

# Consenso de Hemorroides Agudas.

(11 de Febrero de 2011)

Auspicia Sociedad Cubana de Coloproctología.

**Servicios participantes:** Hospital Universitario Clínico Quirúrgico de Guantánamo "Agostinho Neto".<sup>a</sup> Hospital Universitario Clínico Quirúrgico de La Habana "Calixto García Iñiguez",<sup>\*\*</sup> Hospital Universitario Clínico Quirúrgico de La Habana "Comandante Manuel Fajardo Rivero",<sup>\*\*\*</sup> Hospital Clínico Quirúrgico de La Habana "Freyre de Andrade",<sup>°</sup> Hospital Universitario Clínico Quirúrgico de Cienfuegos "Gustavo Aldereguía Lima",<sup>°°</sup> Hospital Clínico Quirúrgico de La Habana "Hermanos Ameijeiras",<sup>°°°</sup> Hospital Universitario Clínico Quirúrgico de La Habana "Joaquín Albarrán".<sup>aa</sup> Hospital Universitario Clínico Quirúrgico de Ciego de Ávila "Joaquín Loaces Iraola",<sup>°°°°</sup> Hospital Universitario Clínico Quirúrgico de La Habana "Salvador Allende". - INFOMED-

**Participantes:** Dra. Ibis Beltrán Pérez. (Coordinadora). Jefa de Servicio de Coloproctología. Profesora Auxiliar. Especialista de I Grado en Coloproctología. -

MSc. Dra. Kenia Roberta Álvarez Lambert. Profesor Instructor. Especialista de I Grado en Coloproctología.<sup>a</sup> Dra. Mercedes Bandera Ramírez. Jefa de Servicio de Coloproctología. Profesora Asistente. Especialista de I Grado en Coloproctología.<sup>aa</sup> MSc. Dr. Heriberto Beltrán Hernández. Profesor Instructor. Especialista de I Grado en Coloproctología.<sup>°°°°</sup> Dra. Bárbara Castañeda Fernández. Especialista de I Grado en Gastroenterología. - MSc. Lic. Enf. Marianela Chaviano Damers. - Dra. Angelina Díaz Bustelo. Profesor Asistente. Especialista de I Grado en Coloproctología y en Medicina General Integral.<sup>\*\*\*\*</sup> Dr. Juan Emilio Domínguez Suárez. Jefe de Servicio de Coloproctología. Profesor Auxiliar. Especialista de I y II Grado en Coloproctología.<sup>°°</sup> Dra. Noemí Gómez Mojena. Especialista de I Grado en Coloproctología.<sup>°</sup> MSc. Dr. Guillermo Llanes Díaz. Especialista de I Grado en Coloproctología. Dr. Francisco F. Llorente Llano. Jefe de Servicio de Coloproctología. Profesor Auxiliar. Especialista de I y II Grado en Coloproctología.<sup>\*\*\*\*</sup> Dr. José Antonio Llovera Ruiz. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Coloproctología.<sup>°°°</sup> MSc. Dra. Miladis Martín Arzugaray. Profesora Consultante. Especialista de I y II Grado en Cirugía General. - MSc. Dra. Norma Moriz Oropesa. Especialista de I Grado en Dermatología. - MSc. Dr. Jesús Oleaga Walter. Especialista de I Grado en Gastroenterología. - Dr. Carlos E. Pascual Frías. Profesor Instructor. Especialista de I Grado en Coloproctología.<sup>aa</sup> Lic. Nancy Pérez Morera. - Dr. Juan Osvaldo Pomares Calderón. Profesor Asistente. Especialista de I y II Grado en Coloproctología.<sup>°°</sup> MSc. Lic. Alicia Puñales Sosa. Profesora Auxiliar. - Dra. Idania Roja Bartolomé. Jefa de Servicio de Coloproctología. Especialista de I Grado en Coloproctología.<sup>\*\*</sup> Dra. Dolores Suárez Cajimal. Profesora Auxiliar. Especialista de I y II Grado en Hematología. - MSc. Dr. Jorge Uriarte Angulo. Jefe de Servicio de Cirugía General. Profesor Consultante. Especialista de I y II Grado en Cirugía General. -

## HEMORROIDES AGUDAS

Consideraremos como tales a:

- Trombosis hemorroidales.
- Crisis o fluxión hemorroidal.

