

CONSENSO ENFERMEDAD HEMORROIDAL

(24 de Abril de 2010)

Auspicia Sociedad Cubana de Coloproctología.

Servicios Participantes: Hospital Psiquiátrico de la Habana "Dr. Bernabé Ordaz",* Hospital Universitario Clínico Quirúrgico de Ciudad de La Habana "Calixto García Iñiguez",** Hospital Universitario Clínico Quirúrgico de Sancti Spiritus "Camilo Cienfuegos Gorriarán",*** Hospital Universitario Clínico Quirúrgico de Ciudad de La Habana "Comandante Manuel Fajardo Rivero",**** Hospital Clínico Quirúrgico de Ciudad de La Habana "Freyre de Andrade",° Hospital Universitario Clínico Quirúrgico de Cienfuegos "Gustavo Aldereguía Lima",°° Hospital Clínico Quirúrgico de Ciudad de La Habana "Hermanos Ameijeiras",°°° Hospital Universitario Clínico Quirúrgico de Ciego de Ávila "Joaquín Loaces Iraola",°°°° Hospital Universitario Clínico Quirúrgico de Ciudad de La Habana "Salvador Allende".- Policlínico Universitario "Plaza".= INFOMED-

Editores: Dr. Francisco F. Llorente Llano. (Coordinador). Jefe del Servicio de Coloproctología. Profesor Auxiliar. Especialista de I y II Grado en Coloproctología.****
Dr. Juan Carlos Barrera Ortega. Profesor Auxiliar. Especialista de I y II Grado en Cirugía General.**** Dr. Heriberto Beltrán Hernández. Especialista de I Grado en Coloproctología.°°°° Dra. Ibis Beltrán Pérez. Jefa de Servicio de Coloproctología. Profesora Auxiliar. Especialista de I Grado en Coloproctología.- Dr. Héctor Díaz Bengochea. Profesor Instructor. Especialista de I Grado en Coloproctología.** Dra. Angelina Díaz Bustelo. Profesor Asistente. Especialista de I Grado en Coloproctología y en Medicina General Integral.**** Dr. Juan Emilio Domínguez Suárez. Jefe de Servicio de Coloproctología. Profesor Auxiliar. Especialista de I y II Grado en Coloproctología.°° Dr. Alfredo Echevarría Ramírez. Especialista de I Grado en Coloproctología.* Dr. Juan Antonio Feliu Rosa. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Coloproctología.°° Dra. Noemí Gómez Mojena. Especialista de I Grado en Coloproctología.° MSc. Dra. María Elena González Solares. Profesora Auxiliar. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y de I y II Grado en Coloproctología.°°° MSc. Dra. Lilliam Jiménez Fontao. Profesor Auxiliar. Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral.= Dr. Antolín López Corona. Especialista de I Grado en Gastroenterología.**** Dr. José Antonio Llovera Ruiz. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Coloproctología.°°° Dr. William Muñoz Carbonell. Especialista de I Grado en Coloproctología.**** Lic. En Farmacia. Liana María Padrón Menéndez. Profesor Instructor.**** Dr. Juan Osvaldo Pomares Calderón. Profesor Asistente. Especialista de I y II Grado en Coloproctología.°° Dr. Miguel Antonio Reyes Argudín. Profesor Instructor. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Coloproctología.- Dr. Lázaro Luis Rodríguez Bereau. Profesor Instructor. Especialista de I Grado en Coloproctología.°° Dra. Inés Sánchez Gay. Especialista de I Grado en Coloproctología.** MSc. Dr. Liván Quintero Tabío. Profesor Auxiliar. Especialista de I y II Grado en Coloproctología.*** Dr. Omar Singh Linares. Jefe de Servicio de Medicina Interna. Profesor Asistente. Especialista de I Grado en Medicina Interna.**** Dr. Carlos Alberto Santamaría. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. - Dr. Luis E. Villasana Roldós. Profesor Auxiliar y Consultante. Especialista de I y II Grado en Coloproctología.**

