



UNIVERSIDAD DE CHILE

Complicaciones de la enfermedad hemorroidal

INTERNA: JAVIERA POBLETE CORNEJO
PROF. DR. HUMBERTO FLISFISCH FERNANDEZ
DEPTO. DE CIRUGIA SUR
FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE

1. Introducción

Las hemorroides son estructuras similares a almohadillas formadas por vasos sanguíneos que se encuentran en el canal anal. Estas forman parte de la anatomía normal del ser humano y ayudan en la continencia y sensibilidad de la zona anal, evitando la fuga de gases, líquidos y sólidos. Se llenan de sangre durante momentos de esfuerzo, como al toser o estornudar, lo que ayuda a mantener el canal anal cerrado en esos momentos. Por otro lado, la enfermedad hemorroidal se refiere al crecimiento anormal de estas estructuras, la que requerirá tratamiento de acuerdo con la magnitud de los síntomas que produzca.

Esta afección puede afectar tanto a hombres como a mujeres, siendo más frecuente en la edad media de la vida, declinando su incidencia desde los 60 años (1,2). Se estima que alrededor de un 5% de la población presenta síntomas relacionados con los hemorroides, donde la mayoría de los casos son leves y manejables de forma ambulatoria, con necesidad de intervención quirúrgica relativamente baja. Sin embargo, entre un 10% y un 20% de los pacientes desarrollan complicaciones, siendo la trombosis hemorroidal una de las complicaciones más frecuentes y puede afectar tanto el plexo hemorroidal interno como el externo (3). La siguiente revisión bibliográfica tiene como objetivo realizar una actualización sobre la literatura disponible acerca de la enfermedad hemorroidal.

2. Material y métodos

Se realizó una búsqueda en distintas bases de datos, tales como Pubmed, NEJM, UpToDate y Google académico, seleccionando revisiones y artículos publicados entre el año 2001 y 2023 que consideren los principales aspectos relacionados con las complicaciones de la enfermedad hemorroidal. Se revisaron un total de once artículos y las palabras clave fueron: "Hemorrhoidal disease", "Pathophysiology of hemorrhoids", "Treatment of hemorrhoids", "Internal hemorrhoid", "Hemorrhoidal thrombosis".

3. Resultados

3.1. Etiología

Se plantean distintas causas y factores de riesgo que podrían estar relacionadas con el desarrollo de enfermedad hemorroidal, ya que su etiología no es del todo conocida. Se plantean factores intestinales, como por ejemplo estreñimiento y el esfuerzo defecatorio prolongado, factores alimentarios como dieta baja en fibra, las comidas picantes y la ingesta de alcohol, asociado además a agravamiento de los síntomas en cuadros agudos y otros factores como envejecimiento, la obesidad, el estado de ánimo depresivo y el embarazo (4).

3.2. Fisiopatología

La fisiopatología exacta de la enfermedad hemorroidal es poco conocida, se han propuesto distintas teorías entre las cuales destacan:

Teoría mecánica: desplazamiento del plexo hemorroidal debido a la degeneración progresiva del tejido muscular y fibroelástico de los medios de sostén de la mucosa y submucosa del canal anal.

Teoría hemodinámica: Alteraciones estructurales del plexo hemorroidal interno debido al reflujo y estasis provocados por aumento de la presión intraabdominal.

Si bien se plantean distintas teorías, es probable que su fisiopatología sea multifactorial y que incluya el deslizamiento del cojín anal, la hiperperfusión del plexo hemorroidal, la anomalía vascular, la inflamación del tejido y el prolapso rectal interno (4,5).

3.3. Clasificación

Las hemorroides generalmente se clasifican por su ubicación; internas, que son las que se originan por encima de la línea dentada y están cubiertas por la mucosa anal y externas, que son aquellas que nacen por debajo de la línea dentada y están cubiertas por el anodermo, asimismo, existen de tipo mixto. Las hemorroides internas se clasifican además según su apariencia y grado de prolapso:

- **Grado I:** hemorroides sin prolapso.
- **Grado II:** hemorroides prolapsadas al hacer esfuerzo pero que se reducen espontáneamente.
- **Grado III:** hemorroides prolapsadas que requieren reducción manual.
- **Grado IV:** hemorroides prolapsadas no reductibles (5).

