

TECNICA QUIRURGICA

# Tratamiento de las hemorroides

## Actualización

Dr. Jorge Bermúdez

**El autor resume los principales métodos terapéuticos después de un análisis de la patogenia de las hemorroides. Se prefiere el tratamiento ambulatorio mediante inyecciones y ligaduras. Destaca la selección de los casos sobre base clínica. Aconseja asociar el procedimiento de Lord y la esfinterotomía lateral. Presenta 108 casos tratados de acuerdo a ese plan.**

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

### INTRODUCCION

El tema de las hemorroides y su tratamiento fue encarado en relativamente pocas oportunidades en el seno de esta Sociedad. En el año 1931 por los Dres. Bado, Vázquez Rolfi y Risso (4, 35), luego en el año 51 por Clivio Durante (11) y finalmente fue revisado en el XXIII Congreso Uruguayo de Cirugía en 1972 (16, 45). Sin embargo, es un tema de actualidad en todos los Congresos Internacionales de Cirugía y Proctología (27) debido a que tanto en su etiopatogenia como en su manejo, han aparecido nuevas concepciones y técnicas que han cambiado radicalmente el enfoque clásico.

Su lectura bibliográfica y luego su aprendizaje directo durante nuestra estadía en el Hosp. St. Mark's en 1977-78, nos llevó a aplicar estos nuevos conceptos en el tratamiento de las hemorroides, tanto en la Policlínica Proctológica de la Clínica Quirúrgica "1" del Hospital Pasteur como en nuestra práctica privada en el Hospital Británico. Si bien el tiempo transcurrido es muy breve y, por lo tanto, la experiencia es corta, nos creemos obligados a traer este tema al seno de la Sociedad para su discusión.

Comenzaremos por hacer un breve repaso de las diferentes teorías referentes a la naturaleza y etiología de las hemorroides (15, 43). Desde Hipócrates se pensó que las mismas no eran otra cosa que várices de la región anorectal. Dada la ausencia de válvulas en el territorio portal y el hecho de ser una región de amplias comunicaciones con el sistema cava resultaba una teoría fácil de aceptar. La hipertensión portal y abdominal son causa fre-

*Clínica Quirúrgica "1" (Prof. A. Aguiar). Hospital Pasteur. Facultad de Medicina. Montevideo.*

cuente de varices hemorroidales, no así de las hemorroides sintomáticas, constituyendo un factor predisponente. Por otro lado, la existencia de dilataciones venosas al nacimiento, invalida esta teoría.

La teoría inflamatoria, expuesta por Quénu en 1985, ha sido repetidamente refutada por exhaustivos estudios anatomopatológicos de piezas de hemorroidectomía (13).

La teoría de las displasias vasculares, muy popular en el siglo pasado, fue sugerida por Velpeau en 1827, seguida por Bourgery en 1840, Cruveilhier en 1852, Virchow en 1863, quienes consideraban las hemorroides como una especie de tejido erectil, metaplásico, de tipo hemangiomaso. Las comunicaciones arteriovenosas fueron demostradas por Staubesand, retomando esta teoría, y junto con Stelzner formulan la teoría del cuerpo cavernoso anorectal la cual no ha tenido mucha aceptación.

*Deslizamiento mucoso* (13, 43). Gass y Adams consideran las hemorroides como mucosa deslizada a consecuencia de la degeneración del tejido conectivo de sostén. Este tejido, demostrado en 1853 por Treitz como formado por fibras de la capa muscular longitudinal del recto que atraviesan el esfínter interno, fibras elásticas, constituye el soporte efectivo de la mucosa anal. Su distribución no es homogénea, así como tampoco la rica vascularización submucosa. Están distribuidos en tres sectores fundamentales, lateral izquierdo, ántero y posterolateral derechos, con sectores secundarios. Esto fue recientemente demostrado por Thomson (20, 43) en base a exhaustivos estudios anatómicos en cadáveres desde recién nacidos hasta adultos con y sin hemorroides. Estos sectores prominentes de mucosa y submucosa fueron llamados por él almohadillas anales y están formadas por dilataciones venosas congénitas, tejido conectivo y fibras musculares y elásticas (músculo de Treitz). Las circunstancias que las llevan a la hipertrofia y el deslizamiento son el esfuerzo defecatorio y la hipertonia esfinteriana que impide o dificulta su reducción (17). La primera lleva al estiramiento y luego la disrupción del tejido de sostén la segunda al mantenimiento de la situación y, eventualmente, a su estrangulación. Esta es, en la actualidad, la teoría más aceptada.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 23 de abril de 1980.