## TROMBOSIS HEMORROIDAL

**Sinonimia: hemorroides agudas, hematoma perianal, pseudotrombosis.**

### DEFINICIÓN:

Se define como tal a la aparición de coágulos sanguíneos (trombos), en número y tamaño variables, en los plexos hemorroidales interno o externo, o bien en ambos, pudiendo asociarse además, edema debido a una alteración en los procesos locales de la coagulación. Suele ser la primera manifestación de la enfermedad hemorroidal.

## **EPIDEMIOLOGÍA:**

La trombosis hemorroidal afecta a ambos sexos por igual. Según Ganchrow estableció una diferencia de un 10 y un 27%, en las trombosis clínicas y en las histopatológicas en ese orden, por lo que puede cursar como un proceso subclínico, al comprobar esto en el estudio de las piezas quirúrgicas. Además señaló el predominio masculino en esta entidad.

Según los reportes estadísticos del pasado Consenso Nacional de Enfermedad Hemorroidal, se calcula una prevalencia del 4,4% en Estados Unidos y hasta más de un 30% en Londres, y en Francia encontraron una tasa de prevalencia de la enfermedad hemorroidal, entre un 25% y un 40% de la población general. Teniendo en cuenta estas cifras se puede inferir que algunos pacientes dentro de este grupo, en el curso de la enfermedad e inclusive en ausencia de la misma, puedan haber desarrollado esta complicación. Es difícil precisar con exactitud la cuantía, ya que se dispone de escasos estudios específicos sobre esta afección.

## **FACTORES DE RIESGO:**

- Aumento de la presión intra-abdominal
- Bipedestación prolongada
- Viajes largos en diversos vehículos
- Estreñimiento
- Esfuerzo al evacuar
- Crisis de diarreas
- Alteraciones hormonales durante la menstruación y el embarazo
- Esfuerzo durante el parto
- Uso de laxantes y supositorios con efecto irritante
- Infección focal anal

## **FISIOPATOLOGÍA**

Independientemente de su localización, la trombosis hemorroidal, se presenta como un proceso vascular puro; si bien la mayoría de los estudios la consideran como una trombosis intravascular, no debe descartarse la posibilidad de una ruptura en la pared vascular con la consecuente formación de un hematoma.

La teoría más aceptada señala que en el marco de una dilatación progresiva, como consecuencia de un aumento del aporte arterial, pueden conjugarse los factores predisponentes que obstaculizan el retorno venoso, ocasionando: dilatación, edema, trombosis intravascular y ruptura vascular con hematoma. Esto permite comprender la poca utilidad de los tratamientos farmacológicos en la prevención de las trombosis.

Durante el embarazo se producen cambios hormonales que pueden producir aumento en la vascularidad de la piel, músculos y tejido conectivo del periné. Los plexos hemorroidales contienen receptores estrogénicos que pueden favorecer directamente la congestión venosa y el edema. Por otra parte, existe una congestión venosa secundaria al crecimiento uterino y al aumento en la presión de las venas ilíacas internas.

Durante el tercer trimestre existe hipertrofia de los músculos anales y distensión de la fascia pélvica. Los niveles altos de progesterona y la disminución de la motilidad, retardan el tránsito intestinal, provocando estreñimiento; que a su vez agrava los síntomas hemorroidales y favorece la trombosis.

## CLASIFICACIÓN:

### Topográfica

Trombosis hemorroidal externa (T.H.E.): Se localiza por debajo de la línea pectínea (dentada) y es la variedad más frecuente; el recubrimiento está dado por la piel perianal y el anodermo.

Trombosis hemorroidal interna (T.H.I.): Aquella que se localiza por encima de la línea pectínea. Es mucho menos frecuente y se encuentra recubierta por epitelio cilíndrico simple de tipo rectal; casi siempre los paquetes hemorroidales trombosados protruyen a través de la apertura anal, indicando que el episodio es la complicación de un proceso crónico, dando lugar al término “estrangulamiento hemorroidal”.

Trombosis hemorroidal mixta (T.H.M.): Con frecuencia se asocian la trombosis hemorroidal interna y la externa.

