

Tratamiento de la fluxión hemorroidaria aguda mediante la dilatación anal máxima

Comunicación preliminar

Dres. Jorge Bermúdez y Emil Kamaid

La fluxión hemorroidaria aguda es una de las complicaciones más frecuentes y severas de la enfermedad hemorroidaria. Para ella no existe un tratamiento ideal que cure la enfermedad y la complicación, rápidamente, sin riesgos ni secuelas. Frente a las desventajas del tratamiento médico conservador y los riesgos de la hemorroidectomía de urgencia, los autores proponen la dilatación anal máxima de Lord. Los excelentes resultados obtenidos en una serie preliminar de nueve casos, tanto en cuanto al alivio del dolor como en cuanto al rápido reintegro al trabajo, permiten ofrecer este procedimiento como alternativa en el tratamiento de esta complicación.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Hemorrhoids.

Las complicaciones agudas de la enfermedad hemorroidaria son muy variables en su presentación, así como en su evolución, habiendo recibido numerosas denominaciones, las cuales han producido confusión, tanto en cuanto a su identificación como en cuanto a su tratamiento. Sin pretender otra cosa que aclarar qué tipo de procesos son pasibles del tratamiento propuesto es que diferenciamos dos grandes grupos de procesos:

1) *Hematoma perianal* (4) y/o trombosis hemorroidaria externa, el cual se presenta en forma aguda, intensamente dolorosa, en general luego de un esfuerzo. A menudo es la única manifestación de la enfermedad. Cuando se la ve en forma pura, es decir sin fluxión, el mejor tratamiento es el drenaje quirúrgico, aunque también la evolución espontánea lle a la curación.

2) El segundo grupo de procesos son aquellos que llamamos *Fluxión aguda hemorroidaria prolapsante*, también llamados en nuestro medio por Chifflet (3) anitis aguda prolapsante, apareciendo en la literatura sajona como trombosis hemorroidaria interna (4). Sin embargo es la fluxión el elemento más llamativo

Clínica Quirúrgica "I" (Prof. Alberto Aguiar) Hospital Pasteur. Facultad de Medicina. Montevideo.

del cuadro, mezclándose en grados variables con la trombosis y el prolapso de las hemorroides internas.

Del punto de vista clínico, el dolor es el síntoma dominante, es a menudo intolerable, impidiendo toda actividad. La tumefacción anal está dada por el edema del canal anal prolapso y la piel de la margen (ver fig. 1). El prolapso de las hemorroides internas produce pujos, tenesmo rectal, rectorragia y a veces eliminación de secreción serohemorrágica. El examen es a menudo imposible de realizar por el dolor que despierta. Cuando ello es posible se comprueba en general una hipertonia esfinteriana, aunque ello puede no verse. El edema puede ser circunferencial o parcial, observándose al desplegar el ano pequeños focos de trombosis externa (ver fig. 1) y a veces el prolapso trombosado o no, de las internas.

Las maniobras de reducción, realizadas por el paciente o por el médico, si bien pueden aliviar momentáneamente, son rápidamente reproducidas, a veces con agravación del proceso. A diferencia del hematoma, la fluxión es, en general, un episodio más de una prolongada enfermedad hemorroidaria, aunque, en ocasiones, puede ser su debut.

TRATAMIENTO

1) *édico*. Es el más frecuentemente usado. Consiste en reposo absoluto en cama, analgésicos potentes, sedantes, ya que el componente síquico es siempre importante, antibióticos y antiinflamatorios por vía general y el tratamiento local consistente en pomadas con corticoides, antiinflamatorios y antialérgicos, con o sin analgésicos, baños de asiento tibios, etc. Las ventajas de esta modalidad terapéutica radica en su universalidad, pudiendo ser aplicable a todos los pacientes y por cualquier médico, siendo además efectivo en la casi totalidad de ellos. Los inconvenientes radican en su duración, que nunca es menor de siete días, pero a menudo se prolonga a 15 o más. Ello implica un elevado costo social en ausen-

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 26 de setiembre de 1979.

