

Barcelona, 31 maig de 2012 – CAPIO HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR



II Jornada d'Atenció Compartida en Cirurgia General

Patologia anal: Millora de l'atenció i la coordinació entre atenció primària i cirurgia general

 Capiro Hospital Universitari Sagrat Cor

Hemorroides

Dr Josep M. Llovet
Dr J. Obiols

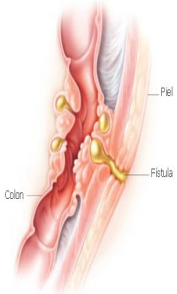
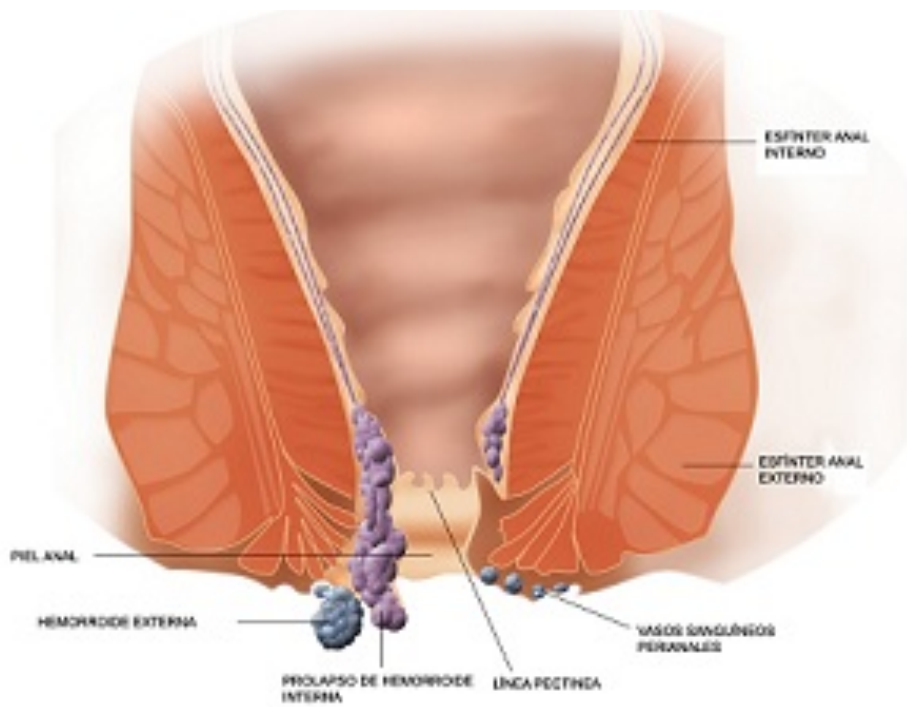
Introducción

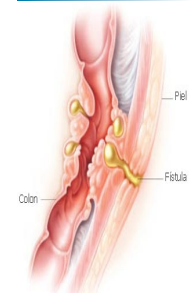
Las venas del plexo hemorroidal forman un almohadillado a modo de válvula a lo largo del canal anal.

Las hemorroides son dilataciones a modo de nódulos varicosos de las venas del plexo hemorroidal.

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







Prevalencia

Se estima que la prevalencia se sitúa alrededor del 5% en la población general, siendo muy variable dependiendo del estudio y la edad de la población estudiada.



Causas

Las hemorroides se han asociado a los siguientes factores:

- Factores hereditarios.
- Edad avanzada,
- Diarrea,
- Sedestación prolongada
- Dieta pobre en fibra, la cual produce estreñimiento crónico.
 - Por causas posturales entre ellas: ocupaciones sedentarias, esfuerzos durante el trabajo o el deporte y el mantenerse de pie por tiempo prolongado.
- Otras causas por obstrucción orgánica del retorno venoso serian el embarazo, tumores pélvicos, cirrosis hepática y trombosis de la vena Porta.