### Forma de presentación

- Única (Es frecuente. Sólo un paquete hemorroidal afectado).
- Múltiple o masiva (Poco frecuente. Es la trombosis de dos o más paquetes hemorroidales).
- Asociada a edema (Además del dolor, es importante el edema marcado de los paquetes hemorroidales externos. Frecuentemente asociado al embarazo).
- Sin edema (Llamada también “hematoma anal”. Predomina el dolor).

## DIAGNÓSTICO POSITIVO

### Anamnesis:

#### Antecedentes:

1. Hábitos dietéticos.
2. Estilo de vida (estibadores)
3. Estreñimiento
4. Diarreas
5. Viajes prolongados
6. Esfuerzo al defecar
7. Esfuerzo físico intenso
8. Embarazo.
9. Ingestión de bebidas alcohólicas y comidas picantes o muy condimentadas.

#### Síntomas:

1. Dolor intenso las primeras 48 a 72 horas.
2. Sangrado escaso, si se fisura o ulcera.
3. Aumento de volumen, inflamación y en ocasiones edema perianal, que puede persistir de 14 a 21 días.
4. Prurito.

#### Examen Físico:

- Inspección: en los casos de trombosis externa se puede observar una masa tumoral de color violáceo, acompañada en ocasiones de edema en la región anal. En fases avanzadas puede apreciarse erosión o ulceración de la misma, por donde se insinúa el coágulo (trombosis fisurada).

- Palpación: palpar la trombosis hemorroidal es muy dolorosa, en las primeras 72 horas.
- Examen digital rectal (EDR): se difiere.

#### **Diagnóstico diferencial:**

- Prolapso rectal total.
- Prolapso mucoso.
- Prolapso de papilas anales hipertróficas.
- Tumores malignos.
- Tumores benignos.
- Condilomas acuminados.
- Fisura anal crónica.
- Absceso perianal.

#### **COMPLICACIONES**

- Fisura
- Ulceración.
- Infección (abscedación)

#### **TRATAMIENTO**

##### **Médico:**

##### **(Cuando se presenta el paciente en fase de remisión)**

##### Recomendaciones Generales y Dietéticas:

- Higiene anal local moderada (agua y jabón neutro) posdefecatoria y a la hora del baño.
- Reposo relativo, excluyendo esfuerzo físico intenso.
- Abundantes líquidos y fibra vegetal: frutas, verduras, cereales. Evitar la ingesta de alcohol y picantes.
- Hidroterapia: baños de asientos tibios (B.A.T.) durante 20 minutos 3 a 4 veces al día.

##### Tratamiento farmacológico:

- Flebotónicos: Venatón: 20 gotas diluidas en agua cada 8 horas ó Rutascorbín: 1 tableta cada 8 horas. Tintura de naranja: 20 gotas diluidas en agua cada 8 horas.
- Cremas Hemorroidales: Aplicar después de los B.A.T. ( Venatón, Crema de Sábila, Proctocaína).
- MNT: supositorios de sábila una vez al día.
- Analgésicos: Dipirona (300 mg) 1 tableta cada 8 horas. Paracetamol (500mg) 1 tableta cada 8 horas, si dolor.
- Antiinflamatorios: Ibuprofeno (400mg) 1 tableta cada 8 horas o Naproxeno (250 mg) 1 tableta cada 8 horas.
- Si prevalece el edema es recomendable fomentos fríos constantes.
- Proctokinas® (Estreptoquinasa recombinante); creemos conveniente por sus resultados preliminares citar este medicamento aunque es una investigación en curso, o en fase de desarrollo clínico como nuevo fármaco para esta entidad, aún no extendido a la práctica médica habitual.

### **Quirúrgico:**

#### **(Cuando nos llega el paciente en su fase mas aguda)**

Exéresis por trombectomía: cirugía ambulatoria consistente en la extracción del coágulo por medio de una incisión radiada en margen anal previa desinfección local y anestesia. Hay autores que recomiendan la incisión elíptica a la lineal.

#### **Como alternativa al tratamiento quirúrgico también se podría recomendar:**

Proctokinasa® (Estreptoquinasa recombinante); creemos conveniente por sus resultados preliminares citar este medicamento aunque es una investigación en curso, o en fase de desarrollo clínico como nuevo fármaco para esta entidad, aún no extendido a la práctica médica habitual.

