

PATOLOGIA HEMORROIDAL

AUTORES:

Luis Lobato Bancalero. MIR Cirugía General y Aparato Digestivo

Javier Becerra Vicaria. Adjunto de Servicio de Urgencias

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. MALAGA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA :

Javier Becerra Vicaria.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria..

Campus de Teatinos s/n

20010 MALAGA

INDICE

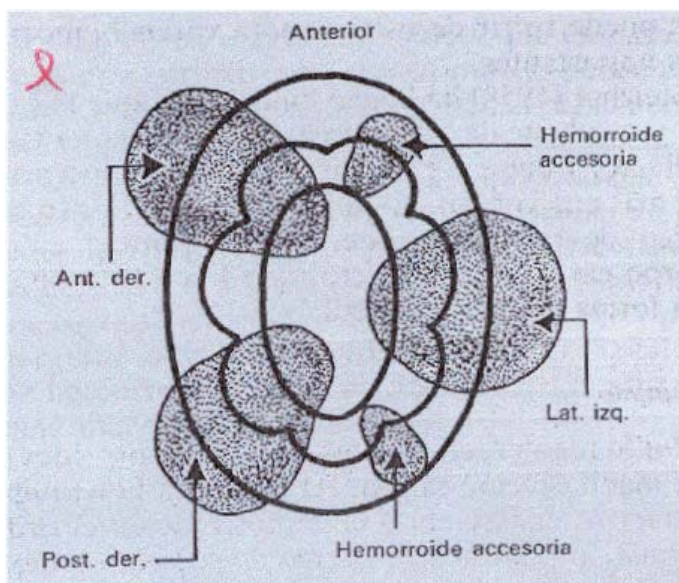
- I. RECUERDO ANATÓMICO: VASCULARIZACIÓN DEL ANO Y RECTO
- II. FISIOPATOLOGÍA.
- III. CLASIFICACIÓN .
- IV. ETIOLOGÍA.
- V. CLÍNICA.
- VI. EXPLORACIÓN
- VII. TRATAMIENTO .
- VIII. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.
- IX. TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS HEMORROIDAL EXTERNA O
HEMATOMAS ANALES.
- X. TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA HEMORROIDAL EN CIRCUNSTANCIAS
ESPECIALES.
- XI. BIBLIOGRAFIA

I. RECUERDO ANATÓMICO: VASCULARIZACIÓN DEL ANO Y RECTO

La vascularización arterial se realiza a través de tres arterias, que son la arteria hemorroidal superior, rama terminal de la mesentérica inferior, la arteria hemorroidal media, rama de la arteria hipogástrica y la arteria hemorroidal inferior, rama de la arteria pudenda interna. La arteria sacra media nace de la aorta a nivel de su bifurcación dando algunas ramas a la parte inferior del recto y del canal anal.

El drenaje venoso viene dado por las venas hemorroidales superiores, que nacen en el plexo hemorroidal superior o interno, situado a nivel de la submucosa de la porción superior del canal anal. Las venas hemorroidales superiores desembocan en la vena mesentérica inferior. Las venas hemorroidales medias drenan la sangre de las proximidades del canal anal y desembocan en la vena hipogástrica. El tercer grupo está constituido por las venas hemorroidales inferiores que drenan la sangre del plexo hemorroidal externo en la porción inferior del canal anal a nivel de los márgenes del ano, desembocando en la vena pudenda interna y vena hipogástrica. Entre estos sistemas venosos existen comunicaciones. Podemos pues dividir el drenaje venoso rectal en dos sistemas diferentes: el sistema hemorroidal superior que drena en el sistema venoso portal; y otro constituido por la venas hemorroidales medias e inferiores que son tributarlas del sistema cava. Las venas hemorroidales superiores carecen de válvulas por lo que un aumento de la presión a nivel del sistema portal repercutirá en ellas debido al gradiente de presión.

II. FISIOPATOLOGÍA.



Las hemorroides no son las varices de las venas rectales como tradicionalmente se han considerado, incluso por los profesionales médicos. Las hemorroides son el prolapso de las estructuras vasculoelásticas que almohadillan el canal anal, estando constituidas por arteriolas y venas con

comunicaciones arteriovenosas, músculo liso y tejido conectivo.

Se trata de tres estructuras que existen de forma fisiológica ya desde la época embrionaria, denominadas "cojincillos anales". Clásicamente se sitúan en tres áreas constantes: lateral izquierda, anterolateral y posterolateral derecha, es decir a la 3, 7 y 11 horarias en posición de litotornía.

Se trata pues del deslizamiento hacia debajo de estos cojinetes, que actuarían de forma fisiológica para asegurar un cierre más efectivo del conducto anal. El deslizamiento provoca el engrosamiento, el prolapso y en ocasiones el sangrado. Sólo hablaremos de patología hemorroidal cuando éstas causen síntomas.

