacientes con hemorroides grado 4 complicadas que sí requerirán reposo.

Se evaluarán en dependencia del grado de hemorroides y de la evolución del paciente, en una, dos o tres semanas, se valorará en la próxima consulta con anoscopia, si las hemorroides empeoran, no varían, mejoran o curan, entonces se emitirá el alta médica según proceda.

El autor utiliza como esclerosante el hidroxipolietoxidecano o polidocanol al 3%, tenso activo no iónico, que es una sustancia orgánica alifática, exenta de azufre, nitrógeno, metales alcalinos, de elevado peso molecular tanto hidrosoluble como liposoluble. Su principal punto de ataque son los lípidos de la membrana celular.(4)

Se deben tomar en cuenta dos medidas fundamentales a la hora de esclerosar: Antes de inyectar, se debe aspirar, para evitar introducir el medio esclerosante en el lumen del vaso.

La punción no debe ser muy profunda, para que no provoque dolor. En los hombres se evitó la cara anterior del recto para obviar los problemas prostáticos. En cada sesión no se esclerosan más de tres paquetes, repitiéndose esto una vez por semana, quincenal o cada veintiún días según la evolución del paciente. Se incluyeron tanto las hemorroides Grado III y IV como las complicadas que necesitaron previamente curas proctológicas.

Contraindicaciones:

Diabetes, cirrosis, insuficiencia renal, pacientes inmunodeprimidos o SIDA ,Complicaciones: dolor luego de la aplicación (por lo general es por técnica defectuosa), reacciones alérgicas a los agentes esclerosantes, hemorragias, hematurias, abscesos (submucosos, prostáticos y retroperitoneales), sepsis, trombosis hemorroidal externa y fluxión hemorroidal Como complicaciones mayores se han descritos trombosis mesentéricas, abscesos hepáticos y celulitis perineal necrotizante no es un método inocuo.(4)

Complicaciones.

Se han observado reacciones adversas locales como quemazón, dolor, malestar y sensación de presión cuando se tratan hemorroides durante y después de la inyección, especialmente, cuando se encuentran en posición a las 11 en hombre (región prostática). Estas reacciones son de carácter temporal, y pueden durar de 2-3 días en raros casos el tratamiento esclerosante de las hemorroides es indoloro si se utiliza la técnica adecuada, ya que no hay fibras nerviosas sensibles en la región de la inyección.

Fotocoagulación: infrarroja y bipolar, han demostrado tener buenos resultados, pero la limitación de estos procedimientos se asocia a los altos costos.

Ligadura con banda elástica. Es una técnica fácil de usar, de bajo costo y con pocas complicaciones. Lo más importante es no comprometer con la banda elástica el anodermo, es decir la zona distal a la línea dentada, ya que el dolor sería insoportable. Sin ningún tipo de problemas se pueden realizar en el consultorio la ligadura de los tres paquetes en una sola sección.(4,5)

Mucosectomía circular. Algunos cirujanos de colon y recto, basados en que la etiopatogenia de la enfermedad hemorroidal es el deslizamiento del revestimiento del canal anal produciendo un síndrome de obstrucción fecal que se produce desde tempranas etapas de la vida, consideran que la única manera de solucionar un problema que tarde o temprano se exacerbará es el uso temprano de la Mucosectomía circular.

Creemos en este consenso que la indicación precisa para la enfermedad hemorroidal de segundo grado es la *Ligadura con Banda Elástica*, como tratamiento temporal y no definitivo, ya que con la ligadura abordamos únicamente los paquetes hemorroidales grandes y luego tenemos pacientes con nueva sintomatología por sus hemorroides residuales.

• *Grado III y Grado IV:*

La enfermedad hemorroidal avanzada es sin duda alguna conducta quirúrgica, en estas etapas vemos las diferentes posiciones en relación al tratamiento desde las muy conservadoras sostenidas por cirujanos coloproctólogos que no se atreven a modificar sus conductas, hasta los muy osados que de manera indiscriminada modifican los procedimientos de forma poco adecuada. Haremos un resumen de las múltiples técnicas utilizadas en esta patología: Dilatación anal de Lord: Procedimiento que en 1968 se implementó, y que consiste en la dilatación pluridigital del ano. Esta técnica tiene un sinnúmero de complicaciones, entre ellas las lesiones múltiples y permanentes del esfínter anal interno, produciendo Incontinencia en una gran cantidad de los pacientes en los cuales se aplicaba esa técnica Por este motivo la contraindicamos.(2)

Criocirugía:

Este procedimiento se basa en la exéresis por quemadura en frío de las hemorroides, no ha demostrado ninguna cualidad, pero si múltiples complicaciones: Dolor anal permanente, estenosis anal, fisuras, fístulas, fibrosis, incontinencia y lo que puede ser aún más grave pasa por alto patologías malignas, ya que no se biopsia la lesión. Por este motivo la contraindicamos. *Operación de Whithead:* Se basa en la exéresis del prolapso hemorroidal, pero con la resección circular total del anodermo, la cual produce un sinnúmero de complicaciones: estenosis, ano húmedo, incontinencia entre otras complicaciones. Por este motivo la contraindicamos.