◆ **Enfermedad Hemorroidal (E. H.): Definición:** Es el conjunto de síntomas y signos (molestias, prurito, prolapso, sangrado, etc.) atribuibles a alteraciones estructurales del tejido hemorroidal y/o de los tejidos de sostén secundario a su dilatación e ingurgitación. Hemorroides (estructuras constituidas por plexos vasculares arteriovenosos que forman un almohadillado a lo largo del conducto anal),

◆ **Frecuencia:** Se estima que la prevalencia se sitúa alrededor del 5% en la población general (Johanson JF, 1990; Kaidar-Person O, 2007). Sin embargo, la verdadera prevalencia es incierta, ya que el diagnóstico de la patología hemorroidal tiende a ser imprecisa. De todas maneras se calcula una prevalencia del 4,4% en Estados Unidos y hasta más de un 30% en Londres, y en Francia encontraron una tasa de prevalencia de la enfermedad hemorroidal, entre un 25% y un 40% de la población general. Cincuenta por ciento de las personas mayores de 50 años tienen algún grado de Enfermedad Hemorroidal.

La presencia de la enfermedad hemorroidal en personas menores de 20 años es extremadamente baja, y definitivamente rara en edad pediátrica.

◆ **Factores de riesgo de la Enfermedad Hemorroidal:**

Factores identificados:

- Trastornos de la función intestinal:

Diarrea.

Estreñimiento

- Trastornos relacionados con el ciclo reproductor de la mujer:

Menstruaciones.

Embarazo.

Parto.

- Dificultad para la defecación o evacuación del recto.
- Sedentarismo y encamamiento.

Factores probables:

- Bajo contenido en fibras de la dieta.
- Alcohol.
- Comida picante e infusiones (café, té)
- Medicamentos (laxantes, supositorios, enemas)
- Algunos deportes y profesiones.
- Excesiva higiene.

◆ **Anatomía y Fisiopatogenia:** Los almohadillos vasculares submucosos situados por encima de la línea dentada conforman el plexo hemorroidal interno, mientras que los situados distales a la misma conforman el plexo hemorroidal externo.

En los estudios anatómicos en fetos y embriones, en niños, adolescentes y adultos, encontramos que en el canal anal existen tres almohadillos o paquetes principales hemorroidales distribuidos de la siguiente manera: un paquete lateral izquierdo, uno derecho anterolateral y otro derecho posterolateral. Entre estos paquetes se encuentran los plexos accesorios.

El flujo sanguíneo de retorno del canal anal se realiza por las vías sistémica y portal, existiendo una red anastomótica entre ambas a nivel de la línea dentada.

Lo más destacado de la fisiología del canal anal es la diferencia de motilidad entre la parte proximal y la distal de este; lo que 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, y así favorecería la formación de la Enfermedad Hemorroidal. El aumento de la actividad del esfínter interno apoya el concepto de una anomalía fisiológica de este como factor involucrado en el origen de esta afección.

Hancock dice que el aumento del tono del esfínter interno provoca la enfermedad hemorroidal y se basa en que se produce una dificultad en el vaciado venoso con estasis vascular. Sin embargo, aun no se ha determinado si este aumento de presión se debe al llenado de las hemorroides o a un auténtico aumento de la actividad del esfínter.

Si a todos estos conceptos agregamos el marcado deslizamiento del revestimiento de este canal, producido por el síndrome de obstrucción fecal, tendremos una idea bastante clara de la fisiopatología de la Enfermedad Hemorroidal.

Se han descrito diversos mecanismos que explican el inicio de la Enfermedad Hemorroidal. Desde el punto de vista de la fisiopatología se describen teorías no excluyentes:

Teoría mecánica: Se basa fundamentalmente en que con la edad el tejido fibroelástico (ligamento de Park) que sostiene (Almohadilla de Thomson) las hemorroides internas y las mantiene en su lugar, puede degenerar y provocar una laxitud anormal del tejido.

Esta laxitud provoca una gran movilidad de las hemorroides que pueden así desplazarse cada vez que aumenta la presión intrarrectal. En el peor de los casos puede sobrevenir un prolapso permanente de las hemorroides internas a nivel del margen anal. Ello explica el origen de uno de los síntomas característicos de las hemorroides, el prolapso. De esta forma, los elementos vasculares en los tejidos de sostén se encuentran distendidos, provocando un aumento del tamaño de las hemorroides. La laxitud de los tejidos de sostén y de fijación y la distensión de los elementos vasculares aumentan la fragilidad de la mucosa del plexo hemorroidal

interno, provocando los síntomas característicos de las hemorroides como la hemorragia de los vasos de la mucosa.

