

Hemorroides.

Autores:

Alejandro J. Zarate.

Melissa Alvarez.

Andres Torrealba.

Universidad Finis Terrae.

Introducción.

Las hemorroides son zonas altamente irrigadas en el espacio submucoso de la zona anal, correspondiendo a parte de la anatomía normal del canal anal. En este canal las principales zonas donde se encuentran las hemorroides son:

Lateral izquierda.

Anterior derecha.

Posterior derecha.

Estas zonas hemorroidales contienen tejido de tipo elástico, vascular y conectivo, además de músculo ⁽¹⁾.

Estas zonas son la unión arteriovenosa entre ramas terminales de las arterias rectal superior y media con las venas rectales superiores, medias e inferiores ⁽²⁾.

Sus funciones serían la de colaborar en mantener la continencia contribuyendo en un 10 a 15% de la presión de reposo del canal anal, colaborar en la protección del esfínter anal, entre otras ⁽³⁾.

Los hemorroides se pueden clasificar dependiendo de su relación con la línea dentada, la que corresponde al sitio de unión del tejido escamoso epitelial

(derivado del ectodermo) con las células de mucosa columnar (derivadas del endodermo). Hacia proximal de esta línea se denominan hemorroides internos, mientras que hacia distal corresponde a los hemorroides externos. El tener diferente origen embrionario hace que las zonas posean diferente epitelio, drenaje vascular e inervación, lo cual tiene implicancias en las complicaciones derivadas de cada tipo de hemorroides.

En EEUU e Inglaterra su prevalencia alcanza aproximadamente un 4%, siendo similar para ambos sexos, pero más frecuente entre los 45 y 65 años e inusual en menores de 20 años ⁽⁴⁾. No suelen causar graves problemas a la salud, pero aun así causan molestia, incomodidad y dolor, constituyéndose en la patología ano-rectal más común dentro de la consulta proctológica.

Patogenia.

La presentación del desarrollo patológico de complicaciones de los hemorroides se ha asociado con la edad avanzada, embarazo, constipación, aumento persistente de la presión intrabdominal, una dieta baja en fibras, entre otros factores⁽⁵⁾. Lo anterior genera un aumento de presión en la zona submucosa, posterior a lo cual se desarrolla mayor laxitud del tejido conectivo de la zona, lo cual puede producir la protrusión de la zona.

Los zona hemorroidal submucosa presenta cambios patológicos como: dilatación anormal venosa, trombosis vascular, proceso degenerativo en las fibras de colágeno y distorsión de los tejidos fibro-elásticos. Las hemorroides pueden ser clasificadas como internas o externas según su relación con la línea dentada, en caso de haber internas y externas simultáneamente se denominan mixtas (Figura 1).

Las hemorroides internas están proximales a la línea dentada, se encuentran recubiertas por epitelio columnar, posee inervación visceral, por lo este motivo no presentan síntomas como dolor. A su vez estas poseen una clasificación, la cual se describe en la tabla 2.

Las hemorroides externas se encuentran ubicadas hacia distal a la línea dentada, están recubiertas por epitelio escamoso modificado, poseen inervación somática por lo que son pueden presentar síntomas como dolor con las complicaciones.



Figura 1: Hemorroides mixtas.

Grado	Descripción
I	Hemorroides prominentes, no prolapsados.
II	Hemorroides que prolapsan con maniobras de valsalva y tiene una reducción espontánea.
III	Hemorroides que prolapsan con maniobras de valsalva y requieren de reducción manual
IV	Hemorroides crónicamente prolapsadas, sin una reducción manual efectiva.

Tabla 2. Clasificación de las hemorroides internas.

Diagnóstico.

La dilatación de los plexos vasculares hemorroidales, generando un cuadro clínico caracterizado por síntomas como aumento de volumen, sangrado vía anal y dolor. Esta patología es frecuente en la población general.

El sangrado es uno de los síntomas más comunes de complicación de lo hemorroides internos.

Clásicamente es rojo brillante de pequeñas cantidades y por lo general se evidencia en la ropa interior y papel higiénico.

Otra opción de presentación es el prolapso, en este caso por lo general se notará una masa en la zona anal relacionado a la maniobra de valsalva (por ejemplo en la defecación), esta prolapso inicialmente se resuelve de forma espontánea, pero posteriormente puede requerir maniobras digitales o quedar prolapsado permanentemente.

