

Manejo alternativo no quirúrgico de la enfermedad hemorroidaria

Dr. Luis Charúa Guindic,* Dr. Alex Edmundo Chirino Pérez,* Dra. Teresita Navarrete Cruces,*
Dra. Rosa Martha Osorio Hernández,* Dr. Octavio Avendaño Espinosa*

* Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México.

Correspondencia: Dr. Luis Charúa Guindic, Hospital General de México. Dr. Balmis No. 148. Col. Doctores. Deleg. Cuauhtémoc. México, D.F. C.P. 06720. Tel.: 5999-6133. Ext. 1045. Correo electrónico: luischarua@hotmail.com

Recibido para publicación: 7 de julio de 2005.

Aceptado para publicación: 2 de septiembre de 2005.

RESUMEN. El cuadro clínico de la enfermedad hemorroidaria depende de su localización (externa o interna) y de ausencia o presencia de complicaciones. **Objetivos:** se describen los resultados de tres de las alternativas de tratamiento no quirúrgico más utilizadas para el manejo de la enfermedad hemorroidaria interna grados I y II, que son la ligadura hemorroidaria, la escleroterapia y la fotocoagulación con rayos infrarrojos. **Material y métodos:** estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo, de enero de 1998 a diciembre de 2002. Se captaron las variables en hojas de recolección de datos en donde se incluyó: edad, sexo, motivo de consulta, tiempo de evolución de la enfermedad, grado, tratamiento alternativo no quirúrgico empleado, complicaciones, momento de presentación de éstas y su manejo. **Resultados:** se revisaron 9,103 expedientes; de ellos, en 2,701 se diagnosticó enfermedad hemorroidaria; la edad promedio global fue 44.10 años, con un rango de edad de 17 a 78 años. La ligadura hemorroidaria con banda elástica se practicó en 516 pacientes (67.45%), la escleroterapia en 177 pacientes (23.13%) y la fotocoagulación con rayos infrarrojos en 72 pacientes (9.41%). **Conclusiones:** la ligadura hemorroidaria está indicada, principalmente, en hemorroides internas grado II; la escleroterapia va dirigida, sobre todo, a la supresión de la hemorragia aguda, pero, a largo plazo, ha demostrado ser el método con peores resultados. La fotocoagulación con rayos infrarrojos ofrece sus mejores resultados en hemorroides internas grado I, causa menos dolor y menor número de complicaciones y es el método mejor aceptado por los pacientes.

Palabras clave: enfermedad hemorroidaria, ligadura hemorroidaria con banda elástica, escleroterapia y fotocoagulación con rayos infrarrojos.

SUMMARY. Clinical manifestations of hemorrhoidal disease depend on its location (internal or external) and the presence or not of complications. **Purpose:** To describe the results of the three most common alternatives for non-surgical procedures treating internal hemorrhoids: rubber band ligation, sclerotherapy and infrared photocoagulation. **Materials and methods:** A retrospective, longitudinal and descriptive study from January 1998 to December 2002 was carried out, including variables like age, gender, clinical manifestations and date of initiation, type of non-surgical alternative treatment, complications, management and stage of the illness. **Results:** In 9,103 charts reviewed this study included 2,701 patients with hemorrhoidal disease, with an annual incidence of 540.20 patients; 1,388 (51.39%) were male and 1,313 (48.62%) were female; ages between 17 and 78 years, 44.10 as a mean age. Rubber band ligation was used in 516 patients (67.45 %), sclerotherapy in 177 (23.13 %) and infrared photocoagulation in 72 cases (9.41 %). **Conclusions:** Rubber band ligation is mainly indicated for internal hemorrhoids II degree, the sclerotherapy is indicated in the suppression of acute hemorrhage, but in the long term, this method has the poorest results. Infrared photocoagulation has its best results in internal hemorrhoids I degree because it causes less pain and complications and patients accept it better.

Key words: Hemorrhoid disease, hemorrhoid rubber band ligation, sclerotherapy and infrared photocoagulation, diagnosis.