### Complicaciones Postoperatorias:

#### *Inmediatas.*

- Sangrado

#### *Mediatas:*

- Infecciones. (Abscesos)
- Impactación fecal.
- Recidiva
- Fisura

### Seguimiento en pacientes que reciban tratamiento quirúrgico:

El seguimiento debe realizarse semanalmente por consulta externa hasta que se establezca la cicatrización, que se concreta en un periodo que va entre 10 y 15 días, si no se presentaran complicaciones.

### **Tratamiento post operatorio:**

- Reposo relativo
- Restablecimiento del hábito intestinal
- Analgésicos
- Antiinflamatorio
- Higiene anal local moderada (agua y jabón neutro) posdefecatoria y a la hora del baño.
- Actividad física limitada
- Hidroterapia: baños de asientos tibios (B.A.T.)
- Reconsulta a la semana.

## **CRISIS O FLUXIÓN HEMORROIDAL**

### **Sinonimia:**

**Enfermedad hemorroidal aguda, prolapso hemorroidal trombosado, prolapso de grado IV con estrangulación o hemorroides agudas estranguladas, brote hemorroidal.**

### **DEFINICIÓN:**

Es la complicación aguda más dolorosa de las hemorroides; es una tromboflebitis de las hemorroides internas y externas, pudiendo abarcar toda la circunferencia anal o parte de ella; del mismo modo puede afectar uno o varios paquetes. Se pueden observar zonas de necrosis, y edema desde intenso a moderado de los

paquetes hemorroidales involucrados tanto los externos como los internos prolapsados.

### **EPIDEMIOLOGÍA:**

El sexo masculino es el más afectado, en proporción tres a uno respecto al femenino.

### **FACTORES DE RIESGO:**

- Diarreas.
- Estreñimiento.
- Aumento de la presión intrabdominal.
- Esfuerzos físicos intensos.
- Abusos dietarios: alcohol, picantes.

### **ETIOPATOGENIA:**

Hemorroides internas que se prolapsan, y externas que ambas se inflaman secundariamente por la disminución del flujo sanguíneo debido a un espasmo severo del esfínter.

En esta complicación todos los autores están de acuerdo en reconocer que la coagulación es intravascular y corresponde a la definición de trombosis. El aumento de la presión abdominal, por el esfuerzo defecatorio favorece la estasis y la trombosis. Las diarreas y las colitis provocan microtraumatismos en la mucosa, casi siempre edematosa y congestiva en los pacientes hemorroidarios; con la producción de microinfecciones con periflebitis y endoflebitis se favorece la trombosis. En las mujeres con hemorroides, el embarazo y el trabajo de parto pueden ocasionar una crisis por el aumento prolongado de la presión intraabdominal que causa estasis venosa en los plexos con alteraciones de las paredes venosas, condiciones ideales para desencadenar la trombosis. La administración de supositorios y enemas irritantes pueden favorecer la iniciación de una crisis de fluxión hemorroidal aguda; en esta complicación de las hemorroides se encuentran asociadas trombosis, edema, flebitis con periflebitis, prolapso y por último necrosis de la mucosa.

### **FORMAS DE PRESENTACIÓN:**

Puede verse de forma única, cuando se fluxiona solo un paquete hemorroidal y en forma múltiple, cuando la salida es de los 3 paquetes hemorroidales internos, incluso los accesorios pueden verse acompañando la crisis.

### **DIAGNÓSTICO POSITIVO:**

#### Anamnesis:

Antecedentes: sensación de masas en el ano, esfuerzo físico y defecatorio, diarrea, malos hábitos dietéticos, estilo de vida, o puede aparecer de forma abrupta sin antecedente previo.

#### Síntomas:

- Inflamación y prolapso de masas en la región perianal de aparición brusca.
- Molestias anales, dolor de intensidad variable, generalmente intenso.
- Sensación de recto ocupado.
- Fetidez en caso de necrosis.
- Secreción.

### Examen Físico:

Inspección: se observa la protrusión del o de los paquetes hemorroidales a través del ano. Hay participación de hemorroides externas e internas, edema, microtrombosis y micronecrosis.

Palpación: debe ser noble, no intentar reducción.

Examen digital rectal: Debe diferirse.

