

Hemorroides. Conceptos actuales

Alejandro Murúa B.

RESUMEN

Las hemorroides representan la patología más habitual en el ámbito proctológico. Existe una serie de conceptos tradicionales sobre esta condición que muchas veces conducen a un manejo inadecuado de ella. En este artículo se revisan y actualizan algunos conceptos relevantes sobre su definición, etiopatogenia y tratamiento. Además se describen algunos criterios prácticos con relación al enfrentamiento de las hemorroides destacando el rol que le compete al manejo conservador, a los procedimientos ambulatorios y a la hemorroidectomía. (Palabras claves/Key words: Hemorroides/Hemorrhoids; Hemorroides-patología/Hemorrhoids-pathology; Hemorroides-terapia/Hemorrhoids-therapy; Hemorroidectomía/ Hemorrhoidectomy).

INTRODUCCIÓN

Las hemorroides o almorranas, son consideradas como la patología proctológica más frecuente¹. Su verdadera incidencia es ocultada, en parte, por el pudor de las personas afectadas para reconocer que portan hemorroides, puesto que esta condición frecuentemente motiva risa. Además, su real incidencia también es falseada por la ignorancia de los pacientes e incluso de los médicos generales al atribuir cualquiera molestia anal a las hemorroides.

Su nombre deriva del latín (hemo = sangre) o del griego (alma = sangre) y en ambos idiomas significa flujo de sangre².

Las hemorroides se han dividido en dos tipos: las denominadas externas, que están cubiertas por piel y las internas, que están cubiertas por mucosa del recto.

La definición de la enfermedad hemorroidaria, su etiología y su tratamiento son conceptos que han ido cambiando, lo que ha redundado en tratamientos más racionales y menos agresivos.

El motivo de esta presentación es actualizar algunos conceptos sobre hemorroides, que en los últimos años han variado y cuyo conocimiento permite comprender con más

claridad el enfrentamiento actual con que se maneja esta patología.

DEFINICIÓN

El tradicional concepto de que las hemorroides eran dilataciones venosas que se ubicaban en el canal anal³, ha sido difícil de cambiar a pesar de un sinnúmero de trabajos que así lo demuestran. Al respecto, Bannura en una carta dirigida al editor en la Revista Médica de Chile⁴, hace un resumen de los trabajos que demuestra que las hemorroides son estructuras anatómicas normales del canal anal. Su presencia está comprobada desde la infancia formando una estructura vascular que tendría tres zonas solevantadas como *cojinetes vasculares* que se ubican en los cuadrantes anterior derecho, posterior derecho y lateral izquierdo. Estas estructuras vasculares son plexos con comunicaciones arteriovenosas que explican el sangrado rojo rutilante de tipo arteriolar, que se produce al estar las hemorroides sintomáticas^{4,5}.

Desde el tiempo de Miles se ha pensado que la arteria hemorroidal superior terminaba en tres ramas, una para cada plexo hemorroidal. Estudios anatómicos con disección cuidadosa y

la inyección de las arterias y venas hemorroidales con sustancias que permiten visualizarlas a la disección, demuestran que estos plexos dependen en forma preferencial de la circulación sistémica y no de la circulación de las hemorroidales. Esto explicaría el motivo por el cual sólo alrededor del 28% los cirróticos descompensados son portadores de hemorroides^{4,6,7}.

De acuerdo a estas consideraciones, las hemorroides son estructuras vasculares normales presentes desde las etapas embrionarias del desarrollo. Forman tres cojinetes vasculares principales ubicados en los cuadrantes: anterior, posterior derecho y lateral izquierdo y no corresponden a las ramas terminales de la arteria hemorroidal superior. Los cojinetes son plexos con comunicaciones arteriovenosas, cuyo sangrado correspondería a sangre arteriolar lo que explicaría el color rojo brillante de la sangre perdida.

ETIOLOGÍA

En los antiguos tratados de proctología, incluyendo los de Bacon o Goligher, se describe una extensa lista de causas de hemorroides, tales como la hipertensión portal, embarazo y otras^{2,3}.

Los nuevos conceptos desarrollados por Thomson⁵ señalan que los cojinetes vasculares están fijados a la pared muscular. Por otra parte, Haas⁸ demuestra que la pérdida del tejido conectivo que fija los plexos a la pared muscular es la principal causa del prolapso de ellos y es este prolapso el que conduce a la aparición del aumento de volumen anal, prurito, sensación de quemadura, incontinencia, suciedad y del sangrado rojo rutilante.

Por lo tanto todo, elemento que provoque alteración del tejido conectivo y pérdida de fijación de los cojinetes, es agente causante de enfermedad hemorroidaria. Actualmente se reconoce como factores que deterioran el tejido conectivo: la edad, un factor hereditario, la estitiquez pertinaz que provoca traumatismo y arrastre de los plexos^{4,8}.

El embarazo, por la congestión pelviana provocada por el útero grávido al comprimir principalmente las ilíacas, induce a la aparición de hemorroides externas y congestivas. Una vez terminada esta compresión durante el puerperio, las hemorroides pueden desaparecer totalmente siendo habitual que así ocurra.