Residente de Cirugía y Profesor Adjunto de Cirugía. Dirección: L. A. de Herrera 1042, Montevideo (Dr. J. Bermúdez).



FIG. 1.— Fluxión aguda hemorroidaria prolapsante, 3ª circunferencia anal pequeños focos de trombosis.

tismo del trabajo, ya que además en general se requiere una ulterior hemorroidectomía.

B) Estos inconvenientes han llevado a numerosos cirujanos a practicar el tratamiento quirúrgico radical, es decir la hemorroidectomía, de urgencia (1, 4, 5). Su ventaja principal radica en que se cura a un tiempo la enfermedad y la complicación. Sin embargo, las dificultades técnicas debido al edema facilitan los errores en la disección y en la magnitud de la resección que condicionan una frecuencia relativamente alta de secuelas, como la estenosis y aún la incontinencia (4) que a nosotros nos la hacen rechazar como técnica de elección, reservándola para casos muy seleccionados y cirujanos avezados en proctología. A pesar de ello Goligher (4) y otros (1, 5) publican resultados similares a la cirugía en frío.

C) Frente a las desventajas y riesgos de las dos anteriores modalidades terapéuticas es que hemos ensayado el procedimiento de Lord de la *dilatación anal máxima forzada*. Fue a raíz de las conversaciones mantenidas con el propio Lord durante nuestra estada en Inglaterra, en las cuales nos comunicó su experiencia incluso en casos agudos, que nos surgió la idea de que el procedimiento podría tener su aplicación en estos casos. Bajo su directa supervisión realizamos varias dilataciones, quedando impresionados por su sencillez y seguridad. A pesar de ser una técnica conocida, expondremos brevemente sus fundamentos fisiopatológicos y la técnica empleada.

Es a partir de los fundamentales trabajos epidemiológicos de Burkitt que se conoce que la casi totalidad de la población adulta de tipo occidental posee al examen proctológico un grado variable de hemorroides, sintomáticos o no. La diferencia entre el grupo sintomático y el asintomático radica según Lord (9, 10, 11) en la existencia o no de hipertonia esfinteriana. Esto llevaría al cabo del tiempo a una fibrosis del extremo distal del esfínter interno, llamado pecten band por Miles (10). Entre ambas constituyen una estrechez absoluta o rela-

iva que condiciona un aumento del esfuerzo defecatorio sobre todo si, como es habitual, el paciente es un constipado crónico que evacúa materias duras. Este esfuerzo excesivo ocasiona congestión de los plexos hemorroidarios y luego elongación de la mucosa con su subsecuente prolapso en el canal anal. El prolapso provoca una falsa sensación de recto ocupado, que lleva a nuevos esfuerzos defecatorios, cerrándose así un círculo vicioso. Este sería interrumpido por la dilatación anal, que dilacera dicha fibrosis. Esto ha sido por Hancock (7, 8, 9).

Es sobre este fondo o terreno hemorroidario que determinados factores desencadenantes como las transgresiones alimenticias, los esfuerzos prolongados, las diarreas agudas, el alcohol, etc., pueden desencadenar un episodio fluxivo.

TECNICA

La técnica fue originalmente propuesta para sustituir la hemorroidectomía en aquellos pacientes que tenían indicación quirúrgica. Sin embargo, con el tiempo se fueron ampliando las indicaciones hacia aquellos con menor sintomatología (grados I y II). Debemos aclarar aquí que nosotros tratamos las hemorroides no complicadas mediante otros procedimientos y que este trabajo se refiere a un intento de aplicar esta técnica a una complicación para la cual los otros procedimientos no nos conforman.