Esta teoría explicaría también la alta incidencia de enfermedad hemorroidal en determinadas familias, debido a una fragilidad genética del tejido de sostén de las hemorroides internas.

Teoría hemodinámica: Se plantea sobre la base de las observaciones microscópicas. Incluye la circulación venosa y la arterial, el plexo microcirculatorio del canal anal, dado por las anastomosis arteriovenosas, que pueden reaccionar ante estímulos hormonales o neurofisiológicos y provocar la disfunción de estas anastomosis capilares arterio - venosas.

Las anastomosis arterio venosas (A-V) pueden dividirse en dos grupos:

-En reposo: Las anastomosis A-V de la superficie submucosa permanecen cerradas, permitiendo así el intercambio sanguíneo en los tejidos; “sin embargo” en determinadas circunstancias pueden abrirse bruscamente debido a estímulos específicos (ej: variación de la presión, otros factores de riesgo) que provocan un gran aumento del flujo sanguíneo de las arterias hemorroidales superiores. Como resultado de ello los tejidos no reciben nutrición.

Este fenómeno se acompaña de un espasmo esfinteriano precapilar que provoca una hiperpresión brusca y una dilatación de los plexos venosos hemorroidales.

-En el canal turgente: Las anastomosis A-V representan un reservorio extremadamente cavernoso de sangre, bajo control neurovisceral.

En conclusión, el aumento de la presión intraabdominal, la obstrucción mecánica de la ampolla rectal, el embarazo y la obstrucción por bloqueo del esfínter interno pueden, con las anastomosis arterio-venosas, provocar la dilatación de las hemorroides internas. El compromiso arterial a nivel de la arteria mesentérica inferior en el área esplácnica puede agravar este fenómeno.

Alteraciones del esfínter: (Ya descrito al inicio del acápite)

◆ **Clasificación:**

Reglas para la clasificación:

- Anamnesis.
- Examen Físico: (Inspección o Endoscopia).

Clasificación:

•Topográfica:

Enfermedad Hemorroidal Externa. (E.H.E.)	} Enfermedad Hemorroidal
Enfermedad Hemorroidal Interna. (E.H.I.)	

Clasificación inherente solo a la Enfermedad Hemorroidal Interna (E.H.I.):

- Anatomoclínica: Grado I.
 - Grado II.
 - Grado III.
 - Grado IV.
- Endoscópica: ♠ Grandes. Prolapso que no se reduce espontáneamente; si se usara anoscopio, prolapsa completamente en su luz.
 - ♠ Medianas. Prolapso visible en el margen anal durante Valsalva, o se insinúa en la luz del anoscopio, vuelve espontáneamente a la normalidad.
 - ♠ Pequeñas. Hemorroide visible por endoscopia, no prolapsa en la luz del anoscopio.
 - ◀ Circulares o en corona.
 - ◀ Radiadas o por paquetes

Clasificación Anatómo - Clínica Enfermedad Hemorroidal Interna (E.H.I.):

Grado	Anamnesis	Examen Físico
I	Sangrado por el ano No protrusión	Inspección: Negativa. Maniobra de Valsalva: Negativa Anoscopia/ Rectosigmoidoscopia: E.H.I. Ligera. (mucosa congestiva y cruzada por capilares dilatados)
II	Sangrado por el ano. Protrusión anal reversible espontáneamente.	Inspección: Negativa. Maniobra de Valsalva: Positiva. Anoscopia/ Rectosigmoidoscopia: E.H.I. Moderada.
III	Sangrado por el ano. Protrusión anal irreversible espontáneamente, con reducción manual efectiva. Puede presentarse: Secreción, humedad, prurito, escape involuntario de heces.	Inspección: Positiva. Maniobra de Valsalva: No útil. Anoscopia/ Rectosigmoidoscopia: E.H.I. Severa.