La hipertensión portal no sería una causa importante de crecimiento de los plexos hemorroidarios. Así lo demuestran algunos autores, apoyando su afirmación en la observación de enfermos con cirrosis hepática avanzada con hipertensión portal y ascitis, los cuales sólo presentan hemorroides en un 28% de los casos^{4,6,7}.

TRATAMIENTO

Las *hemorroides externas*, las cuales son dependientes de ramas de las hemorroidales inferiores ubicadas a distal de la línea pectínea y están cubiertas por piel del canal anal, pueden sufrir inflamación y trombosis. Cuando no son tratadas pueden producir plicomas perianales que producen prurito, sensación de quemaduras y suciedad de la zona. En general estas molestias son manejadas con medidas higiénicas, evacuantes suaves y cambios de la dieta⁹.

Las complicaciones de las hemorroides externas pueden ir desde la trombosis de un plexo hasta el prolapso de las hemorroides internas con encarcelamiento, trombosis externa y edema de la zona, lo que se conoce como fluxión hemorroidal.

Cuando una trombosis que se encuentra en los primeros días de evolución, el tratamiento de elección es la resección del trombo con el plexo hemorroidal externo, utilizando anestesia local⁹. Si no se tiene experiencia para realizar este procedimiento, se puede recurrir a una trombectomía, es decir vaciamiento del trombo. El problema que tiene esta última técnica es la alta incidencia de recidiva de la trombosis en un plazo breve.

Cuando existe una fluxión hemorroidal el tratamiento de elección es la hemorroidectomía clásica^{9,10}. No es necesario esperar que el cuadro regrese porque, con un poco de experiencia, la hemorroidectomía se puede realizar sin complicaciones respetando los puentes de piel para evitar estenosis. Las dilataciones forzadas preconizadas por Lord que se realizaron durante un tiempo se han ido dejando de lado, por los problemas de incontinencia que provocan durante el postoperatorio y por la alta incidencia de hemorroidectomías que posteriormente se deben realizar^{9,11,12}.

Las *hemorroides internas* se ubican proximales a la línea pectínea y son irrigadas por la hemorroidal superior pero principalmente por ramas de la pudenda. Se clasifican en 4 grados¹²:

- Grado I** : Cuando las hemorroides sólo sangran y no existe prolapso.
- Grado II** : Las hemorroides además de sangrar prolapsan volviendo espontáneamente a su lugar.
- Grado III** : Las que sangran y prolapsan y necesitan una reducción manual.
- Grado IV** : Prolapsan espontáneamente incluso con el deambular y sin hacer esfuerzo.

De acuerdo a esta clasificación se ha intentado todo tipo de tratamientos, incluyendo inyecciones esclerosantes, coagulación con rayos infrarrojos, diatermocoagulación bipolar, tratamiento con láser, ligadura con bandas elásticas, criocirugía, ligaduras escalonadas, dilatación forzada del esfínter como la técnica de Lord, hemorroidectomías limitadas, hemorroidectomía de los tres plexos y, en los últimos años, tratamiento del prolapso mucoso de los hemorroides con grapadoras circulares^{9,11-17,20}.

Es difícil poder comparar las diferentes técnicas, debido a que existen pocos trabajos prospectivos y randomizados que comparen los resultados de los diferentes tratamientos, y que tengan un buen seguimiento. Si observamos algunos metaanálisis, podemos concluir que existen algunas técnicas que se han ido abandonando progresivamente, como es el uso de láser por su alto costo, la criocirugía por no mostrar ventajas claras y la dilatación forzada del esfínter según Lord¹¹ por su alta morbilidad.

Si bien la esclerosis, la coagulación con infrarrojo y el tratamiento con diatermocoagulación bipolar (Bicap) son usadas en nuestro país en las hemorroides grado I y II y pueden mostrarse como técnicas comparables con la ligadura elástica, no podemos desconocer que esta última técnica, aparece como la más usada en Chile y en la literatura extranjera^{9,11-15}.

La ligadura con bandas elásticas es una técnica fácil de usar y de bajo costo, y aunque se han descrito algunas complicaciones, éstas son escasas. En la actualidad se ofrecen a la venta varias modificaciones del instrumento original que facilitan su realización e incluso en el último año se puede disponer de un dispositivo desechable que no necesita anoscopio¹⁸.

La ligadura elástica también se usa con buenos resultados en hemorroides grados III y IV, reservándose en ellos la hemorroidectomía quirúrgica sólo en presencia de un gran prolapso hemorroidal o si existen otras patologías anales

benignas asociadas tales como una fisura anal, grandes hemorroides externas con plicomas, papilas hipertróficas que prolapsan u otra patología^{9,11,12}.

Desde que Milligan y Morgan describieron la técnica de hemorroidectomía ésta ha variado muy poco, dividiéndose en técnicas cerradas, abiertas y semiabiertas si se toma el pedículo y se sutura. Esta última es usada en nuestro centro como técnica de Mitchell modificada¹⁹.

El gran problema de la hemorroidectomía es su postoperatorio, donde existe dolor, retención urinaria, miedo para obrar y secreción anal. No obstante, en la literatura médica se reconoce a la hemorroidectomía como la técnica más radical y que, en manos experimentadas, obtiene los mejores resultados^{9,11}.

