

Enfermedad hemorroidal

Luis Charúa Guindic*

RESUMEN

La enfermedad hemorroidal es uno de los padecimientos más frecuentes en los seres humanos. En México no se conoce exactamente su prevalencia, pero al menos 5% de la población general manifiesta síntomas relacionados con esta enfermedad. Esta revisión expone los progresos en el conocimiento de la enfermedad hemorroidal; comprende su definición, clasificación, síntomas, diagnóstico, diagnóstico diferencial, tratamiento médico, modalidades en el tratamiento alternativo no quirúrgico y técnicas quirúrgicas de hemoroidectomía. Por último, aborda la enfermedad durante el embarazo o en pacientes con VIH+ o SIDA, así como la hemorragia hemorroidal por hipertensión porta, enfermedad inflamatoria intestinal, leucemia, linfoma, en operación bariátrica, fisura anal y fistula anal.

Palabras clave: enfermedad hemorroidal.

ABSTRACT

For centuries, hemorrhoidal disease has been one of the most frequent in human beings. It is difficult to have an exact idea of its prevalence, but we are sure than in Mexico, at least 5% of the general population suffers symptoms related to hemorrhoids. In this review, advances in knowledge of hemorrhoidal disease are described. It includes definition, classification, symptomatology, diagnosis, differential diagnosis, medical treatment, alternative non-surgical methods, different types of hemorrhoidectomy, posoperative complications and management. Finally, special circumstances associated with this disease are described, such as pregnancy, HIV+ or AIDS patients, portal hypertension, inflammatory intestinal disease, leukemia, lymphoma, bariatric surgery and fissure and anal fistula.

Key words: Hemoroidal disease.

El término 'hemorroides' proviene de los vocablos griegos *haima* (sangre) y *rhoos* (flujo).¹ Esta enfermedad ha sido común entre los humanos de todas las épocas. Hipócrates, Galeno y Maimónides, entre otros, trataron el tema y propusieron medicamentos y recursos diversos para eliminar los síntomas o prevenirlos.²

PREVALENCIA

En México no hay datos exactos al respecto, pero al menos 5% de la población general manifiesta síntomas relacionados con las hemorroides. Son raras antes de los 20 años, su frecuencia aumenta con el tiempo y

es probable que 50% de los adultos de 50 años o más tengan o hayan sufrido síntomas relativos en alguna época de su vida.^{3,4}

Burkitt observó que esta enfermedad es más común en los países occidentales y menor en los países en vías de desarrollo.⁵ Los datos ofrecidos por el *National Center for Health Statistics* de Estados Unidos sugieren que en ese país hay cerca de 10 millones de personas que sufren este padecimiento.⁶

ETIOPATOGENIA

No está demostrada la génesis de la enfermedad hemorroidal. La mayor parte de los textos de anatomía, anatomía patológica y cirugía describen que las hemorroides son várices de las venas submucosas del ano. En realidad, las hemorroides y su desarrollo en nada se parecen a las venas varicosas de ninguna otra zona del organismo. Durante muchos años se consideró que están constituidas por dilataciones de los plexos venosos hemorroidales superiores e inferiores, pero la explicación no es tan simple.

En 1967, Stelzner y colaboradores demostraron que hay comunicación entre arterias y venas y sugirieron

* Unidad de coloproctología del Hospital General de México.

Correspondencia: Dr. Luis Charúa Guindic. Unidad de coloproctología. Hospital General de México. Dr. Balmis núm. 148, colonia Doctores, México, DF. E-mail: luischarua@yahoo.com
Recibido: noviembre, 2006. Aceptado: febrero, 2007.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

que ese tejido puede funcionar como un “cuerpo cavernoso del recto”.⁷ Esto explicaría por qué la sangre, al momento de operar esa zona, es de color rojo rutilante. En 1975, Thomson empleó el término ‘cojinete vasculares o hemorroidales’; en un estudio en que inyectó la vena rectal superior en cadáveres, demostró con mayor precisión la naturaleza de la enfermedad hemorroidal y consideró que el *cuerpo cavernoso* que describió Stelzner era una característica anatómica normal.⁸ El tejido vascular submucoso y subcutáneo en la zona de transición anorrectal forma tres grupos principales de diversos tamaños, con aporte arterial rico y comunicaciones arteriovenosas. En 1984, Hass demostró que los tejidos se debilitan con la edad y favorecen la dilatación de los plexos venosos hemorroidales, la distensión de las anastomosis arteriovenosas, el deterioro y la destrucción de los sistemas de fijación del tejido conjuntivo y, por último, el desplazamiento de los cojinetes vasculares.⁹