El procedimiento lo realizamos tal cual fuera descrito por Lord en 1969 (9): Anestesia general (a la cual nosotros le agregamos infiltración local con xilocaina y adrenalina al 1/200.000), aciente en decúbito lateral izquierdo, posición de Sims. Una vez dormido se completa el examen proctológico, incluyendo una rectosigmoidoscopia con lo cual se descarta otra patología asociada y efectuamos un completo bañe lesional. Se comienza ahora la dilatación que debe ser aún más suave y lenta que en el paciente no complicado, por la fragilidad de los tejidos inflamados. El sentido de la dilatación es tal cual se muestra en las figuras 2, 3 y 4, procurando proteger las zonas

zona	} 9	{	zona
débil			débil
post.			ant.

FIG. 2.— Sentido espacial de la dilatación, zonas débiles del esfínter.

débiles de las comisuras, donde el aparato esfinteriano es de menor espesor. El máximo de presión es ejercido por los dedos índices en las zonas y sentidos señalados en la figura 2 con los números 3 y 9. La dilatación se evalúa a un máximo variable de 6 a 8 dedos dependiendo de cada individuo. Para ello no existen reglas fijas, aunque Lord al comienzo lo llevaba siempre a 8 dedos. De cualquier forma es siempre



FIG. 3.— Dilatación seis dedos.



FIG. 4.— Dilatación ocho dedos.

más prudente quedarse en menos que provocar una lesión (incontinencia) de difícil reparación. Otro detalle a destacar es también señalado por Lord de que la dilatación debe comprender también la porción más baja del recto, zona de frecuentes estenosis. La duración total del procedimiento es, en nuestras manos, de cinco a diez minutos. Antes de retirar los dedos conviene introducir una esponja elástica de polivinilo, embebida en desinfectante, con la finalidad de evitar la formación de un hematoma submucoso. Ella se deja aproximadamente una hora, retirándola antes de estar el paciente completamente despierto. Lord da el alta de inmediato, pero en estos casos nosotros los preferimos dejar internados 24 a 48 horas, para una mejor vigilancia. Asimismo continuamos con el tratamiento médico durante dos o tres días.

CASUISTICA

Presentamos a continuación nuestra modesta casuística de nueve casos, los cuales hemos se-

leccionado evitando usar el procedimiento en embarazadas y/o puérperas, las cuales con relativa frecuencia presentan esta complicación, pero lo consideramos de más riesgo, lo mismo que en personas mayores de 65 años. Destacamos que la mayoría fueron de sexo masculino (ver Cuadro 1) y que todos, salvo uno, tenían una prolongada historia hemorroidaria.

CUADRO 1

Nº	Edad	Sexo	H. Previa	F. Desenc.	Rein-tegro	F. Op.
1	40	F.	Si	Esfuerzo	3 días	14 meses
2	35	M.	No	Diarrea	7 días	3 meses
3	49	M.	Si	Transgresión	2 días	4 meses
4	27	F.	Si	Diarrea	2 días	2 meses
5	31	M.	Si	Transgresión	2 días	2 meses
6	19	M.	Si	Transgresión	3 días	
7	32	M.	Si	Transgresión	2 días	
8	32	M.	Si	Esfuerzo	2 días	
9	44	M.	Si	Diarrea	3 días	

De esta experiencia debemos destacar las siguientes ventajas del procedimiento:

1) Alivio inmediato del dolor, no requiriendo analgésicos potentes en ningún caso y en la mayoría de ellos, sin analgésicos a partir de las primeras 24 horas.

2) Aceleración del proceso de regresión inflamatoria, con desaparición completa de los elementos fluxivos al cabo de una semana. Esto se ha objetivado en las figuras 1, 5, 6 y 7 correspondientes al caso 4.

3) Reintegro a las tareas habituales entre las 48 y 72 horas, hecho que no se consigue con ninguno de los otros procedimientos.

4) Si bien el corto e incompleto período de follow up nos impide afirmarlo, en ningún caso, hasta los 14 meses, presentó molestia alguna de tipo hemorroidario. Es por ello que por esta experiencia no podemos hablar de curación de-



FIG. 5.— 24 horas después de la dilatación.