Cirugía con láser:

Las diferentes evaluaciones que se han dado en relación a la cirugía hemorroidal con láser, han demostrado que no representan beneficios en relación a los procedimientos convencionales, pero que por el contrario son extremadamente más costosos. Un editorial publicado por la Cleveland Clinic es lapidario en relación a esta técnica, dice: «El láser no se recomienda en la cirugía hemorroidal. Es más costoso, no evita el dolor. Es utilizado con fines comerciales». Por este motivo la contraindicamos.(4)

Operación de Arnous:

Se produce la exposición de los tres pedúnculos hemorroidales y se procede a interesar la sección del esfínter interno de manera rutinaria para destruir el componente de hipertonia del esfínter.

Hacer esto de rutina no es conveniente, ya que en múltiples casos no hay componente de hipertonia y por ende no favorece en nada la esfinterotomía.

Por este motivo la contraindicamos.

Hemorroidectomía submucosa de Parks:

Suele valorar siempre la laxitud de los tejidos y tiende a restituir una proyección anatómica del plano cutáneo mucoso y al plano muscular de soporte. Permite una amplia exéresis de los componentes hemangiomatoso, con recuperación del «living» anal deslizado al exterior, es decir corrige el prolapso mucoso.

Es un procedimiento el cual su técnica es adecuada, pero es extremadamente complicado y existen nuevas técnicas mucho más sencillas que cumplen una función similar. Por este motivo la contraindicamos.(1,2)

Hemorroidectomía abierta de Milligan y Morgan,

Semicerrada o cerrada de Ferguson:

Colocamos todas estas técnicas en un solo grupo, ya que sus bondades y desventajas son similares y tan sólo cambia en el tratamiento externo de la piel o la mucosa, si se toma o no el pedículo y se sutura. Desde que Milligan–Morgan en el año 1933 proponen esta intervención para actuar sobre los componentes hemangiomaso, por separación del esfínter a la vez de todo el revestimiento mucocutáneo de las hemorroides, dejando curar por segunda intención las tres áreas cruentas. En la literatura se sostiene como una técnica radical, que en manos expertas produce muy buenos resultados y poco dolor. Uno de los problemas más frecuentes en esta intervención es definitivamente el dolor y el tiempo de recuperación del paciente. Otras de las críticas que con fundamento se realizan es que la exéresis de las hemorroides no es inocua, ya que como hemos descrito ellas tienen la función de continencia, es decir de discriminar sensaciones a nivel del ano, líquidos, sólidos y gases. Por ende al eliminarlas se pierde parte de esas sensaciones indispensables para la vida útil del paciente. De todas maneras son unas técnicas maravillosas para el tratamiento de la enfermedad hemorroidal de tercero y cuarto grado, muy especialmente cuando el componente externo es bastante marcado, el cual sólo puede ser resecaado por este tipo de técnica. En las hemorroides mixtas o en las hemorroides de tercero y cuarto grado sin prolapso mucoso y en manos expertas tanto la técnica de Milligan y Morgan, como la semicerrada y la técnica de Ferguson; tienen su indicación.(1)

Mucosectomía circular:

Esta técnica descrita por el Profesor Antonio Longo de la Universidad de Palermo a fines del siglo pasado ha revolucionado el mundo de la coloproctología.

Entre detractores a ultranza y defensores, esta técnica le ha dado un vuelco completo al tratamiento de la enfermedad hemorroidal. Hoy en día algunos de sus detractores iniciales como los profesionales de la Cleveland Clinic, recomiendan ampliamente este procedimiento. Aunque no es una hemorroidectomía propiamente dicha, la Mucosectomía produce la fijación de los tejidos prolapsados y por ende la desaparición de la patología hemorroidal. (1)

Es una técnica sencilla, que en manos expertas y con las indicaciones adecuadas produce maravillosos resultados en el tratamiento de la patología hemorroidal que está acompañada de prolapso. Además tiene la gran ventaja de que aplicada por encima de la línea pectínea, el dolor es casi inexistente. Las complicaciones son muy similares a las de una hemorroidectomía tradicional por técnica de Milligan y Morgan, Ferguson o semicerrada. Se le critica ampliamente el costo de la pinza utilizada PPH y la falta de eliminación del componente externo.