Residente de Cirugía.

Dirección: Osorio 1275, Montevideo.

traccionando con un forceps largo a través del anillo, se dispara la goma, quedando la mucosa estrangulada por el anillo de goma. Se aconseja en general no efectuar más de una ligadura por vez, a fin de disminuir las posibilidades de molestias y aún de dolor (1, 5, 14), aunque hay autores que ligan todos los paquetes de una vez, para luego, en un control alejado, completar el tratamiento, según sea o no necesario.

**Complicaciones.** — 1) Dolor, el más frecuente, siendo en general no más de una molestia o tenesmo rectal, que dura unas horas, desapareciendo al movilizar el intestino. Siendo proporcional al número de ligaduras es que nosotros nunca colocamos más de dos ligaduras por vez. 2) Hemorragia, en general es mínima, pasando desapercibida, pero en ocasiones es copiosa (1, 5, 9, 27). 3) Tétanos, descrito en una oportunidad por Murphy (30), nos debe llevar a tener la seguridad, como en todas las operaciones, de que el paciente está vacunado.

### Criocirugía

Introducido en el tratamiento de las hemorroides por Fraser y Gill, fue popularizado por Lewis (1), provocando al comienzo gran entusiasmo, ya que permite mediante la criocoagulación, la supresión de todo el tejido exuberante hemorroidario (1, 15, 22, 40, 46). Dos son los gases corrientemente usados: el óxido nitroso, con una temperatura de  $-70^{\circ}$  y el nitrógeno líquido, con  $-196^{\circ}$ . Este último, con una temperatura considerablemente más baja, permite el tratamiento simultáneo de lesiones cutáneas, los plicomas.

El electrodo se aplica sobre el tejido a resecar, al cual se adhiere de inmediato, se deja un tiempo variable, de 30" a 4' de acuerdo al gas y el volumen de tejido a resecar. En general se tratan todos los paquetes en una misma sesión. A las pocas horas comienza el proceso de necrosis, ulceración y reparación, el cual demora de 4 a 6 semanas. El resultado alejado es bastante bueno (22, 27).

**Complicaciones.** — Son frecuentes y numerosas: 1) Dolor, menor que con la hemorroidectomía, ha obligado a la mayoría de los autores a emplear la anestesia general o regional, con lo cual se pierde una de sus posibles ventajas. Por otro lado persiste durante varios días, a diferencia de las ligaduras elásticas. 2) Hemorragia, relativamente poco frecuente, pero mucho más que con las ligaduras, siempre al caer la escara. 3) Exudación es el peor inconveniente del procedimiento, ya que es constante, copiosa, a veces fétida, persiste aunque disminuyendo progresivamente hasta las 4 a 6 semanas. ●bliga en general a usar apósitos para su contención. 4) Incontinencia, el inconveniente más grave, aunque por suerte raro. Se debe a que, al decir de Buls (9) y Smith (40) es un procedimiento ciego, ya que no se sabe con exactitud la profundidad de la necrosis que se provoca. De esa manera puede destruirse el esfínter.

### Cirugía

Las técnicas quirúrgicas las podemos dividir, a los efectos prácticos, en conservadoras, radicales y ultraradicales.

**Conservadoras.** — Siendo que la hipertonia esfinteriana juega un rol importante en la patogenia de las hemorroides (17, 18, 19, 33), sea en forma primaria o secundaria, la terapéutica dirigida a ella lleva más de una centuria. Verneuil en 1855 (43) propone la dilatación anal en el tratamiento de las hemorroides. Miles en 1927 la aconseja como complemento de la hemorroidectomía, pero es Lord en 1968 (24) quien le da el énfasis que tiene actualmente, poniendo la técnica a punto e insistiendo en los detalles más importantes (25, 26).

