

Título: Tratamiento de la enfermedad hemorroidal.

Autores:

Dr. José Antonio Llovera Ruíz,
Especialista de 1er. Grado en Coloproctología y Medicina General Integral.
Instructor.

DraC. María Elena González Solares:
Máster en Enfermedades Infecciosas, Máster en Educación Médica,
Especialista de 2º Grado en Coloproctología y de 1er. Grado en Medicina
General Integral, Profesora Titular e Investigadora Titular.

Dr. Guillermo Llanes Díaz
Especialista de 1er. Grado en Coloproctología, Máster en Enfermedades
Infecciosas.

Dr. Francisco Aguilar Martínez. Especialista de 2º Grado en Coloproctología.
Profesor Auxiliar.

Servicio de Coloproctología
Email: proctol@hha.sld.cu

Introducción

La enfermedad hemorroidal constituye la afección más frecuente por la que acuden los pacientes a una consulta de Coloproctología, su incidencia verdadera no es estimada con certeza, pues la asistencia de los pacientes a la consulta médica es limitada por factores culturales y el pudor de los pacientes, el tratamiento quirúrgico se caracteriza por la presencia de dolor y tiempo de recuperación posoperatoria prolongado, con el uso de técnicas como las que se proponen en este protocolo (hemorroidectomías cerradas y la ligadura por banda elástica mejoran estos indicadores).

Objetivos

1. Lograr minimizar el dolor y disminuir las complicaciones.
2. Disminuir el tiempo de recuperación posoperatoria en los pacientes con enfermedad hemorroidal.

Desarrollo

La enfermedad hemorroidal es el conjunto de síntomas y signos (molestias, prurito, prolapso, sangrado) 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).

Criterios diagnósticos

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.

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.

Diagnóstico diferencial:

- Prolapso rectal.
- Prolapso de papilas anales hipertróficas.
- Tumores malignos.
- Tumores benignos.
- Condiloma acuminado.
- Hematoma perianal.
- Fisura anal crónica.

Complicaciones potenciales:

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

Manifestaciones clínicas

Están dadas principalmente por sangrado rojo rutilante indoloro que acompaña la defecación o al final de esta, generalmente escaso aunque en casos raros puede llevar a la anemia, prolapso anal en grado variable reductible o no acompañado de sensación de cuerpo extraño, secreción producto de la propia producción mucosa, prurito secundario a la persistencia y permanencia de la secreción mucosa del prolapso hemorroidal.

Clasificación:

Reglas para la clasificación:

Anamnesis.

Examen Físico: (Inspección o Endoscopia).

Clasificación:

•Topográfica:

Enfermedad Hemorroidal Externa. (E.H.E)

Enfermedad Hemorroidal Interna. (E.H.I)

Enfermedad Hemorroidal Mixta. (E.H.M)

Clasificación inherente solo a la Enfermedad Hemorroidal Interna:

Anatomoclínica:

Grado 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).

Grado II. Sangrado por el ano. Protrusión anal reversible espontáneamente.

Inspección: Negativa. Maniobra de Valsalva: Positiva.

Anoscopia/ Recosigmoidoscopia: E.H.I. Moderada.

Grado 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/ Recosigmoidoscopia: E.H.I. Severa.

Grado IV. Sangrado por el ano. Protrusión anal irreversible con reducción manual inefectiva.

Puede presentarse: Secreción, humedad, prurito, escape involuntario de heces.

Inspección: Positiva. Maniobra de Valsalva: No útil.

Anoscopia/ Recosigmoidoscopia: E.H.I. Muy Severa

•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

Pruebas diagnósticas básicas y/o confirmatorias

Enfermedad Hemorroidal Externa (E.H.E.)

Inspección.

Tacto rectal:

Generalmente por ser evidentes y con ligeras manifestaciones sintomáticas, solo escozor o molestias, que conlleven a un tratamiento quirúrgico no se añaden otros recursos diagnósticos.

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

Exámenes diagnósticos

- Tacto rectal
- Anoscopia y Rectosigmoidoscopia.
- Otros estudios según factores de riesgo, enfermedades asociadas o necesidad de tratamiento quirúrgico.

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).

Recomendaciones terapéuticas.

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, si hay edema preferimos los fomentos de agua fría.

Tratamiento farmacológico:

Flebotrópicos: Venatón: 20 gotas diluidas en agua cada 8 horas vía oral.

Diosmina 500 mg 1tab. V/O cada 6 horas.

Crema 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.

Diosmina 500 mg 1 tab. Vía oral cada 6 horas

Crema 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 el centro se prefieren las cerradas.

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.

Diosmina 500 mg 1 tab. Vía oral cada 6 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) se prefieren las cerradas.

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

Tratamiento con inyecciones esclerosantes. (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) se prefieren las cerradas.

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 esclerosantes. (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) se prefieren las cerradas.

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.

- Solo se dispone del tratamiento quirúrgico convencional.

Preparación preoperatoria: El tratamiento quirúrgico puede ser hospitalizado o ambulatorio.

El día anterior al tratamiento quirúrgico se indica dieta ligera en la tarde, enemas evacuantes 9pm y 6am, rasurado del ano, región perianal y glúteos.

La anestesia utilizada será regional.

Complicaciones Posoperatorias:

Inmediatas:

Retención urinaria.

Dolor excesivo.

Hemorragia.