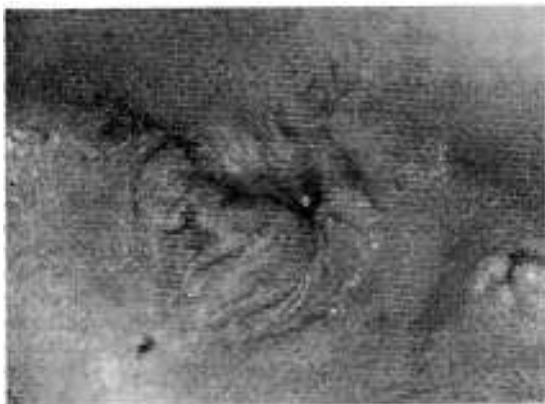


FIG. 6.—Tres días después.



FIG. 7.—A la semana resolución total del proceso fluxivo.

finitiva, debiendo referirnos a otras experiencias (2, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13).

Las desventajas del procedimiento radican en:

1) Obliga a una anestesia general o, al menos, a una caudal.

2) Queda la duda de si se requerirá o no algún procedimiento ulterior, aunque, según Lord (10) estos serían siempre de tipo ambulatorio.

3) Se le ha atribuido la posibilidad de nocivos reflejos cardíacos. Lord realizó la dilatación bajo monitorización cardíaca en 50 casos consecutivos (10), sin comprobar ninguna alteración del ritmo cardíaco.

4) La posibilidad de flebitis ascendente portal y/o del hígado no ha sido observada en ningún caso por los autores citados.

5) La incontinencia esfinteriana es, tal vez, el temor más grave del cirujano que realiza este procedimiento. Sin embargo en ningún caso de los más de tres mil realizados por Lord (10) se observó incontinencia que se pro-

longara más allá del primer mes, siendo además, en caso de producirse, sólo para gases. Es por ello que Lord indica a sus pacientes, luego de la primera semana, la realización de ejercicios de contracción y relajación del esfínter, así como el uso de un dilatador anal de un diámetro máximo de 4 cm., lo cual nosotros no lo hemos indicado en ningún paciente.

De más está decir que en todos estos casos se debe indicar al paciente las medidas higiénico-dietéticas que buscan corregir el hábito defecatorio, evitando el esfuerzo excesivo y prolongado y en segundo lugar, la dieta, que debe ser rica en vegetales y residuos. Con ello se consigue la evacuación fácil de materias voluminosas y blandas, que es lo fisiológico. Con estas medidas se busca y se consigue evitar la reproducción de las hemorroides, ya que estamos tratando las causas que llevaron a la hipertensión esfinteriana.

RESUME

Traitement de la fluxion hémorroïdaire aiguë au moyen de la dilatation anale maxima. Rapport préliminaire

La fluxion hémorroïdaire aiguë est une des complications les plus fréquentes et sévères de la maladie hémorroïdaire. Il n'existe pas, pour elle, un traitement idéal qui guérisse la maladie et la complication, rapidement, sans risques ni séquelles. Face aux désavantages du traitement médical conservateur et les risques de l'hémorroïdectomie d'urgence, les auteurs proposent la dilatation anale maxima de Lord. Les résultats excellents obtenus dans une série préliminaire de neuf cas, tant d'une part en ce qui concerne le soulagement de la douleur et d'autre part la réintégration au travail, permettent d'offrir ce procédé comme une alternative dans le traitement de cette complication.

SUMMARY

Treatment of Acute Hemorrhoidal Fluxion by Maximum Anal Dilatation. Preliminary

Acute hemorrhoidal fluxion is one of the most frequent and severe complications of hemorrhoidal disease. There is no ideal treatment to cure both disease and complication rapidly, entailing neither risk nor sequela. As a solution to the disadvantages of conservative medical treatment involving exposure to urgency hemorrhoidectomy, the authors propose Lord's Maximum Anal Dilatation. The excellent results obtained in a preliminary series of nine patients—both as to relief from pain and rapid return to work—leads us to suggest this procedure as an alternative treatment for this complication.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BARRIOS G, Khibchandani M. Urgent Hemorrhoidectomy for Hemorrhoidal Thrombosis. *Dis Col Rectum*, 22: 159, 1979.
2. BHARDWA HN. Manual Dilatation of Anus, *How Old*. *Lancet*, 1: 659, 1978.