IV	<p>Sangrado por el ano. Protrusión anal irreversible. con reducción manual inefectiva. Puede presentarse: Secreción, humedad, prurito, escape involuntario de heces</p>	<p>Inspección: Positiva. Maniobra de Valsalva: No útil. Anoscopia/ Rectosigmoidoscopia: E.H.I. Muy Severa</p>
----	---	--

Enfermedad Hemorroidal Externa (E.H.E.). Exámenes diagnósticos.

Inspección.

- Exploración digital rectal. (E.D.R.)

Generalmente por ser evidentes y no tener manifestaciones sintomáticas severas, solo escozor o molestias muy ligeras, que conlleven a un tratamiento quirúrgico no se añaden otros recursos diagnósticos; sus complicaciones o manifestaciones agudas se tratarán en un consenso aparte.

Enfermedad Hemorroidal Interna (E.H.I.). Exámenes diagnósticos

- Exploración digital rectal. (E.D.R.)
- Anoscopia y Rectosigmoidoscopia.
- Colonoscopia. (Mayores de 50 años)
- Hemoquímica (Hemograma con diferencial, Glicemia, Coagulograma, Serología).
- Radiografía de tórax o Tomografía Axial Computarizada (T.A.C.) de tórax. (Mayores de 50 años)
- Electrocardiograma. (Mayores de 50 años)
- Si presenta otras enfermedades asociadas se indicarán los exámenes e interconsultas correspondientes.

Diagnóstico positivo:

Anamnesis:

Antecedentes:

- Uso de fármacos; hábitos dietéticos; estilo de vida.

Síntomas:

- Sangrado.
- Inflamación y prolapso.
- Molestias anales.
- Sensación de recto ocupado.
- Prurito.
- Secreción.

- Incontinencia parcial.
- Sensación de ano húmedo.

Examen Físico:

Inspección o Endoscopia.

Diagnóstico diferencial :

- Prolapso rectal total
- Prolapso mucoso
- Prolapso de papilas anales hipertróficas
- Tumores malignos.
- Tumores benignos.
- Condilomas acuminados.
- Hematoma perianal.
- Fisura anal crónica.

Complicaciones:

- Fluxión o crisis hemorroidal
- Trombosis hemorroidal
- Hemorragia
- Infección hasta la Gangrena

Enfermedad Hemorroidal Externa (E.H.E.). Tratamiento.

Médico:

Recomendaciones Generales y Dietéticas:

- Higiene anal local moderada (agua y jabón neutro) posdefecatoria y a la hora del baño.
- Actividad física.
- Restablecer hábito intestinal. (Preconizado fundamentalmente con la dieta)
- Hidroterapia: baños de asientos tibios (B.A.T.)

Tratamiento farmacológico:

- Flebotrópicos: Venatón: 20 gotas diluidas en agua cada 8 horas ó 1 tab. cada 8 horas. Tintura de naranja: 20 gotas diluidas en agua cada 8 horas.
- Cremas Hemorroidales: Aplicar después de los B.A.T. (Venatón, Crema de Sábila, Proctocaína).

Enfermedad Hemorroidal Interna (E.H.I.). Tratamiento:

Por grados:

Grado I:

Tratamiento Médico:

Recomendaciones Generales y Dietéticas:

- Higiene anal local moderada (agua y jabón neutro) posdefecatoria y a la hora del baño.
- Actividad física.
- Restablecer hábito intestinal. (Preconizado fundamentalmente con la dieta)
- Hidroterapia: baños de asientos tibios (B.A.T.)

Tratamiento farmacológico:

- Flebotrópicos. Venatón: 20 gotas diluidas en agua cada 8 horas ó 1 tab. cada 8 horas. Tintura de naranja: 20 gotas diluidas en agua cada 8 horas.
- Cremas Hemorroidales: Aplicar después de los B.A.T. (Venatón, Crema de Sábila, Proctocaína)

Otras Opciones:

- Tratamiento con inyecciones esclerosante. (Utilizando Polidocanol, se esclerosará un paquete hemorroidal en cada consulta semanal).
- Ligadura por bandas elásticas.