INTRODUCCIÓN

Durante siglos los seres humanos han padecido de enfermedad hemorroidaria, que ha sido y sigue siendo muy frecuente en la práctica médica. El término hemorroides proviene de la palabra griega “haimorrhoides”, que significa “*haima*” = sangre o hemorragia y “*rhoos*” = flujo.¹

En la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, representa 30% de los pacientes que consultan por primera vez. Se presenta en las etapas productivas de la vida, por igual en los dos sexos, con repercusión en múltiples aspectos socioeconómicos.²

Es posible subdividir el grupo de los pacientes que padecen de hemorroides internas y se pueden clasificar desde el punto de vista sintomático en grados. La clasificación de las hemorroides no contempla al componente externo y sólo incluye la porción interna. Las hemorroides son de primer grado cuando sólo sangran. Las de segundo grado son aquellas que sangran y se prolapsan a nivel del ano al momento de la defecación, pero se reducen espontáneamente. Las de tercer grado son aquellas que sangran y se prolapsan más allá del ano al momento de la defecación, que se reducen en forma espontánea o que requieren reducción manual; por último, las hemorroides de cuarto grado son las que sangran y se prolapsan en forma permanente.³

El tratamiento actual de la enfermedad hemorroidaria debe de individualizarse en cada caso y se divide en médico, alternativo no quirúrgico y quirúrgico.⁴

El tratamiento médico debe de ser empleado en todos los enfermos con sintomatología hemorroidaria, pero fundamentalmente en pacientes con enfermedad hemorroidaria grado I y II; se basa en regularizar el hábito defecatorio. Para ello se debe indicar al paciente el tipo de dieta que debe de ingerir, fundamentalmente rica en fibra, libre de irritantes y con cantidad adecuada de líquidos. En casos muy seleccionados se podrá agregar agentes hidrofílicos, como las semillas de *psyllium* plantago.¹⁻⁴

Las pomadas, ungüentos o supositorios para manejo de la enfermedad hemorroidaria tienen una utilidad muy relativa, son sólo sintomáticos y no resuelven el padecimiento.

El tratamiento clásico de esta enfermedad ha sido el quirúrgico, pero el dolor postoperatorio, el costo hospitalario, el tiempo de incapacidad laboral y el rechazo del paciente, han promovido la creación de procedimientos que eviten estos inconvenientes. Entre los tra-

tamientos alternativos no quirúrgicos para enfermedad hemorroidaria están: la ligadura hemorroidaria con banda elástica, la escleroterapia, la crioterapia, la coagulación bipolar (Bicap), la corriente galvánica (Ultroid) y la fotocoagulación con rayos infrarrojos, entre otros.³⁻¹³

El objetivo de este trabajo es describir el resultado obtenido en tres de las alternativas de tratamiento no quirúrgico más utilizadas para el tratamiento de la enfermedad hemorroidaria grado I, II, que son la ligadura hemorroidaria con banda elástica, la escleroterapia y la fotocoagulación con rayos infrarrojos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo en los pacientes que consultaron por primera vez en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, de enero de 1998 a diciembre de 2002.

Se captaron las variables en hojas de recolección de datos en donde se incluyó: edad, sexo, motivo de consulta, tiempo de evolución de la enfermedad, grado, tratamiento alternativo no quirúrgico empleado, complicaciones, momento de presentación de éstas y su manejo.

Fueron incluidos todos los pacientes que consultaron por primera vez en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, con sintomatología de enfermedad hemorroidaria, con un seguimiento no menor de un año.

Los criterios de exclusión fueron los pacientes con otra enfermedad anorrectal como fisura anal, fístula anal, pacientes con sintomatología de hemorroides externas y en pacientes inmunocomprometidos. También se eliminaron de este trabajo a los pacientes que no acudieron a sus revisiones de control por lo menos por un año.

A todos se les realizó historia clínica completa, exploración proctológica que incluyó: inspección de la región anoperineal, palpación externa, tacto rectal y rectosigmoidoscopia rígida de 25 cm.