3. CHIFFLET A. Patología Funcional del Ano. En: Anatomía del Contenido Pelviano Masculino - Cirugía del Recto. Montevideo, Rosgal, 1956, p. 217.
4. GOLIGHER JC. Surgery of the Anus, Rectum and Colon. 3ª ed. London. Bailliere Tynndall, 1975, p. 116.
5. GRACE RH. Prolapsing Thrombosed Haemorrhoids: Outcome of Conservative Management. *Br Med J*, 3: 354, 1975.
6. HAGGANI MT and HANCOCK BD. Internal Sphincter and Haemorrhoids: A pathological study. *J Clin Path*, 31: 265, 1978.
7. The Internal Sphincter and Lord's Procedure for Haemorrhoids. Hancock, B. D. and Smith, K. *Br J Surg*, 62: 833, 1975.
8. HANCOCK BD. Measurement of Anal Pressure and Motility. *Gut*, 17: 645, 1976.
9. LORD PH. A Day-case for the Cure of Third Degree Haemorrhoids. *Br J Surg*, 56: 747, 1969.
10. LORD PH. Approach to the Treatment of Anorectal Disease, with Special Reference to Haemorrhoids. *Surgery Annual*, 9: 195, 1977.
11. LORD PH. Maximal Anal Dilatation. In: Operative Surgery. 3ª ed. London. Butterworths, 1977.
12. ORTIZ H, MARTI J, JAURRIETA E, MASDEVALL J, FERRER J and SITGES A. Lord's Procedure: a critical study of its basic principle. *Br J Surg*, 65: 281, 1978.
13. TAYLOR TV. An instrumental Method of Performing Lord's Procedure for Haemorrhoids. *Br J Surg*, 63: 460, 1976.

DISCUSION

DR. VALLS.—Este trabajo es importante porque hay que tener en cuenta que la afección hemorroidaria debe ser la más frecuente en la especie humana. El 70 % de las personas han sufrido alguna vez de una afección hemorroidaria y es bastante frecuente este hecho y el mal tratamiento de las lesiones agudas puede tener consecuencias graves. Nosotros en general hacemos tratamiento médico. A mí me tocó y yo aprendí con Stajano, que él con otro criterio hacía lo mismo. El hacía la infiltración anestésica local con Novocaína en el esfínter anal y después hacía la dilatación porque decía que las hemorroides eran debidas a una estrangulación de los paquetes hemorroidarios. Yo a eso asistí.

A mí me tocó en la prueba de Adscripción un enfermo que tenía una trombosis hemorroidaria, lo que llamaba Chifflet una anitis trombosante hemorroidaria aguda y después conversando con él cuando terminé la prueba, me dijo que él le hubiera hecho una infiltración anestésica con Novocaína y dilatación anal como yo lo había hecho en la prueba; claro, yo conocía lo que él decía. Claro que después queda tratar en una etapa posterior las hemorroides porque no van a retroceder. En principio yo no haría una hemorroidectomía en agudo. Muchas veces no pasa nada, pero alguna vez puede pasar un accidente. Hace cuestión de unos años hubo una enferma que fue tratada por una trombosis hemorroidaria aguda que hizo una gangrena del ano, se terminó haciendo una colostomía y se murió.