Tratamiento Quirúrgico:

Exéresis según técnicas radiadas (Abiertas: Buie, Milligan y Morgan. Submucosa: Parks. Cerrada: Ferguson) en los que presenten la enfermedad en forma de paquetes aislados (paquetes principales).

Grado II:

Tratamiento Médico:

Recomendaciones Generales y Dietéticas:

- Higiene anal local moderada (agua y jabón neutro) posdefecatoria y a la hora del baño.
- Actividad física.
- Restablecer hábito intestinal. (Preconizado fundamentalmente con la dieta)
- Hidroterapia: baños de asientos tibios (B.A.T.)

Tratamiento farmacológico:

- Flebotrópicos: Venatón: 20 gotas diluidas en agua cada 8 horas ó 1 tab. cada 8 horas. Tintura de naranja: 20 gotas diluidas en agua cada 8 horas.
- Cremas Hemorroidales: Aplicar después de los B.A.T. (Venatón, Crema de Sábila, Proctocaína)

Tratamiento Quirúrgico:

Exéresis según técnicas radiadas (Abiertas: Buie, Milligan y Morgan. Submucosa: Parks. Cerrada: Ferguson) en los que presenten la enfermedad en forma de paquetes aislados (paquetes principales).

Alternativas de tratamiento (En pacientes con alto riesgo quirúrgico y/o anestésico):

- Tratamiento con inyecciones esclerosante. (Utilizando Polidocanol, se esclerosará un paquete hemorroidal en cada consulta semanal).
- Ligadura por bandas elásticas.

Grado III:

Tratamiento Quirúrgico:

Exéresis según técnicas radiadas (Abiertas: Buie, Milligan y Morgan. Submucosa: Parks. Cerrada: Ferguson) en los que presenten la enfermedad en forma de paquetes aislados (paquetes principales).

Exéresis según técnica de la Hemorroidopexis del Dr. Villasana.

Otras alternativas quirúrgicas:

Prolasectomía con hemorroidectomía mediante equipo mecánico de corte y sutura circular (Técnica de Longo).

Coagulación por láser YAG.

Coagulación Monopolar por Diatermia.

Coagulación Bipolar por Diatermia (Bicap).

Sonda Térmica. (Ultroid).

Ligadura de la Arteria Hemorroidal con pexia guiada por Doppler.

Alternativas de tratamiento (En pacientes con alto riesgo quirúrgico):

- Tratamiento con inyecciones esclerosante. (Utilizando Polidocanol, se esclerosará un paquete hemorroidal en cada consulta semanal).
- Infrarrojos.
- Ligadura por bandas elásticas.

Grado IV:

Tratamiento Quirúrgico:

Exéresis según técnicas radiadas (Abiertas: Buie, Milligan y Morgan. Submucosa: Parks. Cerrada: Ferguson) en los que presenten la enfermedad en forma de paquetes aislados (paquetes principales).

Exéresis según técnica de la Hemorroidopexis del Dr. Villasana.

Otras alternativas quirúrgicas:

Prolasectomía con hemorroidectomía mediante equipo mecánico de corte y sutura circular (Técnica de Longo).

Coagulación por láser YAG.

Coagulación Monopolar por Diatermia.

Coagulación Bipolar por Diatermia (Bicap).

Sonda Térmica. (Ultroid)

Ligadura de la Arteria Hemorroidal con pexia guiada por Doppler

Alternativas de tratamiento (En pacientes con alto riesgo quirúrgico):

- Tratamiento con inyecciones esclerosante. (Utilizando Polidocanol, se esclerosará un paquete hemorroidal en cada consulta semanal).
- Infrarrojos.
- Ligadura por bandas elásticas.

Complicaciones Postoperatorias:

Inmediatas:

- Retención urinaria.
- Dolor excesivo.
- Hemorragia.

Mediatas:

- Infecciones. (Abscesos)
- Impacción fecal.
- Falsa cicatrización.
- Hemorragia.

Tardías:

- Incontinencia anal.
- Estenosis anal.
- Fístula.
- Fisura anal.
- Falsa cicatrización.
- Retardo en la cicatrización.
- Ectropion de la mucosa.
- Ano húmedo.

