

TROMBO - FLEBITIS HEMORROIDALES

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE URGENCIA

Por el Cap. (SM-M) Dr. ABELARDO SANTINI

Proctólogo del Servicio de Gastroenterología del Hospital Pereyra Rosell.

Entendemos por tromboflebitis hemorroidales, las trombosis de las hemorroides internas, o interno-externas procidentes y extranguladas, con intenso edema sub-mucoso y sub-cutáneo, infección de la mucosa y esfácelo de los paquetes en muchos casos.

Para comprender claramente el proceso de extrangulación, es conveniente recordar el proceso de trombosis que la precede.

Siendo las hemorroides dilataciones venosas, el proceso anatómico que da lugar esta dilatación, es ante todo una degeneración de las paredes venosas, y es sabido que las venas alteradas son sitios electivos de trombosis. Sin entrar a pasar revista de las causas múltiples que favorecen su aparición, conviene recordar el importante papel que desempeñan las infecciones en el proceso inflamatorio, muy bien puntualizado por Buxie.

Las hemorroides en plena inflamación aguda, aparecen hinchadas y congestionadas y cuando se agrega el proceso trombótico, y éste es muy intenso acaba por desvitalizar toda la masa hemorroidal y obstruir la circulación venosa y arterial, lo que puede llevar a la gangrena.

Clínicamente se presentan bajo la forma de tumuraciones oblongas o globulosas, de color rojo oscuro, obstruyendo el orificio anal, recubiertas de mucosa ano-recital edematizada. El edema se extiende también a la submucosa y al tejido sub-cutáneo peri anal, pudiendo presentar también zonas de necrosis.

A todo esto se agrega el dolor intenso, espontáneo y permanente.

Cuando el edema no es muy intenso es posible intentar su reducción, pero ésta no es sino momentánea; pero si las hemorroides están manifiestamente extranguladas, no pueden ya ser reducidas, y esto, no ya por la contracción del esfínter, sino por la trombosis aguda de las venas hemorroidales inferiores, dice Bacon, quien cita en su apoyo la opinión de Hibshman que dice: "Cuando un trauma cualquiera hace que se trombose la hemorroide procidente siempre se presenta así mismo una trombosis aguda de la hemorroidal inferior.

El esfínter en estos casos se encuentra en estado de parálisis parcial.

El tacto rectal se puede efectuar con toda facilidad sin agregar más dolor o molestias al paciente.

No existe espasmo del esfínter.

Hasta el presente, todos los autores clásicos, al abordar el tratamiento de esta tan dolorosa afección, se contentaban con indicar una terapéutica paliativa, y expectante, con fomentos calientes, pomadas calmantes, reposo en cama con las caderas levantadas y calmantes en algunos casos. Había que esperar que el edema cediera y el proceso inflamatorio se hubiera yugulado.

El tormento de los pacientes en el mejor de los casos era de 8 a 10 días.

La intervención quirúrgica está proscripta. Hamilton Bayley dice: "Extirpar las hemorroides en el empuje agudo representa la esencia de la mala cirugía".

Bacon, Buxie y Cantor son de la misma opinión y aconsejan esperar a que el edema haya regresado.

Pero los adelantos modernos en la medicina antibiótica han abierto nuevos horizontes a la cirugía y hoy podemos arriesgarnos a intervenciones en terrenos infectados sin preparación previa, ahorrando tiempo y sufrimientos al paciente.

Spiesman de Nueva York, preconiza el tratamiento quirúrgico en las flebotrombosis, pero no estamos seguros si lo aconsejo también para las tromboflebitis.

En un trabajo de Suárez Melendes y Poch, *Día Médico Uruguayo*, junio 1951 aconsejan y realizan dicen que con éxito la esfinterostomía preconizada por el Profesor Stajano.

En el drenaje simple, previa anestesia local, hacemos incisiones radiadas (1) en 2 ó 3 lugares, extirpando mucosa y un poco de piel; esto asegura un rápido drenaje del edema sub-cutáneo y mucoso.

Cuando procedemos a la extirpación total de la masa hemorroidal usamos también la anestesia local con novocaina al 2 %. Hay quien prefiere la anestesia general a gases. — Dilatación digital del esfínter.

Incisiones radiadas, extirpando trombo, pared venosa y tejido conjuntivo circundante. Los trombos ocupan tanto las hemorroides internas como las externas.

Si se teme la hemorragia se puede colocar ligaduras en los pedículos. Para lograr la anestesia prolongada post operatoria se hace infiltración con Diothane en 3 ó 4 puntos. — Para asegurar la emisión de gases se coloca en el ano, un drenaje de gasa con pomada antiséptica. Nos ha dado gran resultado la pomada de Pirotiazol. Este drenaje lo retiramos a las 48 horas. Hemos eliminado el tubo de goma que siempre causa más molestias que beneficios.

En el poste operatorio, Antibióticos: Penicilina, Estreptomina, etc., y bolsa de hielo, que nos parece muy superior a los fomentos calientes.



(1) En gajo de naranja.