DR. MARELLA.—El trabajo que presenta el Dr. Bermúdez tiene particular importancia por la frecuencia de la afección y por las dificultades que tiene el tratamiento de ella. En nuestra experiencia, el tratamiento médico no es satisfactorio y lleva mucho tiempo para obtener una reducción del proceso. Las pocas veces que efectuamos el tratamiento quirúrgico, si bien no tuvimos complicaciones grandes, comprendimos que era una intervención mayor como lo dice el exponente. Cuando leímos el trabajo de Lord en el *British Journal Surgery*, nos interesó de modo muy particular porque insistía, y creo que tiene el mérito de insistir en

el aspecto patogénico, donde están todos los factores que expuso el Dr. Bermúdez, pero está además un factor determinante en la iniciación y mantenimiento del proceso que es el factor de orden psicógeno, sobre el cual hay que actuar también. Nosotros siguiendo el trabajo de Lord y de otros autores ingleses que publicaron en los años siguientes su experiencia, hemos hecho el método, no con la precisión que lo detalla el Dr. Bermúdez, que él tuvo la suerte de verlo directamente a Lord. Lo hemos hecho aplicando la dilatación anal con anestesia regional y haciendo una dilatación que no nos animábamos a hacer; lo que dice Lord en su trabajo original de hacer una dilatación de hasta 8 dedos, nosotros nos conformábamos con 4 ó 6 dedos de dilatación, teniendo el cuidado de hacerlo lateralmente no hacia atrás o hacia adelante. Los resultados que hemos tenido con ese tratamiento agregándole una terapéutica muy importante que son los sedantes de tipo de los diazepóxidos, ha sido muy buena. No hemos tenido oportunidad de seguirlos por mucho tiempo, pero sí el tiempo de alivio de su afección. A esos enfermos, que no podría decir cuantos, no hemos tenido que hacerles después tratamiento quirúrgico, por lo tanto hemos tenido un buen resultado.

DR. AGUIAR.—Aunque nos corresponde en parte las generales de la ley en relación a este trabajo, deseamos hacer alguna precisión y sobre un punto que indudablemente tiene su importancia como se ha señalado, por su frecuencia y porque es una gravosa complicación de la enfermedad hemorroidaria. Indiscutiblemente los conceptos de Lord llevan una clarificación que lo convence a uno sobre la fisiopatología de la fluxión aguda prolapsada, porque indudablemente si la enfermedad hemorroidaria es la enfermedad de fondo no queda claramente definida la manera de actuar de los factores desencadenantes para provocar esa tremenda fluxión. Ahora sabemos que es una hipertensión esfinteriana. De modo que en ese sentido realmente convence toda esa orientación que da ese autor a esa patología.

La otra precisión que deseamos hacer es referida a los tratamientos quirúrgicos. El tratamiento quirúrgico como se hace, como se ha señalado, nosotros aprendimos también de Chifflet a no hacerlo porque los riesgos son muy grandes y personalmente hemos tenido oportunidad de ver algunos enfermos a los cuales se les hizo cirugía de urgencia. Esos enfermos los hemos visto, uno de ellos con sección completa del esfínter estriado, y dos de ellos con una estenosis total, por resección prácticamente masiva de la mucosa Malpighiana del canal anal. De modo que personalmente, y creo que aquí está por encima incluso de la experiencia de cada uno, creemos que debe decirse que es un tratamiento no aconsejable.

El otro tratamiento que hemos visto hacer y en oposición al tratamiento médico y al cual queremos también referirnos, son las llamadas incisiones de descarga de este pretendido edema. Se hacen incisiones radiales y lo hemos visto varias veces, inclusive se sigue practicando en alguna puerta de alguna emergencia de algún centro, o más de uno, y realmente es una maniobra terapéutica que no conduce absolutamente a nada; al contrario, los enfermos, a 24, 48 ó 72 horas están si no igual seguramente peor.

Es un tratamiento que sólo agrava más la evolución de esta enfermedad. El tratamiento médico tiene por supuesto todos los inconvenientes que señalan los autores y nosotros desde hace mucho tiempo no hacemos

más antiinflamatorios y cuando los hacemos, hacemos el mejor de todos que es la Cortisona y la hacemos a altas dosis. Es donde se obtiene un poco más de resultado. Pero es muy cierto que el tratamiento médico lleva implícito una larga evolución, no menos de 8 días con invalidez de la persona.