En las tres alternativas no quirúrgicas del tratamiento de la enfermedad hemorroidaria se coloca al paciente en posición proctológica, se dilata digitalmente el ano y se introduce el anoscopio; por último, se elige el paquete hemorroidario interno a ser tratado.

La ligadura hemorroidaria con banda elástica consiste en la aplicación de una liga de goma a través del anoscopio de Hirschman a la parte cubierta por mucosa de la hemorroide interna. Esta banda produce isquemia y tejido de necrosis que se desprenderá espontáneamente del séptimo al décimo día. El ligador hemorroidario,

de Rudd® o de McGivney®, consiste en un pequeño cilindro o tambor metálico sobre un mango largo hacia el cual es atraída la hemorroide interna por medio de una pinza tipo Allis curva. Una o dos ligas pueden ser colocadas al extremo del tambor, y para situarlas en esta posición se usa una punta metálica cónica especial, que permite la colocación de la liga en la base cilíndrica. Una vez cargado el ligador se retira el cono y el instrumento queda listo para su uso. Se introduce el anoscopio y se elige el paquete hemorroidario a ligar; a continuación se toma el paquete con la pinza de Allis previamente pasada a través del tambor distal (*Figura 1 A,B,C*) se hace el disparo con el mango del ligador y la(s) liga(s) queda(n) colocada(s) en la base de la hemorroide, dejando un muñón de aproximadamente 0.8 a 1 cm de tejido hemorroidario atrapado (*Figura 1 D*). Se recomienda la colocación de una o dos ligas en un paquete hemorroidario por sesión; se cita nuevamente al paciente a los 15 días para una nueva aplicación en otro paquete hemorroidario hasta completar tres o cuatro sesiones.

La escleroterapia consiste en la aplicación de pequeñas cantidades de solución inyectable de fenol al 5% en aceite de almendras dulces o polidocanol al 3% (Farmaflebon®); esta última se aplica de la siguiente manera: en una jeringa de 3 cc se diluye 1.5 cc del polidocanol al 3% más 1.5 cc de xilocaína al 2%, se inyecta en la base de cada paquete hemorroidario interno, es decir, arriba de éste, de 0.3 a 0.4 cc, en el plano submucoso y extravascular (*Figura 2*); al retirar la aguja se puede provocar una ligera hemorragia, que cede en forma espontánea o al hacer presión directa en el sitio de la infiltración. Se debe tener cuidado de no inyectar demasiado líquido, puesto que puede producir dolor e isquemia. De ser

necesario, se puede citar al paciente cada 15 días para aplicar una o dos sesiones más.

La fotocoagulación con rayo infrarrojo consta de una unidad de poder y un aplicador manual de la marca Redfield®. Con una guía de luz que proyecta una radiación de rayos infrarrojos de 14 Voltios, provisto de un reflector cónico con una película de oro, adaptado al foco de halógeno con filamento de wolframio. Se enfoca el rayo haciéndolo pasar a través de un cable fibrótico terminado en una pistola. El extremo de la guía está angulado con el fin de facilitar la presión de la punta en la mucosa rectal. La punta está protegida por una capa de polímeros que permite el paso del rayo, pero no se adhiere a la mucosa irradiada. Además tiene un regulador de tiempo que funciona de manera automática, que permite al operador seleccionar entre 0.5 y 3.0 segundos de duración, de acuerdo al grosor del tejido a tratar (*Figura 3 A*). Se aplican en la base del paquete hemorroidario de tres a cinco disparos con la técnica de diamante o de arco iris (*Figura 3 B*), con una duración estándar de 1.5 segundos; como efecto inmediato aparece un área circular de color blanco o gris que corresponde exactamente al diámetro de la punta del equipo. La sensación producida es calor cuando se aplica el tratamiento y puede dar una sensación leve de cuerpo extraño por unas horas. Se cita a los pacientes cada 15 días; en la mayoría de los casos son necesarias tres a cuatro sesiones.

Las indicaciones al terminar el procedimiento, en cualquiera de sus modalidades, son:

1. Dieta normal sin irritantes con abundante residuo.
2. Reposo relativo el día del tratamiento y sin esfuerzos los siguientes siete días.

