



Trombosis hemorroidaria: opciones de tratamiento

Ulises Rodríguez-Wong*

RESUMEN

La trombosis hemorroidaria es la presencia de coágulos sanguíneos en los plexos hemorroidales interno o externo. La trombosis hemorroidaria externa es la más frecuente. El tratamiento depende de la intensidad del dolor; si el dolor es agudo debe realizarse la escisión elíptica de la hemorroide externa trombosada. Las crisis repetidas de trombosis o la trombosis múltiple son indicación de hemorroidectomía formal.

Palabras clave: Hemorroides, trombosis, trombosis hemorroidaria, enfermedad hemorroidal.

ABSTRACT

Hemorrhoidal thrombosis is the presence of blood clots at the internal or external hemorrhoidal plexuses. External thrombosis is the most frequent. Treatment is in accord with pain severity; in case of acute pain local excision of thrombosed haemorrhoid should be performed. Recurrent thrombosis and multiple thrombosis should be treated by formal hemorrhoidectomy.

Key words: Hemorrhoids, thrombosis, hemorrhoidal thrombosis, hemorrhoidal disease.

INTRODUCCIÓN

Se conoce con el nombre de trombosis hemorroidaria a la aparición de coágulos sanguíneos (trombos), en número y tamaño variable, en los plexos hemorroidales interno o externo, o bien en ambos,¹ asociándose además la presencia de edema, debido a una alteración en los procesos locales de coagulación.

La trombosis es una de las complicaciones más serias de los padecimientos vasculares en general, la enfermedad hemorroidal al ser una alteración vascular, no escapa a esta situación. Sin embargo, la trombosis hemorroidaria constituye una particularidad desde el punto de vista de su etiopatogenia y plantea un problema terapéutico de urgencia, debido a la intensidad del dolor.

La trombosis hemorroidaria externa se localiza por debajo de la línea pectínea y es la variedad más frecuente; el recubrimiento está dado por la piel perianal y el anodermo. Cuando los coágulos se acompañan de edema del paquete hemorroidario, se presenta una trombosis edematosa y congestiva.²

La trombosis hemorroidal interna se localiza por arriba de la línea pectínea, es mucho menos frecuente y está recubierta por el epitelio cilíndrico simple de tipo rectal; casi siempre los paquetes hemorroidarios internos trombosados se protruyen a través de la apertura anal, lo que indica que

el episodio es la complicación de un proceso crónico, dando lugar al término “estrangulamiento hemorroidal”; con frecuencia se asocian la trombosis hemorroidal interna y la externa. En pocas ocasiones la trombosis puede ocurrir en un paquete hemorroidal interno no prolapsado, manifestándose como una pequeña masa tumoral redondeada de color violáceo que apenas sobresale por la apertura anal.³

ETIOPATOGENIA

La trombosis hemorroidaria se presenta generalmente en pacientes adultos jóvenes, aunque puede presentarse también en niños y ancianos; con un predominio en el sexo masculino. Se han señalado algunos factores predisponentes como el aumento de la presión intra-abdominal, bipedestación prolongada, viajes largos en diversos vehículos, estreñimiento, esfuerzo al evacuar, crisis de diarrea, alteraciones hormonales durante la menstruación y el embarazo,⁴ esfuerzo durante el trabajo de parto, uso de laxantes y supositorios con efecto irritante, infección focal anal, entre otros. Abramowitz⁵ realizó un estudio en 165 mujeres durante el embarazo y el parto, para detectar la incidencia de trombosis hemorroidaria y fisura anal en este grupo, concluyendo que un tercio de las pacientes tuvieron trombosis hemorroidaria o fisura anal durante el posparto. No se han encontrado alteraciones sistémicas en las principales pruebas de coagulación de los pacientes que presentan trombosis hemorroidaria.⁶

* Coloproctólogo en el Hospital Juárez de México.

Esta entidad puede ocurrir como un proceso subclínico, según lo demuestra Ganchrow al establecer una diferencia entre 10% de las trombosis clínicas y 27% de trombosis histopatológicas en las piezas quirúrgicas en un estudio de más de dos mil hemorroidectomías.⁷

Independientemente de su localización, la trombosis hemorroidaria se presenta como un proceso vascular puro; si bien la mayor parte de los estudios la consideran como una trombosis intravascular, no puede descartarse la posibilidad de una ruptura de la pared vascular con la formación de un hematoma. La teoría más aceptada señala que en el marco de una dilatación progresiva, como consecuencia de un aumento del aporte arterial, pueden conjugarse los factores predisponentes que obstaculizan la circulación de retorno; ocasionando: dilatación, edema, trombosis intravascular y ruptura vascular con hematoma.