El índice de reproducción hasta los actuales momentos no varía en relación a otras técnicas. Hoy en día consideramos que la técnica de Mucosectomía circular por PPH tiene su indicación precisa en patología hemorroidal de segundo, tercero y cuarto grado con prolapso mucoso y aún con componente externo acentuado.

Macro ligadura alta de Reis Neto:

En pacientes con hemorroides de tercer grado, con poco componente externo la macro-ligadura alta, es una maravillosa y económica alternativa, ya que fija el componente de prolapso y por ende elimina los paquetes hemorroidales.

Puede ser perfectamente combinada con la exéresis de los componentes externos por las técnicas convencionales. Por ende lo recomendamos en estos casos y sólo esperamos el índice de recidivas por lo novel del procedimiento.

Desarterialización guiada por Doppler vascular:

Este procedimiento que nuevamente está siendo promovido, no parece tener una base sólida para poder fomentar su uso, ya que si vamos al concepto básico aceptado, en el cual hemos concluido que el mecanismo de producción de la enfermedad hemorroidal no es un problema vascular, sino un problema mecánico de descenso de la mucosa rectal, con la simple eliminación del compromiso vascular, no estaríamos corrigiendo la causa del problema.(1,2,3)

Antecedentes.

El conocimiento sobre la esclerosis de las hemorroides fue introducido por Morgan en 1869 en Londres, indicado principalmente en hemorroides grado I y II. La escleroterapia hemorroidal, ha sido utilizada en estudios reducidos en otros países, por ejemplo en el Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, se utilizó esta técnica en 177 pacientes en 2002, también en Argentina el Dr. Márquez Saquera, en 1987 aplicó la escleroterapia a 323 pacientes con hemorroides grado I y II obteniendo fabulosos resultados, aunque de forma muy limitada debido a su bajo costo y preferir terapéuticas intervencionistas más costosas que redunden en mayor ganancia económica para la institución.(3)

En la clínica Los Condes en Santiago de Chile el gastroenterólogo Jorge Valenzuela Escobar utiliza la esclerosis como tratamiento alternativo para el síndrome hemorroidal. En el 2005 se realizó un estudio descriptivo multicéntrico y transversal sobre el estado de la proctología fundamentalmente en el síndrome hemorroidal en 25 hospitales de Andalucía, España (20 públicos y 5 privados) en los que entre otras modalidades de tratamiento se empleó la escleroterapia.(3)

Las inyecciones esclerosantes suponen un método terapéutico de elección alternativo a la cirugía para las hemorroides grado I, II. La mayoría de los autores solo consideran tributarios de este método terapéutico a los diagnosticados como grados I y II, pues en los demás grados solo consideran factible la cirugía. (3)

Escleroterapia de hemorroides como una técnica sencilla puede presentar dolor, si el sitio de la punción no es correcto, así como precipitar una trombosis hemorroidal que en raras ocasiones pueda precisar un hemorroidectomía.(3)

Planteamiento del problema.

En los últimos años en el servicio de coloproctología se realizaba la hemorroidectomía como tratamiento definitivo de la enfermedad hemorroidal y está demostrado que es un procedimiento en el cual la recuperación y la mejoría de los síntomas es lenta, actualmente existe la escleroterapia como una alternativa terapéutica y se ha venido practicando desde enero de 2014, existe la apreciación en lo particular de cada paciente, de que los resultados son buenos, pero no se ha realizado ningún estudio para cuantificar estos desenlaces, siendo así, no está protocolizada la indicación para una técnica más conservadora, por lo tanto queremos saber .

¿Cuáles son los beneficios de la escleroterapia en el tratamiento de la enfermedad hemorroidal interna grado I y II en nuestra institución?

Justificación.

En el presente estudio tratamos medir cuales son los beneficios de la escleroterapia en el tratamiento de la enfermedad hemorroidal interna grado I, II y cuantificar en que pacientes el tratamiento ha mejorado los síntomas ya que actualmente se está utilizando esta técnica como primera elección en nuestro servicio de cirugía general y dejando los procedimientos convencionales como segunda opción y se ha observado la disminución de las complicaciones con esta técnica y hemos observado que los pacientes no recidivan con los síntomas en la consultas tanto en emergencia ni en consulta externa, como en nuestro medio no tenemos esta técnica como protocolo por lo que decidí investigar y proponer el presente estudio como una base de lo que se está realizando, demostrando los beneficios obtenidos con esta técnica para tenerlo como referencia de los avances terapéuticos en nuestro medio y la reducción de los costos para nuestra institución.