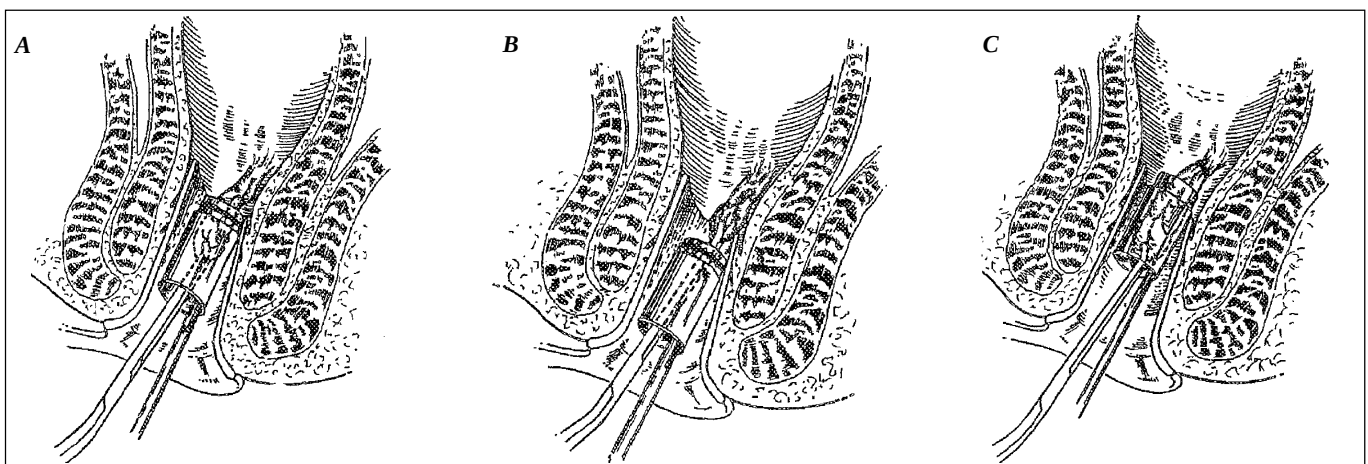


Figura 1 . Ligadura hemorroidaria con banda elástica: A) se elige el paquete. B) se toma y se tracciona. C) se coloca la liga.

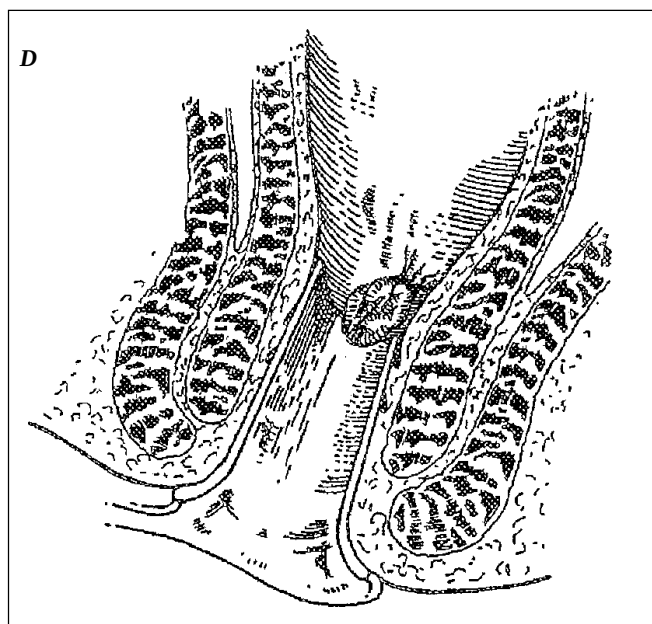


Figura 1D. Aspecto final.

3. Cita en consultorio para revisión y aplicación de nuevo tratamiento a los 15 días hasta completar tres o cuatro sesiones; al terminar éstas se cita a los pacientes cada tres meses durante el primer año y posteriormente cada seis meses.

