

Trabajo especial

Insuficiencia venosa crónica y enfermedad hemorroidal en México: Opinión de expertos

Dr. José Alejandro Espejel-Blancas,*

Dr. Rafael Alberto de Jesús Chinchilla-Hernández,†

Dra. María Adela Guadalupe Garcés-Martínez,‡

Dra. María Isabel Hermelinda Guevara-Saldívar,§

Dr. Carlos Enrique Lemoine-Piñones,|| Dr. Rafael Sánchez-Morett,¶

Dr. Samuel Sebastián-Castañón,** Dr. José Tirán Saucedo,††

Dra. Rosa María Urzúa-De la Cruz,‡‡ Rubén Ventura Hernández-Tejeda§§

RESUMEN

La insuficiencia venosa crónica y la enfermedad hemorroidal son padecimientos que afectan significativamente la calidad de vida de los pacientes. Por lo general, tanto los médicos de primer contacto como los pacientes pasan por alto la magnitud del problema hasta que se presentan complicaciones de consideración y deben ser referidos a un especialista. El diagnóstico no es preciso y el tratamiento resulta poco efectivo en numerosos casos, lo cual se traduce en deterioro de la calidad de vida, además de una carga económica y laboral. El presente documento tiene como objetivos exponer la opinión de los expertos para crear conciencia en la población acerca del peligro que implica consultar datos falsos en la web y usar los productos milagro; así como resaltar la necesidad de desarrollar las guías mexicanas actualizadas para uniformar criterios, conformar un diagnóstico más preciso e implementar un tratamiento efectivo para estas patologías.

Palabras clave. Insuficiencia venosa crónica, enfermedad hemorroidal, tratamiento.

ABSTRACT

Chronic venous insufficiency and hemorrhoidal disease are clinical conditions significantly affecting the quality of life of the patients. As a rule, both primary healthcare providers and patients ignore the extent of the issue until serious complications occur and the patients need referral to a specialist. Diagnosis is not accurate and the treatment is not so effective in several cases, which impairs the quality of

* Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Ángeles del Pedregal.

† Ortopedia y Traumatología, Hospital Ángeles, Clínica Londres.

‡ Angiología y Cirugía Vascular, Centro Médico Dalinde.

§ Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular, IMSS. Práctica privada.

|| Ortopedia y Cirugía Articular, IMSS.

¶ Coloproctología. Ex-Presidente del Colegio Mexicano de Especialistas en Coloproctología, Consejero del CMECP.

** Ortopedia, Centro Médico Dalinde.

†† Ginecología, Director Médico del Instituto Mexicano de Infectología, Ginecología y Obstetricia, UDEM, Monterrey, Nuevo León.

‡‡ Medicina Interna y Geriatria, Hospital Star Médica Centro.

§§ Angiología y Cirugía Vascular y Endovascular. Práctica privada.

life, and become financial and labor burdens. The objectives of this paper are making the population aware of the danger of checking false data on the Web and using miraculous products; as well as enhancing the need of stating the experts' opinion about the need of developing updated Mexican guidelines in order to standardized criteria, establish a more accurate diagnosis, and to implement an effective treatment for these pathologies.

Key words. *Chronic venous insufficiency, hemorrhoidal disease, treatment.*

INTRODUCCIÓN

Insuficiencia venosa crónica

La insuficiencia venosa crónica (IVC) se define como la discapacidad para efectuar adecuadamente la función del retorno venoso hacia el corazón. Es la enfermedad vascular más frecuente -muy por arriba de los padecimientos arteriales y cardíacos- y afecta particularmente el sistema venoso de los miembros inferiores. Su prevalencia mundial es de 26.6% en Europa y de 20% en Latinoamérica; la incidencia anual es de 2%.¹⁻³

Aunque la etiología es multifactorial y de inicio asintomático, la mayoría de los casos es producto de la debilidad congénita de la pared venosa y de la alteración del tejido conjuntivo; obedece a cambios anatómicos o eventos tromboticos en el sistema venoso profundo.^{1,2,4}

