

Cómo tratar las hemorroides: tratamiento conservador e intervencionista

Débora Ortega Moreno^{a,*}, Eva Buller Viqueira^b y Cristina Gutiérrez Alonso^a

^aMédico residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinillo Chico. Servicio Andaluz de Salud. El Puerto de Santa María. Cádiz. España.

^bMédico de familia. Centro de Salud Pinillo Chico. Servicio Andaluz de Salud. El Puerto de Santa María. Cádiz. España.

*Correo electrónico: debora.om92@gmail.com

Puntos para una lectura rápida

- Las hemorroides se definen como la dilatación del complejo hemorroidal, provocado por un aumento de presión en el plexo hemorroidal.
- Los síntomas son variados: hematoquecia, prurito, dolor perianal o manchado por incontinencia fecal.
- El tratamiento general de la mayoría de las hemorroides de nueva aparición se basa en modificaciones de la dieta y del estilo de vida, así como tratamiento oral.
- El tratamiento conservador es la primera opción de las hemorroides de grado I-III, junto a las medidas sintomáticas y generales. Dentro de este se encuentran las ligaduras con bandas elásticas, la escleroterapia y la coagulación por infrarrojos.
- El tratamiento quirúrgico está indicado para las hemorroides de grado III con complicaciones y de grado IV, y dentro de él se encuentran la trombectomía y la hemorroidectomía.

Palabras clave: Hemorroides • Tratamiento conservador • Tratamiento quirúrgico • Hemorroidectomía • Trombectomía.

Las venas hemorroidales componen la estructura anatómica normal del tejido submucoso del recto¹. Las hemorroides se definen como la dilatación del complejo hemorroidal², provocado por un aumento de presión en el plexo hemorroidal. La causa principal es una debilidad del tejido que sujeta dicho plexo, produciendo prolapso y la dilatación anormal de este^{1,3} debido a distintos factores como el estreñimiento o dietas bajas en fibra, embarazo, obesidad, sedentarismo, aumento de la presión intraabdominal, edad avanzada, disfunción del suelo pélvico y bipedestación prolongada¹⁻³.

Los síntomas son muy variados según el grado o extensión del proceso. En orden decreciente de frecuencia: hematoquecia, prurito, dolor perianal o manchado por incontinencia fecal¹. El sangrado suele asociarse con la defecación, aunque puede ser espontáneo. Además de esto, es frecuente el aumento de volumen perianal, así como la protrusión de los propios plexos a través del ano².

El dolor intenso orienta a otros procesos como fisura anal, infección perirrectal o perivaginal, abscesos y otras enfer-

medades intestinales inflamatorias. Aun así, un dolor intenso en el contexto del proceso hemorroidal puede ser indicativo de complicación (incarceración, isquemia o trombosis)¹.

La exploración se realiza mediante la inspección directa del ano, colocando al paciente en “posición de navaja” (tumbado en decúbito prono, con las rodillas en un ángulo de 90°), o bien en decúbito lateral, en “posición fetal”, para aquellos con limitación de movilidad¹, en la cual se visualizará directamente hemorroides externas, fístulas, abscesos, condilomas o prolapsos. Si es posible, se realizará tacto rectal, buscando masas, fluctuaciones o pérdida del tono del esfínter anal, ya que las hemorroides internas no suelen ser palpables salvo trombosis.

En pacientes con rectorragia clara, o con sospecha de trombosis hemorroidal, otra opción de diagnóstico sería la anoscopia, la cual identifica más del 99% de la patología anorrectal.

Los hallazgos se describen con respecto a su localización relativa a la línea dentada (internas, externas o mixtas) e indicando su posición en una esfera de reloj¹.

Tabla 1. División de las hemorroides internas

Grado	Definición
Grado I	Normal o casi normal. Vasculatura prominente con aumento, pero no prolapso
Grado II	El tejido hemorroidal prolapsa con el esfuerzo, pero se reduce de forma espontánea
Grado III	El tejido hemorroidal prolapsa a través de la línea dentada con el esfuerzo y solo puede ser reducida manualmente. Aparecen síntomas como el prurito, manchado mucoso, despeño diarreico o inflamación de la zona
Grado IV	El tejido prolapsado no se puede reducir manualmente. Aparecen cambios inflamatorios crónicos con maceración, atrofia mucosa, friabilidad y ulceración ¹

Las hemorroides internas se dividen en diferentes grados (tabla 1).