No debemos confundir las hemorroides con las varices rectales que se producen cuando existe una hipertensión portal que se transmite de forma retrógrada produciendo la ingurgitación del plexo hemorroidal interno, aunque algunos autores lo incluyen dentro de la patología hemorroidal, considerando a éstas como un subtipo de etiología adquirida.

En condiciones normales las almohadillas vasculares se encuentran mantenidas en su situación por el tono de los músculos esfinterianos. Durante el acto de la defecación, se abre el canal anal y se relaja la musculatura esfinteriana, al mismo tiempo que se produce un aumento brusco de la presión dando lugar a la distensión de las paredes vasculares del plexo hemorroidal. Este aumento de la presión es aún mayor en los casos de estreñimiento.

Existen algunos estudios en los que se ha constatado un aumento de la presión basal en el conducto anal en aquellos pacientes afectados de hemorroides.

III. CLASIFICACIÓN .

De este forma podemos distinguir entre hemorroides internas y externas.

HEMORROIDES EXTERNAS: Son aquellas que se sitúan en el tercio inferior del ano, revistiéndose de piel modificada o del propio orificio anal recubiertas de piel normal.

HEMORROIDES INTERNAS: Son aquellas que se sitúan en los dos tercios superiores del conducto anal, recubiertas por epitelio cilíndrico. Las hemorroides internas se dividen a su vez en cuatro grados:

Grado 1°: Sobresalen en la luz del conducto anal pero no se exteriorizan.

Grado 2°: Se exteriorizan sólo durante la evacuación pero se reducen de forma espontánea.

Grado 3°: Se exteriorizan de forma espontánea o durante la defecación y requieren la reducción manual.

Grado 4°: Se encuentran prolapsadas de forma permanente y no se pueden reducir manualmente.

IV. ETIOLOGÍA.

La etiología de la patología hemorroidal es multifactorial, proponiéndose varios factores como causa de las mismas, sin que podamos aislar ninguno que sea la causa determinante. Entre estos factores encontramos:

- Puede existir un factor hereditario, ya que es frecuente encontrar familiares con una elevada prevalencia de esta patología.
- Determinadas actitudes tales como la bipedestación mantenida durante largos periodos de tiempo (cirujanos), esfuerzos físicos intensos, trabajos sedentarios (oficinistas, taxistas,...)
- Hábito estreñido en personas con dieta pobre en fibra. Esto es muy importante. Burkitt en 1972 describió el echo de la rareza de la presencia de hemorroides en el África rural a diferencia de los negros norteamericanos e incluso de aquellas partes más urbanas de África relacionándolo con la cantidad de fibras cereales, que decrece de forma considerable en las zonas urbanas respecto al África rural
- Pérdida del tono de la musculatura esfinteriana. En aquellos enfermos que han sido intervenidos por fisuras anales con la sección de una parte importante de los esfínteres en una cara del canal anal, se produce con frecuencia una tumefacción hemorroidal del lado contralateral por perderse su soporte natural.

Como ya se ha comentado podríamos incluir las hemorroides de causa secundaria, que serían aquellas que se deben a procesos que originan una obstrucción orgánica al retorno venoso.

Aunque como ya se ha apuntado no se tratan de hemorroides propiamente dichas sino de varices rectales.

V. CLÍNICA.

Para el estudio de la sintomatología de la patología hemorroidal podemos separar la producida por las hemorroides internas de la producida por las hemorroides externas. Aunque nos parece más útil distinguir la sintomatología aguda de la crónica.

V.1. SÍNTOMAS CRÓNICOS.

El síntoma más frecuente es sin duda la rectorragia, de sangre roja que mancha el papel o riega la deposición. En ocasiones este sangrado crónico puede ser causa de anemia crónica.

El segundo síntoma en el orden de frecuencia es el prolapso, que va aumentando cada vez más hasta hacerse en ocasiones de grado IV, es decir irreductible.

Otros síntomas crónicos son el prurito, una sensación de disconfort y el escape mucoso. El hecho de que la sangre procedente de las hemorroides sea de un color rojo intenso brillante hizo pensar a Stelzner en 1958 que esta sangre tendría un componente arterial más importante que venoso, esto se explicaría por la existencia de comunicaciones arteriovenosas en el cuerpo cavernoso del recto.

El dolor no suele ser por si sólo un síntoma de hemorroides por lo que su presencia nos obliga a descartar otras patologías tales como el absceso perianal o la fisura anal.

V.2. SÍNTOMAS AGUDOS.

En la sintomatología aguda se debe sobre todo a la trombosis de los paquetes hemorroidales. Podemos distinguir la trombosis hemorroidal externa y el prolapso hemorroidal trombosado.