Clasificación

Hemorroides externas

Las hemorroides externas derivan del plexo hemorroidal externo y están cubiertas por piel perianal, muy rica en fibras sensitivas. Drenan al sistema cava.

Generalmente, se presentan como uno o varios nódulos que suelen ser asintomáticos, aunque pueden causar prurito, el dolor puede ser intenso si se trombosan.

En ciertos casos de hemorroides externas trombosadas, el coágulo de sangre puede eliminarse de forma espontánea a través de una ulceración cutánea, lo que puede provocar un sangrado.





Hemorroides internas

Derivan del plexo hemorroidal interno y se sitúan por encima de esta línea dentada y están cubiertas por mucosa con un bajo número de fibras nerviosas sensitivas y drenan al sistema Porta.

Los signos principales de las hemorroides internas son la rectorragia y el prolapso.

En ocasiones, como consecuencia de la irritación de la mucosa prolapsada, las hemorroides internas se acompañan de prurito y/o mucosidad asociada.

Estas hemorroides raramente se manifiestan por una trombosis.



Clasificación de las hemorroides internas:

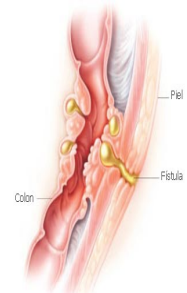
Grado I. Protrusión en el canal anal sin prolapso exterior

Grado II. Prolapso por el canal anal durante el esfuerzo defecatorio y se reducen espontáneamente

Grado III. Prolapso durante el esfuerzo y se reducen manualmente.

Grado IV. Prolapso continuo que se reproduce rápidamente tras su reducción

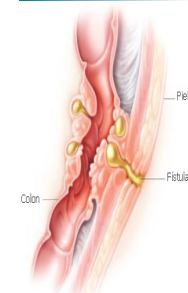


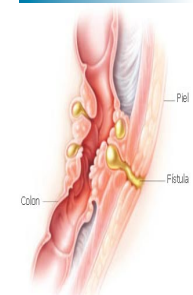


Clasificación Hemorroides

Características Hemorroides Internas Hemorroides Externas

Localización:	Encima línea dentada	Debajo línea dentada
Plexo venoso:	Hemorroidal interno	Hemorroidal externo
Drenaje venoso:	Sistema Porta	Sistema Cava
Región externa:	Mucosa Rectal	Piel perianal
Fibras sensitivas:	Pocas, no dolor	Muchas, dolor





Clinica

Rectorragia indolora tipo goteo, o salpicadura en la taza, o bien estría sanguinolenta en las heces tras la defecación o 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.

Anemia secundaria. Si el sangrado es lo suficientemente prolongado puede producir anemia crónica.

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.

Prurito anal. Debido al prolapso de la mucosa rectal, que aumenta la producción de moco, con irritación de la piel perianal.



Clinica

Trombosis hemorroidal. 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.

Dolor anal sin trombosis. No suele ser un síntoma frecuente. Se presenta con más frecuencia en hemorroides grado IV, complicadas con estrangulamiento de la misma.

Incontinencia fecal. Podría aparecer en las hemorroides grado IV.



Diagnostico

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 en tensión, de color violáceo o ennegrecido), o prolapsadas (saco hemorroidal edematizado pero con color normal).

El tacto rectal no sirve para diagnosticar hemorroides, sobre todo las de grado I. Nos puede servir para realizar diagnóstico diferencial con otras causas de rectorragia (tumoraciones) y comprobar el tono del esfínter anal.



Diagnostico

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...)

Colonoscopia:

A los pacientes que presenten síntomas sugestivos de cancer colo-rectal,:

- Sangrado rectal con cambios habito intestinal
- Presencia de masa rectal.
- Presencia de masa abdominal.
- Presencia de anemia no explicada.