Las manifestaciones clínicas de la IVC varían desde telangiectasias o arañas vasculares, venas reticulares, grandes venas varicosas hasta úlceras venosas por estasis.⁵ Asimismo, cuando la IVC es avanzada se presentan dolor, edema, prurito, hiperpigmentación, eczema, lipodermatoesclerosis, úlceras cicatrizadas o activas, atrofia blanca; también puede haber episodios de tromboflebitis superficial y profunda.³ La clasificación más sencilla y práctica para ser usa-

da en el primer nivel de atención se describe en el cuadro I; las figuras 1 y 2 ilustran casos típicos.¹

Los principales factores de riesgo para desarrollar IVC son género femenino, edad (a mayor edad, mayor frecuencia), gestaciones múltiples, obesidad, antecedentes heredofamiliares varicogenéticos positivos, utilizar prendas que opriman la base de las piernas, tener un empleo que requiera pasar largos periodos sentado o de pie.^{1,2,5} Ejemplos de ello son el personal de enfermería, las amas de casa o las personas que trabajan en estéticas o barberías porque pasan de pie gran parte de su jornada laboral.^{2,4}

Otros estudios indican que algunos factores que promueven el desarrollo de la enfermedad venosa son pertenecer a un estatus socioeconómico bajo (que a la larga se traduce en poder acceder o no a los servicios de salud) y tener una dieta baja en fibra.

En el caso particular de México, en un artículo de 2004, se señala que hay pocos estudios epidemiológicos acerca de la IVC porque existen dificultades diversas para realizarlos. Aun así, el Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica en su libro *Información Epidemiológica de Morbilidad* (editado por la Secretaría de Salud, 2000) registró la tasa de incidencia en ese año: 232,860 casos, es decir, 233.27 por 100,000, de los cuales, los estados de mayor tasa fueron Sinaloa (457/100,000), Distrito Federal (Ciudad de México) (381/100,000) y Nuevo León (340/100,000).⁶ Doce años después, Vázquez y Acevedo señalaron que hasta 90% de la población puede padecer insuficiencia venosa en algún momento de su vida.² Pese a ello, con frecuencia se pasa por alto la trascendencia de la magnitud del problema socioeconómico que representa la IVC.³

A la fecha, el tratamiento farmacológico más efectivo para IVC consiste en flebotónicos naturales o sintéticos porque disminuyen la permeabilidad capilar, la liberación de mediadores de la inflamación y mejoran el tono venoso. La escina, la diosmina y la hesperidina ayudan a mejorar los cambios tróficos de la piel y a reducir la inflamación y los espasmos musculares; el dobesilato de calcio también reduce los espasmos musculares, además del edema de piernas, el síndrome de piernas inquietas, y es

CUADRO I

Clasificación CEAP de insuficiencia venosa crónica.¹

C ₀	Sin signos visibles de enfermedad venosa.
C ₁	Telangiectasias, venas reticulares (diámetro < 3 mm).
C ₂	Venas varicosas (diámetro > 3 mm) sin signos clínicos de IVC.
C ₃	Venas varicosas con edema.
C ₄	Venas varicosas con lesiones tróficas de la piel.
C _{4a}	Pigmentación, púrpura, eczema.
C _{4b}	Lipodermatoesclerosis, atrofia blanca.
C ₅	Úlcera cicatrizada.
C ₆	Úlcera venosa activa.

Adaptado de la CEAP: Clinical, Etiology, Anatomic, Pathophysiology.

más efectivo que placebo.^{7,8} La combinación de diosmina + hesperidina + terapia de compresión para tratar las úlceras y disminuir los síntomas es más efectiva que placebo.⁷ La combinación de diosmina + hesperidina reduce la distensibilidad venosa y la estasis, normaliza la permeabilidad capilar e incrementa la resistencia capilar.⁸ Asimismo, existe en el mercado mexicano una combinación de diosmina + dobesilato de calcio + hesperidina.