Objetivo general.

Describir los beneficios del tratamiento con escleroterapia en la enfermedad hemorroidal interna grado I y II. En el hospital militar «Escuela Alejandro Dávila Bolaños».

Objetivos específicos.

1. Describir características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de enfermedad hemorroidal.
2. Determinar el comportamiento de los pacientes tratados con escleroterapia en enfermedad hemorroidal interna grado I y II.

Material y métodos.

a) Tipo de estudio:

Descriptivo retrolectivo de corte transversal.

b) Lugar y periodo.

El estudio se realizara en el servicio de cirugía del HMEADB en el periodo comprendido de enero a diciembre 2014.

c) Universo.

Todo los las pacientes con enfermedad hemorroidal internas grado I – II diagnosticados en el servicio de coloproctología del Hospital Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños.

d) Muestra.

Todos los pacientes diagnosticados en el periodo de enero 2014 a diciembre con enfermedad hemorroidal internas grado I –II que se le realizo escleroterapia.

e) Unidad de análisis.

Expedientes clínicos de los pacientes con enfermedad hemorroidal grado I –II. Que se le realizo escleroterapia de Enero 2014 a Diciembre.

f) Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión.

1. Enfermedad hemorroidal interna grados I-II.

Criterios de exclusión:

1. Trombosis hemorroidal.
2. Enfermedad hemorroidal mixta.
3. Pacientes que no completaron el tratamiento (medico, escleroterapia, ligadura.)

Variables.

- Edad.
- Sexo.
- Tipo de tratamiento.
- Numero de sesiones.
- incapacidad laboral.
- Grado de hemorroide interna.
- Costo del tratamiento recibido.
- Complicaciones por cada procedimiento.

Método de recolección de los datos.

Se logró obtener información por medio de una ficha de recolección de datos de la cual se obtuvo la información de los expedientes de cada uno de los pacientes con el diagnostico de hemorroides.

Método de análisis de la información

Una vez obtenida la información se procesa de forma electrónica en el Programas SPSS versión 22.

Reflejando información a la cual se le procesara porcentaje, e intervalo de confianza.

TABLA MADRE DE BENEFICIOS DE LA ESCLEROTERAPIA EN LA ENFERMEDAD HEMORROIDAL GRADO I-II

Cuadro nº 1. Características de los pacientes incluidos en el estudio con respecto a la edad y sexo .

Variable	Escleroterapia n= 30
Edad, años M (25 ^o -75 ^o)	37.5
Sexo	
Masculino n (%)	20 (66.7)
Femenino n (%)	10 (33.3)

Fuente: ficha de recolección.

En relación a edad de los pacientes seleccionados en el estudio, comprenden las edades entre 25 a 75 años, encontrando una mediana de 37.5 años para quienes recibieron tratamiento con escleroterapia.

Con respecto al sexo encontramos que el 67 % de los pacientes tratados con escleroterapia corresponden al sexo masculino, y sexo femenino representan un 33.3% del total del estudio.

Cuadro nº 2. Resolución del tratamiento, recidiva y grados de hemorroides.

Variable	Escleroterapia n= 30
Grado Hemorroides n (%)	
I	23 (76.7)
II	7 (23.3)
Resolución del tratamiento n (%)	
Si	30 (100)
No	0 (0)
Recidiva .n (%)	
si	7 (23.3)
no	23 (77.7)

fuentes. Ficha de recolección

En relación al grado de hemorroides encontramos que el 77% corresponden a grado uno y grado dos el 23.3% del total de pacientes. Treinta pacientes fueron tratados con escleroterapia equivalente al 100% de los incluidos en el estudio

Reflejando que el 100% de los pacientes tratados con escleroterapias resolvieron la fase aguda de la enfermedad.

Un 78% de los pacientes tratados con escleroterapia no presento recidiva antes de los tres meses después de la infiltración con polidocanol, sin embargo un 23% presento recidiva después de los tres meses.

Cuadro nº 3 complicaciones respecto al tratamiento.