En general, no se conoce una causa en especial que desencadene los síntomas de la enfermedad. Lo que popularmente se acepta es que ciertos factores desempeñan una función en las manifestaciones clínicas de cada paciente. La característica más constante es el estreñimiento, que al requerir mayor esfuerzo al momento de la evacuación, produce congestión de los cojinetes hemorroidales. Con el esfuerzo constante se distienden los soportes de dichos *cojinetes* y se produce el prolapso hemorroidal por debajo de la línea anorrectal, hacia afuera del conducto anal. Sin embargo, no todos los pacientes con enfermedad hemorroidal son estreñidos.

Tampoco puede decirse que las hemorroides sean hereditarias, ya que en una misma familia hay miembros con síntomas de la enfermedad y otros sin ellos; pero es común que en el interrogatorio, al indagar los antecedentes clínicos, el paciente refiera que varios miembros de su familia padecen de la enfermedad o que ya han sido intervenidos quirúrgicamente. Probablemente lo que se hereda es la debilidad del tejido conectivo que sostiene y fija las hemorroides.

No hay duda de que algunos alimentos y bebidas fomentan la aparición de los síntomas de esta enfermedad. Los principales son el alcohol, el picante y las comidas muy condimentadas. Las bebidas alcohólicas, entre más grados de alcohol tengan, más pueden di-

latar las hemorroides. La cerveza o el vino ingeridos con moderación parecen no ser tan negativos; pero los grandes consumidores de whisky, tequila o coñac están más expuestos a padecer crisis hemorroidales.

Durante el embarazo, la madre secreta hormonas que aumentan el riego sanguíneo de los órganos pélvicos, para alimentar mejor al feto, principalmente en el tercer trimestre. La mayoría de las embarazadas hace poco ejercicio; eso, aunado a los cambios en la alimentación y al estreñimiento, empeora el estado de sus hemorroides y puede desencadenar síntomas. En la inmensa mayoría de estas mujeres, posteriormente al puerperio y una vez que desaparecen los efectos hormonales y fisiológicos, ceden los síntomas hemorroidales.

Se dice que un trabajo que obliga a estar de pie o sentado por muchas horas, como el caso de los policías, el personal de fábricas, las costureras, los conductores de taxis o autobuses, etc., aunado a una defectuosa alimentación, donde los alimentos suelen ser demasiado condimentados y carentes o excesivos en fibra, son hechos que contribuyen al empeoramiento de las hemorroides, pero esto no tiene sustento científico.

Por lo anterior, el alcohol, las comidas condimentadas, el estreñimiento, la diarrea, el embarazo, el tipo de trabajo, el sedentarismo, etc., deben ser considerados como factores predisponentes, no como factores causales.

CLASIFICACIÓN

Existen hemorroides externas e internas (figura 1); generalmente son mixtas y pocas veces se les encuentra constituidas por un solo tipo.

Para promover la mejor comprensión de la enfermedad hemorroidal, en la Unidad de Coloproctología del servicio de gastroenterología del Hospital General de México se clasifican en externas e internas. Las primeras pueden ser pequeñas, medianas o grandes, y son las que están recubiertas por piel. Las internas, localizadas en el extremo terminal del recto, están recubiertas por mucosa y, desde el punto de vista clínico pueden ser de varios grados: *a)* las de primer grado son las que sangran; *b)* las de segundo grado sangran y se desplazan por el conducto anal, sin exteriorizarse, y se retraen espontáneamente; *c)* las de tercer grado