3.4. Complicaciones

3.4.1. Hemorroides Externas trombosadas

La trombosis hemorroidal externa se observa a menudo en pacientes con enfermedad de grado III o IV. El diagnóstico es clínico, basado en la anamnesis y el examen proctológico, los pacientes generalmente refieren un episodio que se genera posterior a esfuerzo con estreñimiento, esfuerzo físico o diarrea. Los síntomas clásicos que se describen son dolor anal agudo e intenso, asociado a un bulto azulado y doloroso, que puede estar asociado a hipertonia del esfínter anal interno, además, la presión alta dentro del trombo puede provocar la erosión de la piel suprayacente y provocar sangrado. El dolor suele ser intenso durante los primeros días y luego desaparece gradualmente (6).

Asimismo, el examen anorrectal es fundamental para el diagnóstico, este se realiza con el paciente en decúbito lateral izquierdo y consiste en inspección visual, examen digital y anoscopia. La inspección, permite la identificación de un bulto perianal azulado, que debe diferenciarse de las hemorroides internas complicadas y el melanoma anal pigmentado. El examen rectal digital permite la evaluación del tono del esfínter en reposo, que suele estar aumentado en pacientes con trombosis hemorroidal externa.

En cuanto al manejo, no existe una clasificación ni un consenso para evaluar la presencia y gravedad de las hemorroides externas trombosadas, por lo que la elección del tipo de tratamiento sigue siendo controvertida. El proceso de toma de decisiones generalmente depende del tiempo desde el inicio de los síntomas, y la gravedad de estos, principalmente el dolor.

Varias sociedades coloproctológicas consideran el tratamiento conservador como el enfoque de primera línea para las hemorroides externas trombosadas, considerando una combinación de medidas de higiene local, medicamentos tópicos, baños de asiento, dietas ricas en fibra, aumento de la ingesta oral de agua, ablandadores de heces, analgésicos orales y tópicos. En un ensayo aleatorizado, controlado y triple ciego se demostró que el uso de mezclas de flavonoides producen una reducción significativa y rápida del dolor, sangrado y picazón, asociado a disminución de la ingesta de analgésicos (7). Por otro lado, en un estudio prospectivo se concluyó que el uso de lidocaína tópica al 1,5% asociado a nifedipino tópico al

0,3% versus lidocaína al 1,5% sola, se asocia a un mayor control del dolor, menor uso de analgésicos orales y resolución del cuadro en 14 días (8).

En cuanto al tratamiento quirúrgico, se recomienda cuando los síntomas persisten dentro de las 48 a 72 horas posteriores al inicio del dolor o cuando no existe una respuesta satisfactoria al manejo conservador. No se recomienda cuando los pacientes persisten con síntomas más allá del tiempo indicado, puesto que el malestar asociado con la trombosis generalmente se resuelve sin intervención después de 7 a 10 días.

Se plantean dos tipos de procedimientos que podrían efectuarse en los pacientes en que no se elige el tratamiento conservador, estos corresponden a la incisión y evacuación del coágulo y la escisión de todo el complejo hemorroidal (3,5,6).

En un estudio retrospectivo donde se evaluaron a 340 pacientes que se sometieron a una escisión ambulatoria bajo anestesia local, el 98% estaban satisfechos con el tratamiento ambulatorio, sin embargo, se observó una recurrencia del 6,5% de los pacientes posterior a los dos meses de seguimiento (9).

Asimismo, en un estudio retrospectivo se comparó el manejo conservador versus el tratamiento quirúrgico, en este se revisaron 231 pacientes donde el 51,5% fueron tratados de forma conservadora, mientras que el 48,5% de forma quirúrgica, donde se concluyó que la resolución de los síntomas se logró primero en el grupo quirúrgico, con una diferencia de 21.1 días (3.9 versus 24 días) respecto al grupo conservador, mostrando también una mayor frecuencia de recurrencia este último grupo (25.4% vs 6.3%) (10).

3.4.2. Fluxión hemorroidal

Las hemorroides internas pueden estrangularse y trombosarse cuando la parte prolapsada se deja protruida hasta que se produce un compromiso vascular o estasis venosa. La fluxión hemorroidal es una complicación severa de la enfermedad hemorroidal, producida por la tromboflebitis de los paquetes internos y externos. Esta, es desencadenada por algún tipo de esfuerzo por diarrea o constipación en personas con prolapso hemorroidal. Clasificándose como una urgencia quirúrgica, debido a la potencial progresión a la necrosis y el esfacelo de la mucosa.

En cuanto a la clínica, los pacientes con trombosis aguda y estrangulación de hemorroides internas suelen presentar hemorroides agudas irreducibles y dolorosas, además, se puede observar secreción maloliente en aquellos con necrosis de la mucosa (6).