Tratamiento sintomático

Irritación o prurito: pueden tratarse con cremas analgésicas, supositorios de hidrocortisona o baños de asiento calientes. Si no mejoran tras una semana, podría probarse una crema antiinflamatoria no esteroidea. No es conveniente el tratamiento con corticoides más allá de una semana, ya que puede producir atrofia mucosa. Si persiste el dolor, pueden tomarse analgésicos orales o antiespasmódicos para reducir el espasmo del esfínter anal.

Sangrado: principalmente tiene tratamiento conservador, mediante modificaciones en la dieta, cremas o venotónicos para incrementar el tono venoso. Si persiste el sangrado proveniente de hemorroides internas, pueden usarse procedimientos ambulatorios (como las ligaduras con bandas elásticas); en las externas, el principal tratamiento sería cirugía.

Trombosis: principalmente también tienen tratamiento conservador, salvo en casos de dolor intenso o afectación de hemorroides externas.

Prolapso de hemorroides internas: a mayor grado de clasificación, mayor beneficio de tratamiento con diferentes procedimientos, siendo por tanto el tratamiento principal de las hemorroides de grado III las ligaduras con bandas elásticas y las de grado IV la cirugía.

Tratamiento general

El tratamiento general de la mayoría de las hemorroides de nueva aparición se basa en modificaciones de la dieta y del estilo de vida, así como tratamiento oral⁴:

- Dieta y modificación del estilo de vida:

- 20-30 g de fibra al día y abundante agua (1,5-2 L al día) suelen mejorar los síntomas de sangrado y prolapso moderado, aunque existen suplementos que ayudan a esta función⁴. Para encontrar beneficios, es necesario seguir estas pautas durante 6 semanas.

- Evitar esfuerzos o permanecer largo tiempo en el baño.
- Realizar ejercicio físico regular.

- Evitar medicamentos que causen estreñimiento o diarrea.

- Limitar el consumo de grasas y alcohol siendo un mito el empeoramiento sintomático con la toma de comidas picantes.

- Baños de asiento con agua tibia: para reducir la inflamación y el edema.

Existen estudios comparativos de seguridad y efectividad con respecto al tratamiento invasivo de las hemorroides, bien sea conservador o quirúrgico⁵, orientando cada cual al grado de hemorroides presentado.

Tratamiento conservador

Es la primera opción, junto a las medidas sintomáticas y generales, para las hemorroides de bajo grado. Entre ellos se encuentran:

- Ligadura con bandas elásticas: su uso está indicado en hemorroides de grado I o II, o en aquellos pacientes con hemorroides de grado III en los que no está indicado una cirugía de mayores características¹. En comparación con la escleroterapia y la coagulación, tiene mayor efectividad⁴.

- Escleroterapia: inyecciones locales en el tejido submucoso provocando trombosis y fibrosis, disminuyendo la vascularización. Indicada en grados I y II¹.

- Coagulación por infrarrojos: produce coagulación y necrosis de las hemorroides de bajo grado. Estas técnicas tienen alta tasa de recidivas¹.

Tratamiento quirúrgico

Su indicación incluye el sangrado repetitivo con difícil control, prolapso del tejido hemorroidal y trombosis de repetición, por lo que, en su mayoría, están indicadas para hemorroides de grado III o IV⁶. Son:

- Trombectomía de hemorroides externas: indicada en grados III o IV, con dolor intenso provocado por un trombo de menos de 72 horas. No está recomendado cuando la evolución es mayor por la alta probabilidad de resolución del mismo.

• Hemorroidectomía: indicada en grado IV, en complicaciones o en aquellas con patología significativa. Consiste en la extirpación del complejo hemorroidal y los tejidos concomitantes.

Bibliografía

1. Jacobs D. Hemorrhoids. *N Engl J Med.* 2014;371:944-51.
2. Wainstein C, Zárate A. Urgencias proctológicas. *Rev. Med. Clin. Condes.* 2011;22:677-84.
3. Jacobs D. Hemorrhoids. What are the options in 2018. *Curr Opin Gastroenterol.* 2018;34:46-49.
4. Altomare DF, Giuratrabocchetta S. Conservative and surgical treatment of haemorrhoids. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2013;10:513-21.
5. Zagriadski EA, Bogomazov AM, Golovko EB. Conservative Treatment of Hemorrhoids: Results of an Observational Multicenter Study. *Adv Ther.* 2018;35:1979-92.
6. Altomare DF, Roveran A, Pecorella G, Gaj F, Stortini E. The treatment of hemorrhoids: guidelines of the Italian Society of Colo-Rectal Surgery. *Tech Coloproctol.* 2006;10:181-6.