Mediatas:

Infecciones (Abscesos).

Impacto fecal.

Falsa cicatrización.

Hemorragia.

Tardías:

Incontinencia anal.

Estenosis anal.

Fístula.

Fisura anal.

Falsa cicatrización.

Retardo en la cicatrización.

Ectropión de la mucosa.

Ano húmedo.

Seguimiento en pacientes que reciban tratamiento quirúrgico:

El seguimiento debe realizarse cada una o dos semanas por consulta externa hasta que se establezca la cicatrización, que se concreta en un período que va entre 30 y 45 días, si no se presentaran complicaciones.

Tratamiento posoperatorio:

Tratamiento Médico:

Inmediato:

Recomendaciones Generales y Dietéticas:

Reposo.

No vía oral hasta 4 horas después de terminada la intervención quirúrgica; se ofrecerán primeramente líquidos, si son bien tolerados, se restablecerá una alimentación con abundantes líquidos y rica en fibra para facilitar una defecación adecuada.

El vendaje se retirará en la mañana siguiente a la intervención quirúrgica y en horas de la tarde se comienzan los baños de asiento tibios dejando crema antibiótica o mercurocromo, cubrir con apósito.

Tratamiento farmacológico:

Analgésicos:

Dipirona (600 mg) 2 ampulas E/V cada 6 horas o Dipirona (300 mg.) 2 tab cada 6 horas V/O.

Tramadol (100mg) IM cada 8 horas.

Tramadol (50 mg) cápsula cada 8 horas

Diclofenaco (75 y 100 mg) IM cada 8 horas.

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).

Baños de asientos tibios 3 veces al día por 15 minutos (B.A.T.).

Tratamiento farmacológico:

Analgésicos.

Laxantes (Si estreñimiento acentuado, solo para la 1era defecación posoperatoria).

Antidiarreicos (Si se presentaran diarreas en el posoperatorio).

Sedantes ligeros (1era semana del posoperatorio).

Consulta semanal o cada dos semanas, si no se presentaran complicaciones hasta la recuperación total en un plazo promedio entre 30 y 45 días.

Indicadores

Indicadores de estructura		Estándar
Recursos humanos	% del personal que compone el grupo de trabajo asistencial	95%
Recursos materiales	% de aseguramiento instrumental y equipos médicos según PA	95%
	% de disponibilidad de los medicamentos expuestos en PA	95%
	% de disponibilidad de los recursos para la aplicación de investigaciones	95%
Recursos organizativos	% de planillas para la recogida de datos del PA	100%
	% de base de datos electrónica	100%
Indicadores de procesos		Estándar
% de pacientes a ser operados de E.H en régimen ambulatorio		≥ 90%
% de pacientes operados E.H con seguimiento		>95%
Indicadores de resultados		Estándar
% de pacientes operados E.H con complicaciones posoperatorias		<10%
% de pacientes operados E.H con solución de su problema derivado del tratamiento recibido		> 95%
% de pacientes con satisfacción por la atención recibida		≥ 95%

Bibliografía

Arbman, G. et al: (2000). Closed vs. open haemorrhoidectomy is there any difference? Dis Colon Rectum: DOI. [10813120](#)

Bayer, I., Myslovary, B., Picovsky, B.M. (2015). Rubber band ligation of hemorrhoids. Convenient and economical treatment. J Clin Gastroenterol.

Corman Marvin, L.M.D. (1993). Colon & Rectal Surgery. 3rd Edition. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Corman, M.L., et al. (2003). Stapled haemorrhoidopexy: a consensus position paper by an international working party-indications, contra-indications and technique. Colorectal Dis. DOI. [12814406](#)

Goldberg Stanley, M., Gordon Philip, H. (1996). Fundamentos de Cirugía Anorrectal. Santhat Nivathongs.

Grimshaw, J.M., Winkens, R.A.G, Shirran, L., Cunningham, C., Mayhew A, Thomas, R., et al. (2007). Intervenciones para mejorar las derivaciones de pacientes ambulatorios desde la atención primaria a la atención secundaria. In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 4, Oxford.

Johanson, J.F., Sonnenberg, A. (1990). The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study. Gastroenterology.

Johanson, J.F, Rimm, A. (1992). Optimal nonsurgical treatment of hemorrhoids: a comparative analysis of infrared coagulation, rubber band ligation, and injection sclerotherapy. Am J Gastroenterol.

Kant, S., Pawlak, S.E., Eggenberger, J.C. Et al: (2013). Surgical treatment of hemorrhoids: Prospective, randomized trial comparing closed excisional hemorrhoidectomy and the Harmony Scalpel technique of excisional hemorrhoidectomy. Dis Colon Rectum.

Komborozos, V.A., et al. (2000). Rubber band ligation of symptomatic internal hemorrhoids: results of 500 cases. Dig Surg. DOI. [10720835](#)

Shalaby, R., Desoky, A. (2001). Randomized clinical trial of stapled versus Milligan- Morgan haemorrhoidectomy. Br J Surg;88:1049. DOI.[11488788](#)

Shao, W., LI, G.C, Zhang, Z.H., et al. (2014). Systemic review and metaanalysis of randomized controlled trial comparing stapled haemorrhoidectomy with conventional haemorrhoidectomy. Br J Surg.

Zuidema, G.D. (1995) Cirugía del Aparato Digestivo. Eugene P.Salvati Theodore E. Einsenstat