

HEMORROIDES.

Clasificación, diagnóstico y tratamiento.

Dr. Alejandro García Gutiérrez (1) (†)

1. Clasificación

1.1. Topográfica:

1.1.1. Externas:

Están situadas por debajo de la línea pectínea, en el canal anal y la región perianal, y están cubiertas por el epitelio de transición o por la piel perianal. Están cubiertas por la mucosa.

1.1.2. Internas:

Están situadas en la porción inferior del recto, inmediatamente por encima de la línea pectínea.

1.1.3. Mixtas:

Cuando coexisten ambos tipos.

1.2. Anatomopatológica (Para las hemorroides internas y mixtas) :

1.2.1. Grado I:

- Sin protrusión a la defecación o ante esfuerzos.
- Sangramiento escaso.

2.2.2. Grado II:

- Con protrusión a la defecación y con los esfuerzos, reversible espontáneamente.
- Sangramiento.

2.2.3. Grado III:

- Verdadero prolapso hemorroidal.
- Con protrusión a la defecación o a los esfuerzos, irreversible espontáneamente.
- Sangramiento.

2. Diagnóstico

2.1. Positivo:

2.1.1. Hemorroides no complicadas:

2.1.1.1. Cuadro clínico:

2.1.1.1.1 Síntomas:

- a. Asintomáticas muchas veces.
- b. Los síntomas mas frecuentes segun el grsdo son :
 - Grado I: Sangramiento escaso.
 - Grado II: Sangramiento y protrusión reversible.
 - Grado III: Sangramiento, protrusión irreversible y humedad de la región anal.

(1) Profesor de Mérito (ISCM-H), Prof. Titular de Cirugía (Consultante), Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García, Especialista de II Grado en Cirugía General, ex Jefe del Grupo Nacional de Cirugía del MINSAP.

c. Si existen, además, hemorroides externas, se pueden agregar:

- Prurito anal (Higiene defectuosa y prolapso).
- Irregularidad de la región anal.

2.1.1.2.2. Signos:

- Se precisará por la inspección, la palpación y el tacto rectal, la existencia de hemorroides externas o internas prolapsadas (Grados II ó III), descartando otros procesos patológicos de la región, especialmente las neoplasias.

2.1.1.2. Exámenes de laboratorio:

- Se realizarán para conocer el estado humoral del paciente y para descartar otras enfermedades (Serología, microbiología).

2.1.1.3. Endoscopía:

- Confirmará la existencia de hemorroides internas y servirá para eliminar las neoplasias y otras afecciones.

2.1.1.4. Citología y biopsia:

- Se realizarán cuando sean necesarias para descartar otros procesos patológicos de la región.

2.1.2. Hemorroides complicadas:

2.1.2.1. Cuadro clínico:

2.1.2.1.1. Síntomas:

- a. Trombosis perianal con o sin edema: Tumefacción del borde anal de tamaño variable, de color violeta, de aparición brusca, precedida casi siempre por un esfuerzo y con dolor constante y a la defecación.
- b. Fluxión hemorroidal: Protrusión no reductible, con dolor intenso constante y a la defecación. Secreción y, en ocasiones, sangramiento.
- c. Trombosis fisurada: Sangramiento y disminución del dolor.
- d. Asociada a otras lesiones: Fisura, paraproctitis, absceso y otras.

2.1.2.1.2. Signos:

A la inspección, palpación y tacto rectal:

- a. Trombosis perianal.
- b. Fluxión hemorroidal.
- c. Trombosis fisurada.

2.1.2.2. Los exámenes de laboratorio, endoscopía y citología y biopsia, se realizarán con los mismos propósitos que en las hemorroides no complicadas.

2.2. Diagnóstico diferencial:

Habrá que hacerlo especialmente con los procesos siguientes:

- Prolapso mucoso.

- Procidencia del recto.
- Pólipos.
- Papila hipertrofiada.
- Hemorroides centinela.
- Condiloma acuminado.
- Tumor velloso.
- Cáncer ano-rectal.