Seguimiento en pacientes que reciban tratamiento quirúrgico:

El seguimiento debe realizarse semanalmente por consulta externa hasta que se establezca la cicatrización, que se concreta en un periodo que va entre 30 y 45 días, si no se presentaran complicaciones.

Tratamiento post operatorio:

Tratamiento Médico:

Inmediato:

Recomendaciones Generales y Dietéticas:

- Reposo.
- No vía oral hasta 6 horas después de terminada la cirugía; se ofrecerán primeramente líquidos y, si se tolera bien, se restablecerá su alimentación habitual.
- Aflojar vendaje compresivo a las 8 horas de concluida la cirugía; se retirará a las 10 horas y se realizará hidroterapia, o sea, baños de asientos tibios (B.A.T.)

Tratamiento farmacológico:

- Analgésicos: Dipirona (300 mg.) 2 tab c/ 6 h.

Tratamiento Médico:

Mediato:

Recomendaciones Generales y Dietéticas:

- Higiene anal local moderada (agua y jabón neutro) posdefecatoria y a la hora del baño.
- Actividad física limitada durante la 1era semana.
- Restablecer hábito intestinal. (Preconizado fundamentalmente con la dieta)
- Hidroterapia: baños de asientos tibios (B.A.T.)

Tratamiento farmacológico:

- Analgésicos.
- Laxantes. (si estreñimiento acentuado, solo para la 1era defecación post operatoria).
- Antidiarreicos. (si se presentaran diarreas en el pos operatorio).
- Sedantes ligeros. (1era semana del postoperatorio).

Consulta Semanal, si no se presentaran complicaciones hasta la recuperación normal en un plazo promedio entre 30 y 45 días.

Bibliografía:

- Corman Marvin L.MD. Colon & Rectal Surgery. 3rd Edition. Philadelphia: J.B. Lippincott Company,1993: 721-31.
- Zuidema, George D. Cirugía del Aparato Digestivo IV. III Edición. Eugene P. Salvati Theodore E. Einsenstat . Cap. 25. Hemorroides. 1995. p. 360.
- Goldberg, Stanley M, Gordon, Philip H. Fundamentos de Cirugía Anorrectal. Santhat Nivathongs. Cap. 6 Hemorroides. 1996: 103-120.
- Goligher, Cirugía del Ano, Recto y Colon. Cap. 4. Hemorroides o Almorranas. 92- 139
- American Gastroenterological Association medical position statement diagnosis and treatment of hemorrhoids. Diagnosis and treatment of hemorrhoids. Gastroenterology 2004 May;126(5):1461-2. [PubMed](#)
- Arbman G et al: Closed vs. open hemorrhoidectomy³4is there any difference? Dis Colon Rectum 2000;43:31. [Pubmed: 10813120](#)
- Kombozozos VA et al: Rubber band ligation of symptomatic internal hemorrhoids: results of 500 cases. Dig Surg 2000;17:71. [Pubmed: 10720835](#)
- Corman ML et al: Stapled haemorrhoidopexy: a consensus position paper by an international working party-indications, contra-indications and technique. Colorectal Dis 2003;5:304. [Pubmed: 12814406](#)
- Shalaby R, Desoky A: Randomized clinical trial of stapled versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy. Br J Surg 2001;88:1049. [Pubmed: 11488788](#)
- Cataldo P, Ellis CN, Gregorcyk S, Hyman N, Buie WD, Church J, Cohen J, Fleshner P, Kilkenny J 3rd, Ko C, Levien D, Nelson R, Newstead G, Orsay C, Perry WB, Rakinic J, Shellito P, Strong S, Ternent C, Tjandra J, Whiteford M. Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised). Dis Colon Rectum 2005 Feb;48(2):189-94. [41 references] [PubMed](#)
- Grimshaw JM, Winkens RAG, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, Fraser C . Intervenciones para mejorar las derivaciones de pacientes ambulatorios desde la atención primaria a la atención secundaria (Cochrane Review). In: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.
- Johanson JF, Rimm A. Optimal nonsurgical treatment of hemorrhoids: a comparative analysis of infrared coagulation, rubber band ligation, and injection sclerotherapy. Am J Gastroenterol 1992;87:1600-6 [PubMed](#)
- Johanson JF, Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study. Gastroenterology 1990; 98(2): 380-6 [PubMed](#)