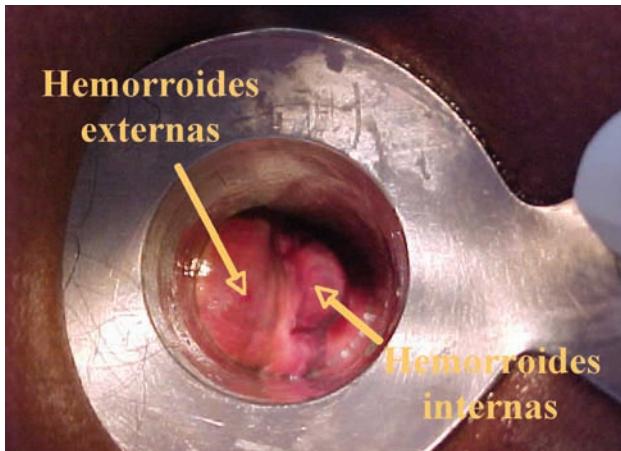


Figura 1. Hemorroides externas e internas.

sangran y se prolapsan más allá del ano al momento de la defecación; se reducen en forma espontánea o requieren reducción manual, y d) las de cuarto grado sangran y se prolapsan en forma permanente.^{10,11}

SÍNTOMAS

El cuadro clínico depende de su localización (externas o internas) y de ausencia o presencia de complicaciones. Las hemorroides externas tienen tres síntomas principales: dolor, tumoración y prurito anal.

El dolor es de carácter impreciso; algunos pacientes lo describen como ardor o “irritación”, otros como “inflamación”. Su intensidad es variable, pero por lo general es leve. Su frecuencia es irregular: en algunos pacientes es diaria, en otros es ocasional, aparece y desaparece en forma espontánea. Algunos lo relacionan con la evacuación, el ejercicio o el estar mucho tiempo sentados.

Con respecto a la tumoración perianal, los pacientes refieren que aparecen principalmente al momento de la evacuación y que, al concluir ésta, disminuyen de tamaño. Las describen como uno o más bultos blandos, de tamaño variable, levemente dolorosos a la palpación.

A algunos pacientes les cuesta trabajo diferenciar entre dolor, ardor y prurito anal. La molestia suele desencadenarse por las evacuaciones, es de intensidad moderada o leve y de corta duración. Otros pacientes manifiestan prurito anal secundario a ano húmedo provocado por el prolapso hemoroidal, que al exteriorizarse arrastra moco y materia fecal, que se adhieren a la piel anal y perianal.

Igual que las hemorroides externas, las internas tienen síntomas propios. Fundamentalmente son dos: hemorragia y prolapso hemoroidal.

La hemorragia es el síntoma más frecuente y constante. La sangre suele ser de color rojo rutilante, expulsada con la materia fecal, pero en ocasiones se manifiesta en forma espontánea y aislada. Puede observarse en el papel higiénico, en forma de estrías en las heces fecales, en gotas o en chorro al final de la evacuación. Su volumen es muy variable y en un mismo enfermo puede variar; puede darse en escasa cantidad o provocar una anemia crónica o ser tan grave que provoque choque hipovolémico.

El prolapso hemoroidal depende del tiempo de evolución. Al principio se reduce en forma espontánea; posteriormente, el paciente lo reduce en forma manual y por último es permanente.

El esfuerzo que se realiza al defecar tiende a proyectar al exterior las hemorroides internas y en ocasiones la mucosa rectal, pero los tejidos que las rodean las sostienen en su sitio, o sólo permiten un moderado desplazamiento, merced a la elasticidad que poseen esos tejidos. Con el transcurso del tiempo y los repetidos esfuerzos, la elasticidad disminuye y ya no sostiene en su sitio a las hemorroides, que se exteriorizan a través del ano; en esta fase, la elasticidad que aún existe basta para regresar las hemorroides a su sitio en cuanto cesa el esfuerzo. Estas condiciones subsisten un tiempo variable y la pérdida de elasticidad continúa, y con ello, la espontaneidad de la reducción de las hemorroides, que permanecen en el exterior después de cada evacuación; esto obliga al enfermo a introducirlas con maniobras digitales. En casos avanzados, el prolapso hemoroidal se manifiesta con el mínimo esfuerzo, sin la necesidad de evacuación. En la mayor parte de estos casos, las hemorroides internas, al prolapsarse, arrastran moco y materia fecal con lo que el paciente experimenta la sensación de ano húmedo y prurito anal.