De modo que de este tratamiento que se propone, que ha sido claramente definido por los autores como un tratamiento de alternativa para la complicación aguda y no como tratamiento de fondo y vamos a insistir después sobre esto, es indudable que es alentador. Nosotros personalmente no lo hemos hecho, lo hemos visto hacer, los hemos acompañado y creemos que realmente tiene una base fisiopatológica, que la técnica a uno lo convence y que los resultados evidentemente son buenos.

En cuanto a lo que se insiste de que este tratamiento como se hacía en el argumento de la hemorroidectomía en agudo, solucionaba definitivamente el problema, es para mí secundario por una razón fundamental, y es que los enfermos que hacen una fluxión aguda prolapsante tratados de cualquier manera en su inmensa mayoría no requieren tratamiento quirúrgico de sus hemorroides por cuanto los fenómenos de trombosis llevan a la fibrosis y a la oclusión de los paquetes internos. Esto es una complicación en llamada de toda la mucosa anal con una trombosis agregada o secundaria que acompaña, de los paquetes internos y que en general, nosotros hemos visto que raro es el enfermo que haga una fluxión aguda prolapsante que luego requiera por lo menos a corto plazo el tratamiento de sus hemorroides porque esto persista. De modo que este tratamiento no debe a mi juicio enfocarse con el criterio que soluciona o puede solucionar el problema de fondo; eso es yo creo secundario. Lo que a estos enfermos hay que solucionarles es esta situación en agudo y realmente creo que es una experiencia interesante, un método que a nosotros nos convence y creemos que además está en la medida de sus indicaciones regulada por la necesidad de una anestesia general, la posibilidad de hacerlo porque realmente soluciona un problema. Nada más.

DR. BERMUDEZ.—Por razones de tiempo no nos hemos detenido en algunos aspectos durante la presentación.

En primer lugar queremos agradecer los comentarios y contestaremos algunos aspectos.

Al Prof. Valls, no conocíamos la existencia previa de una cierta experiencia pero nosotros pensamos que el procedimiento de Lord es una dilatación máxima, la dilatación que habíamos visto practicar y que alguna vez habíamos hecho era para intentar la reducción de un prolapso irreductible. Nosotros hemos visto varias veces que las maniobras de reducción hechas con anestesia local, cuando el enfermo se recupera muchos de ellos vuelven con igual o mayor sintomatología con lo cual el proceso queda en las mismas o peor aún. Por eso insistimos que el concepto es de dilatación máxima con lo cual se debe seccionar el borde inferior del esfínter traumáticamente como si fuera una esfínterotomía lateral interna no hecha por vía quirúrgica sino por vía del traumatismo dirigido por el cirujano.

En cuanto al Dr. Marella, estamos totalmente de acuerdo con él que el factor psicógeno es muy importante así como otros factores como la constipación y la dieta. En ellos no nos hemos extendido por razones de tiempo y debe ser insistido en el seguimiento alejado de estos enfermos en cuanto a las modificaciones higiénico-dietéticas.

Agradecemos los conceptos del Dr. Aguiar y estamos totalmente de acuerdo en cuanto a que las incisiones radiadas son no sólo improdcentes sino contraproducentes; en la mayoría de los enfermos las incisiones radiadas llevan a un aumento de la fluxión en cuanto pasa el momento de inmediato alivio y el enfermo continúa el proceso fluxivo y trombótico a veces llegando a gangrenas parciales; nosotros no hemos visto gangrenas totales del canal anal.

Como tratamiento de alternativa es como lo hemos planteado y el punto de vista que el tratamiento de fondo sea secundario es cierto, nosotros lo que pretendemos es solucionar el problema agudo; pero hasta el momento lo que hemos visto es que el problema queda definitivamente solucionado. Por supuesto que en el corto plazo que llevamos de seguimiento no podemos afirmar la duración de la mejoría, pero si se mantienen con un régimen adecuado y con las medidas higiénicas adecuadas, estamos seguros de que estos enfermos van a mantener su mejoría por mucho tiempo.

Nada más. Muchas gracias.