No siempre es necesario reseca los tres plexos hemorroidales, basta reseca los que están más alterados; los otros se pueden tratar con una ligadura escalonada o se pueden dejar sin que ello signifique una mayor recidiva^{21,22}.

En la literatura han aparecido, en el último año, el tratamiento del prolapso mucoso y hemorroidal con grapadoras circulares. Proctólogos italianos han sido los promotores de estas técnicas²³. El Dr. Longo presentó la técnica en Chile durante el 16º Congreso Latinoamericano de Coloproctología, como una alternativa en el tratamiento del prolapso hemorroidal. Si se toma en consideración que la causa de la enfermedad hemorroidaria es la pérdida de fijación de los cojinetes vasculares de la pared muscular, la ligadura elástica persigue eliminar el excedente y volver a fijar la mucosa a la pared. Esta técnica con grapadoras circulares lograría el mismo efecto pero en forma más radical. La hemos realizado en dos pacientes difíciles con resultados inmediatos buenos, pero es necesario un mejor seguimiento para evaluar los resultados a largo plazo.

En resumen, las hemorroides son formaciones normales del organismo que cuando son asintomáticos no precisan tratamiento. Su enfermedad, es decir la enfermedad hemorroidal, en la gran mayoría de los casos, puede ser manejada mediante aporte de residuos en la dieta, uso de evacuantes suaves y mejoría de las medidas higiénicas con lo cual las molestias desaparecen en alrededor del 80% de los casos.

Respecto a la cirugía, siempre se debe comenzar con técnicas conservadoras siendo la ligadura con bandas elásticas la técnica más

usada por nosotros y en nuestro país. Cuando las hemorroides son grado III o IV con patología anal benigna asociada o ha

fracasado un tratamiento conservador, se indica la hemorroidectomía que no siempre debe incluir los tres plexos.

REFERENCIAS

1. Haas PA, Hass GP, Schmaltz S, Fox TA: The prevalence of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1983; 26: 435-9
2. Goligher JC: *Cirugía del Ano, Recto y Colon*. Barcelona, Salvat Editores, 1979: 97- 140
3. Bacon HL: *Ano, Recto y Colon Sigmoideos*. Buenos Aires, Editorial Labor, 1942: 465-539
4. Bannura G: Hemorroides y enfermedad hemorroidal: Conceptos actuales. *Rev Méd Chile* 1994; 122: 832-3
5. Thomson WHF: The nature of hemorrhoids. *Br J Surg* 1975; 62: 542-52
6. Jacobs DM, Budrick MP, Onstad GR, Hithcock CR: The relationship of hemorrhoids to portal hypertension. *Dis Colon Rectum* 1980; 23: 567-9
7. Bernstein WC: What are hemorrhoids and what is their relationship to the portal venous system. *Dis Colon Rectum* 1983; 26: 829-34
8. Haas PA, Fox TA, Haas GP: The pathogenesis of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 442-50
9. The Standards Task Force: American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the treatment of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 1118-20
10. Barrios G, Khubchandani M: Urgent hemorrhoidectomy for hemorrhoidal thrombosis. *Dis Colon Rectum* 1979; 22: 159-61
11. MacRae HM, McLeod RS: Comparison of hemorrhoidal treatment modalities. A meta-analysis. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 687-94
12. Salvati EP: Nonoperative management of hemorrhoids. Evolution of the office management of hemorrhoids *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 989-93
13. Rodríguez E: Tratamiento ambulatorio de los hemorroides internos con ligadura. *Rev Chil Cir* 1978; 30: 406-9
14. Rahmer A: Tratamiento de las hemorroides internas por ligadura elástica. *Rev Chil Cir* 1983; 24: 360-3.
15. Cárdenas R, Pizarro P: Ligadura elástica de hemorroides. *Rev Chil Cir* 1999; 51: 493-6.
16. MacDonald A, Smith A, McNeill AD, Finlay IG: Manual dilatation of the anus. *Br J Surg* 1992; 79: 1381-2
17. Rocha M, Uribe M: Diatermocoagulación bipolar en hemorroides internas: nuevo método terapéutico alternativo. *Rev Chil Cir* 1993; 45: 11-5.
18. O'Regan PJ: Disposable device and a minimal invasive technique for rubber band ligation of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 683-5.
19. Murúa A: Hemorroidectomía con la técnica de Mitchell modificada. *Rev Chil Cir* 1991; 43: 18-25
20. Castilla H: Fotocoagulación infrarroja en el tratamiento de la enfermedad hemorroidal. *Rev Chil Cir* 1993; 45: 341-3.
21. Hayssen T K, Luchtefeld MA, Senagore AJ: Limited hemorrhoidectomy results and long term follow-up. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 909-15.
22. Murúa A: Ligadura escalonada de hemorroides. *Cuad Cir* 1994; 8: 16-8.
23. Altamore DF, Rinaldi M, Chiumarolo C, Falaciano N: Treatment of external anorectal mucosal prolapse with circular stapler. An easy and effective new surgical technique. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1102-5.