El paciente describe el prolapso como la salida de una o varias tumoraciones, de medio a un centímetro de diámetro, blandas, oprimibles, no dolorosas.

COMPLICACIONES

La trombosis hemoroidal única es una complicación frecuente y no se conoce su causa. Un número im-

portante de pacientes no refiere síntomas previos. En forma clásica el paciente refiere dolor de aparición brusca, acompañado de pequeña tumoración perianal (figura 2).



Figura 2. Trombosis hemorroidal única parcialmente drenada.

La trombosis hemorroidal múltiple o masiva es una complicación poco frecuente. Consiste en la trombosis de dos o más paquetes hemorroidales que se acompaña de dolor intenso, edema y dificultad para evacuar. Según el tiempo de evolución y sus síntomas, puede ser tratada médica o quirúrgicamente (figura 3).¹²

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Si se reúnen los antecedentes clínicos completos, incluyendo la exploración proctológica, es fácil identificar la enfermedad hemorroidal. No obstante, se debe hacer un diagnóstico diferencial con cáncer de recto, cáncer de ano, prolапso rectal completo, prolапso mucoso, colgajos cutáneos, papila anal hipertrófica, pólipos rectales, fisura anal, absceso interesfintérico, endometriosis rectal o perianal y condiloma acuminado, entre otros.

El cáncer del recto es una lesión totalmente diferente a las hemorroides. El tacto rectal y la anuscopia aclaran la duda.



Figura 3. Trombosis hemorroidal múltiple interna y externa con datos de necrosis.

Con respecto al cáncer de ano, por lo general se trata de una lesión ulcerosa, vegetante, que puede parecer una hemorroide externa; se diferencia de ésta en que su consistencia es dura e irregular; a menudo existe infiltración subcutánea de consistencia pétreas, que se extiende a 1 cm o más alrededor de la lesión.

Los colgajos cutáneos son pliegues situados alrededor del ano, de forma sumamente variable; unas veces son muy pequeños, y otras, tan grandes que alcanzan 2 o 3 cm de longitud; en ocasiones son muy numerosos y rodean completamente el ano, que queda oculto entre ellos. Los colgajos cutáneos suelen formarse como secuela de crisis hemorroidales antiguas o como parte de la cicatrización de una hemorroidectomía.

La hemorroide centinela o colgajo cutáneo centinela, que es parte de una fisura anal crónica, es generalmente de consistencia firme y cubierta por piel normal o ligeramente enrojecida o edematosas; es indolora o poco dolorosa y se localiza en alguna de las comisuras anales en casi todos los casos. En la exploración proctológica, al separar con los dedos las paredes de la región perianal, se puede observar el extremo distal de la fisura anal.

El absceso anal en general es de dimensiones mayores y límites menos precisos que una hemorroide. La confusión sólo es factible en caso de trombosis; en ésta el absceso suele rodearse de una zona de infiltración inflamatoria, fácilmente perceptible por la palpación, y con frecuencia se acompaña de fiebre y escalofríos.

La diferencia entre el prolapsio hemorroidal y el prolapsio rectal completo es que los pliegues de la mucosa en este último son concéntricos, en cambio en el prolapsio hemorroidal son radiados hacia el ano. Además, es frecuente observar en la mucosa de los pacientes con prolapsio rectal completo, ulceraciones superficiales debidas al traumatismo repetido.

El pólipos rectal de implantación muy baja y con pedúnculo largo puede exteriorizarse al momento de la defecación, como sucede con las hemorroides internas. La diferencia principal es que el pólipos es de consistencia firme y la hemorroide es blanda; ambos son indoloros. El tacto rectal y la anuscopia como parte de la exploración proctológica precisan el diagnóstico.