La trombosis hemorroidal externa se trata de una zona violácea e indurada en el margen anal muy doloroso al tacto. Se debe a la existencia de coágulos intravasculares a nivel del plexo hemorroidal externo. La trombosis suele ser una complicación de las grandes hemorroides prolapsadas que se produce al ser pellizcadas por los músculos esfinterianos, de manera que se produce congestión y trombosis. Esto provoca que la hemorroide se vuelva dura y dolorosa, no

pudiéndose reducir. Se produce un considerable edema perianal en la piel y tejidos subcutáneos, dando lugar a una gran tumefacción externa a la hemorroide.

El síntoma que lleva al paciente a acudir al médico y normalmente al Servicio de Urgencias es una tumefacción dolorosa del ano, que le impide sentarse y le dificulta muchísimo la defecación: Es lo que se suele conocer como un "ataque de almorranas". La parte externa y más voluminosa de esta tumefacción está cubierta de piel y suele ser blanda y edematosa y en ocasiones se descubren en ella zonas duras y dolorosas de trombosis del plexo hemorroidal externo. En estas ocasiones la exploración digital del recto es muy molesta pero si se consigue nos aporta una información muy importante. Lo que es prácticamente imposible de realizar por el dolor es la anuscopia.

La evolución normal de la trombosis hemorroidal es la resolución espontánea. Normalmente al cabo de los días disminuye la tumefacción y el edema y la hemorroide trombosada se reintegran poco a poco en el canal anal. Como resultado de la trombosis la hemorroide se puede fibrosar y disminuir su tamaño. En un número reducido de casos el curso de la trombosis hemorroidal da lugar al desarrollo de una verdadera necrosis y ulceración. La necrosis y ulceración se limitan a una porción de la hemorroide, aunque en ocasiones puede tener lugar la necrosis de toda la hemorroide o incluso extenderse a la pared rectal dando lugar a una infección pélvica grave.

Una complicación rarísima descrita en la bibliografía (Lockhart-Mumrany, 1934; Gabriel, 1948), es la sepsis portal, provocada por la infección de los coágulos en el plexo venoso hemorroidal interno con formación de émbolos sépticos en las venas hemorroidal superior y porta.

En cambio el prolapso hemorroidal trombosado se debe a la trombosis a nivel de los vasos de las hemorroides internas de tercer o cuarto grado, que se prolapsan y son irreductibles debido al edema siendo intensamente dolorosas. En su evolución puede tener lugar la ulceración y la necrosis.

Relación entre el grado de prolapso y la sintomatología:

GRADO	PROLAPSO	SINTOMATOLOGIA
Grado I	No existe	Rectorragia
Grado II	Prolapso al defecar	Prolapso, rectorragia, disconfort moderado
Grado III	Prolapso espontáneo y al defecar	Prolapso, rectorragia, disconfort, ensuciamiento, secreción y prurito
Grado IV	Prolapso persistente, e irreductible	Prolapso, rectorragia, dolor, trombosis, secreción y ensuciamiento

Es creencia popular que los pacientes afectados de hemorroides se vuelven deprimidos e introspectivos, de ahí la conocida frase de "las sufre en silencio",

VI. EXPLORACIÓN

VI.1 INSPECCIÓN:

El primer paso de toda exploración es la inspección. En el caso de las hemorroides de tercer y cuarto grado es fácil. Las hemorroides de tercer grado aparecen como formaciones que se proyectan y cuya parte externa aparece cubierta de piel y la interna es mucosa anal de color rojo o purpúreo. En aquellos casos en los que el prolapso hemorroidal es antiguo el epitelio de revestimiento puede sufrir metaplasia de tipo escamoso, que aparece como un velo de color blanquecino. En aquellos casos en los que el prolapso es muy prolongado, la piel perianal puede mostrar las alteraciones características del prurito anal.

En las hemorroides de segundo grado, la porción hemorroidal cubierta de piel puede aparecer en el orificio anal como tumefacciones aisladas en las tres posiciones típicas

Las hemorroides de primer grado no producen alteraciones que se detecten con la simple inspecciones.

VI.2. PALPACIÓN:

Aquellas hemorroides de reciente comienzo aparecen como tumefacciones blandas, fácilmente colapsables, posteriormente con el paso del tiempo y el aumento del grado se hacen más difícilmente colapsables, debido a la fibrosis que va teniendo lugar con el paso del tiempo.

VI.3. PROCTOSCOPIA:

Es un paso indispensable de la exploración. Las hemorroides se proyectan en el extremo del proctoscopio pidiéndole al paciente que contraiga los músculos abdominales al mismo tiempo que se retira el proctoscopio de forma lenta. Se retira el proctoscopio hasta que llega al borde del orificio anal. De esta forma si no se ve mucosa roja en el orificio anal decimos que las hemorroides son de primer grado. Si la mucosa se proyecta a través del orificio anal las hemorroides pueden ser de segundo o tercer grado. Pedimos entonces al paciente que deje de realizar esfuerzos, en el caso de ser de segundo grado éstas retornan de forma inmediata al recto y cuando son de tercer grado persiste el prolapso mucoso que debe ser reintroducido con los dedos.

