



## HEMORROIDES

**Dr. Cristián Gallardo V.**

### **Definición.**

Corresponde a cojinetes vasculares sostenidos por tejido conectivo con una función importante en la defecación, permitiendo el deslizamiento del bolo fecal sobre el esfínter anal interno, lo que evita el traumatismo y su eventual daño. Su presencia es normal, por lo que no constituye una patología en sí.

Es evidente que la presencia de constipación o la alteración del hábito defecatorio juega un rol significativo en muchos pacientes.

Enfermedad hemorroidaria es la presencia de síntomas derivados de los hemorroides en un individuo con hábito defecatorio normal o que fue corregido con manejo médico.

Se clasifican en internos y externos de acuerdo a su relación con la línea pectínea. Los hemorroides internos se clasifican de acuerdo al grado de prolapso:

- I. No prolapsan
- II. Prolapsan pero se reducen espontáneamente
- III. Prolapsan y requieren reducción manual
- IV. Prolapso permanente y recurrente pese a maniobras de reducción.

### **Diagnóstico.**

El diagnóstico es clínico.

Las manifestaciones principales son la rectorragia defecatoria indolora, el prolapso hemorroidario, prurito anal y sus complicaciones (fluxión y trombosis).

El examen físico debe incluir inspección anal solicitando al paciente que puje para evidenciar el grado de prolapso hemorroidario, el tacto rectal y anoscopía/rectoscopia en búsqueda de patología anorrectal concomitante.

La evaluación endoscópica completa del colon está indicada en pacientes seleccionados con rectorragia o síntomas hemorroidarios.

Se debe realizar una historia clínica completa incluyendo la historia familiar de cáncer colorrectal y la presencia de signos de alarma como cambio del hábito defecatorio, sensación de pujo constante, sangrado oscuro y baja de peso. Solicitar colonoscopia en éstos pacientes.



## **Tratamiento**

### **Conservador.**

Estas incluyen medidas higiénico-dietéticas como dieta rica en fibras (30 g diarios), suplementos de fibra dietaria, aumentar ingesta de líquidos, ablandadores de deposiciones y analgésicos asociado a baños de asiento en agua caliente.

No se recomiendan los analgésicos tópicos.

El uso de cremas y ungüentos es controversial, ya que los resultados del uso de estos cuenta con escasa evidencia científica, por lo que no se recomiendan.

Las tasas de recurrencia son reducidas en forma importante luego de manejo conservador continuado.

### **Procedimientos menores.**

Se reservan para el prolapso hemorroidal grados I, II y III en el cuál el tratamiento médico ha fallado.

Su objetivo es disminuir la vascularización, reducir el tejido redundante y aumentar la fijación hemorroidal a la pared rectal para minimizar el prolapso.

Éstos procedimientos son generalmente bien tolerados y causan dolor mínimo. Tienen una tasa variable de recurrencia y pueden requerir aplicaciones repetidas.

### **Ligadura con banda elástica.**

Es una técnica efectiva en el tratamiento del prolapso hemorroidal.

Requiere una menor cantidad de aplicaciones que la escleroterapia y la coagulación infrarroja en hemorroides internos grado I, II y III.

Ha sido directamente comparada con la hemorroidectomía para el tratamiento de hemorroides internos grado III: se reporta una menor efectividad y una mayor probabilidad de tratamientos repetidos en la ligadura, sin embargo se asocia a un menor dolor postoperatorio y menor probabilidad de complicaciones que la cirugía. En una revisión Cochrane reciente se considera como la opción preferida en hemorroides grado II y como primera línea de tratamiento de hemorroides grado III dejando a la hemorroidectomía reservado para pacientes en los cuales la ligadura elástica falló.

Sus complicaciones son dolor anorrectal, sangrado, trombosis hemorroidal externa y síntomas vaso vágales reportados en menos del 3% de los pacientes.



Está contraindicada en pacientes en anticoagulación.