TRATAMIENTO

El tratamiento médico debe ser empleado en todos los enfermos con síntomas hemorroidales, y se basa en regularizar el hábito defecatorio. Para ello se debe indicar al paciente el tipo de dieta que debe ingerir, fundamentalmente rica en fibra, libre de irritantes y con adecuada cantidad de líquidos. En casos muy especiales se agregarán agentes hidrofilicos, como las semillas de *Psyllium plantago*, o laxantes suaves como la lactulosa o el polietilenglicol. Las pomadas, cremas o supositorios tienen utilidad muy relativa: son sólo sintomáticos y no resuelven el padecimiento pero, en general, mejoran temporalmente las molestias por sus efectos anestésicos, analgésicos y antinflamatorios. Además, psicológicamente son útiles al enfermo, por ser aplicados directamente en el lugar en donde se originan los síntomas.

Si aun con el tratamiento descrito persisten los síntomas, se pueden utilizar métodos alternativos no quirúrgicos en enfermos con hemorroides internas grado I y II y excepcionalmente con grado III, como la ligadura hemorroidal con banda elástica,^{13,14} la escleroterapia,¹⁵ la fotocoagulación con rayo infrarrojo,^{16,17}

la coagulación bipolar (Bicap), la corriente galvánica (Ultroid)¹⁸ y la criodestrucción o crioterapia.¹⁹

El tratamiento quirúrgico es el único método realmente curativo de la enfermedad hemoroidal; está indicado en todos los pacientes en quienes ha fracasado el tratamiento médico o alternativo no quirúrgico; también en aquellos pacientes que tienen síntomas de hemorroides externas, con hemorroides internas grados III y IV y con complicaciones de la enfermedad hemoroidal. Las técnicas quirúrgicas que más se practican son la Ferguson,²⁰ la Milligan y Morgan,²¹ la Parks,²² la PPH (*Procedure for Prolapse and Hemorrhoids*)²³ y la ligadura hemorroidal guiada por Doppler,^{24,25} entre otras.²⁶⁻²⁸

En el cuadro 1 se describe el tratamiento que se emplea en los enfermos atendidos en la Unidad de Coloproctología del servicio de gastroenterología del Hospital General de México.

Cuadro 1. Plan de tratamiento que se practica en la Unidad de Coloproctología del servicio de gastroenterología del Hospital General de México

Clasificación	Tratamiento sugerido
Hemorroides internas de grado I	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta, laxantes suaves. • Fotocoagulación con rayos infrarrojos. • Ligadura hemorroidal con banda elástica. • Escleroterapia.
Hemorroides internas de grado II	<ul style="list-style-type: none"> • Ligadura hemorroidal con banda elástica. • Fotocoagulación con rayos infrarrojos. • Desarterialización guiada por Doppler. • Escleroterapia.
Hemorroides internas de grado III	<ul style="list-style-type: none"> • PPH. • Desarterialización guiada por Doppler. • Operación. • Ligadura hemorroidal con banda elástica (en casos excepcionales).
Hemorroides internas de grado III con síntomas hemorroidales externos	<ul style="list-style-type: none"> • Operación.
Hemorroides internas de grado IV	<ul style="list-style-type: none"> • Operación. • PPH (en casos excepcionales).
Trombosis hemorroidal única	<ul style="list-style-type: none"> • Analgésicos, sediluvios y laxantes. • Trombectomía bajo anestesia local.
Trombosis hemorroidal masiva	<ul style="list-style-type: none"> • Analgésicos, sediluvios y laxantes. • Operación.

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

Embarazo

Es común que durante el embarazo y el parto se presenten o se intensifiquen los síntomas de las hemorroides.²⁹ Como ya se mencionó, el aumento de peso, los efectos hormonales, la falta de ejercicio, los cambios en la alimentación y el estreñimiento pueden desencadenar los síntomas. Afortunadamente, en la mayor parte de los casos, las molestias desaparecen pocos días después del parto o la cesárea. La mayor parte de estos problemas puede ser tratada adecuadamente evitando el estreñimiento, aumentando la ingestión de fibra, usando laxantes suaves, eliminando irritantes en la dieta y, en algunos casos, usando sediluvios. En ciertos casos, la rectorragia se trata exitosamente con escleroterapia o fotocoagulación con rayos infrarrojos. La trombosis hemorroidal única debe tratarse en la forma acostumbrada. No hay una respuesta uniforme a la pregunta de qué debe hacerse en el caso de la trombosis hemorroidal masiva y en ciertos casos se practica la hemorroidectomía cuando hay dolor muy intenso o datos de necrosis. Estas pacientes evolucionan satisfactoriamente, sin complicaciones para ellas o sus fetos. En las enfermas que manifiestan síntomas hemorroidales moderados o graves que se agudizan durante el embarazo, la mejor opción es practicar una hemorroidectomía inmediatamente después del parto.

