

Hemorroides

Las hemorroides se definen como dilataciones a modo de nódulos varicosos de las venas del plexo hemorroidal. Estas dilataciones pueden protuir o trombosarse, causando dolor, o pueden ulcerarse, produciendo sangrado. La trombosis puede resolverse espontáneamente, dejando secuelas como picor, "pesadez" o "quemazón".

¿Cuáles son sus causas?

- Sin obstrucción orgánica del retorno venoso: dieta (poca fibra), herencia, estreñimiento, esfuerzos al defecar, diarrea, factores anatómicos-fisiológico (mecánica postural), alteraciones del tono esfinteriano.
- Con obstrucción orgánica del retorno venoso: embarazo, cirrosis hepática, trombosis de la vena porta.

¿Cómo se clasifican?

- **Hemorroides internas:** derivan del plexo hemorroidal interno, situado por encima de la línea dentada, Se subclasifican en 4 grados, dependiendo del grado de prolapso:
 - o Grado I: No descienden nunca por debajo de la línea dentada.
 - o Grado II: Se prolapsan por el canal anal durante el esfuerzo defecatorio y desaparecen al terminar el esfuerzo.
 - o Grado III: Se prolapsan durante el esfuerzo y solo se reducen con maniobras de reducción digital.
 - o Grado IV: El prolapso se mantiene de forma continua, o se reproduce rápidamente tras la reducción.
- **Hemorroides externas:** derivan del plexo hemorroidal externo, recubiertas de piel perianal, muy rica en fibras sensitivas.

¿Cuál es la clínica?

- **Rectorragia indolora.** Las hemorroides son la causa mas frecuente de rectorragias. Estas son de tipo goteo, o salpicadura en la taza, o bien estricta sanguinolenta en las heces tras la defecación. En ocasiones es un sangrado tras el roce con el papel higiénico. Con el paso del tiempo las hemorroides tienden a prolapsarse y tienen sangrado espontáneo sin relación con la defecación. Puede también presentarse en forma de hematoquecia o heces mezcladas con sangre.
- **Anemia secundaria.** Si el sangrado es lo suficientemente prolongado.
- **Prolapso.** Es una manifestación tardía, con el paso del tiempo. Esto puede dar lugar a secreción mucosa que provoca irritación anal secundaria, definida como prurito, "pesadez", "quemazón" por los pacientes.
- **Hemorroides trombosadas.** Es una complicación de las hemorroides grado II a IV. Se originan al ser estranguladas por los músculos esfinterianos cuando están prolapsadas, produciéndose congestión sanguínea y trombosis. La hemorroide se vuelve dura, de color oscuro (negro) y no se puede reducir, formándose un edema en todo el territorio perianal, lo que produce dolor muy intenso

¿Cómo se diagnostican?

- **Inspección.** Se coloca al enfermo en decúbito lateral izquierdo (posición de Sims), o bien de rodillas en posición genupectoral. Se valorará la presencia de hemorroides trombosadas (saco hemorroidal negro), o prolapsadas (saco hemorroidal edematizado pero con color normal).
- **El tacto rectal** no sirve para diagnosticar hemorroides, puede servir para realizar diagnóstico diferencial con otras causas de rectorragia (tumorações) y comprobar el tono del esfínter anal.
- **La anoscopia y rectosigmoidoscopia** son esenciales para diagnosticar la existencia de hemorroides y descartar la presencia de otras patologías potencialmente más graves (enfermedades inflamatorias intestinales, tumores...)

Diagnóstico diferencial

- Se deben excluir otras causas de hemorragia rectal, fundamentalmente la fisura anal, una fisura o úlcera en la superficie del canal anal que se puede observar en el margen anal a la exploración (ver ficha de fisura anal).
- Otras patologías, como patología maligna colorrectal o anal, enfermedad diverticular, enfermedad inflamatoria intestinal, poliposis, etc., deben ser tenidas en cuenta como causas de hemorragia rectal.

Hay que tener en cuenta que los pacientes que presentes síntomas sugestivos de cáncer colorrectal se deberán derivar a consultas especializadas para su valoración: ej. sangrado rectal con cambios en el hábito intestinal (>6 semanas). En personas mayores de 60 años puede ser suficiente con cambios en el hábito intestinal solamente.

Tratamiento

1. Medidas higiénico-dietéticas: Es el tratamiento inicial de los pacientes con hemorroides sintomáticas

Recomendaciones Generales:

- Prevención de la presión recto-anal: Prevenir el estreñimiento reduce la aparición y las recurrencias de la clínica hemorroidal.
- Aumento de la ingesta de fibra (frutas, verduras, pan integral, ingesta abundante de líquidos) en monoterapia y asociada a otros tratamientos ayuda a disminuir el dolor, el prolapso y el sangrado.
- El uso de fibras muestra un efecto beneficioso consistente para aliviar los síntomas generales y la hemorragia en el tratamiento de las hemorroides sintomáticas (*Plantago ovata*, *Isphaghula*). Alternativamente en personas con estreñimiento importante se pueden usar laxantes osmóticos como lactulosa. Evitar determinados laxantes en embarazo.
- Aumento del ejercicio, pérdida de peso, y evitar sedestación o bipedestación estática prolongada.
- Se deben evitar esfuerzos durante la defecación que pueden empeorar los síntomas, así como el tiempo excesivo sentado en el sanitario.

