



IMÁGENES

Hemorroides: ni todas son iguales. . . ni requieren el mismo tratamiento



Hemorrhoids: They are not all the same, nor do they require the same treatment

Carlos Cerdán-Santacruz^{a,b,*} y Javier Cerdán-Miguel^c

^a Cirujano colorrectal, Unidad de Coloproctología, Clínica Santa Elena, Madrid, España

^b Cirujano colorrectal, Unidad de Coloproctología, Hospital de la Princesa, Madrid, España

^c Coordinador Unidad de Coloproctología, Clínica Santa Elena, Madrid, España

No existe una definición precisa de «hemorroides»; lo que sí está claro es que no son varices anales, como con frecuencia se menciona.

Es necesario diferenciar entre hemorroides externas e internas. Las externas están cubiertas de piel y suelen manifestarse en fase de complicación (fig. 1A). Las más habituales, y a las que se dedica la mayor preocupación, son las internas.

Constituyen unos «almohadillados» compuestos de arteriolas, vénulas, comunicaciones arteriovenosas, mucosa, submucosa, tejido elástico, tejido conectivo y músculo liso, que se desplazan distalmente, prolapsan, se congestionan, se dilatan y sangran.

La valoración estricta del problema hemorroidario exige definir exactamente el estado en el que se encuentran, lo que obliga a su clasificación. La más utilizada establece cuatro grados, que recogen lo avanzado del cuadro:

- Grado I: No prolapsan; visibles exclusivamente mediante anuscopia.

- Grado II: Se exteriorizan durante los esfuerzos de la defecación, reduciéndose espontáneamente.
- Grado III: Prolapsan y precisan ser reducidas manualmente.
- Grado IV: Permanecen siempre prolapsadas, resultando imposible su reducción (fig. 1B).

Los paquetes hemorroidales suelen desarrollarse en tres posiciones del canal anal: izquierdo lateral, derecho anterior y derecho posterior (fig. 1C). No obstante, muy frecuentemente se desarrollan en otras posiciones, incluso afectando toda la circunferencia anal (fig. 1D).

Por otra parte, en un mismo paciente se pueden observar desarrollos absolutamente diferentes, desde grado I hasta grado IV, lo que obligará a pautas terapéuticas distintas. En definitiva, resulta absolutamente necesario la evaluación meticulosa del grado de afectación, puesto que de ello dependerá el tratamiento que se considere más adecuado.

Tratamiento

La distinta morfología (número, tamaño, localización), la diferente sintomatología, el grado de afectación y repercusión sobre la calidad de vida del paciente, obliga a aplicar un tratamiento individualizado de las hemorroides¹⁻⁶.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carloscerdansantacruz@hotmail.com (C. Cerdán-Santacruz).

✉ @drcarloscerdan (C. Cerdán-Santacruz)

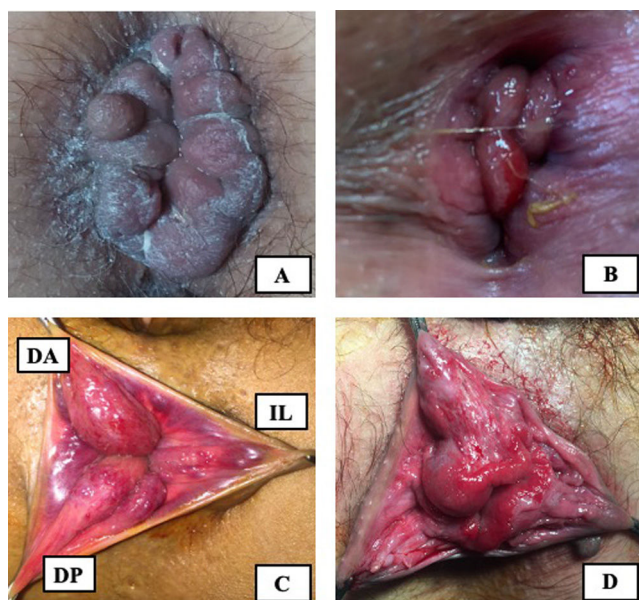


Figura 1 Hemorroides de diferentes tipos y morfología. A. Hemorroides externas. B. Hemorroides internas grado IV con prolapso no reductible. C. Localización típica de paquetes hemorroidales. Imagen tomada en quirófano. D. Hemorroides internas de distribución circunferencial. Imagen tomada en quirófano.

DA: derecho anterior; DP: derecho posterior; IL: izquierda lateral.

Existen tres grandes grupos de tratamientos.

Tratamiento conservador

Consistente en recomendaciones higiénico-dietéticas, encaminadas a suprimir el estreñimiento, mejorar los hábitos defecatorios y mantener una piel limpia y seca; se aconseja evitar comidas ricas en especias, picantes, alcohol y café.

Respecto al tratamiento médico, general o tópico, aunque sin una evidencia absolutamente objetiva, en casos concretos, periodos limitados y control meticuloso, pueden ser favorables.

Debe recomendarse en todos los casos, con el objetivo de mejorar/anular la sintomatología y reducir el grado hemorroidal, lo que puede condicionar un tratamiento menos agresivo e incluso, si se convierten en asintomáticas, evitar otros tratamientos^{1,3}.