Diagnostico diferencial

Los pacientes con diferentes trastornos anorrectales pueden presentar un posible diagnóstico de hemorroides:

Fisura anal

Condiloma anal

Prolapso rectal

Cáncer anal

Enfermedad de Crohn

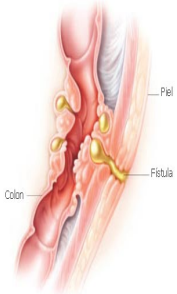
Estos diagnósticos debería ser excluidos, en particular si el tratamiento conservador para las hemorroides no ha tenido éxito



Tratamiento:

El tratamiento inicial de los síntomas hemorroidales consiste en medidas generales conservadoras (higienico-dietéticas y de estilo de vida) dirigidas principalmente a combatir el estreñimiento y disminuir los síntomas locales.

Cuando los síntomas no mejoran con estas medidas, se dispone de tratamientos farmacológicos y quirúrgicos.



Tratamiento: Medidas higienico-dieteticas

Prevenir el estreñimiento reduce la aparición y las recurrencias de la clínica hemorroidal.

El aumento de la ingesta de fibra (frutas, verduras, pan integral) y los suplementos de fibra son eficaces para el tratamiento de los síntomas en las complicaciones de las hemorroides, persistencia de los síntomas y del riesgo de sangrado.

(Grado de recomendación A)

Se recomienda el tratamiento con suplementos de fibra en los episodios agudos de hemorroides.

También existe una mejoría no significativa del dolor, el picor y/o prolapso.



Tratamiento: Medidas higienico-dieteticas

Estudios indirectos sugieren un potencial efecto beneficioso del aumento de la ingesta de líquidos, los baños de asiento, la aplicación de hielo, la higiene local, el aumento de la actividad física diaria, la pérdida de peso y evitar la sedestación prolongada.

(Grado de recomendación C.)

Se sugiere la ingesta moderada de líquidos y los baños de asiento con agua templada, como medida de higiene local, en el tratamiento de los episodios agudos de hemorroides.

No hay evidencia de que las comidas picantes empeoren la irritación y el prurito hemorroidal



Tratamiento: Tópico

Hay múltiples preparados tópicos en forma de pomadas, cremas y enemas para el tratamiento sintomático de las hemorroides.

Contienen anestésicos y corticoides de forma aislada, (preferibles) o combinada, y pocos han sido evaluados en ensayos clínicos.

Grado de recomendación C:

Estos tratamientos con corticoides y anestésicos tópicos, aunque inicialmente pueden aliviar la sintomatología, sólo deben aplicarse durante unos pocos días (5-7 días), ya que pueden provocar pérdida de sensibilidad de la piel, irritación, alergias.

Los tratamientos que presentan corticoides no deben prescribirse en caso de sospecha de infección local.



Tratamiento: Farmacológico

Entre los principales flebotónicos: los flavonoides reducen los síntomas en más de un 50% en términos relativos, disminuyendo el sangrado, el dolor, el picor y las recurrencias ,según algunos estudios.

Las limitaciones en calidad metodológica, la heterogeneidad de los trabajos y el potencial sesgo de publicación de los estudios plantean dudas sobre los efectos beneficiosos de los flavonoides en el tratamiento de la patología hemorroidal.

Hay una pobre evidencia sobre la efectividad del tratamiento en la patología hemorroidal con flebotónicos.



Tratamiento: Farmacológico

No se recomienda tratar las hemorroides y las crisis hemorroidales con fármacos flebotónicos.