VI.4. SIGMOIDOSCOPIA:

Es sin duda una prueba de utilidad porque en ocasiones descubre un carcinoma rectal como causa de sangrado, aunque en un porcentaje bajo. Por tanto aquellos pacientes por encima de cuarenta años con clínica de sangrado en principio atribuible a la hemorroides deben someterse a esta exploración.

VII. TRATAMIENTO .

Existen muy diversos tratamientos de la patología hemorroidal y no existen claras delimitaciones entre las indicaciones de cada uno de ellos al igual que no existe acuerdo entre cuando aplicar tratamiento conservador, cuando tratamiento médico y cuando tratamiento quirúrgico. Por lo cual no podemos sentar unas indicaciones universales y deberemos individualizar cada paciente según el grado de las hemorroides y la clínica que presentan y su situación particular en el momento de la indicación.

De forma generalizada y sea cual sea el tratamiento que se aplique a posteriori se debe aconsejar al paciente una dieta rica en fibra unido a la ingesta de abundante líquido. De la misma manera debe existir una restricción de alimentos y bebidas irritantes para el recto y el canal anal.

Se puede decir que aquellas hemorroides que no presentan sintomatología no requieren más tratamiento que evitar el estreñimiento. En aquellos casos de grado I y II con escasa sintomatología y en los que con las medidas higiénico-dietéticas no se consigan unas deposiciones adecuadas se pueden indicar laxantes del tipo formadores de bolo.

En los casos de crisis aguda se pueden utilizar cremas y pomadas antiinflamatorias destinadas a reducir el edema y la inflamación. Hay que tener en cuenta que no sirven para tratar el prolapso ni la rectorragia. Sólo se deben utilizar durante un periodo corto de tiempo ya que su uso prolongado puede provocar una dermatitis que puede llegar a la atrofia cutánea con un prurito rebelde al tratamiento por la acción de los corticoides que suelen llevar en su composición.

Son de gran utilidad los baños de asiento con agua templada. El agua no debe estar fría porque aunque produce un efecto anestésico, provoca también un espasmo del esfínter anal que posteriormente exacerba la clínica.

Últimamente han cobrado interés los fármacos venotónicos (fracción flavonoide micronizada con 90% de diosmina y 10% de hesperidina), que actúan inhibiendo algunos de los mecanismos de la respuesta inflamatoria, manteniendo la integridad del endotelio, aumentando el tono venoso y reduciendo el edema.

De esta forma que llamaremos conservadora seremos capaces de tratar con éxito el 80-90 % de la patología hemorroidal. Después del tratamiento conservador hay otras posibilidades terapéuticas:

- Inyecciones esclerosantes.
- Ligaduras con cintas de goma.
- Dilatación manual.
- Criocirugía
- Coagulación por rayos infrarrojos.
- Tratamiento quirúrgico: hemorroidectomía

Haremos referencia a cada una de ellas de forma breve:

- ESCLEROSIS:

Se provoca una fibrosis de la submucosa rectal impidiendo el prolapso. Entre otros productos se utiliza el fenol al 5% en aceite de almendras dulces, la quinina-urea o el etoxiesclerol. La inyección se realiza por encima de la hemorroide interna a nivel del anillo anorrectal, en cada paquete hemorroidal, con la ayuda de un anoscopio. Se podría repetir al cabo de unas semanas, pero no se recomienda su uso repetido por el riesgo de producir fibrosis.

- LIGADURA CON BANDA ELÁSTICA:

Se produce la fijación de la mucosa por una ulceración de la misma, utilizando para ello diversos utensilios que existen en el mercado (McGivney, Lurz,...). El número ideal de ligaduras por sesión parece ser de dos, consiguiéndose la curación en dos o tres sesiones. Después de la ligadura suele existir un periodo de discomfort moderado con una discreta sensación de tenesmo. Si existe dolor importante se debe retirar inmediatamente la ligadura porque seguramente ésta se colocó demasiado baja. No suelen existir problemas infecciosos, pero el paciente deberá ser advertido de que si apareciese dolor inexplicable, fiebre o retención urinaria deberá acudir al hospital. Hay series que afirman que el tratamiento es efectivo entre un 77 y 91 % de los casos y sus resultados mantenidos en el tiempo.