RESULTADOS

Se revisaron 9,103 expedientes clínicos de pacientes que consultaron por primera vez en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, de enero de 1998 a diciembre de 2002; de ellos, en 2,701 se diagnosticó enfermedad hemorroidaria; 1,388 (51.39%) correspondieron al sexo masculino y 1,313 (48.61%) al sexo femenino, con una incidencia anual de 540.20 pacientes.

La edad promedio global fue 44.10 años; para el sexo masculino fue 46.3 años y para el sexo femenino de 41.9 años, con un rango de edad de 17 a 78 años. Las décadas de presentación más frecuente fueron la de 41 a 50 años con 736 pacientes (27.24%) y la de 31 a 40 años con 633 pacientes (23.43%).

El tiempo de evolución de los síntomas al momento de la consulta se presentó en dos picos, menor de un mes en 538 pacientes (19.91%) y más de 24 meses en 1,009 pacientes (37.35%).

En cuanto a la clasificación de la enfermedad hemorroidaria fue diagnosticada de la siguiente manera: grado I, 1,363 pacientes (50.49%), grado II, 785 pacientes

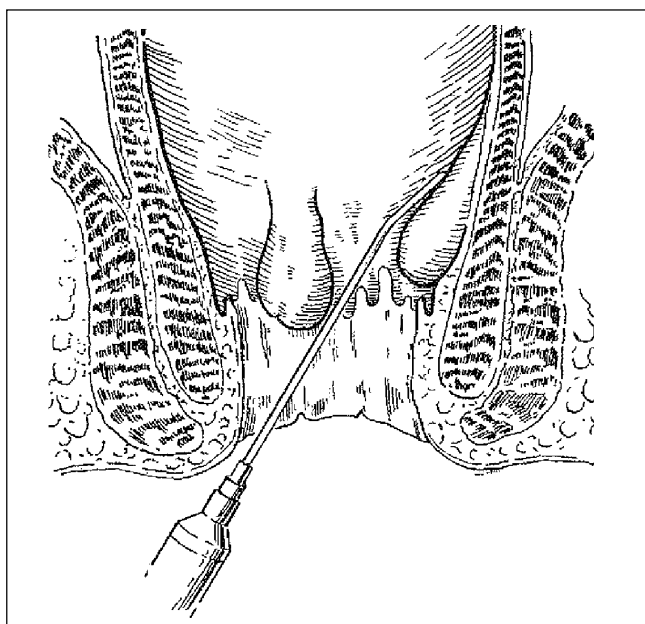


Figura 2. Nivel de la aplicación de la sustancia esclerosante.

(29.06%), grado III, 266 pacientes (9.84%), grado IV, 51 pacientes (1.88%). Con trombosis hemorroidaria fueron 236 pacientes (8.73%).

A todos los pacientes se les instituyó tratamiento médico. Se indicó tratamiento alternativo, en sus diferentes modalidades a 765 pacientes (28.32%) y tratamiento quirúrgico a 543 paciente (20.10%).

Dentro de los tratamientos alternativos, la ligadura hemorroidaria con banda elástica se practicó en 516 pacientes (67.45%), la escleroterapia en 177 pacientes (23.13%) y la fotocoagulación con rayos infrarrojos en 72 pacientes (9.41%).

En caso de enfermedad hemorroidaria grado III o IV, los pacientes fueron sometidos a manejo quirúrgico. Entre los pacientes portadores de trombosis hemorroidaria, 202 se manejaron con tratamiento médico conservador, y el resto, 34, con tratamiento quirúrgico.

