

# Hemorroides

## Autores

Adolo Hervás Angulo  
Tarsicio Forcén Alonso

Médicos Especialistas en Medicina Familiar  
y Comunitaria.

Centro de Salud Tafalla- Navarra- España

Guías Clínicas 2002; 2(47)

## Puntos clave

- Las hemorroides son dilataciones a modo de nódulos varicosos de las venas del plexo hemorroidal y son la causa más común de hematoquecia y rectorragia.
- El estreñimiento y su principal factor (la dieta pobre en fibra) es causante de la mayoría de los casos de hemorroides.
- Historia clínica + inspección + endoscopia nos llevará a atribuir una rectorragia a la presencia de hemorroides. El tacto rectal no sirve para confirmar el diagnóstico de Hemorroides Internas [C]
- La prevención del aumento de la presión anal es la medida más eficaz para el tratamiento de la sintomatología aguda, la prevención primaria y la prevención secundaria de la patología hemorroidal [A]
- La cirugía está indicada en los pacientes que no responden a las medidas higiénico-dietéticas ni al tratamiento farmacológico [C]

## ¿De qué hablamos?

Las hemorroides se definen como dilataciones a modo de nódulos varicosos de las venas del plexo hemorroidal.

El plexo hemorroidal se encuentra situado a nivel del canal anal, y es un componente fisiológico de la anatomía humana. Las hemorroides están diseñadas formando un almohadillado a modo de válvula. Asociadas a los componentes musculares y el tejido epitelial situado en el canal anal, sirven para mantener la continencia anal durante los periodos no defecatorios.

Normalmente se habla de hemorroides cuando estas venas se dilatan convirtiéndose en varicosidades, que posteriormente se recubren de epitelio escamoso modificado. 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".

El 5% de la población presenta síntomas relacionados con las hemorroides, y la prevalencia de los síntomas alcanza el 50% a partir de los 50 años. Se calcula que aproximadamente del 50 al 75% de la población occidental presenta sintomatología hemorroidal en algún momento de su vida. Es la causa más común de hematoquecia y rectorragia.

## ¿Cuáles son sus causas?

Etiología de la hemorroides:

- Sin obstrucción orgánica del retorno venoso
  - Dieta (↓ 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

Elaborada con revisión de fuentes de Medicina Basada en Pruebas.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Aviso a pacientes o familiares:

La información de este sitio está dirigido a profesionales de atención primaria. Su contenido no debe usarse para diagnosticar o tratar problema alguno. Si tiene o sospecha la existencia de un problema de salud, imprima este documento y consulte a su médico de cabecera.

En general las hemorroides suelen aparecer antes que el estreñimiento y éste suele ser secundario a ellas, y no viceversa. La diarrea, puesto que aumenta la presión anal, también aumenta la incidencia de la clínica hemorroidal.

Las ocupaciones sedentarias, los esfuerzos durante el trabajo o el deporte, el mantenerse de pie por tiempo prolongado, y ciertos hábitos alimentarios (la mayor parte de los casos de estreñimiento son debidos a dieta pobre en fibra), son otras causas implicadas en la formación de hemorroides.

Con frecuencia hay antecedentes familiares que sugieren un fondo o predisposición hereditaria. El embarazo es la causa más común de hemorroides en las mujeres jóvenes.

La trombosis de la vena porta y la cirrosis hepática, por su efecto de resistencia al retorno venoso, también favorecen la aparición de las hemorroides.

**¿Cómo se clasifican?**

- Hemorroides Internas: derivan del plexo hemorroidal interno, situado por encima de la línea dentada, están recubiertas de mucosa rectal (con un bajo número de fibras nerviosas sensitivas). Drenan al sistema Porta. Se subclasifican en 4 grados, dependiendo del grado de prolapso:
  - Grado I: No descienden nunca por debajo de la línea dentada.
  - Grado II: Se prolapsan por el canal anal durante el esfuerzo defecatorio y desaparecen al terminar el esfuerzo.
  - Grado III: Se prolapsan durante el esfuerzo y solo se reducen con maniobras de reducción digital.
  - Grado IV: El prolapso se mantiene de forma continua, o se reproduce rápidamente tras la reducción.
- Hemorroides Externas: erivan del plexo hemorroidal externo, recubiertas de piel perianal, muy rica en fibras sensitivas. Drenan al sistema cava.

- Pólipos
- Malformaciones arteriovenosas
- Fístula ano-rectal
- Úlcera crónica solitaria.
- Causas de sangrado Gastrointestinal en adultos (Orden según frecuencia)
  - Hemorroides
  - Fisuras
  - Pólipos
  - Proctitis
  - Úlcera gástrica
  - Cáncer colorectal
  - Coloproctitis ulcerosas
  - Gastritis
  - Enfermedad diverticular
  - Enfermedad sistémica
- Anemia secundaria. Si el sangrado es lo suficientemente prolongado puede producir anemia crónica y su sintomatología acompañante (palidez, mareo...).
- Prolapso. Es una manifestación tardía. Con el paso del tiempo las hemorroides tienden a tener mayor grado de prolapso, y ser éste con menores esfuerzos. 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 @ 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.