VIH+ o SIDA

La enfermedad hemorroidal es frecuente en los pacientes infectados por el VIH.³⁰ La diarrea es un problema muy común (más de 50% de casos) en personas con SIDA, especialmente en aquellos enfermos en los que el conteo de linfocitos CD4 es menor a 100/mm³. Las manifestaciones clínicas más frecuentemente referidas por estos pacientes son la rectorragia y el dolor anal, por lo que se les debe practicar examen proctológico para determinar la causa y descartar enfermedad anorrectal agregada, como una fisura, un absceso o una fistula anal, así como la posibilidad de que se trate de trastornos tan graves como el cáncer rectal o anal. El tratamiento inicial para estos pacientes seropositivos para el VIH debe ser conservador, basado en una dieta rica en fibra y aplicación de sediluvios y medicamentos

tópicos. En el caso de que existan síntomas hemorroidales de larga evolución, deben de ser sometidos a operación antes de que se deteriore su estado inmunológico y la intervención ya esté contraindicada. Hay buenos resultados con la escleroterapia y la ligadura hemorroidal con banda elástica en pacientes con rectorragia seleccionados. Una vez colocada la ligadura, es conveniente proteger al paciente con antibióticos de amplio espectro como la ciprofloxacina a 500 mg cada 12 horas por cuatro días. En el caso de la trombosis hemorroidal única, se resuelve con resección local. En la trombosis hemorroidal masiva, la conducta dependerá de la fase de la enfermedad y del estado inmunológico del paciente. Una de las características más notables del ano y del recto es su extraordinaria resistencia a la infección, que en estos pacientes se encuentra disminuida, por lo que se debe realizar el menor número posible de procedimientos invasivos.

Hipertensión porta

No existe relación directa de causa-efecto entre las hemorroides y la hipertensión porta. No obstante que los plexos hemorroidales se comunican con el sistema porta, la hemorragia profusa de las hemorroides rara vez constituye un problema en los enfermos cirróticos con hipertensión porta; además, la tensión venosa en estos plexos no es tan alta gracias a que el drenaje se descomprime parcialmente por el sistema venoso hipogástrico.³¹ Esto comprueba por qué la frecuencia de hemorroides es similar en los enfermos con hipertensión porta y en la población en general. Este tipo de pacientes frecuentemente cursa con trastornos de la coagulación y cuando sufren hemorragia masiva puede peligrar su vida. La mayoría de los pacientes tratados en forma conservadora evoluciona satisfactoriamente, con reposo en cama, restitución de líquidos por vía endovenosa, corrección de la coagulopatía con plasma congelado fresco y vitamina K, blandadores de la materia fecal (*Psyllium plantago* o laxantes suaves como la lactulosa o el polietilenglicol) y trasfusiones sanguíneas periódicas si se requieren. En caso de persistir la hemorragia, puede acudirse a la escleroterapia y la aplicación de ligadura hemorroidal con banda elástica. En casos más graves, bajo anestesia local, se identifica el vaso sanguíneo y se sutura con Vicryl o Dexon 000, incluyendo la mucosa, submu-

cosa y el esfínter anal interno. En estos enfermos, el tejido anorrectal está ingurgitado y friable, por lo que el muñón suturado puede necrosarse y esfacelarse varios días después, y provocar una hemorragia secundaria, especialmente si persiste la coagulopatía. En estos casos está indicada una nueva sutura. Algunos pacientes pueden requerir hemorroidectomía, y ésta se debe practicar una vez que se hayan corregido los trastornos de coagulación, generalmente se trata de un solo paquete hemoroidal.