De los 516 pacientes tratados con ligadura hemorroidaria con banda elástica, 18 (3.49%) presentaron complicaciones; de ellos, en 11 fue dolor moderado a intenso a los 30 minutos o menos de haberse colocado la banda elástica, que hizo necesario el retiro inmediato de la liga; en cuatro pacientes fue hemorragia moderada a los cuatro, seis y ocho días, respectivamente, sin repercusión hemodinámica y en tres pacientes, trombosis hemorroidaria única externa, manejada con tratamiento médico conservador. Para la escleroterapia, de los 177 pacientes atendidos, ocho (4.51%) presentaron complicaciones; de ellos, en seis, con trombosis hemorroidaria única exter-

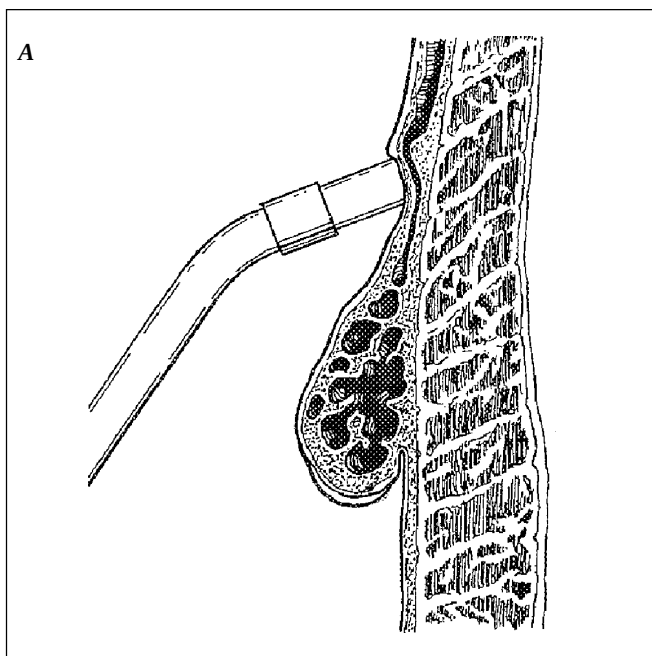


Figura 3A. Zona de aplicación de la fotocoagulación con rayos infrarrojos.

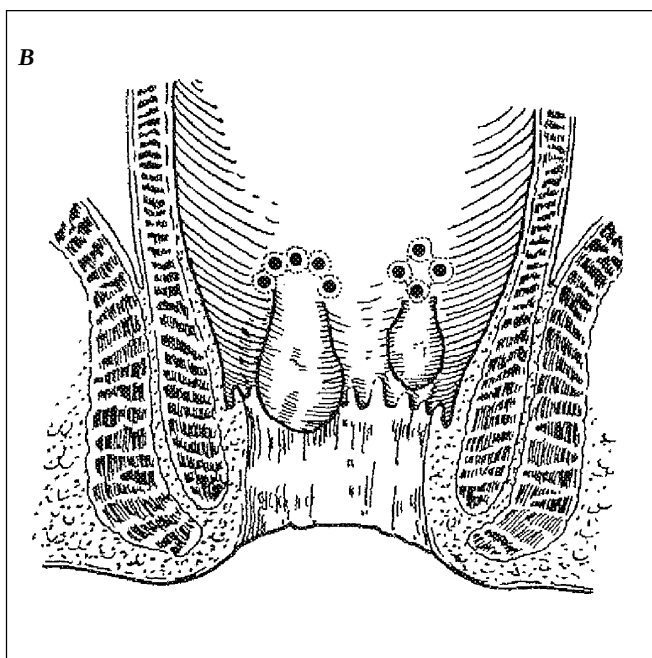


Figura 3B. En forma de arcoíris o rombo.

na, manejados con tratamiento conservador, en un paciente, por error del médico residente, se aplicó mayor cantidad del esclerosante requerido y provocó necrosis y hemorragia del tercio inferior de la mucosa rectal, y fue necesario su internamiento hospitalario para suministrar antibióticos por vía endovenosa, aplicación de

sucralfato por vía intrarrectal y transfusión sanguínea; egresada a los siete días, para continuar con su recuperación; y un paciente más, con absceso anal, que requirió drenaje quirúrgico en consultorio, sin que hasta el momento haya formado fístula anal. Por último, de los 72 pacientes atendidos con la fotocoagulación con rayos infrarrojos, seis (8.33%) presentaron complicaciones; de ellos, cuatro pacientes tuvieron dolor moderado al momento de la aplicación, que cedió en forma espontánea y un paciente presentó hemorragia moderada sin repercusión hemodinámica a los siete días de su aplicación y un paciente más con hemorragia de aproximadamente 1,200 mL, con repercusión hemodinámica, que requirió su internamiento, transfusión y tratamiento quirúrgico, egresando del hospital a los cuatro días, recuperado.