Siguiendo los mismos consiste en la dilatación máxima forzada de seis a ocho dedos, variable en cada caso, con una anestesia general con relajación muscular completa, cuidando de no lesionar el esfínter en las comisuras, los puntos débiles del mismo. Para ello se prefiere la posición de Sims, en la cual el cirujano puede realizar el máximo de esfuerzo en la posición más cómoda. La dilatación se lleva progresivamente hasta el límite, durando aproximadamente de 5 a 10 minutos. De esa manera se secciona en forma traumática, el esfínter interno. En los casos necesarios se complementa la intervención con la resección de los plicomas y, eventualmente, del exceso de mucosa rectal mediante la criocirugía u otro procedimiento menor (Lord, 26). El resultado buscado es la disminución de la presión intraanal, lo cual fue demostrado por los estudios de Hancock (17, 18, 19). El resultado es variable según los autores, oponiéndose al mismo: Golligher (15), Ferguson (14), etc. (33, 21). En cambio, Lord refiere más de tres mil casos con un gran porcentaje de curaciones y ninguna complicación importante (26), así como Bhardwa (8), Buls (9), Smith (40). El inconveniente más grande que tiene el procedimiento es que es ciego variando de cirujano a cirujano; ello puede llevar a un exceso de dilatación con la consiguiente incontinencia. Esto es reconocido por Lord, quien, sin embargo, la refiere como únicamente transitoria.

Este severo inconveniente es el que llevó a Allgower (2) a proponer la esfinterotomía lateral interna como método científico y obviamente más reglado de seccionar el esfínter interno. Si bien muestra resultados buenos, éstos son regados por autores como Buls (9) y Golligher (15). El método es idéntico al propuesto y, hoy en día, aceptado método de Eisenhaner de tratamiento de la fisura anal. Puede ser un procedimiento de policlínica.

Ambos procedimientos son efectivos en un buen porcentaje de casos, pero con frecuencia requieren de un otro procedimiento complementario para obtener un resultado óptimo.

**Cirugía radical.** — Consiste en la resección quirúrgica de los sectores de almohadillas anales más voluminosos y prolapsantes, conservando un mínimo de tres puentes mucosos. Puede ser por lo tanto, considerada como hemo-

roidectomía sectorial. Se han descrito infinidad de técnicas, en cuya descripción no entraremos, sino en sus fundamentos, ya expuestos. Sus variantes consisten en el grado de resección mucosa, la altura de la ligadura, la vía de abordaje, y el dejar las heridas abiertas semicerradas o totalmente cerradas (12, 14, 15, 28, 34, 45).

Como detalles a destacar nos interesa señalar en primer lugar que, previo a toda operación anal, nosotros infiltramos con una solución de adrenalina al 1/200.000 en Xilocaina al 1 %. Con ello obtenemos un campo exangüe, permitiendo una prolija disección y hemostasis.

En segundo lugar, las técnicas submucosas como la de Parks, es considerablemente más dificultosa, teniendo además un mayor porcentaje de recidivas, según Goligher (15).

En tercer lugar, las heridas suturadas se abren en un gran porcentaje de casos, lo cual no les ofrece ventaja a la clásica y probada técnica de Milligan y Morgan, hacia la cual nos inclinamos.

Un punto que nos parece importante discutir es el drenaje. Nos parece innecesario dejarlo, siendo además el factor más importante de dolor en el postoperatorio. Nos oponemos, por lo tanto, a dejarlo en forma sistemática.

Las complicaciones más comunes, aparte del dolor, son la hemorragia del 7º día, al caer la ligadura del pedículo, afortunadamente rara, y la estenosis, más frecuente y que se previene con una correcta cirugía dejando puentes mucosos y con el tacto rectal postoperatorio, frecuente cuando sea necesario, es una medida de precaución. La incontinencia total es por suerte, excepcional pero la incontinencia para gases y aún para materias líquidas es relativamente frecuente durante un periodo de semanas a pocos meses.

*Cirugía superradical.* — La operación de Whitehead, Buie fue abandonada casi universalmente por sus complicaciones frecuentes y graves (ano húmedo, incontinencia, prurito intolerable). Sin embargo, autores como Atkinson (3), White y Burchell (cit. por 3) recientemente la han traído nuevamente a su aplicación, consiguiendo resultados algo menores que los autores clásicos.

Consiste en resumen en la resección completa de la mucosa rectal baja, en forma circular, comprendiendo la parte alta del anodermo, con posterior sutura mucocutánea. A pesar del optimismo de los autores citados con respecto a su resultado, creemos que es una operación excesiva para una enfermedad benigna. Más vale una moderada recidiva por insuficiente resección que una secuela, a veces irreparable.

