



Clínicas Quirúrgicas Facultad de Medicina
Universidad de la República. Uruguay 2018

HEMORROIDES

Dra. Noelia Brito Viglione

Dr. César Canessa Sorin

Introducción

Las hemorroides son almohadillas del plexo venoso submucoso del conducto anal que participan en los mecanismos de continencia anal. Por analogía se denomina hemorroides a la enfermedad o síntomas que derivan de procesos inflamatorios y trombóticos de estos plexos.

La patología o enfermedad hemorroidal es de carácter benigno y alta incidencia; puede provocar síntomas agudos transitorios, ocasionalmente muy dolorosos o molestias de tipo crónico. Su aparición se vincula a trastornos del hábito defecatorio (constipación, diarrea, esfuerzo o tiempo defecatorio excesivos), hipertonia esfinteriana, que desencadenan los mecanismos patogénicos que conducen a hipertensión venosa, trauma local, sobredistensión, inflamación, prolapso y trombosis.

Manifestaciones clínicas

Los síntomas provocados por la enfermedad hemorroidal son un frecuente motivo de consulta en los servicios externos de medicina general y cirugía. Las manifestaciones clínicas más comunes son el sangrado y la procidencia.

Rectorragia hemorroidal: Es el motivo de consulta más frecuente en proctología. El sangrado por erosión hemorroidal típico es rojo rutilante y aparece al final de la deposición; puede observarse como simple mancha en el papel o en forma de goteo salpicando la taza. No se asocia a dolor y suele desaparecer en forma espontánea en 1 o 2 semanas. El examen clínico suele ser negativo, a excepción que exista sangrado activo que pueda percibirse en el tacto rectal o anoscopia.

El sangrado hemorroidal puede ser crónico y en ocasiones determinar anemia. Estos casos suelen asociarse a trastornos del hábito defecatorio, prolapso hemorroidal irreductible, uso de anticoagulantes y otros factores predisponentes.

Procidencia hemorroidal: El persistente desarrollo y descenso del tejido hemorroidal con el paso del tiempo determina su progresivo prolapso a través del ano. En etapas iniciales las hemorroides prolapsan con las deposiciones pero se reducen espontáneamente (hemorroides de 2° grado); cuando el prolapso progresa requiere ser reducido por el paciente (hemorroides de 3° grado), hasta que finalmente permanece exteriorizado (hemorroides de 4° o prolapso hemorroidal crónico). En esta última etapa, la mucosa rectal exteriorizada sufre inflamación crónica que ocasiona sangrado y mucorrea persistente.



Hemorroides de 4° o prolapso hemorroidal crónico.

Complicaciones

Las complicaciones agudas de la enfermedad hemorroidal son un frecuente motivo de consulta en los servicios de urgencia. Las formas clínicas más comunes son:

Trombosis hemorroidal externa

Se presenta como un nódulo de 5 a 20 mm de aparición súbita, situado en la margen anal, bien circunscrito, de tinte azulado e intensamente doloroso. Su evolución espontánea es hacia la remisión del dolor a partir de las 72 horas seguido de una lenta reabsorción del coágulo que suele demorar más de 20 días. Ocasionalmente la piel se horada y se produce el drenaje espontáneo del

Trombosis hemorroidal externa y plicomas.



coágulo. Cuando se resuelve puede quedar un pliegue cicatrizal en el margen anal (plicoma).

Prolapso hemorroidal fluxivo

Se presenta como una masa globulosa y congestiva que protruye a través del ano, color eritrocianótico que suele aparecer luego de un estreñimiento agudo o diarrea; el intento de reducción despierta intenso dolor. Puede ocupar parte o toda la circunferencia anal. Su evolución espontánea es hacia la remisión del dolor a partir del 5 día, seguido de una lenta remisión de la inflamación y reducción del prolapso que suele demorar 1 a 2 meses. Ocasionalmente se produce el infarto y esfacelo de la mucosa procidente lo que suele retrasar la remisión del cuadro.



Prolapso hemorroidal fluxivo con áreas de esfacelo.

Diagnóstico

El diagnóstico de enfermedad hemorroidal es clínico y se basa en los hallazgos del examen físico: la inspección ano-perineal permite realizar el diagnóstico de trombosis hemorroidal externa, prolapso hemorroidal fluxivo y prolapso hemorroidal crónico. El

tacto rectal suele arrojar escasos datos dado que el tejido hemorroidal sin complicaciones tiene consistencia blanda y es fácilmente colapsable, por lo que habitualmente no es percibido.

La anoscopía permite evaluar las hemorroides sin manifestaciones externas (grado 1 y 2) las cuales se observan por encima de la línea pectínea formando comunmente 3 paquetes; en fases más avanzadas adoptan el aspecto “en corona”.



Anoscopia hemorroides 3º grado.

Diagnóstico diferencial

La enfermedad hemorroidal comparte síntomas con otras enfermedades ano-rectales. El síntoma más común que es el sangrado, en su expresión menor (manchado del papel) es común en la fisura anal, pero se asocia a un típico dolor posevacuatorio y la lesión puede observarse en el examen clínico.

La rectorragia puede ser manifestación de neoplasias colorectales y enfermedades inflamatorias del intestino (ver capítulo).