Enfermedad inflamatoria intestinal

Comprende un grupo de enfermedades caracterizadas por inflamación inespecífica que puede afectar diferentes partes del aparato digestivo. Este trastorno comprende la colitis ulcerosa crónica inespecífica, la enfermedad de Crohn y la colitis indeterminada. Aunque no hay estudios epidemiológicos que lo comprueben, es sabido que en México hay menor incidencia y gravedad de los síntomas de estas enfermedades relacionados con las hemorroides, en comparación con Estados Unidos o Europa. En los pocos reportes bibliográficos,^{32,33} los enfermos de colitis ulcerosa crónica inespecífica que han sido operados de hemorroides tuvieron tasas bajas de complicaciones; no así quienes tienen enfermedad de Crohn, en quienes fueron muy altas; algunos de estos enfermos terminaron en resección abdominoperineal, aparentemente por complicaciones que se originaron a partir de la hemorroidectomía. Estos resultados indican que esta operación es, por lo regular, segura en pacientes con colitis ulcerosa y está contraindicada en pacientes con manifestaciones anorrectales por enfermedad de Crohn.

Leucemia o linfoma

Los enfermos de leucemia o linfoma pueden tener síntomas hemorroidales. En el caso de que no respondan a medidas conservadoras, los riesgos de una operación son altos, además de la posible cicatrización inadecuada o la formación de un absceso.

Los pacientes con trombosis hemorroidal masiva pueden ser candidatos a hemorroidectomía parcial y trombectomía, siempre y cuando se haya corregido cualquier trastorno de la coagulación. Aunque no haya buena y rápida cicatrización, una herida anorrectal

mínima y limpia es menos incómoda y más fácil de tolerar que una hemorroide sangrante o parcialmente drenada.

Se debe descartar que la lesión anorrectal sea manifestación clínica de leucemia o infiltración linfomatosa, ya que una operación practicada erróneamente en estas condiciones es catastrófica para el enfermo.

Operación bariátrica por obesidad

Un problema frecuente en este tipo de operación es la diarrea crónica, que puede incrementar los síntomas de las hemorroides. En la mayor parte de los casos, la corrección de la diarrea ayuda a controlar los síntomas; pero si éstos persisten, su tratamiento es similar al aplicado al resto de la población.

Fisura o fistula anal

Es común que la enfermedad hemoroidal esté relacionada con otro trastorno anorrectal como la fisura o la fistula anal. El tratamiento para ambas se puede practicar en el mismo momento quirúrgico; por ejemplo, hemorroidectomía y fisurectomía o hemorroidectomía y fistulotomía, sin aumento de la morbilidad.

Agradecimientos

A los doctores Octavio Avendaño Espinosa y Marcos Taché Turquie, por sus sugerencias para la elaboración del texto.

REFERENCIAS

1. Goligher J. Cirugía de ano, recto y colon. 2^a ed. Barcelona: Masson, 1998;pp:92-142.
2. Maimonides M. Treatise on hemorrhoids. Medical answers. In: Rosner F, Muntner S, editors. Philadelphia: JM Lippincott; 1969;pp:9.
3. Charúa GL. Enfermedad hemorroidaria. En Murguía DD, editor. Gastroenterología y hepatología práctica. 1^a ed. México: Intersistemas, 1999;pp:153-7.
4. Avendaño EO. Proctología. México: Impresiones Modernas, 1968;pp:44-80.
5. Burkitt DP. Hemorrhoids, varicose veins and deep vein thrombosis: epidemiologic features and suggested causative factors. Can J Surg 1975;18:483.
6. Johanson JF, Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study. Gastroenterology 1990;98:330.
7. Stelzner F, Staubesand J, Machleidt H. Das Cavernosum Recti-Die Grundlage der Inneren Hammarrhoiden. Langenbecks Arch Chir 1967;299:302.
8. Thomson WHF. The nature of hemorrhoids. Br J Surg 1975;62:542.
9. Haas PA, Fox TA, Hass GP. The patogenesis of hemorrhoids.