3. Tratamiento

3.1. Médico:

3.1.1. Indicaciones:

- 3.1.1.1. Hemorroides secundarias a otra enfermedad (Hipertensión portal).
- 3.1.1.2. Afecciones graves (Sistémicas o crónicas).
- 3.1.1.3. Embarazadas con más de 3 meses de gestación.
- 3.1.1.4. Durante los 3 primeros meses del puerperio.
- 3.1.1.5. Hemorroides Grado I asintomáticas o poco sintomáticas.
- 3.1.1.6. Hemorroides Grado II, como prueba terapéutica.
- 3.1.1.7. Hemorroides Grado III:
 - Como tratamiento preoperatorio.
 - Cuando no es factible el tratamiento quirúrgico, por malas condiciones del paciente.
- 3.1.1.8. En pacientes que rechacen la operación.
- 3.1.1.9. En pacientes con afecciones diarreicas crónicas.

3.1.2. Método:

- 3.1.2.1. Medidas higieno-dietéticas:
 - a. Practicar el aseo de las regiones anal y perineal con agua y jabón, en lugar de papel.
 - b. No ingerir condimentos ni bebidas alcohólicas.
 - c. Ingerir frutas, vegetales y fibra dietética.
 - d. Crear un hábito defecatorio normal.
 - e. Baños de asiento tibios.
- 3.1.2.2. Tratamiento medicamentoso:
 - a. Laxantes de tipo humectante o por contacto, si hay constipación.
 - b. Gotas flebotónicas.
 - c. Fomentos locales de solución acuosa de Hamamelis.
- 3.1.2.3. Tratamiento de la fluxión hemorroidal:
 - a. Reposo en cama.
 - b. Abstenerse de intentar la reducción manual del paquete hemorroidal (Puede hacer más daño que beneficio).
 - c. Aplicación local de compresas tibias.
 - d. Sedantes y analgésicos.
 - e. Anti-inflamatorios y flebotónicos.
 - f. Antibióticos, si existe infección o necrosis.
 - g. Mantener las medidas higieno-dietéticas y la

normalización del hábito intestinal.

3.1.2.4. Tratamiento de la trombosis hemorroidal:

- a. Si no es dolorosa, o cuando hay edema de la región, realizar solo tratamiento médico.
- b. Cuando es sintomática, realizar la evacuación del trombo, mediante una incisión radiada con relación al ano, con anestesia local.

3.2. Quirúrgico:

Está indicado casi exclusivamente en las hemorroides internas o mixtas.

3.2.1. Indicaciones:

3.2.1.1. Hemorroides Grado III.

3.2.1.2. Hemorroides Grado II, cuando fracasa el tratamiento médico.

3.2.1.3. Hemorroides Grado I, asociadas a otras enfermedades ano-rectales (Fisuras, fístulas, papilitis y otras).

3.2.2. Tratamiento preoperatorio

3.2.2.1. Dieta líquida hasta 6 h. antes de la operación.

3.2.2.2. Rasurar el periné, las regiones glúteas y lumbosacra, inmediatamente antes de su traslado al salón de operaciones.

3.2.2.3. Administrar 2 enemas evacuantes la noche previa a la operación.

3.2.3. Anestesia:

3.2.3.1. Espinal en "silla de montar".

3.2.3.2. Local.

3.2.4. Técnicas:

3.2.4.1. Hemorroides externas:

a. Cuando el desarrollo de las hemorroides haya alcanzado un grado tal que produzcan molestias en razón de su tamaño.

b. Cuando concomiten con hemorroides internas (Mixtas).

3.2.4.2. Hemorroides internas o mixtas:

a. Tratamiento esclerosante: Cuando las hemorroides son pequeñas.

b. Resección circular de la mucosa contentiva de las hemorroides y plastia ulterior de la mucosa sana.

c. Disección y ligadura de las hemorroides por paquetes individualizados.

d. Crioterapia hemorroidal.

e. Ligadura en la base con una banda elástica.

3.2.5. Tratamiento posoperatorio:

a. Reposo en cama en posición indiferente, las primeras 18 horas.

b. Analgésicos.

c. Dieta líquida o blanda después de las 6 horas.

d. Retirada de las gasas del recto y dieta libre a las 24 horas.

e. Laxantes suaves y baños de asiento tibios después de las 24

horas.

- f. Curaciones locales dos veces por semana hasta la recuperación total, que debe ocurrir hacia las 4 semanas.