Este esquema permite comprender la poca utilidad de los tratamientos farmacológicos en la prevención de la trombosis, y la eficacia de la hemorroidectomía con ligadura alta de los pedículos vasculares, que tiene la ventaja de tratar tanto el elemento hemodinámico causal como sus efectos posteriores.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Muchos pacientes con enfermedad hemorroidal permanecen asintomáticos hasta que se presenta la trombosis como una complicación de esta enfermedad. Inicialmente aparece dolor anal agudo e intenso, que se acompaña de edema de la región con la aparición de una protuberancia localizada en un paquete hemorroidario externo, o bien, la trombosis múltiple de los paquetes hemorroidarios internos y externos (Figura 1).



Figura 1. Trombosis hemorroidaria múltiple.

A la exploración proctológica la inspección revela, en los casos de trombosis localizada externa, una masa tumoral de color violáceo y edema en la región anal; cuando la trombosis es múltiple se aprecian varios paquetes hemorroidarios externos con estas características y protrusión de los paquetes internos. La palpación del sitio trombosado provoca dolor intenso.

Cuando la trombosis externa localizada se deja evolucionar, el coágulo puede erosionar la piel e insinuarse a través de la misma; cuando el coágulo se desprende espontáneamente (auto-trombectomía) aparece una hemorragia de cierta consideración.

OPCIONES DE TRATAMIENTO

El tratamiento de la trombosis externa localizada depende de la intensidad del dolor, ya que el objetivo es precisamente aliviar este dolor. Si es seguro, debe realizarse la escisión elíptica de la hemorroide externa trombosada con anestesia local por infiltración; la pequeña herida que se realiza se puede suturar o se puede dejar que cicatrice por segunda intención. En un estudio de 340 pacientes, realizado por Jongen en Alemania,⁸ en quienes se realizó escisión del paquete hemorroidario trombosado con anestesia local, 66% de los pacientes, en quienes se realizó seguimiento, no tuvieron molestias después del procedimiento.

No se recomienda la incisión y evacuación por compresión del coágulo; debido a que los coágulos formados en la masa palpable generalmente son intravasculares y múltiples, por lo que pudieran pasarse por alto algunos; por otro lado, se dificulta la hemostasia de los puntos sangrantes y no se elimina la piel redundante, incrementando la posibilidad de formación de colgajos cutáneos; finalmente la sola incisión y evacuación del coágulo no suprime los vasos hemorroidales externos que produjeron la trombosis, por lo que se pueden trombosar nuevamente.⁹

En un estudio realizado por Bleday y Peña¹⁰ de un total de 2,256 pacientes con trombosis hemorroidaria externa, en 1,899 se realizó escisión, lo que representó una tasa operatoria de 84%. La atención postoperatoria en estos casos es sencilla, ya que el alivio sintomático obtenido con la escisión es considerable; no obstante, se recomiendan baños de asiento con agua tibia, analgésicos orales en caso de dolor, y laxantes formadores de bolo fecal para evitar el pujo durante la evacuación.

Las crisis repetidas de trombosis o la presencia de áreas múltiples de trombosis tanto en hemorroides externas como internas, son indicación de hemorroidectomía formal, en ocasiones como una situación de urgencia.¹¹

Algunas veces, los pacientes acuden a consulta con una hemorroide externa trombosada sin dolor, generalmente



una vez que ha pasado el dolor agudo. En estos casos el tratamiento no es quirúrgico, hay que recomendar laxantes hidrofílicos y vigilar la evolución, ya que en la mayoría de los casos la enfermedad se resolverá.

Algunos autores han sugerido la utilización de nifedipina tópica para el tratamiento de hemorroides externas trombadas¹² como una alternativa no quirúrgica de tratamiento. Alonso-Coello realizó un meta-análisis sobre el tratamiento de la enfermedad hemorroidal con flavonoides, concluyendo que existen limitaciones en la metodología de los trabajos publicados y heterogeneidad en los mismos, acerca del posible efecto benéfico de los flavonoides en el tratamiento de la enfermedad hemorroidal.¹³

También se ha señalado que el tratamiento farmacológico de la enfermedad hemorroidal, con flavonoides micronizados, dobisilato de calcio y nitratos de nifedipina durante los periodos de agudización, permite el control de los síntomas, en especial la hemorragia; no obstante, el paciente debe ser evaluado para recibir una forma definitiva de tratamiento.^{14,15}