La presentación de un hemorroide externo trombosado se caracteriza por la aparición de una masa muy dolorosa en la zona anal, la cual al examen físico - por lo general - es violácea y su consistencia es mayor que los bordes de la lesión.

El diagnóstico por tanto se sospecha clínicamente. Hay que realizar un examen físico cuidadoso, recomendando complementarlo con una anoscopía (Figura 2).



Figura 2. Anoscopio rígido.

Si está la sospecha de otra patología como cáncer colorrectal o enfermedad inflamatoria intestinal debe indicarse un examen que lo descarte como una colonoscopia total.

Tratamiento.

El tratamiento de la patología hemorroidal depende del tipo de hemorroides (internas - externas) y su complicación asociada.

Las hemorroides externas pueden requerir tratamiento cuando se asocian a complicaciones como trombosis hemorroidal o problemas asociados como: dolor, dificultad en la higiene u otros.

En el caso de trombosis hemorroidal, el tratamiento de preferencia es médico y consiste en analgesia vía oral (en general asociado acetaminofeno y AINES), baños de asiento con agua tibia (3 veces al día por al menos 10 días), dieta rica en fibras y aumento en la ingesta de líquidos (al menos 2,5 litros al día). Es importante tener un control relativamente precoz para la reevaluación clínica del paciente. En casos muy seleccionados, se realizará un drenaje del trombo del hemorroide.

El tratamiento resectivo de las hemorroides externas involucra una resección de los paquetes hemorroidales comprometidos, con técnica abierta o cerrada en pabellón.

El tratamiento médico de las hemorroides internas incluye el aumento de la ingesta de fibra insoluble a 25 a 35 gramos al día, además de ingesta de líquidos, de esta forma se espera reducir la posible constipación. Este tratamiento ha sido relacionado a la disminución del sangrado vía anal, pero no de los otros síntomas ⁽⁶⁾.

En el caso de las hemorroides internas grado I o II, se puede realizar una ligadura de éstas de forma ambulatoria. Este procedimiento tiene un porcentaje de complicaciones entre el 3 a 8% por lo general, destacando la retención urinaria, hemorragia tardía e infección de la zona. Una infección generalizada es rara ⁽⁷⁾.

El tratamiento resectivo quirúrgico en general se emplea en paciente con hemorroides grado IV, o en quienes la terapia médica o menos invasiva no haya obtenido resultados satisfactorios.

La resección quirúrgica de las zonas hemorroidales complicadas es efectiva, pero se describe dolor en el postoperatorio.

Para la resección de los hemorroides internos una técnica que incorporó nuevos dispositivos es la hemorroidectomía con corchetera circular (stappler). Esta técnica se indica en pacientes con hemorroide grado III y IV por lo general. Involucra la resección de las hemorroides internas afectadas, y además fija la mucosa remanente sobre la línea dentada. Esta técnica ha evidenciado menor dolor en el postoperatorio. No obstante también presenta complicaciones postoperatorias como sepsis pélvica, urgencia rectal y fístula rectovaginal entre otras ⁽⁸⁾.

Referencias.

- 1.- Haas P, Fox T, Haas G. The pathogenesis of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 442-50.
- 2.- Thomson WH. The nature of haemorrhoids. *Br J Surg* 1975; 62: 542-52.
- 3.- Cintron J, Abcarian H. Benign anorectal: hemorrhoids. Wolff BG, et al, editors. *The ASCRS textbook of colon and rectal surgery*. New York: Springer-Verlag, Inc; 2007: 156-77.
- 4.- Riss S, Weiser FA, Schwameis K, Riss T, Mittlböck M, Steiner G, Stift A. The prevalence of hemorrhoids in adults. *International Journal of Colorectal Disease* 2012; 27: 215-20.
- 5.- Johanson JF, Sonnenberg A. The prevalence of haemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study. *Gastroenterology* 1990; 98: 380-6.
- 6.- Alonso-Coello P, Mills E, Heels-Ans- dell D, et al. Fiber for the treatment of hemorrhoids complications: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 181-8.
- 7.- El Nakeeb AM, Fikry AA, Omar WH, et al. Rubber band ligation for 750 cases of symptomatic hemorrhoids out of 2200 cases. *World J Gastroenterol* 2008; 14: 6525-30.
- 8.- Tjandra JJ, Chan MK. Systematic re- view on the procedure for prolapse and hemorrhoids (stapled hemorrhoidopexy). *Dis Colon Rectum* 2007; 50: 878-92.