**Selección del método adecuado a cada paciente**

Creemos que esta es la parte más importante y en la cual se debe volcar todo el juicio quirúrgico y experiencia para tener el éxito esperado. Los pacientes sufren en formas muy diferentes, no existiendo una clara relación anatomoclínica (13), no habiendo en Medicina y

menos en hemorroides, panaceas. Lo que sí creemos y enfatizamos es que el cirujano que maneje enfermos proctológicos, y éstos constituyen un elevado porcentaje de la consulta externa, debe conocer y manejar todos los métodos, sus indicaciones, ventajas y desventajas, para así poder aplicar en forma individual, el o los métodos adecuados a ese paciente.

Nos guiamos para ello de tres elementos fundamentales: la clasificación clínica ya mencionada, la hipertonia esfinteriana y la psiquis del paciente

La clasificación puede y es a menudo modificada en el momento del examen:

—Grado I: Hemorroide pequeña, congestiva: tratamiento médico exclusivo a menos que la rectorragia haya sido muy repetida, en cuyo caso le hacemos inyección de esclerosantes o una ligadura en dicho paquete.

Son los casos de mayor éxito de la esclerosis.

—Grado II: Hemorroide voluminosa, prolapsante: ligadura única o repetida en el control, esclerosante si persiste alguna molestia.

—Grado III: Hemorroide voluminosa (reducible manualmente). El tratamiento podrá ser la ligadura elástica en casos seleccionados por ser el grado 3 sólo sectorial, ausencia de una hipertonia marcada o contraindicación médica. Para el resto, hemorroidectomía.

—Grado IV: Cirugía: hemorroidectomía sectorial: dilatación de Lord + ligaduras múltiples; ligaduras múltiples más esfinterotomía lateral interna; tratamiento paliativo con ligaduras.

Debemos tener siempre en cuenta que rara vez los paquetes tienen el mismo grado, habiendo en general predominio de uno, por ej. el lateral iza. siendo los otros de menor grado o nulos. Ello condiciona que con frecuencia se emplee un procedimiento para un paquete y otro para el resto.

Por otro lado debemos reconocer al paciente ansioso, con una marcada hipertonia esfinteriana en general, que es un mal paciente para cualquier terapéutica, pero en particular para el tratamiento ambulatorio. En ellos nos inclinamos a la cirugía, ya sea conservadora como la dilatación o radical, hemorroidectomía asociada a la esfinterotomía lateral interna.

**CASUÍSTICA**

Presentaremos a continuación nuestra modesta experiencia, adquirida desde junio de 1978 hasta octubre de 1979, teniendo por lo tanto un control de 6 meses hasta casi dos años. Consiste en 108 pacientes (cuadro 1) de los cuales tratamos en forma ambula-

CUADRO I

CASUÍSTICA PERSONAL  
(VI/1978 - X/1979)

Hemorroides tratadas	111
Pacientes . . . . .	108
Trat. ambulatorio	84
Hemorroidectomía . . . . .	18
Dilatación de Lord . . . . .	9

## CUADRO II

## TRATAMIENTOS AMBULATORIOS

Nº pacientes: 84	Masc.: 50	Fem.: 34
Nº sesiones: 1 a 6	Prom. 2	
Nº ligaduras: 156	(1 a 7)	
Inyección sola: 8 casos	Combinado: 50 casos	
Ligadura sola: 22 casos		
Complicaciones: 1 sangrado profuso		
2 dolor intenso: 1 lig. 1 iny.		
Operados a posteriori: 0	Dilatados: 3	

## CUADRO III

## RESULTADOS ALEJADOS

Autor	Año	Trat.	Nº Casos	% exc. a buenos
Alex. Williams	75	Lig.	800	86
B. Aritzal	77	Lig.	670	91
Buls	78	Lig.+Iny.	500	92,2
Kraeer - Ferguson	69	Lig.	400	89
Möller	77	Lig.	282	91
Sanz - Jiménez	77	Lig.	60	85
Steinberg	75	Lig.	125	89

NOTA: En todos los casos, evolución de 3 a 6 años.

toria 84, 18 hemorroidectomías y 9 dilataciones anales de Lord. Del cuadro 2 destacamos el neto predominio de pacientes de sexo masculino, 3:2. La mayoría de los enfermos fueron tratados por una combinación de métodos, con neta preferencia por las ligaduras.