- FOTOCOAGULACIÓN CON INFRARROJOS:

Se trata de una cauterización a la que sigue una cicatrización a nivel del tejido subcutáneo. Se lleva a cabo con una lámpara de tungsteno-halógeno. El procedimiento se puede repetir a las tres o cuatro semanas. No suele producir complicaciones y en el caso de que provoque molestias importantes seguramente se deba a que la cauterización se llevó a cabo a nivel de la línea dentada.

Otras técnicas llevadas a cabo son la criocirugía o la electro coagulación mediante diatermia bipolar o la corriente directa, aunque existe muy poca experiencia

VIII. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

Sólo estaría indicado el tratamiento quirúrgico en un 5-10% de los casos. La indicación quirúrgica fundamental serían las hemorroides sintomáticas de tercer y cuarto grado y en aquellos casos con alteraciones de la arquitectura anorrectal, en aquellos casos en los que no fue positivo el tratamiento conservador y en aquellos casos en los que se encuentran complicados con otras patologías como la fisura anal, fistulas, etc...

Hay muy diversas técnicas quirúrgicas siendo quizás la más extendida la técnica de Milligan-Morgan y la técnica de Ferguson, que consisten en la extirpación de tres o cuatro paquetes hemorroidales, dejando piel y mucosa anal intacta entre los paquetes extirpados de forma que se previene una estenosis postoperatoria.

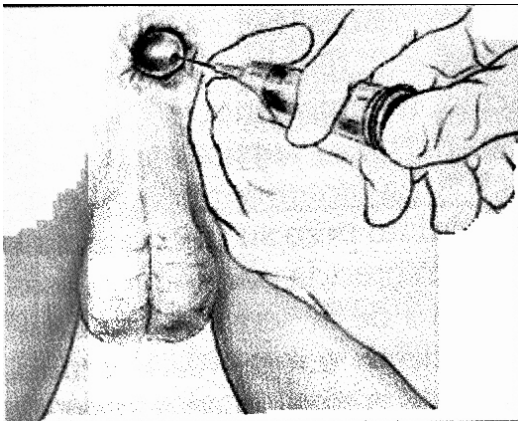
Otra técnica muy extendida es la anopexia grapada o técnica de Longo, en la que se lleva a cabo la resección circunferencial de una banda de mucosa rectal por encima de la hemorroide con una grapadora circunferencial de sutura termino-terminal.

Estas intervenciones no están exentas de complicaciones como el dolor postoperatorio, hemorragias y en ocasiones la retención urinaria. A largo plazo otras complicaciones pueden ser la estenosis, el extropion y los repliegues cutáneos. Pero quizás el más temido sea la incontinencia que se produciría por una cirugía inadecuada, con lesiones del esfínter anal interno por una inadecuada identificación operatoria del mismo. Normalmente se trata de una incontinencia de escasa cuantía.

IX. TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS HEMORROIDAL EXTERNA O HEMATOMAS ANALES.

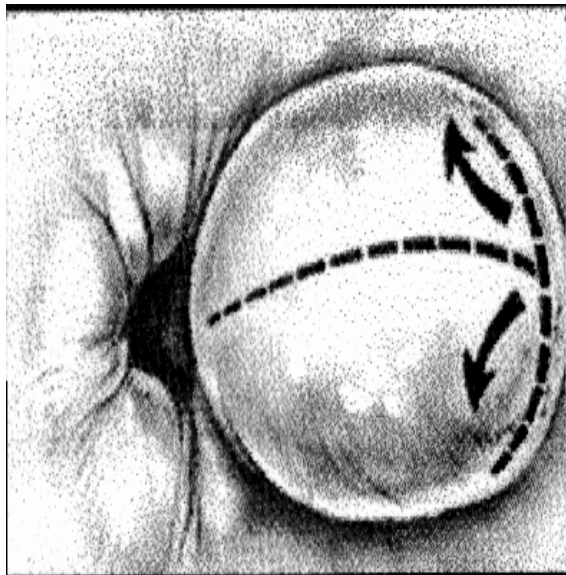
El paciente sufre el súbito desarrollo de un nódulo doloroso en el ano. El dolor es de carácter continuo pero se intensifica con la defecación y la sedestación. En la mayoría de los casos el cuadro se resuelve de forma espontánea por lo que sería una actitud adecuada el

tratamiento conservador. Otra actitud igualmente adecuada, individualizando en cada caso, sería