Variable	Escleroterapia n= 30
Sangrado n (%)	
Sí	
No	(100)
No Infectado n (%)	
No	(100)

Fuente ficha de recolección

CUADRO N°3

De los 30 pacientes tratados con escleroterapia encontramos que ninguno de ellos presento complicaciones durante ni después del procedimiento representando el 100%.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

De los resultados obtenidos en el estudio sobre el benéficos de escleroterapia en el tratamiento de la enfermedad hemorroidal grado I Y II de pacientes valorados por el servicio de coloproctología, logramos establecer lo siguiente.

Los resultados reflejan que el 100% de los paciente que recibieron tratamiento con escleroterapia resolvieron el problema de hemorroides , demostrando que tiene mayor efectividad tal como se refleja en la **Rev. Ciencias Médicas. Julio-Agosto, 2014; 18(4): 598-606** que la esclerosis de hemorroides de todos los grados, es un método seguro y eficaz, la evolución fue satisfactoria en todos los casos con independencia del grado de las hemorroides.

En relación a complicaciones se logra observar que el 100 % de los pacientes del estudio tratados con escleroterapia no se encontraron complicaciones tal como se confirma en **NEngl J Med 2014 Standards Practice Task Force of the American Society of Colon and Rectal Surgeons** .

Por lo que podemos confirmar que el tratamiento con escleroterapia es más efectivo para el abordaje de hemorroides grado I o II.

La hemorragia posterior al procedimiento es rara porque no hay formación de escara; por eso este procedimiento es adecuado para pacientes con riesgo de hemorragia, como los que reciben anticoagulantes. Las complicaciones principales son casi siempre iatrogénicas, debido a la administración de la inyección en un lugar erróneo.

Posterior al tratamiento no encontramos recidiva de la enfermedad en tres meses después de la primera dosis la cual se refleja en la literatura, **Corman Marvin L .colon and recto, surgery 5ta edición 2005 .**

Se describe en el estudio que los pacientes que recibieron escleroterapia solamente necesitaron una sesión para el empleo del fármaco esclerosante de todos estos ninguno requirió otra sesión de escleroterapia durante los meses siguientes en el periodo del estudio.

Conclusiones

La escleroterapia en la enfermedad hemorroidal interna grado I-II, es altamente efectiva para el control de los síntomas de la enfermedad ya que se ha confirmado y de mostrado que existe una baja tasa de complicaciones y no necesita incapacidad laboral como fue demostrado en el estudio que hemos realizado.

Recomendaciones

- Se recomienda la esclerosis hemorroidal como primera línea de tratamiento en la enfermedad hemorroidal interna grados I y II.
- Recomendamos la escleroterapia en pacientes que desean una integración más rápida a sus actividades laborales.
- Se recomienda dar seguimiento a todos los pacientes tratados con esta técnica.

Bibliografía

1. Corman, Marvin L. colon and recto surgery. 5ta, edición 2005 pag. 178-180. lippincott wilkins.
2. Garcia, Eugenio, nielvis D esclerosis de hemorroides. Rev. ciencias medicas. Julio- agosto 2014. 18(4)598-606
3. Slauf P. Antos F y cols. Complications of hemorroides, 2014
4. Valenzuela M, Guisado R. escleroterapia de hemorroides con polidocanol, colo proctología 2011, pag 2010-2018.
5. www.mediagrafic.org.mx. Revista mexicana de coloproctologia, diciembre 2010.
6. Cheng FCY, Shum DWP, Ong GB. The treatment of second degree haemorrhoids by injection, rubber band ligation, maximal anal dilatation, and haemorrhoidectomy: a prospective clinical trial. Australian and New Zealand journal of surgery 1981; 51(5):458-62.
7. Sneider EB, Maykel JA. Diagnosis and management of symptomatic hemorrhoids. Surg Clin North Am 2010; 90:17.
8. Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ, Phillips RK. Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology. Br J Surg 1994; 81: 946-954. Morgado PJ, Suárez JA, Gómez LG, Morgado PJ. Histoclinical
9. basis for a new classification of hemorrhoidal disease. Dis Colon Rectum 1988; 31: 474-480.

Anexos.

Ficha de recolección de los datos.

Expediente clínico.

Edad -----

Sexo -----

Cobertura.

1. INSS -----

2. Militar -----

Grado hemorroides. I -----, II -----.

Tipo de tratamiento.

1. Escleroterapia. -----

Resolución del problema

1. Numero de sesiones.-----

2. Subsidió -----

3. Recidiva -----

4. Abandono del tratamiento.-----

Complicaciones.

Beneficio de la escleroterapia en enfermedad hemorroidal interna

Si -- no

1. Escleroterapia.-----