- Dis Colon Rectum 1984;27:442.
10. Corman ML. Colon & rectal surgery. 4th ed. New York: Lippincott-Raven 1998;147-205.
 11. Goldberg SM, Gordon HP, Nivatvongs S. Fundamentos de cirugía anorrectal. Hemorroides. México: Limusa, 1990;pp:103-21.
 12. Jorgen J, Bach S, Stübinger SH, Bock JU. Excision of thrombosed external hemorrhoid under local anesthesia. Dis Colon Rectum 2003;9:1226-31.
 13. Barron J. Office ligation treatment of hemorrhoids. Dis Colon Rectum 1963;6:109.
 14. Charúa GL, Chirino PAE, Navarrete CT, Osorio HR y col. Manejo alternativo no quirúrgico de la enfermedad hemorroidaria. Rev Gastroenterol Mex 2005;70(3):136-42.
 15. Khoury GA, Lake SP, Lewis MCA, Lewis AA, et al. A randomized trial to compare single with multiple phenol injection treatment for haemorrhoids. Br J Surg 1985;72:741.
 16. Neiger A. Hemorrhoids in everyday practice. Proctology 1979;2:22.
 17. Charúa GL, Avendaño EO, Hernández CF. La fotocoagulación por rayos infrarrojos en el tratamiento de la enfermedad hemorroidaria. Rev Gastroenterol Mex 1998;63:131-4.
 18. Randall GM, Jensen DM, Machicado GA, Hirabayashi K, et al. Prospective randomized comparative study of bipolar versus direct current electrocoagulation for treatment of bleeding internal hemorrhoids. Gastrointestinal Endosc 1994;40:403.
 19. Goligher JC. Cryosurgery for haemorrhoids. Dis Colon Rectum 1976;19:223.
 20. Ferguson JA, Heaton JR. Closed hemoroidectomy. Dis Colon Rectum 1959;2:176.
 21. Milligan ETC, Morgan CN, Naunton JLE, Officer R. Surgical anatomy of the anal canal, and the operative treatment of haemorrhoids. Lancet 1937;2:1119.
 22. Parks AG. The surgical treatment of hemorrhoids. Brit J Surg 1956;43:337.
 23. Pernice LM, Bartalucci B, Bencini L, Borri A, et al. Early and late (ten years) experience with circular Stapler hemoroidectomy. Dis Colon Rectum 2001;44:836-41.
 24. Morinaga K, Hasuda K, Ikeda T. A novel therapy for internal hemorrhoids: ligation of the hemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricom) in conjunction with a Doppler flow meter. Am J Surg 1995;90:610-3.
 25. Charúa GL, Fonseca ME, García PNJ, Osorio HRM, y col. Desarterialización hemorroidaria guiada por Doppler. Una alternativa quirúrgica en el manejo de la enfermedad hemorroidaria. Rev Gastroenterol Mex 2004;69:83-7.
 26. Konsten J, Baeten CGM. Hemoroidectomy vs. Lord's method: 17-year follow-up of a prospective, randomized trial. Dis Colon Rectum 2000;43:503-6.
 27. Whitehead W. The surgical treatment of hemorrhoids. BMJ 1882;1:148-50.
 28. Rand AA. The sliding skin-flap graft operation for hemorrhoids: a modification of the Whitehead procedure. Dis Colon Rectum 1969;12:265-76.
 29. Saleeby Jr RG, Rosen L, Stasik JJ, Riether RD, et al. Hemoroidectomy during pregnancy: risk or relief? Dis Colon Rectum 1991;34:260-1.
 30. Safadi A, Gottesman L, Dailey HT. Anorectal surgery in the HIV+ patient: Update. Dis Colon Rectum 1991;34:299-304.
 31. Jacobs DM, Bubrick MP, Onstad GR, Hithcock CR. The relationship of hemorrhoids to portal hypertension. Dis Colon Rectum 1980;23:567-9.
 32. Jeffery PJ, Ritchie JK, Parks AG. Treatment of hemorrhoids in patients with inflammatory bowel disease. Lancet 1977;1:1084.
 33. Wolkomir AF, Luchtefeld MA. Surgery for symptomatic hemorrhoids and anal fissures in Croh's disease. Dis Colon Rectum 1993;36:545.