Características Anatómicas	Hemorroides Internas	Hemorroides Externas
Localización	Encima línea dentada	Debajo línea dentada
Plexo venoso	Plexo hemorroidal interno	Plexo hemorroidal externo
Drenaje venoso	Sistema porta	Sistema cava
Región externa	Mucosa rectal	Piel perianal
Fibras sensitivas	Bajo número: No dolor	Alto número: Dolor

**¿Cuál es la clínica?**

- Rectorragia indolora tipo goteo, o salpicadura en la taza, o bien estría 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.
- Causas más frecuentes de Rectorragia. (Sangrado tipo rectorragia)
  - Hemorroides
  - Divertículos
  - Fisura
  - Colitis Ulcerosa
  - Colitis infecciosa entero-hemorragica
  - Carcinoma ano-rectal



Hemorroides grado IV .- Hemorroides prolapsadas de los tres plexos en las que se aprecia el borde superior izquierdo de la línea pectínea



Hemorroides grado III .- Hemorroides de 3º grado con trombosis hemorroidal de un plexo

Imágenes cedidas por el Dr. Daniel Freire. Cirujano del C. H. "Juan Canalejo"- Coruña

## ¿Cómo se diagnostican?

**Inspección.** Se coloca al enfermo en decúbito lateral izquierdo (posición de Sims), o bien de rodillas en posición genupectoral (apoyo rodillas codos, o rodillas - hombros). 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, sobre todo las de grado I, ya que son dilataciones venosas que se colapsan fácilmente con la presión. Nos puede servir para realizar diagnóstico diferencial con otras causas de rectorragia (tumora-ciones) 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...)

## ¿Cómo se tratan?

- Indicaciones de tratamiento [C]
  - Tratamiento higiénico-dietético. Es el tratamiento inicial de los pacientes con hemorroides sintomáticas.
  - 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).
- Medidas higienico-dietéticas
  - Prevención de la presión recto-anal: Prevenir el estreñimiento reduce la aparición y las recurrencias de la clínica hemorroidal.
  - Recomendaciones Generales:
    - 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. [A].
    - Puede añadirse laxantes incrementadores del bolo intestinal (*Plantago ovata*) [C]
    - Aumento del ejercicio [C], pérdida de peso, y evitar sedestación prolongada.
- Tratamiento sintomático tópico
  - Múltiples preparados tópicos están comercializados el tratamiento sintomático de las hemorroides. Presentan anestésicos y corticoides de forma aislada o combinada. Pocos han sido evaluados en ECA-RCT
  - Son tratamientos sintomáticos y no terapéuticos.
  - Recomendaciones [C]:
    - 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,...).
    - Los tratamientos que presentan corticoides no deben prescribirse en caso de sospecha de infección local
    - Lo tratamientos únicos de corticoides, son preferibles a las combinaciones entre diferentes compuestos
- Tratamiento con fármacos venotónicos
  - En general, hay pobre evidencia sobre la efectividad del tratamiento en la patología hemorroidal con venotónicos (flebotónicos). El más estudiado ha sido la diosmina. Diferentes ECA con escasa calidad -muestras pequeñas (nunca más de 50 casos)- comparan el tratamiento de

diosmina oral o de dobesilato frente a placebo. En muchos casos estos estudios muestran datos contradictorios en el control de los síntomas.

- Algunos resultados de los estudios :
  - Algunos de estos estudios muestran una reducción del tiempo de sangrado [B·], y uno muestra una disminución en el número de recurrencias.
  - En un estudio se aprecia una mejoría objetiva frente al grupo placebo, que no se acompaña de una mejoría subjetiva de los síntomas; a los 14 días no hay diferencias significativas (subjetivas / objetivas).
- Hemorroides trombosadas.
  - Opciones válidas [C]:
    - Tratamiento conservador: Analgesia (vía oral) + Reposo + Hielo.
    - Trombectomía: puede ser eficaz para reducir el dolor.
    - Nifedipino tópico: podría ser una opción terapéutica en el tratamiento de las hemorroides externas trombosadas. Actualmente no está comercializado en España.
  - Tratamiento quirúrgico.
    - Cirugía Menor. Hay varias técnicas de cirugía menor (que no precisan de anestesia general): escleroterapia, fotocoagulación con infrarrojos (CIR) o con láser, electrocoagulación, criocirugía y ligadura con banda elástica (LBE). Varios metaanálisis compararon su eficacia entre sí:
      - Johanson et al. Concluyen que la Ligadura con Banda Elástica tiene eficacia similar a la fotocoagulación con infrarrojos.
      - MacRae et al. Concluyen que la Ligadura con Banda Elástica se muestra superior al resto de las técnicas de cirugía menor y que es el tratamiento de elección en hemorroides grados I a III.