### **Diagnóstico diferencial:**

- Prolapso rectal total
- Prolapso mucoso
- Prolapso de papilas anales hipertróficas
- Tumores malignos
- Tumores benignos
- Trombosis hemorroidal

### **COMPLICACIONES**

- Necrosis
- Infección pudiendo llegar hasta la gangrena

### **TRATAMIENTO**

#### ***Médico:***

Recomendaciones Generales y Dietéticas:

- Higiene anal local moderada (agua y jabón neutro) postdefecatoria y a la hora del baño.
- Reposo relativo. No esfuerzos físicos.
- Evitar el estreñimiento
- Dieta rica en fibra.
- Hidroterapia: fomentos fríos frecuentes de 15 a 20 minutos las primeras 72 horas en dependencia de la intensidad del edema, después continuar con B.A.T.
- Azúcar no refinada.
- Tratamiento farmacológico: Flebotónicos: Venatón: 20 gotas diluidas en agua cada 8 horas ó Rutascorbin 1 tab. cada 8 horas. Tintura de naranja: 20 gotas diluidas en agua cada 8 horas.
- Cremas Hemorroidales: Venatón, proctocaina.
- Proctokinasas® (Estreptoquinasa recombinante); cremos conveniente por sus resultados preliminares citar este medicamento aunque es una investigación en curso, o en fase de desarrollo clínico como nuevo fármaco para esta entidad, aún no extendido a la práctica médica habitual.

#### **Quirúrgico:**

De urgencia, en casos de necrosis e infección que comprometan la vida del paciente.

Hay estudios y series presentadas de cirugía de urgencia en esta entidad pero no se ha generalizado.

### **BIBLIOGRAFIA**

- Charúa G, L. Enfermedad hemorroidal. Artículo de revisión. Med Int Mex 2007; 23(4):302-09

- Rodríguez-Wong U. Trombosis hemorroidaria: opciones de tratamiento. Artículo de revisión. Rev Hosp Jua Mex 2009; 76(2): 81-83
- Rodríguez-Wong U. Trombosis hemorroidal durante el embarazo. Rev. del HJ-Mex. Vol 62 Num. 2 Abril-Junio 1995
- Amarillo H R, Amarillo H A. Hemorroides y sus complicaciones. Cirugía digestiva, F. Galindo. [www.sacd.org.ar](http://www.sacd.org.ar), 2009; III-375, pág 1-17.
- Kaidar-person et al. Hemorrhoidal Disease: A Review. American College of Surgeons. Vol. 204, No. 1, January 2007. p 102-117.
- Aigner F. et al. Revised morphology and hemodynamics of the anorectal vascular plexus: impact on the course of hemorrhoidal disease. Int J Colorectal Dis (2009) 24:105–113.
- Charúa L. Enfermedad hemorroidal. Med Int Mex 2007; 23(4): 302-09.
- Padrón J. Enfermedad hemorroidal: Mitos y realidades. En: Reis J. Coloproctología actual.
- Cataldo P et al. Practice Parameters for the Management of Hemorrhoids (Revised). Dis Colon Rectum 2005; 48: 189–194.
- Briel J et al. Treatment of acute strangulated internal hemorrhoids by topical application of isosorbide dinitrate ointment. Int J Colorectal Dis (2000) 15:253–254.
- Acheson A, Scholefield J. El tratamiento de las hemorroides depende del grado de prolapso y de la intensidad de los síntomas. BMJ 2008; 336; 380-383.
- Márquez J. Enfermedad hemorroidal. En: Márquez J, Puerta J editores. Coloproctología. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas; 2007. p. 171-183.
- Faivre J, Boisseau M. Etiopatogenia de la trombosis hemorroidal. En: Temas de Coloproctología. Lentini J. editorial científico-técnica, ciudad de la habana 1986.
- Consenso Latinoamericano de Hemorroides. XXI Congreso Latinoamericano de Coloproctología. 2009. Guayaquil, Ecuador.
- Dr. Rodriguez Rodriguez, José R. Dr. García Gutierrez Alejandro. CIRUGIA. T III Cap X. Hemorroides. pag. 1557. Editorial Ciencias Medicas. La Habana. 2006.  
[http://www.bvs.sld.cu/libros\\_texto/cirugia\\_tomoi/cap10.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/cirugia_tomoi/cap10.pdf)
- ESTUDIOS "THERESA". Treatment of HEmorrhoid with REcombinant Streptokinase Application. RESULTADOS CLÍNICOS. RESUMEN. Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología. La Habana. Cuba. 2010.