- Hay que recomendar la cuidadosa higiene perianal con toallitas húmedas o las que se usan para bebés, ejerciendo ligera “presión” en vez de arrastrar las zonas secas.
- Actualmente no existe evidencia sobre el beneficio de los tradicionales baños de asiento, ni siquiera hay consenso en la temperatura del agua o la duración de los mismos. Algunos autores los desaconsejan porque la postura mantenida cierto tiempo puede empeorar el prolapso.

2. Tratamiento médico

- **Sistémico**
Analgésicos: el dolor es importante se debe prescribir un analgésicos como el paracetamol. Se deben evitar los opiáceos (codeína etc.) porque pueden producir estreñimiento. Se deben evitar los AINES si existe rectorragia.

Tratamiento con fármacos venotónicos. En general, hay pobre evidencia sobre la efectividad del tratamiento en la patología hemorroidal con venotónicos (flebotónicos). Las limitaciones en calidad metodológica, la heterogeneidad de los trabajos y el potencial sesgo de publicación de los estudios plantean dudas sobre los efectos beneficiosos de los flavonoides en el tratamiento de las hemorroides.

- **Tópico**
Se puede considerar la aplicación de preparados tópicos antihemorroidales durante corto tiempo advirtiéndole al paciente de que solo son sintomáticos, no curativos. Múltiples preparados tópicos están comercializados para el tratamiento sintomático de las hemorroides. Presentan anestésicos y corticoides de forma aislada o combinada. En general hay una carencia general de ensayos clínicos controlados de la eficacia para los productos tópicos sintomáticos autorizados para el tratamiento de las hemorroides.

Recomendaciones:

- Sólo se recomiendan tratamientos durante periodos de tiempo corto (5-7 días), puesto que pueden ser perjudiciales (atrofia epitelial que aumenta el riesgo de sangrado, alergias, etc.)
- Los tratamientos que presentan corticoides no deben prescribirse en caso de sospecha de infección local.
- Los tratamientos únicos de corticoides, son preferibles a las combinaciones entre diferentes compuestos.
- Son tratamientos sintomáticos y no terapéuticos.

3. Tratamiento de hemorroides trombosadas

La actuación dependerá del momento del comienzo de los síntomas:

- Comienzo de la sintomatología < 48-72 horas: Trombectomía. La escisión (con anestesia local) dentro de las primeras 48-72 horas del comienzo de los síntomas puede ser la opción más rápida para mejorar los síntomas.
- Comienzo de la sintomatología >48-72 horas: Tratamiento conservador
Analgésicos (vía oral) + Reposo + Hielo + Baños.

4. Tratamiento quirúrgico

Indicado en aquellas personas con hemorroides que no responden a las medidas higiénico-dietéticas ni al tratamiento farmacológico. También en personas con hemorragia severa (aguda o crónica persistente).

- **Cirugía Menor.** Hay varias técnicas de cirugía menor (que no precisan de anestesia general): escleroterapia, fotocoagulación con infrarrojos o con láser, electrocoagulación, criocirugía y ligadura con banda elástica. Las técnicas de cirugía menor están indicadas en hemorroides grado I a III. La ligadura en banda elástica parece superior al resto de las técnicas de CM.
- **Técnicas quirúrgicas mayores:**
La hemorroidectomía está indicada en las hemorroides de grado IV y en aquellos pacientes que no responden a técnicas de CM. Así mismo, en las hemorroides grado III puede valorarse la hemorroidectomía. La hemorroidectomía con grapas es una nueva alternativa para aquellas personas con un prolapso hemorroidal importante, aunque los efectos secundarios pueden ser mayores.

Autores

- Francisco Beneyto Castelló. Médico de Familia. Centro de Salud Manises (Valencia)
[Miembro del Grupo de Trabajo Cirugía Menor de la SVMFiC](#)
- Manuel Batalla Sales. Médico de Familia. Centro de Salud Rafalafena (Castellón)
[Miembro del Grupo de Trabajo Cirugía Menor de la SVMFiC](#)

Autor para correspondencia

- Francisco Beneyto Castelló
E-mail: pacobeneyto@hotmail.com

Bibliografía

1. Bleday R, Breen E. Treatment of hemorrhoids [monografía en Internet]: UpToDate.
<http://www.utdol.com/online/content/topic.do>
2. Bleday R, Breen E. Clinical features of hemorrhoids [monografía en Internet]. UpToDate.
<http://www.utdol.com/online/content/topic.do>
3. Hervás A, Forcén T. Hemorroides. Fisterra.com [sede web]: Guías Clínicas.
<http://www.fisterra.com/fisterrae/guias.asp>
4. Bleday R, Breen E. Haemorrhoids - View whole topic [monografía en Internet]: UpToDate.
http://www.cks.library.nhs.uk/haemorrhoids/management/detauked_answers/referral