- Kaidar-Person O, Person B, Wexner SD. Hemorrhoidal disease: a comprehensive review. *Journal of the American College of Surgeons*, 2007; 204(1):102-117 [[PubMed](#)]
- Consenso Latinoamericano de Hemorroides. XXI Congreso Latinoamericano de Coloproctología. 2009. Guayaquil, Ecuador.
- Dres. Acheson AG, Scholefield JH. Tratamiento de las hemorroides. [BMJ 2008;336:380-383](#)
- Loder, P. B. , Kamm, M. A., Nicholls R. J. And Phillips R. K. S. Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology. *British Journal of Surgery* 1994,81.946-954.
- Treatment of grade III and IV haemorrhoidal disease with PPH or THD. A randomized trial on postoperative complications and short-term results. Festen, Sebastiaan; van Hoogstraten, M. J.; van Geloven, A. W.; Gerhards M. F. *Int J Colorectal Dis* (2009) 24:1401–1405
- Marianelli R; Machado SPG; Almeida MG; Baraviera AC; Falleiros V; Lolli RJ; Vilariño TC. Hemorroidectomia Convencional Versus Hemorroidopexia Mecânica (PPH). Estudo Retrospectivo de 253 Casos. *Rev bras Coloproct*, 2009;29(1): 030-037.
- Gaj, F; Trecca, A. Hemorrhoids and rectal internal mucosal prolapse: one or two conditions? A national survey. *Tech Coloproctol* (2005) 9:163-165.
- Aigner, Felix; Gruber, Hannes; Conrad, Friedrich; Eder, Jasmin; Wedel, Thilo; Zelger ,Bettina; Engelhardt, Victoria; Lametschwandtner, Alois; Wienert; Volker; Böhler, Ulrich; Margreiter, Raimund; Fritsch, Helga. Revised morphology and hemodynamics of the anorectal vascular plexus: impact on the course of hemorrhoidal disease. *Int J Colorectal Dis* (2009) 24:105–113.
- Chauhan, Ashutosh; Thomas, Shaji; Kumar Bishnoi, Prem; Hadke, Niladhar S. Randomized Controlled Trial to Assess the Role of Raised Anal Pressures in the Pathogenesis of Symptomatic Early Hemorrhoids *Dig Surg* 2007;24:28–32.
- Cruz GMG; Alvarenga IM; Constantino JRM; Andrade MMA; Gomes DMBM; Faria FF; Oliveira RG. Como o Coloproctologista Brasileiro Vê a Doença Hemorroidária – Análise de Dados Colhidos de Questionário Dirigido aos Especialistas Filiados à Sociedade Brasileira de Coloproctologia. *Rev bras Coloproct*, 2009;29(2): 174-191.
- Santos HA. Hemorroidectomia Híbrida. Uma Nova Abordagem no Tratamento das Hemorroidas Mistas. *Rev bras Coloproct*, 2006;26(4): 377-388.
- Servier International. Alivio de la crisis hemorroidal aguda: eficacia de Daflón 500mg en la enfermedad hemorroidal. Francia: Servier; 2000.

- Loder P. B. , Kamm M. A., Nicholls R. J. and Phillips R. K. S. Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology. (Review). British Journal of Surgery 1994,81.946-954
- Aigner F; Gruber H; Conrad F; Jasmin E; Wedel T; Zelger B; Engelhardt V; Lametschwandtner A; Wienert V; Böhler U; Margreiter R; Fritsch H. Revised morphology and hemodynamics of the anorectal vascular plexus: impact on the course of hemorrhoidal disease. Int J Colorectal Dis (2009) 24:105–113.
- <http://www.manualgastro.es/manualgastro/pdf/221v1n2a13081779pdf001.pdf> . Enfermedad Hemorroidal.
- http://www.bvs.sld.cu/revistas/cir/vol49_1_10/cir05110.pdf Dr. Luis Ernesto Villasana Roldós. Nueva técnica quirúrgica para el tratamiento de la enfermedad hemorroidal.