

HEMORROIDES

¿QUÉ SON LAS HEMORROIDES?

Las hemorroides son una parte normal de nuestro cuerpo, unas almohadillas formadas por vasos sanguíneos que rodean al canal anal. Sin embargo, habitualmente se utiliza el término “hemorroides o enfermedad hemorroidal” para designar aquellas que se dilatan y producen molestias. La enfermedad hemorroidal es una causa frecuente de consulta médica, con una frecuencia variable (4-86% de las personas) en los diversos estudios, sin diferencias entre varones y mujeres. Hasta hace poco tiempo se ha asociado la enfermedad hemorroidal con el estreñimiento y sus factores predisponentes: edad, dieta pobre en fibra y esfuerzos en la evacuación. Sin embargo, los estudios epidemiológicos no han demostrado una clara asociación con el estreñimiento crónico. La causa probablemente sea diferente para cada paciente. Puede deberse a una debilidad del tejido conjuntivo en las hemorroides, al aumento de la presión del esfínter anal interno o a trastornos inflamatorios locales. Se califican en grados, desde grado I (que no salen del ano) hasta grado IV (que están permanentemente fuera del ano y no se pueden reintroducir).

SÍNTOMAS

Las hemorroides pueden producir sangrado al final de la deposición o al limpiarse, prurito (picor) anal, y molestias provocadas por la salida hacia el exterior (prolapso) y la sensación de “bulto” anal. En casos extremos el dolor puede ser intenso debido a la trombosis y contractura del esfínter anal.

DIAGNÓSTICO

No todos los pacientes que presentan esos síntomas tienen hemorroides, por lo que se deben descartar otros problemas mediante la historia clínica, exploración y endoscopia. Las hemorroides pueden ser externas o internas. Las externas a veces se confunden con colgajos cutáneos, que son piel sobrante en el borde del ano, secundaria a una trombosis previa. No todas las hemorroides son iguales en síntomas. Cuanto más externas son las hemorroides más molestan y cuanto más internas más sangran.

TRATAMIENTO

Medidas iniciales

La mayoría de los pacientes mejoran con medidas conservadoras higiénico-dietéticas, o con tratamientos mínimamente invasivos. Puede comenzarse con una ingesta adecuada de fibra (frutas, verduras, cereales) y líquidos en cantidad suficiente (al menos litro y medio al día de agua) para aumentar y reblandecer las deposiciones, dado que esto disminuye el dolor, el prolapso y el sangrado, y la deposición se realizará sin hacer esfuerzos. Los laxantes tipo *Plantago ovata* pueden ser útiles para lograr estos objetivos si el consumo de fibra en la dieta es insuficiente.

Los baños de asiento con agua templada-fría, dos veces al día, resultan muy útiles para aliviar la sensación de picor e inflamación local, junto con una higiene local adecuada; evitar la ropa interior ajustada y el papel higiénico (en caso de usarlo utilizar uno suave, o mejor toallitas para hemorroides).

Tratamiento médico farmacológico

Las pomadas con cortisona pueden administrarse localmente en la zona prolapsada, con un suave masaje, y por un tiempo corto (7-10 días); cuando se administran de forma prolongada provocan atrofia en la piel e inducen picor y lesiones por rascado. Existen otras pomadas sin corticoides que incluyen en su composición anestésicos tópicos,

vasoconstrictores o antiespasmódicos, y que pueden utilizarse con más asiduidad si fuese necesario. Todas estas pomadas deben administrarse únicamente cuando el paciente presenta molestias. Los flebotónicos se han utilizado en el tratamiento de las hemorroides con resultados diversos. La diosmina (en comprimidos) parece reducir el tiempo de duración del sangrado en los episodios agudos de hemorroides y se ha sugerido que podría disminuir el número de episodios de hemorragia. Tiene escasos efectos secundarios y puede constituir una buena opción terapéutica previa a valorar la alternativa quirúrgica.

¿Cuándo debe considerarse el tratamiento quirúrgico?

Cuando los síntomas son resistentes a tratamiento conservador o cuando aparecen complicaciones. En general, los pacientes con hemorroides externas no suelen necesitar tratamiento quirúrgico, salvo cuando se produce una trombosis, en cuyo caso, y dentro de las primeras 48 horas, puede realizarse la extracción del trombo bajo anestesia local. El tratamiento quirúrgico está dirigido a disminuir el exceso de tejido hemorroidal. Es adecuado comenzar con técnicas poco invasivas para los grados I y II, y dejar la hemorroidectomía para los grados III y IV o cuando fracasan las técnicas poco invasivas. El tratamiento puede ser por cirugía menor o por hemorroidectomía.

Técnicas de cirugía menor

Dentro de las técnicas mínimamente invasivas los mejores resultados en cuanto a recurrencia y riesgos se consiguen con la ligadura con banda elástica, que consiste en colocar dos anillos elásticos en la base de la hemorroide para ocasionar su trombosis y cicatrización (2-4 días después). Este procedimiento es barato, se puede hacer en consulta y no precisa anestesia. La incidencia de complicaciones se sitúa en 1,5-3%, siendo las más frecuentes el dolor, hemorragia e infección local. Otros tratamientos, aunque de menor eficacia, son la escleroterapia (inyectar agentes esclerosantes directamente en el tejido hemorroidal), infrarrojos, diatermia bipolar, crioterapia y fotocoagulación láser.

Hemorroidectomía

Esta técnica quirúrgica suele precisar anestesia general o raquídea, aunque en algunos casos puede utilizarse anestesia local con sedación. La técnica más usada se llama de Milligan y Morgan, y consiste en la eliminación de los tres vasos principales que irrigan las hemorroides. Recientemente se ha introducido la hemorroidopexia circular. La hemorroidectomía láser con ND-YAG o dióxido de carbono no ha mostrado ventajas significativas respecto a otros medios. Los resultados son buenos para la mayoría de los pacientes. Las molestias en el postoperatorio y el tiempo de recuperación son mayores en la hemorroidectomía convencional, sin embargo los resultados son los mejores en recurrencias y solución de los problemas clínicos.

Complicaciones de la hemorroidectomía

Al margen de complicaciones precoces del tipo hemorragia o dolor, variables según la técnica empleada, existen otros peligros potenciales. El más importante aunque poco frecuente (menor de 1%) es la estenosis o estrechez anal. Esta complicación precisa reintervención quirúrgica, aunque en algún caso puede mejorar mediante dilatadores. Otras complicaciones igualmente importantes pero excepcionales son la lesión del esfínter anal interno, que puede afectar a la continencia de las heces, o la impactación fecal (acúmulo de heces duras en el recto de difícil expulsión).

Adaptado y modificado de Bermejo San José, F, y Álvarez Sánchez, J. A. Revista Española de Enfermedades Digestivas 2006; 98 218