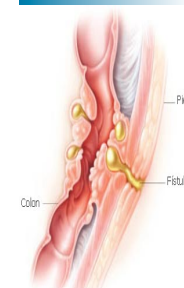
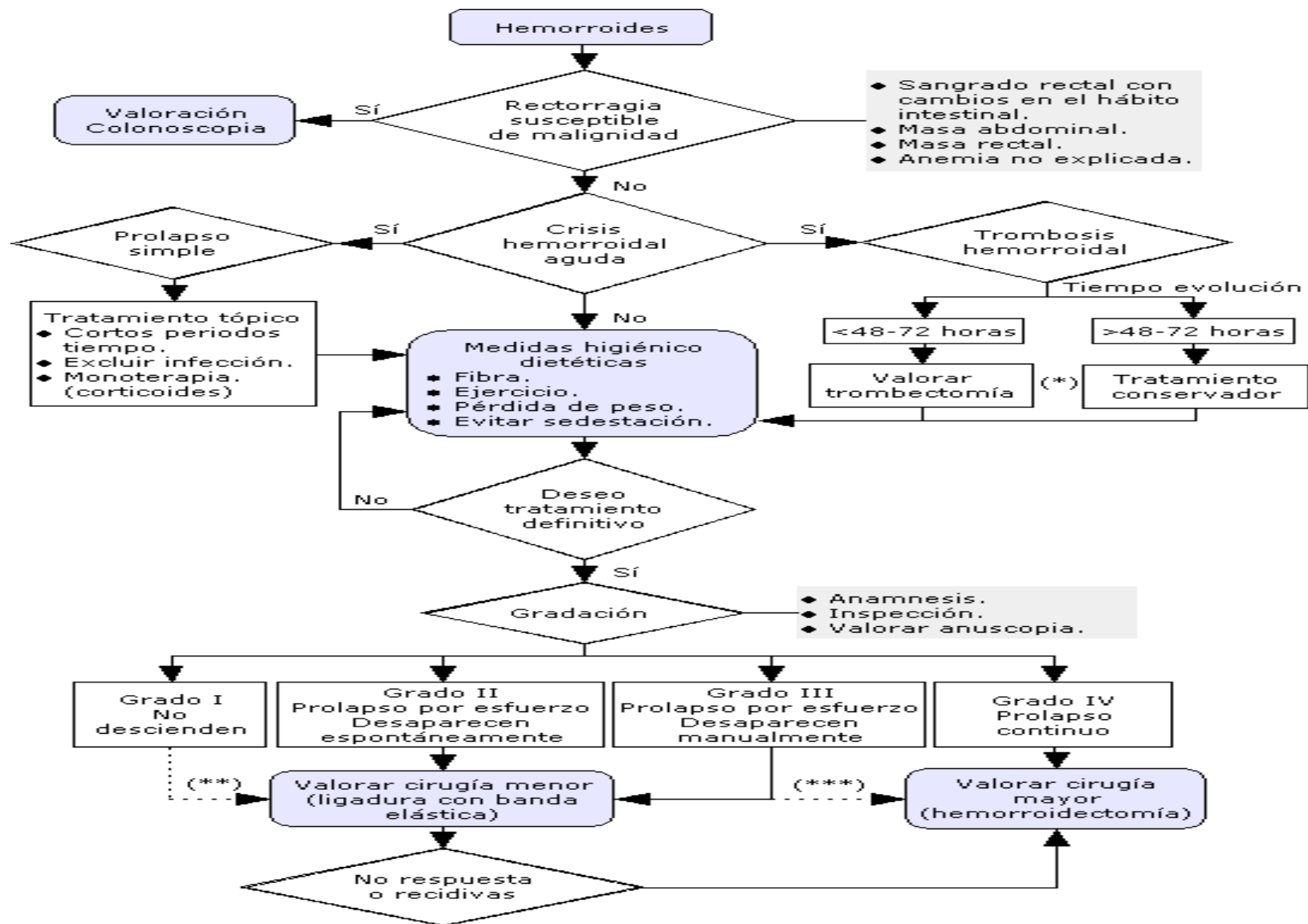
No se han encontrado estudios que evalúen el papel de los antiinflamatorios ni los analgésicos orales.

Mejor paracetamol.

Si hay hemorragia rectal, descartar los AINES.

No recomendables los opiáceos.





(*) Se puede valorar tratamiento conservador en todos los casos.
 (**) Pueden ser suficiente medidas higiénico dietéticas.
 (***) Valorar según preferencias paciente.



Moltes gracies