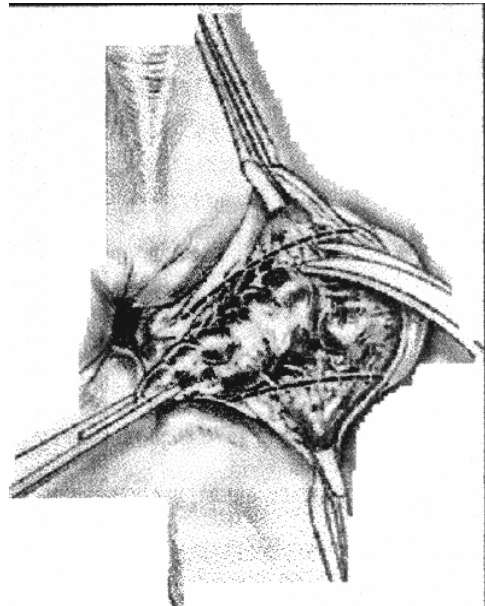


Inyección de anestésico local a nivel de las hemorroides

la evacuación del coágulo bajo anestesia general breve o con anestesia local. Se realizará una incisión de 1 cm. Aproximadamente en sentido radial sobre el coágulo, siendo exprimido entre el índice y el pulgar. Posteriormente el paciente deberá realizar baños de asiento frecuentes y colocar un apósito de algodón seco sobre la región anal.



Incisión en T sobre las hemorroides



Escisión del trombo

HEMORROIDES INTERNAS TROMBOSADAS PROLAPSADAS.

En la fase más precoz del ataque de trombosis y prolapso se podría intentar bajo anestesia local reducirlas bajo anestesia local o general breve de forma que se liberarían las hemorroides prolapsadas de la constricción por los músculos esfinterianos y de esta manera se abortaría el proceso de la trombosis. Pero en la mayoría de los casos esto no se puede llevar a cabo. Ante este caso existen dos posibles actitudes que se podrían llevar a cabo. Un método estrictamente

conservador y la otra sería la hemorroidectomía inmediata. Los defensores de la actitud conservadora se basan en la mayor dificultad de la extirpación de la hemorroide en esta fase lo que provocaría una pérdida más extensa de tejido con el subsiguiente riesgo de estenosis y pileflebitis supurada.

X. TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA HEMORROIDAL EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES.

X.1. EMBARAZO:

La cirugía sólo estaría indicada cuando se trate de un prolapso estrangulado muy sintomático.

X.2. PACIENTE INMUNODEPRIMIDO:

El riesgo de complicaciones es muy elevado debido a los bajos niveles de granulocitos que pueden presentar estos pacientes. Por esto la cirugía sólo se llevará a cabo en aquellas situaciones en las que sea imprescindible. En aquellos casos de pacientes con SIDA cuyos CD4 se encuentren en niveles aceptables se podría realizar la cirugía bajo una adecuada cobertura antibiótica.

X.3. ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL:

Las complicaciones postquirúrgicas son mayores, pero en aquellos pacientes que no presenten patología rectal podrían intervenir en los casos seleccionados.

*Opciones terapéuticas según el grado de patología hemorroidal.

Hemorroides grado I	<p>Diagnostico diferencial con otras causas de rectorragia.</p> <p>Dieta, fibra y venotónicos</p> <p>Esclerosis</p> <p>Fotocoagulación con infrarrojos</p> <p>Ligadura con banda elástica</p>
Hemorroides grado II	<p>Ligadura con banda elástica</p> <p>Fotocoagulación con infrarrojos</p>
Hemorroides grado III	<p>Ligadura con banda elástica</p> <p>Hemorroidectomía abierta ó cerrada</p>
Hemorroides grado IV	<p>Hemorroidectomía abierta ó cerrada</p> <p>Anopexia grapada</p> <p>Intervención de Whitehead modificada</p>
Prolapso Hemorroidal trombosado	<p>Hemorroidectomía de urgencia</p> <p>Tratamiento conservador</p>
Trombosis hemorroidal externa	<p>Escisión bajo anestesia local si dolor importante</p>
Repliegues cutáneos	<p>Escisión bajo anestesia local si producen molestias</p>

BIBLIOGRAFÍA.

"Cirugía colorrectal". Lledó S. Madrid. 2000. 2a Edición. Ediciones Arán.

"Cirugía de urgencia". Perera, S. and Garcia, H Argentina. 1997. Editorial Médica Panamericana.

"Cirugía del ano, recto y colon". Goligher, J.Barcelona 1987. Masson, S.A.

"Manual práctico de urgencias quirúrgicas".Banavides, J.Madrid 1998. Litofinter. S.A.

"Técnicas quirúrgicas del aparato digestivo". Horay, P. Paris 1999. Elsevier ediciones.

"Tratado de patología y clínica quirúrgicas' Durán Sacristán et al. H. Madrid 1993. McGraw-Hill-Interamericana de España.

PREGUNTAS TIPO TEST

1. La arteria hemorroidal inferior nace de:

- a). Arteria mesentérica superior
- b). Arteria hipogástrica.
- c). Arteria sacra media.
- d). Arteria pudenda interna.
- e). Arteria mesentérica inferior.