El sangrado profuso correspondió a una ligadura, se produjo al sexto día y obligó a su internación; el dolor intenso se produjo en dos pacientes, cediendo ambos con analgésicos y sedantes en pocas horas. Ningún paciente requirió a posteriori una hemorroidectomía, pero 3 fueron dilatados, dos por episodio de fluxión aguda prolapsante en el curso del tratamiento ambulatorio, el tercero por persistencia de síntomas aún con anoscopia normal; en los tres casos se constató la desaparición completa de los síntomas. En ninguna de las 9 dilataciones se constató una incontinencia más allá de la primera semana, y en esos casos sólo para gases.

En el cuadro 3 presentamos un resumen de casuísticas extranjeras, en los cuales el seguimiento fue de 3 a 6 años (1, 5, 9, 23, 29, 38, 41).

## RESUME

## Traitement des hémorroïdes

Après d'analyser la pathogène des hémorroïdes l'auteur fait un résumé des principaux méthodes thérapeutiques. On préfère le traitement ambulatoire a partir des injections et ligatures. Il remarque la selection des malades pour la clinique.

On conseille associer la methode de Lord et la sphincterotomy laterale.

L'auteur etude 108 cas traités avec cette technique.

## SUMMARY

## Treatment of Hemorrhoids

After a brief introduction in the ethiology and pathogeny of hemorrhoids, the different therapeutic procedures are presented. The ambulatory treatment is preferred, in particular the injection and banding. The author insist in the adequate selection of cases on a clinical base. The combined treatment, including the Lord's procedure and lateral sphincterotomy are recommended as part of the surgical treatment. The personal experience of 108 patients so related is presented.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALEXANDER WILLIAMS J. CRAPP AR. ALLGÖWER M. LORD PR. Conservative management of Haemorrhoids. *Clin Gastroenterol*, 4: 595, 1975.
- ALLGÖWER M. Partial internal sphincterotomy, in Conservative Management of Haemorrhoids, Part III. *Clin Gastroenterol*, 4: 595, 1975.
- ATKINSON KG and BAIRD RM. Modified Buie Amputation for extensive hemorrhoidal disease. *Am J Surg*, 135: 861, 1978.
- BADO JL y VAZQUEZ ROLFI D. Inyección de esclerosantes en hemorroides. *Bol Soc Cir Uruguay*, 11: 120, 1931.
- BARITZAL J and SLOSBERG PA. An alternative to hemorrhoidectomy. *Arch Surg*, 112: 534, 1977.
- BE SAUDE A. Hemorroides y afecciones comunes de la región anal. Buenos Aires. El Ateneo, 1971.
- BERSO I. Traitement local des accidents hémorroidaires. *Praxis*, 64: 1029, 1975.
- BHARDWA H. Manual dilatation of Anus, How old? *Lancet*, 659: 25, 1978.
- BULS JG and GOLDBERG SM. Modern Management of Hemorrhoids. *Surg Clin North Am*, 58: 1499, 1978.
- BURKITT DP and GRAHAM STEWART CW. Haemorrhoids - postulated pathogenesis and proposed prevention. *Postgrad Med J*, 51: 631, 1975.
- CLIVIO DURANTE T. Fundamentos de la cirugía hemorroidal. *Bol Soc Cir Uruguay*, 22: 416, 1951.
- CHIFFLET A. Enfermedades no neoplásicas del recto - Hemorroides. Montevideo. S.M.U., 1970.
- DAVY A et DUVAL C. Modifications Macroscopiques et Microscopiques du Réseau Vasculaire Hémoïdoidal dans la Maladie Hémoïdoidaire. *Arch Fr Mal App Dig*, 65: 515, 1976.
- FERGUSON JA. and MAC KEIGAN JM. Hemorrhoids, Fistulae and Fissures: Office and Hospital Management. A Critical Review. In: *Advances in Surgery*. Chicago. Year Book Med. Publ., 1978.
- GOLIGHER JC. Hemorrhoids or Piles. In: *Surgery of the Anus, Rectum and Colon*. London. Bailliere Tindall, 1975.
- GUTIERREZ BLANCO H. Tratamiento médico de las hemorroides. En: "Procesos benignos anorectales". *Cir Uruguay*, 43: 9, 1973.
- HAGGANY MT, HANCOCK BD. Internalsphincter and Haemorrhoids: a pathological study. *J Clin Pathol*, 31: 265, 1978.