**Conclusiones:** Las técnicas de cirugía menor están indicadas en hemorroides grado I a III [A]. La ligadura en banda elástica parece superior al resto de las técnicas de cirugía menor. La mucosectomía circunferencial se muestra superior a la hemorroidectomía [A].

- Hemorroidectomía.
  - En el metaanálisis de MacRae et al se concluye que la hemorroidectomía ha demostrado mejores tasas de respuesta, pero que también se ha asociado a más complicaciones (infecciones, sangrado) y más dolor que la ligadura con banda elástica (LBE), por lo que esta técnica debe reservarse para pacientes que no responden a la ligadura en banda (LBE).
  - Técnicas quirúrgicas: parece ser que diferentes ECA han demostrado que la mucosectomía circunferencial se ha mostrado superior a la hemorroidectomía convencional.
  - Conclusiones : La hemorroidectomía está indicada en las hemorroides de grado IV y en aquellos pacientes que no responden a técnicas de cirugía menor [A]. La mucosectomía circunferencial se muestra superior a la hemorroidectomía [A].

## Bibliografía

1. Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias. Enfermedades más frecuentes asociadas a rectorragia en AP. Hemorroides. Guía Práctica clínica de Rectorragias. [Internet]. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Centro Cochrane Iberoamericano; 2002 [Fecha de consulta 17 de noviembre de 2002].
2. Míguez Pérez M, Mora Miguel F, Sanchiz Soler V, Benages, Martínez

## Grados de Recomendación

**[A]** Existen pruebas sólidas para hacer esta recomendación. Existen estudios o alguna revisión sistemática de buena calidad con resultados homogéneos y claros.

**[B]** Existen pruebas suficientes para hacer la recomendación con claridad. Hay al menos un estudio de muy buena calidad o múltiples estudios con diseño aceptable que la sustentan.

**[C]** Existen pruebas limitadas. Al menos algún estudio aceptable.

**[D]** No hay pruebas basadas en estudios clínicos. La recomendación se sustenta únicamente en la opinión de expertos.

- A. Enfermedades rectoanales benignas. *Medicine* 2000; (nº 7,8ª serie): 346-347.
3. Goligher J, Duthie H, Nixon H. Hemorroides. En: *Cirugía del ano, recto y colon*. Goligher J, Duthie H, Nixon H. 3ª ed. Barcelona: Salvat; 1998. p. 92 - 142.
  4. Pfenninger J, Zainea G. Common Anorectal Conditions: Part I. *Am Fam Phys* 2001; 63: 2391- 2398.
  5. Surgical management of hemorrhoids. Patient Care Committee of the Society for Surgery of the Alimentary Tract (SSAT). *J Gastrointest Surg*. 1999 Mar-Apr; 3(2): 214 - 215.
  6. Haemorrhoids. *Prodigy (NHS-UK)*. [Internet]. August 2000. [fecha de acceso Nov-Dic de 2001].
  7. Pérez-Miranda M, Gómez-Cedenilla A, León-Colombo T, Pajares J, Mate-Jiménez J.. Effect of fiber supplements on internal bleeding hemorrhoids. *Hepato-gastroenterology* 1996;43:1504-7.
  8. Godeberge P . Daflon 500 mg in the treatment of hemorrhoidal disease: a demonstrated efficacy in comparison with placebo *Angiology* 1994 Jun;45(6 Pt 2):574-8
  9. Thanapongsathorn W, Vajrabukka T. Clinical trial of oral diosmin (Daflon) in the treatment of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 1085- 1088.
  10. Misra MC, Parshad R. Randomized clinical trial of micronized flavonoids in the early control of bleeding from acute internal haemorrhoids. *Br J Surg* 2000;87:868-72.
  11. Cospite M.. Double-blind, placebo-controlled evaluation of clinical activity and safety of Daflon 500 mg in the treatment of acute hemorrhoids. *Angiology*: 1994;45:566-73.
  12. Mentas BB, Gorgul A, Tatlicioglu E, Ayoglu F, Unal S. Efficacy of calcium dobesilate in treating acute attacks of hemorrhoidal disease. *Dis Colon Rectum* 2001; 44(10): 1489-1495.
  13. Perrotti P, Antropoli C, Molino D, De Stefano G, Antropoli M. Conservative treatment of acute thrombosed external hemorrhoids with topical nifedipine. *Dis Colon Rectum* 2001;44:405-9
  14. Johanson JF, Rimm A. Optimal nonsurgical treatment of hemorrhoids: a comparative analysis of infrared coagulation, rubber band ligation, and injection sclerotherapy. *Am J Gastroenterol* 1992;87:1600-6
  15. MacRae HM, MacLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities: a meta-analysis. *Dis Colon Rectum* 1995; 38(7): 687-694.