Tratamiento instrumental

Los más habituales son: esclerosis, coagulación con infrarrojos (CIR) y ligadura con bandas elásticas (LBE). Se realizan en consulta, de forma ambulatoria, sin anestesia.

Los dos primeros originan una reacción inflamatoria y fibrosis por encima de los pedículos hemorroidales, cuyos principales efectos son la devascularización, fijación, retracción y atrofia parcial de dichos paquetes. Se aplican en hemorroides grados I-II, sangrantes, y proporcionan buenos resultados en 80-90% de ocasiones.

La LBE consigue una verdadera extirpación, puesto que consiste en la aplicación de un anillo de goma o caucho

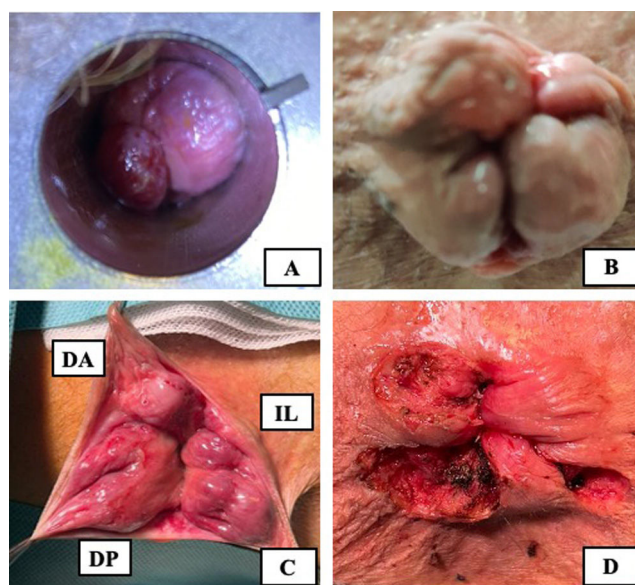


Figura 2 Opciones de tratamiento en pacientes con hemorroides internos. A. Procedimiento de ligadura elástica. B-D. Componente hemorroidal externo en una paciente con hemorroides internos sintomáticos. Ante tal componente externo, la opción quirúrgica se consideró la mejor. Se aprecia una distribución típica de los tres paquetes hemorroidales internos en este caso. Se muestra finalmente el resultado tras la hemorroidectomía.

en la base de la hemorroide (fig. 2A), a la que estrangula y necrosa, desprendiéndose entre el 9°-12° día. Está indicada en hemorroides grados II-III, proporcionando 70-95% de buenos resultados.

Tratamiento quirúrgico

Un adecuado tratamiento conservador y el dominio de los tratamientos instrumentales limitan de forma significativa la necesidad de cirugía; en general, no más del 10-15% de casos: hemorroides grado IV, con gran componente externo y las grado III no resueltas con otros procedimientos^{1,5} (fig. 2B-D).

Las opciones son numerosas y los objetivos deben establecerse de manera individualizada, no sólo ante cada paciente, sino, ocasionalmente, ante cada hemorroide, buscando el mejor resultado con la mayor satisfacción.

Resulta evidente que la consulta con un coloproctólogo, con especial dedicación, aportará gran valor sobre el procedimiento más adecuado.

Financiación

No se recibió ningún tipo de financiación para la elaboración del presente manuscrito.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen asociaciones comerciales de ningún tipo que puedan suponer un conflicto de intereses en relación con el presente artículo.

Cuestiones éticas

Se han tenido en consideración las normativas vigentes respecto a la publicación de casos clínicos, habiéndose obtenido el consentimiento informado de cada uno de los pacientes cuyas imágenes se exponen en el presente manuscrito.

Bibliografía

1. Cerdán J, Jiménez F. Hemorroides. El verdadero peso de la cirugía la elección lógica del tratamiento y sus resultados. En: de la Portilla de Juan F, García Armengol J, Espín Basany E, Casal Núñez JE, editores. *Practicum en Coloproctología de la AACP*. Madrid: Ergon; 2022. p. 101–15.
2. Cerdán J, Díez M, Torres-Melero J, Martínez S, Moreno G, Sanz M, et al. Tratamiento quirúrgico urgente de la trombosis hemorroidal. *Cir Esp*. 1994;56:137–9.
3. Cocorullo G, Tutino R, Falco N, Licari L, Fontana T, Raspanti C, et al. The non-surgical management for hemorrhoidal disease: a systematic review. *G Chir*. 2017;38:5–14.
4. Drezdson MK, Peterson CY. Anorectal Emergencies. *Surg Clin N Am*. 2023;103:1153–70.
5. Hawkins AT, Davis BR, Bhama AR, Fang SH, Dawes AJ, Feingold DL, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 2024;67:614–23.
6. Simillis C, Thoukididou SN, Slessor AA, Rasheed S, Tan E, Tekkis PP. Systematic review and network meta-analysis comparing clinical outcomes and effectiveness of surgical treatments for haemorrhoids. *Br J Surg*. 2015;102:1603–18.