2. Señale la respuesta correcta:

- a). Las venas hemorroidales superiores desembocan en la vena mesentérica superior .
- b). Las venas hemorroidales inferiores desembocan en la vena hipogástrica
- c). Las venas hemorroidales medias son tributarlas del sistema porta.
- d). No existen anastomosis entre el sistema arteria! y venoso a nivel del canal anal.
- e). Las venas hemorroidales superiores carecen de válvulas.

3. Señale la respuesta correcta:

- a). Las hemorroides son varices de las arterias rectales
- b). Las hemorroides son el prolapso de las estructuras vasculoelásticas del canal anal.
- c). Se sitúan en tres zonas: a las 5, 8 y 11 horarias.
- d). Se habla de hemorroides aunque no provoquen clínica.
- e). En las hemorroides no existe un aumento del tono basa! del conducto anal.

4. Las hemorroides grado III corresponden a:

- a). Las que sangran
- b) Las que presentan un trombo en su interior.
- c). Las que no se pueden reducir
- d). Las que se prolapsan durante la defecación pero se reducen de forma espontánea.
- e). Las que requieren reducción digital

5. La etiología de las hemorroides:

- a). Es multifactorial.
- b). Se trata de una patología genética.
- c). La herencia no tiene nada que ver .
- d) El estreñimiento debe estar presente o no podremos hablar de hemorroides
- e) Nunca se dan en la infancia

6. En cuanto a la clínica:

- a). El síntoma más frecuente es la rectorragia.
- b). Las hemorroides siempre son dolorosas.
- c). El prolapso es el síntoma más frecuente.
- d) En muchas ocasiones el dolor es el que nos lleva a la sospecha clínica de hemorroides.
- e). Ante el escape mucoso no nos encontraremos ante unas hemorroides y buscaremos otra patología.

7. Ante una tumoración violácea en el ano pensaremos en:

- a). Unas hemorroides grado II.
- b). Una trombosis hemorroidal externa.
- c). Esta patología no tiene nada que ver con las hemorroides.
- d). Unas hemorroides grado III.
- e) . Seguramente se trate de un cáncer del canal anal.

8. La trombosis hemorroidal:

- a). Suele ser la primera manifestación de la patología hemorroidal
- b). Suele ser una complicación de las grandes hemorroidales prolapsadas.
- c). Primero se produce la trombosis y posteriormente debido a la inflamación se prolapsa.
- d). No suelen ser dolorosas y lo que lleva al paciente al médico es la sensación de tumoración.
- e). Suele ser reductible.

9. La trombosis hemorroidal externa:

- a). Nunca se resuelven de forma espontánea.
- b). Siempre requieren tratamiento quirúrgico.
- c). Su evolución normal es hacia la resolución espontánea.
- d). Suele permitir la exploración con anoscopio.
- e). Si se dejan evolucionar son frecuentes la necrosis y la ulceración.

10. El prolapso hemorroidal trombosado:

- a). Tiene lugar en hemorroides internas de grado II.
- b). Tiene lugar en los vasos del plexo hemorroidal externo
- c). Se debe a la trombosis a nivel de los vasos de las hemorroides internas grado III y IV.
- d). Suelen ser reductibles con el tacto digital.
- e). Nunca tiene lugar la ulceración y la necrosis.

11. Señale que relación entre el grado de la hemorroide y la sintomatología acompañante no suele ser frecuente:

- a). Grado I y rectorragia.
- b). Grado II y sensación de disconfort..
- c). Grado III y prurito.
- d). Grado IV y trombosis con dolor
- e). Grado V y ulceración.

12. En cuanto a la exploración señale lo falso:

- a). En aquellos casos en los que el prolapso hemorroidal es antiguo el epitelio de revestimiento puede sufrir metaplasia de tipo escamoso que aparece como un velo de color blanquecino.
- b). Las hemorroides de primer grado no son visibles con la simple inspección.
- c). La proctoscopia es un paso obligado en la exploración hemorroidal.
- d). Serían hemorroides de grado II aquellas en las que al pedir al paciente que deje de realizar esfuerzos éstas retornan de forma inmediata al recto.
- e). Aquellos pacientes con clínica de sangrado y patología hemorroidal se deben someter a una sigmoidoscopia de forma urgente.

13. El tratamiento de las hemorroides:

- a). Termina siempre siendo quirúrgico.
- b). Es quirúrgico en el 60 % de las ocasiones.
- c). Se debe recomendar una dieta rica en fibra y líquidos.
- d). No es necesario realizar cambios dietéticos.
- e). Sólo son subsidiarias de tratamiento médico las de grado I y II.

14. Continuando con el tratamiento:

- a). Se deben realizar baños de asiento con agua fría ya que ésta tiene un efecto anestésico y disminuye la inflamación.
- b). Las cremas antiinflamatorias disminuyen el prolapso.
- c). Para que estas cremas tengan efecto se deben utilizar al menos dos semanas.
- d). Los fármacos venotónicos actúan inhibiendo algunos pasos de la respuesta inflamatoria.
- e). De forma conservadora se trata el 50% de la patología hemorroidal.