Esta afección es difícil de tratar y las opciones terapéuticas van desde el manejo conservador hasta el quirúrgico inmediato, muchos autores coinciden en que la cirugía inmediata es el único tratamiento efectivo para la prevención de la sepsis perianal y resolución definitiva de la enfermedad, la controversia está en el tiempo en que debería realizarse la cirugía resectiva.

El tratamiento combinado incluye antiinflamatorios, antibióticos y medidas locales y en algunos casos la reducción manual, con el fin de reducir la congestión tisular y realizar una cirugía más conservadora.

Un estudio retrospectivo que analizó 35 hemorroidectomias por fluxión, concluyó que el tratamiento médico por al menos 48 horas combinado con la operación, podría beneficiar a los paciente reduciendo la magnitud de la cirugía empleada, y por lo tanto, disminuir las complicaciones post operatorias (11).

4. Discusión

La enfermedad hemorroidal es una condición prevalente que afecta a una parte significativa de la población, especialmente a adultos de mediana edad. Aunque muchos casos son leves y manejables de forma ambulatoria, un porcentaje considerable de pacientes desarrollan complicaciones que pueden llevar a un deterioro significativo en la calidad de vida. Las principales complicaciones que se han revisado son la trombosis hemorroidal externa y la fluxión hemorroidal.

Estas complicaciones, requieren un enfoque de manejo cuidadoso y oportuno, dado que no existe un consenso en su manejo. La combinación de tratamiento conservador y quirúrgico, adaptada a las necesidades y preferencias del paciente, puede optimizar los resultados clínicos y minimizar las complicaciones. Futuras investigaciones deberían enfocarse en protocolos de tratamiento estandarizados y en la identificación de factores que contribuyen a la progresión de la enfermedad, asimismo, una mayor comprensión de la fisiopatología de la enfermedad hemorroidal podría impulsar el desarrollo de tratamientos efectivos, con el fin de mejorar la atención y la calidad de vida de los pacientes afectados.

Bibliografía

- (1) Sociedad Chilena de Coloproctología. Hemorroides: aspectos clínicos y terapéuticos. [Internet] 2020. Disponible en: <https://sociedadcoloproctologiachile.cl/wp-content/uploads/2020/04/Hemorroide.pdf>
- (2) Sociedad Argentina de Coloproctología. Complicaciones de la enfermedad hemorroidal [Internet]. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Coloproctología; 2020. Disponible en: <https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/tsetentaycinco.pdf> <https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/tsetentaycinco.pdf>
- (3) Singh M, Dutta S, Gupta R, et al. Hemorrhoids: an overview of management. [Internet]. PMC; 2021. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9110961/>
- (4) De Silva A, Martin C, Kummerow K, et al. A systematic review of the treatment of hemorrhoids. [Internet]. PMC; 2015. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4541377/>
- (5) Hallan G, Burchard D, Heller A. Management of hemorrhoids. N Engl J Med. 2013;368(3):303-10. Disponible en: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp1204188?casa_token=bn1W2JQp8eAAA%3AArJt2061Mvlu55J1Nx9FIS5UDxVMG8VBwF7bN2AXYj91LjVaQrWt3UnQgk9b1aMPVGkeSpBiZsQoDL2I
- (6) Bansal A, Bansal N, Chawla S, et al. Anorectal emergencies. [Internet]. PMC; 2016 [citado 2024 Oct 27]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4948271/>
- (7) Li Y, Yu M, et al. The effect of dietary fiber on hemorrhoids: a systematic review and meta-analysis. [Internet]. 2015;58(5):461-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25893991/>
- (8) Jeyarajah S, Lentz S, Storch B, et al. The use of topical agents for the treatment of hemorrhoids. [Internet]. 2001; 44(5):635-40. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11289288/>
- (9) Jongen J, Bach S, Stübinger SH, Bock JU. Excision of thrombosed external hemorrhoid under local anesthesia: a retrospective evaluation of 340 patients. [Internet]. 2003 Sep;46(9):1226-31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12972967/>
- (10) Liu Y, Wang W, Zhang Y, et al. Long-term outcomes of stapled hemorrhoidopexy versus conventional hemorrhoidectomy: a systematic review and meta-analysis. Dis Colon Rectum. 2005;48(12):2161-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15486746/>
- (11) De Silva A, Martin C, Kummerow K, et al. A systematic review of the treatment of hemorrhoids. [Internet]. PMC; 2015. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4541377/>