### **Escleroterapia.**

Consiste en efectuar la inyección de una sustancia esclerosante en el ápex del hemorroide interno lo que produce su fijación a la pared del recto. Se recomienda para hemorroides internos grado I y II.

Las tasas de éxito con este tratamiento son de un 75 a un 89% pero con tasas altas de recurrencia. Es una opción atractiva en pacientes que reciben tratamiento anticoagulante.

### **Coagulación infrarroja.**

Se refiere a la aplicación directa de ondas infrarrojas que resulta en necrosis proteica dentro del plexo hemorroidal. Utilizado más comúnmente en hemorroides grado I y II.

Se describen altas tasas de recurrencia.

### **Tratamiento quirúrgico.**

La hemorroidectomía debería estar reservada para pacientes refractarios a los procedimientos menores descritos, que tienen un importante componente externo, a pacientes que tienen hemorroides externos asociados un prolapso hemorroidal interno significativo (grados III y IV) y a casos con patologías anorrectales concomitantes (fístulas, fisuras)

Es una terapia de gran efectividad en comparación a los procedimientos menores descritos pero asociado a dolor postoperatorio importante y una tasa de complicaciones mayor.

### **Múltiples técnicas.**

- **Abierta** (Milligan-Morgan 1937 UK). Resección del complejo hemorroidal interno hipertrófico, ligadura del pedículo arterial, preservando lo más posible el anodermo. El anodermo y piel perianal se deja abierta.
- **Cerrada** (Ferguson). Resección del complejo hemorroidal externo e interno utilizando una resección con forma de reloj de arena (centrado a nivel del segmento medio del anodermo) y cierre primario de toda la herida.
- **Semicerrada** (Reis Neto). Resección del complejo hemorroidal externo e interno dejando anodermo distal y la piel abiertas.



## Hemorroidectomía de Whitehead. Parks.

Efectividad similar.

En general, el éxito de la cirugía hemorroidal es definida tanto por su efectividad en reducir los síntomas como también lograr un menor dolor postoperatorio.

No parece haber una diferencia significativa en términos de dolor postoperatorio entre las 2 técnicas más utilizadas: abierta vs cerrada, mostrando una tendencia hacia un menor requerimiento de analgesia en las primeras 48 horas postoperatorias en la técnica cerrada pero similar intensidad y duración del dolor en los días posteriores.

Se ha descrito la utilización de nuevos dispositivos como utilización de Ligasure, cauterización monopolar, energía bipolar y dispositivos ultrasónicos mostrando un dolor postoperatorio menor a expensas de un costo mayor.

### **Complicaciones de la hemorroidectomía.**

- Retención urinaria. 1-52%. Se evita limitando la administración de fluidos peri operatorios a 250 ml y optimizar la analgesia.
- Sangrado precoz. 1%.
- Sangrado tardío. 0.5-4% Después de 5-7 días. Descartar proceso infeccioso local.

### **Hemorroidopexia grapada – PPH.**

Dispositivo que reseca la mucosa y submucosa redundante de los hemorroides internos produciendo una fijación de los tejidos remanentes a la pared rectal. Es efectivo para hemorroides internos sin embargo no resulta en un tratamiento adecuado para el componente externo. Los resultados de un reciente metanálisis muestra una mayor tasa de recurrencia a largo plazo in pacientes sometidos a PPH.

Los estudios de cohorte precoces y estudios randomizados pequeños reportaron que el uso de PPH estaba asociado a menor dolor postoperatorio y una recuperación más precoz en comparación a la hemorroidectomía convencional. Sin embargo, en una revisión Cochrane reciente se describen cifras similares de dolor, prurito y una mayor tasa de recurrencias en pacientes sometidos a PPH.

### **Hemorroidectomía guiada por doppler (THD).**

Ligadura de arteria hemorroidal asistida por doppler.

Beneficio potencial: menor tejido resecado y por ende menor dolor.



Estudios prospectivos muestran resultados favorables con tasas de control de sangrado de un 90% con recurrencia de un 10%.

Se recomienda en hemorroides grado II y III.

### Algoritmo de manejo según prolapso hemorroidal.