15. Señale la falsa:

- a). La escleroterapia se basa en producir una fibrosis de la submucosa rectal.
- b). En la escleroterapia la inyección se realiza por debajo de la hemorroide interna
- c). En la escleroterapia no se recomiendan las inyecciones repetidas.
- d). Su uso repetido puede causar fibrosis.

e). Se usa el fenol al 5% en aceite de almendras.

16. En la ligadura con banda elástica:

- a). Se produce la fijación de la mucosa por fibrosis.
- b). El número ideal de ligaduras es de dos por sesión.
- c). Se suele conseguir la curación con una sola sesión.
- d). Es normal que aparezca dolor los primeros días pero éste se resolverá de forma espontánea.
- e). La sensación de tenesmo después de la ligadura es bastante rara pero se puede dar .

17. En cuanto al tratamiento no quirúrgico es falso que

- a). Consigue tratar con éxito hasta un 90% de la patología hemorroidal
- b) La fotocoagulación con infrarrojos se basa en la cauterización y subsiguiente cicatrización a nivel del tejido subcutáneo.
- c) Cuando la fotocoagulación provoca dolor se debe a que se llevó a nivel de la línea dentada.
- d) Para la fotocoagulación se utiliza una lámpara de tungsteno-halógeno.
- e). La fotocoagulación se lleva a cabo en una sola sesión y no se debe repetir.

18. El tratamiento quirúrgico está indicado en:

- a). El 60% de los casos.
- b). El 50% de los casos.
- c). Menos del 5% de los casos.
- d). El 5-10% de los casos.
- e). El 10-15% de los casos.

19. La indicación quirúrgica fundamental:

- a). Los pacientes jóvenes aunque se encuentren asintomáticos.
- b). Las hemorroides sintomáticas de tercer y cuarto grado.
- c). Las hemorroides que sangren.

- d). Siempre y cuando esté conservada la arquitectura anorrectal
- e). Las hemorroides ya son por sí solas indicación de cirugía.

20. Una vez decidida la indicación quirúrgica'

- a). Es necesaria la extirpación de todos los paquetes hemorroidales.
- b). En el mismo acto quirúrgico sólo se debe extirpar un paquete hemorroidal para evitar la estenosis.
- c). Se debe dejar piel y mucosa intacta entre los paquetes hemorroidales.
- d). Es una intervención tan sencilla que ni siquiera es necesario el consentimiento informado.
- e). Nunca tienen complicaciones.

21. En la trombosis hemorroidal externa.

- a). Sería una actitud adecuada el tratamiento conservador.
- b). Nunca llevaremos a cabo la evacuación del coágulo.
- c). Es necesario el tratamiento quirúrgico lo más pronto posible.
- d). Nunca lo llevaremos a cabo con anestesia local ya que el ano es una zona muy reflexógena.
- e). Siempre realizaremos cobertura antibiótica por el riesgo de sobreinfección.

22. En las hemorroides internas trombosadas prolapsadas

- a). Nunca intentaremos reducirlas de forma digital, ni aún bajo anestesia.
- b). Es absolutamente necesario el tratamiento quirúrgico.
- c). Los defensores del tratamiento conservador se basan en la mayor dificultad de la intervención en esta fase, con una pérdida más extensa de tejido.
- d). No es recomendable el tratamiento conservador.
- e). Las hemorroides internas no se prolapsan

23. Señale la respuesta correcta:

- a). Nunca se llevará a cabo la hemorroidectomía en una mujer embarazada.

- b).El paciente inmunodeprimido no presenta mayores complicaciones quirúrgicas que el inmunosuficiente.
- c).Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal pueden ser intervenidos en aquellos pacientes seleccionados sin afectación rectal.
- d). La ligadura con banda elástica está indicada en las hemorroides grado IV.
- e). Los repliegues cutáneos nunca deben ser extirpados.

24. La complicación más temida de la cirugía es:

- a). El ectropión.
- b). Los repliegues cutáneos.
- c). La estenosis.
- d) La incontinencia
- e) La retención urinaria

25. La incontinencia poshemorroidectomía se debe :

- a). No tiene nada que ver con la cirugía y es un fenómeno puramente psicológico.
- b). A la falta de los cojinetes hemorroidales que aseguraban el cien canal anal.
- c). Al dolor posquirúrgico que impide la contracción muscular .
- d). A la sección del esfínter anal interno.
- e). A la lesión de las terminaciones nerviosas encargadas de la contracción del esfínter anal

RESPUESTAS:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
D	E	C	A	A	A	B	B	C	C	E	E	C	D	B	B	E	D	B	C	A	C	C	D	D