Posterior a un seguimiento no menor de un año, se fracasó en el tratamiento alternativo no quirúrgico en 23 pacientes (3.0%) por continuar con hemorragia o prolapso hemorroidario; de ellos, seis correspondieron a la ligadura hemorroidaria; 16 a la escleroterapia y en uno, a la fotocoagulación con rayos infrarrojos; por lo que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico.

DISCUSIÓN

Los datos publicados por el Centro Nacional de Estadificación de las Enfermedades en los Estados Unidos, indican que 10,000,000 de personas sufren de hemorroides solamente en los Estados Unidos.¹⁴ En nuestro medio no es posible conocer su incidencia, pero en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México representa 30% de los pacientes que consultan por primera vez, con una prevalencia similar en los dos sexos, lo que concuerda con lo reportado en otras series.^{1,15,16}

El tiempo de evolución de la enfermedad hemorroidaria al momento de acudir a la consulta, en su mayoría, fue mayor de 24 meses; esto se puede atribuir a varios factores como el económico, el pudor, la falta de información, automedicación, miedo, entre otras causas, lo que impide que el paciente consulte oportunamente.

Coincidiendo con lo reportado en la literatura, los grados de enfermedad hemorroidaria que predominaron fueron I y II.^{1,3,15,16}

La mayoría de los autores, al igual que nosotros, consideran que los síntomas de esta enfermedad se pueden controlar con manejo médico adecuado, que se instituyó en la mayoría de nuestros pacientes en etapas iniciales de la enfermedad.^{1,3,16}

Las diferentes modalidades terapéuticas no quirúrgicas, aunadas al tratamiento médico representan una opción eficaz, con baja morbilidad y en nuestra serie, nula mortalidad. Sólo un pequeño porcentaje de pacientes ameritó tratamiento quirúrgico por continuar con su sintomatología, lo que posiblemente se debió a varios factores, como la falla técnica en la aplicación del procedimiento, a caída prematura de la ligadura o simplemente, desde su inicio, tenían indicación quirúrgica.

Consideramos que las tres alternativas de tratamiento son exitosas, pero la ligadura hemorroidaria con banda elástica es la mejor, principalmente en hemorroides de II grado; las razones son múltiples, en las que destaca el bajo costo del equipo, su fácil aplicación, se elimina literalmente tejido hemorroidario interno, y con ello, el prolapso, su morbilidad es baja y ha demostrado ser el más efectivo a largo plazo. La fotocoagulación con rayos infrarrojos debe de ser empleada de primera elección en hemorroides grado I y como segunda elección en grado II. Su principal indicación es en aquellos pacientes en que el tamaño de sus hemorroides internas no permita la colocación de una banda elástica; sus desventajas son el costo del equipo y poco o nulos resultados en hemorroides grado III. Con respecto a la escleroterapia la consideramos de primera elección cuando el paciente acude por hemorragia, pero es el método que ha demostrado el número mayor de recidivas a mediano o largo plazo. Con respecto al prolapso hemorroidario, la escleroterapia no lo elimina.

CONCLUSIONES

La enfermedad hemorroidaria representa 30% de los pacientes que consultan por primera vez a la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México. No se observó diferencia en la incidencia de enfermedad hemorroidal de acuerdo con el sexo. La edad promedio de presentación de la enfermedad hemorroidaria fue de 44.10 años. El tiempo de evolución de los síntomas al momento de la consulta se presentó en dos picos, el primero, con menos de un mes de evolución y el segundo, después de 24 meses. El síntoma más constante motivo de consulta fue la hemorragia transanal. La enfermedad hemorroidaria grado I se presentó con mayor frecuencia. El tratamiento médico constituye uno de los pilares básicos en su manejo. El tratamiento alternativo más frecuentemente utilizado fue la ligadura hemorroidaria con banda elástica, seguido por la escleroterapia. El tratamiento

alternativo no quirúrgico en pacientes con enfermedad hemorroidaria grado I y II fue efectivo en su gran mayoría.