Prolapso rectal completo. El cilindro rectal evertido tiene la mucosa lisa sin pliegues radiales típicos del prolapso hemorroidal.

Las manifestaciones externas de la enfermedad hemorroidal deben diferenciarse de otras afecciones del margen anal como las lesiones condilomatosas y neoplasias del ano. El prolapso rectal completo puede simular un prolapso hemorroidal fluxivo.

Estudios paraclínicos

El diagnóstico de enfermedad hemorroidal no requiere de estudios más allá de la anoscopia. Los estudios endoscópicos (rectosigmoidoscopia o colonoscopia) son necesarios toda vez que no exista una clara vinculación con hemorroides o el paciente presente factores de riesgo epidemiológico de cáncer colo-rectal.

TRATAMIENTO

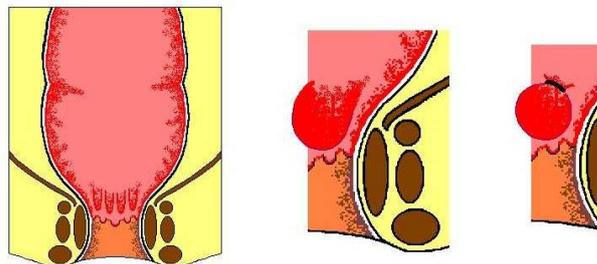
El manejo de la enfermedad hemorroidal admite variantes en relación a la etapa de la enfermedad y presencia de complicaciones.

En las etapas tempranas no complicadas, en que los principales síntomas son el sangrado y la procidencia esporádica y reductible, suelen ser suficientes medidas preventivas higiénico-dietéticas. El paciente debe comprender la importancia de cambiar hábitos defecatorios inadecuados: es común observar en estos pacientes la costumbre de permanecer tiempo innecesariamente prolongado para deponer. El otro aspecto importante es evitar la constipación mediante un aumento en la fibra dietética (verduras de hoja verde y fruta fibrosa) con adecuado consumo de agua. Estas simples medidas pueden lograr la remisión completa de los síntomas.

Los pacientes que presentan una enfermedad más avanzada con procidencia hemorroidal habitual, reductibilidad asistida o parcial, o prolapso hemorroidal crónico suelen requerir de tratamientos invasivos para aliviar o eliminar los síntomas.

La primera línea de tratamiento incluye diferentes procedimientos endoscópicos dirigidos a provocar necrosis y reducción del tejido hemorroidal redundante. Los más utilizados son la esclerosis por inyección submucosa con solución de polidocanol y la ligadura con banda elástica (banding). Son

técnicas bien toleradas, ambulatorias pero tienen mayor tasa de recidiva que la cirugía y no están exentas de riesgo (sangrado, trombosis fluxiva, infección).



Esquema de ligadura elástica de hemorroides.

El tratamiento quirúrgico está dirigido a reseca el tejido hemorroidal prolapsante y eventualmente los plicomas cutáneos asociados. Existen diferentes técnicas de cirugía convencional (hemorroidectomía abierta, semiabierta o cerrada de acuerdo a la aproximación por sutura de las heridas) o por sutura mecánica e instrumentos selladores de vasos. En la mayoría de los casos suelen eliminar los síntomas de la enfermedad, pero tienen como desventaja un dolor posoperatorio de moderada intensidad que puede prolongarse una o dos semanas. Si bien menos frecuentes, no está exento de recidivas y son más frecuentes las complicaciones cutáneas (supuración y dehiscencia de las heridas).

El manejo de las complicaciones de la enfermedad hemorroidal debe ajustarse a la situación clínica.

La trombosis hemorroidal externa paucisintomática no requiere tratamiento específico; se debe explicar al paciente que es un cuadro benigno y autorresolutivo. Cuando el dolor es intenso, el drenaje del coágulo (con anestesia local) que genera tensión en la piel suele resolver el síntoma.

El prolapso hemorroidal fluxivo se beneficia de un tratamiento analgésico y antiinflamatorio intenso durante las primeras 72 horas de instalado el cuadro, asociado a ablandadores fecales y baños de asiento cálidos; pueden asociarse benzodiazepinas y corticoides. Excepcionalmente puede requerir procedimientos quirúrgicos resectivos.

Pronóstico y profilaxis

Las hemorroides asintomáticas son un hallazgo frecuente en colonoscopías de screening. Si bien no requieren tratamiento específico, debe informarse al paciente que no es una condición asociada a un riesgo incrementado de cáncer y explicar las medidas higiénico dietéticas indicadas en las etapas tempranas no complicadas de la enfermedad. En pacientes jóvenes suelen observarse episodios aislados o esporádicos de sangrado o fluxión, particularmente durante la gravidez y el puerperio.

En otros casos tiene un curso crónico y lentamente progresivo, signado por las diferentes etapas del prolapso hemorroidal. Estos pacientes suelen consultar luego de la edad media de la vida.

Referencias

Lohsiriwat V. Treatment of hemorrhoids: A coloproctologist's view. *World J Gastroenterol.* 2015 21;21(31):9245.

Arezzo A, Pdzemny V, Pescatori M. Surgical management of hemorrhoids. State of the art. *Ann Ital Chir,* 2011 82:163.