18. HANCOCK BD and SMITH K. The internal sphincter and the Lord's procedure for haemorrhoids. *Br J Surg*, 62: 833, 1975.
19. HANCOCK BD. Measurement of anal pressure and motility. *Gut*, 17: 645, 1976.
20. HAMISH THOMSON. A new look at haemorrhoids. *Med Times*, 104: 116, 1976.
21. HARDY KJ, WHEATLY IC and HEFFERMAN EB. Anal Dilatation and Haemorrhoidectomy, a prospective study. *Med J Austr*, 2: 88, 1975.
22. KAUFMAN HD. An "Outpatient Package". *J. R. Coll. Surg Edimb*, 23: 40, 1978.
23. KRAEER - FERGUSON L. Tratamiento de las hemorroides internas. En: *Cirugía del paciente no hospitalizado*. México. Interamericana, 1969.
24. LORD PR. A day case procedure for the cure of third degree haemorrhoids. *Br J Surg*, 56: 747, 1969.
25. LORD PH. Approach to the treatment of anorectal disease, with special reference to hemorrhoids. In: "Surgery Annual". U.S.A. Lloyd M. Nyhus, M. D. Appleton - Century - Crofts, 1977, v. 9, p. 195.
26. LORD PH. Maximal Anal Dilatation. In: *Operative Surgery*. London. Butterworths, 1977.
27. MAZIER P, MORGADO NIEVES P, RUIZ MORENO F, BAUTISTA LI, RUDD WH, SAVIN S, THOMSON JPS. Hemorrhoidectomy. How I do it (Symposium). *Dis Col Rectum*, 20: 173, 1977.
28. MILITAREV JM and PROTASEVITSCH NN. Hemorrhoidectomy-comparative appraisal in the light of the long term results. *Am J Proctol*, 28: 43, 1977.
29. MÖLLER C, KIVILUSTO O and SANTAVIRT S. Rubber band ligation of hemorrhoids - analysis of 281 patients. *Ann Chir Gynaecol*, 66: 4184, 1977.
30. MURPHY KJ. Tetanus after rubber band ligation of hemorrhoids. *Br Med J*, 1: 1590, 1978.
31. NORA J et HUGUET C. Examen clinique d'un malade porteur d'hémorroides procédés de traitement et indications. *Rev Prat*, 22: 1765, 1972.
32. O'CONNOR JJ. Manual anal dilatation (Lord's hemorrhoidectomy). *Am J Proctol*, 27: 32, 1976.
33. 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.
34. PEKIN UNIVERSITY. External separation, interna ligation and invection in circumferencial mixed hemorrhoids. *Chin Med J*, 4: 217, 1978.
35. RISSO R. Tratamiento de las hemorroides por la técnica esclerosante de Bensaude. *Bol Soc Cir Uruguay*, 11: 150, 1931.
36. SALES JEL. Hemorrhoids or Piles. In: "Outpatient Surgery". Philadelphia. Saunders, 1973.
37. SANTOS DUBRA A. Hemorroides. *Diá Méd Urug*, 37: 809, 1970.
38. SANZ JIMENEZ M. Internal Hemorrhoidectomy by Ligation. *Gen*, 31: 4299, 1977.
39. SHACKELFORD RT. Métodos de tratamiento de las hemorroides. En: Turell, R. "Enfermedades del Ano, Recto y Colon". Bs. Aires. Bitá, 1962.
40. SMITH LE. How to treat Hemorrhoids. Five nonsurgical alternatives. *Geriatrics*, 33: 43, 1978.
41. STEIMBERG DM. Long term review of the results of rubber band ligation of hemorrhoids. *Br J Surg*, 62: 144, 1975.
42. TAPELLA O. Cirugía racional de las hemorroides. *An Fac Med Montevideo*, 38: 45, 1953.
43. THOMSON WHF. The Nature of Hemorrhoids. *Br J Surg*, 62: 542, 1975.
44. THOMSON WHF. Piles: Their Nature and Management. *Lancet*, 11: 494, 1975.
45. VALLS A, ALBO M, PUIG R. Tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidal y sus complicaciones. En: "Procesos benignos anorectales". *Cir Uruguay*, 43: 11, 1973.
46. WALLS A. Granulomatous rectal ulcer following cryotherapy to hemorrhoids. *J R Col Surg Edimb*, 23: 315, 1978.