Nuestra experiencia, a largo plazo, nos permite confirmar que la ligadura hemorroidaria con banda elástica, en hemorroides internas grado II, es el método de elección, por ser una técnica sencilla y con una morbilidad muy baja, pero también estamos convencidos de que produce más molestias al paciente en comparación con la escleroterapia o la fotocoagulación con rayos infrarrojos, obligándonos a prescribir, en algunos pacientes, analgésico por 24 a 48 horas. Con respecto a las hemorroides internas grado I, pueden tratarse con resultados muy favorables mediante la escleroterapia o la fotocoagulación con rayos infrarrojos; de estas dos técnicas, consideramos que la última, a largo plazo, ha demostrado mejores resultados, manteniendo a los pacientes asintomáticos por un periodo mucho mayor.

La ligadura hemorroidaria con banda elástica en pacientes portadores de hemorroides internas grado I, no es aplicable en la mayoría de los pacientes, ya que el tejido existente no es suficiente para pinzarlo y poder atraerlo al tambor del ligador, lo que anula todo valor al método.

Finalmente, la ligadura hemorroidaria está indicada, principalmente, en hemorroides internas grado II; la escleroterapia va dirigida, sobre todo, a la supresión de la hemorragia aguda, pero, a largo plazo, ha demostrado ser el método con peores resultados. La fotocoagulación con rayos infrarrojos ofrece sus mejores resultados en hemorroides internas grado I, causa menos dolor y menor número de complicaciones y es el método mejor aceptado por los pacientes.

REFERENCIAS

1. Goligher J. Cirugía de ano, recto y colon. 2a. Ed. Barcelona, España: Editorial Masson; 1998, p. 92-142.
2. Avendaño EO. Proctología. México, D.F.: Editorial Impresiones Modernas; 1968, p. 44-63.
3. Corman ML. Hemorrhoids. Colon and rectal surgery. 4th Ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998, p. 147-205.
4. Charúa GL. Enfermedad hemorroidaria. En: Murguía DD (ed.). Gastroenterología y hepatología práctica. Volumen 15. México, D.F.: Intersistemas Editores; 1999, p. 153-7.
5. Barron J. Office ligation treatment of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1963; 6: 109.
6. Wai-lun L, Kin-Wah Ch. Triple rubber band ligation for hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 363-6.
7. Neiger A. Hemorrhoids in everyday practice. *Proctology* 1979; 2: 22.
8. Charúa GL, Avendaño EO, Hernández CF. La fotocoagulación por rayos infrarrojos en el tratamiento de la enfermedad hemorroidaria. *Rev Gastroenterol Méx* 1998; 63: 131-4.

9. Dennison A, Whiston BM, Rooney S. A randomized comparison of infrared photocoagulation with bipolar diathermy for the out-patient treatment of haemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1990; 33: 32-5.
10. Goligher JC. Cryosurgery for haemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1976; 19: 223.
11. John FJ, Alfred R. Optimal nonsurgical treatment of hemorrhoids: a comparative analysis of infrared coagulation, rubber band ligation, and injection sclerotherapy. *Am J Gastroenterol* 1992; 87(11): 1601-6.
12. Eugene PS. Nonoperative management of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1999; 42(8): 989-93.
13. Detrano SJ. Role of cryosurgery in management of anorectal disease. *Dis Colon Rectum* 1975; 18: 284.
14. Johanson JF, Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study. *Gastroenterology* 1990; 98: 380.
15. Nicholls RJ. Hemorrhoids. Surgery of the colon and rectum. 1th Ed. London: British Library; 1997, p. 209-31.
16. Goldberg SM. Fundamentos de cirugía anorrectal. México, D.F.: Editorial Limusa; 1986; 103-21.