En un estudio de 231 pacientes con trombosis hemorroidaria, realizado por Greenspon¹⁶ se realizó tratamiento conservador en 51.5% de los casos y en forma quirúrgica en 48.5%, el índice de redivivas fue considerablemente mayor en el grupo tratado en forma conservadora (80.6%) en comparación con el grupo tratado de manera quirúrgica (19.4%). Hall señala que las recurrencias en los pacientes tratados médicamente puede presentarse en la misma localización de la trombosis previa, lo que explica las altas tasas de recurrencia, en tanto que en los pacientes en los que se realiza escisión quirúrgica, la recurrencia generalmente ocurre en un sitio diferente al de la primera trombosis.¹⁷

El resultado final de muchas hemorroides externas que se han trombosado es la aparición de un colgajo cutáneo, que en la mayor parte de los pacientes no ocasiona síntomas; sin embargo, en caso de que produjera molestias, se puede extirpar el colgajo con anestesia local.

CONCLUSIONES

Aún existe controversia sobre la fisiopatogenia de la trombosis hemorroidaria; aunque que la mayor parte de los autores señalan que se trata de un proceso intravascular; no se puede descartar la teoría de formación extravascular del coágulo secundaria a ruptura vascular.

El síntoma predominante en el cuadro clínico es el dolor; dependiendo de la intensidad del mismo se seleccionará el tratamiento más adecuado, si el dolor es agudo e intenso se recomienda la escisión elíptica del paquete hemorroidal afectado.

REFERENCIAS

1. Buls JG, Goldberg SM. Modern management of hemorrhoids. *Surg Clin North Am* 1978; 58: 469-78.
2. Rodríguez-Wong U. Trombosis hemorroidal. *Rev Hosp Jua Mex* 1993; 60: 80-1.
3. Ganchrow MI, Mazier WP, Friend WG, Ferguson JA. Hemorrhoidectomy revisited. A computer analysis of 2,038 cases. *Dis Colon Rectum* 1971; 14: 128-33.
4. Rodríguez-Wong U. Trombosis hemorroidaria durante el embarazo. *Rev Hosp Jua Mex* 1995; 62: 26-7.
5. Abramowitz L, Sobhani I, Benifla JL, Vuagnat A, Darai E, Mignon M, Madelenat P. Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. *Dis Colon Rectum* 2002; 45: 650-5.
6. Gaj F, Trecca A, Suppa M, Sposato M, Coppola A, De Paola G, Aguglia F. Hemorrhoidal thrombosis. A clinical and therapeutic study on 22 consecutive patients. *Chir Ital* 2006; 58: 219-23.
7. Ganchrow MI, Bowman HE, Clark JF. Thrombosed hemorrhoids: a clinicopathology study. *Dis Colon Rectum* 1971; 14: 331-40.
8. Jongen J, Bach S, Stübinger SH, Bock JU. Excision of thrombosed external haemorrhoid under local anesthesia: a retrospective evaluation of 340 patients. *Dis Colon Rectum* 2003; 46: 1226-31.
9. Grosz CR. A surgical treatment of thrombosed external hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1990; 33: 249-50.
10. Bleday R, Peña JP, Rothenberger DA, Goldberg SM, Buls JG. Symptomatic hemorrhoids: current incidence and complications of operative therapy. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 447-81.
11. Smith M. Early operation for acute hemorrhoids. *Br J Surg* 1967; 54: 141-44.
12. Perrotti P, Antropoli C, Molino D, De Stefano G, Antropoli M. Conservative treatment of acute thrombosed external hemorrhoids with topical nifedipine. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 405-9.
13. Alonso-Coello P, Zhou Q, Martinez-Zapata MJ, Mills E, Heels-Ansdell D, Johansson JF, Guyatt G. Meta-analysis of flavonoids for the treatment of haemorrhoids. *Br J Surg* 2006; 93: 909-20.
14. Misra MC, Imlitemsu. Drug treatment of haemorrhoids. *Drugs* 2005; 65: 1481-91.
15. Jiang ZM, Cao JD. The impact of micronized purified flavonoid fraction on the treatment of acute haemorrhoidal episodes. *Curr Med Res Opin* 2006; 22: 1141-7.
16. Greenspon J, Williams SB, Young HA, Orkin BA. Thrombosed external hemorrhoids: outcome after conservative or surgical management. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 1493-8.
17. Hall NR. Medical vs. surgical management of thrombosed external hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 2156.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Ulises Rodríguez-Wong
Tepic 113-611, Col. Roma Sur
C.P. 06760, México, D.F.
Tel.: 5264-8266
Fax: 5264-8267