En general, el perfil de seguridad de los fármacos vasoactivos es buena, ya que sólo se han registrado < 5% de eventos adversos, entre los cuales se cuentan trastornos gastrointestinales, dolor abdominal, vómito y náusea, pero no se les ha asociado con agranulocitosis.^{8,9}

Enfermedad hemorroidal

Pese a que no existe una definición absoluta que describa puntualmente la enfermedad hemorroidal (EH) y a que numerosos clínicos coincidan en que se le describe de modo erróneo, la definición más común de esta condición clínica es que se trata de “un conjunto de síntomas y signos (dolor, prurito, sangrado, prolapso) atribuibles al tejido hemorroidal, secundario a alteraciones estructurales de esa dilatación e ingurgitación, proceso inflamatorio y/o de los tejidos de sostén”.¹⁰ Es el resultado de trastornos circulatorios, mecánicos y de los esfínteres.¹¹ Cabe señalar que todos los seres humanos tienen hemorroides desde su gestación, es decir, espacios vasculares rodeados de tejido conectivo que constituyen el cuerpo cavernoso del recto. Son estructuras anatómicas normales, pero hasta que se desarrollan síntomas se habla de enfermedad hemorroidal.

En México, al igual que en otros países, no existen datos exactos de la tasa de incidencia.

Los síntomas y signos más comunes de EH son dolor, sangrado, comezón y restos de materia fecal.¹² En la sintomatología, el dolor no es tan importante en comparación con el que produce una fisura anal, sólo es importante en caso de trombosis extensa.

Se ha encontrado que los factores de riesgo más comunes son embarazo, hipertensión portal, edad, género, estreñimiento, antecedentes heredo-familiares; y en todos ellos el común denominador es pérdida del tejido de sostén (fibras colágenas y elastina) y un hiperflujo con apertura de cortocircuitos arteriovenosos y el sistema capilar cerrado.^{10,12} Ello condiciona prolapso de los paquetes hemorroidales y sangrado con daño del endotelio vascular que puede producir trombosis.

Igualmente, un estudio realizado en una población de pacientes austriacos señaló que otros factores predisponentes son el índice de masa corporal (IMC), diabetes mellitus, cirrosis hepática, cirugías previas de piso pélvico para tratar las hemorroides; pero el embarazo no fue un factor de riesgo determinante.¹²

De acuerdo con varios estudios, el tratamiento estándar para EH consiste en tratamientos tópicos localizados (supositorios, ungüentos, cremas, corticosteroides, anestésicos, lubricantes, protectores venotónicos), modificadores del tránsito intestinal (dieta rica en fibra, laxantes, mucílago), flebotónicos (troxerutina, diosmina, derivados de Ginkgo biloba, hidroxietil rutósidos), antiinflamatorios no esteroideos, analgésicos y corticoesteroides.¹¹⁻¹³ En caso de no responder a dicho tratamiento y de que haya progresión de la EH a estadios avanzados, las opciones de tratamiento son ligadura con banda elástica en casos de sangrado, fotocoagulación infrarroja, escleroterapia, hemorroidectomía o hemorroidopexia, dependiendo de las etapas y las complicaciones.^{13,14}

METODOLOGÍA

Se conformó un grupo multidisciplinario de expertos que incluye a angiólogos, ortopedistas, ginecólogos, coloproctólogos e internistas para analizar la situación de la insuficiencia venosa crónica y la enfermedad hemorroidal en México. Se realizaron búsquedas bibliográficas sistemáticas acerca del diagnóstico y tratamiento médico que fueron distribuidas en equipos para responder preguntas específicas formuladas por el coordinador. El grupo se reunió en una sesión presencial para presentar sus conclusiones y discutir las en plenaria. Con base en ellas se redactó el presente documento de opinión de expertos. Cabe señalar que se escogieron estas especialidades y médicos porque está documentado que son quienes reciben y valoran inicialmente a un paciente con IVC o EH.

Opinion de los expertos

Tanto la IVC como la EH son problemas de salud pública que no sólo afectan la calidad de vida los pacientes (principalmente del sexo femenino), sino que se traducen en una carga económica de consideración para los sistemas de salud y laborales por los altos costos del tratamiento y las secuelas irreversibles, tales como las úlceras venosas en las piernas a causa de la IVC o fisura anal en la EH.^{1,5}



Figura 1. Estadio C₁, corona flebectásica, típica de insuficiencia venosa.



Figura 2. Estadio C₄, venas varicosas con lesiones tróficas de la piel.

Tomando ello en consideración, presentamos las siguientes opiniones.

INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA

Perfil del médico de primer contacto para el paciente con IVC

El médico de primer contacto es el médico general y familiar. En nuestro país, un alto porcentaje de ellos no cuenta con una preparación mínima indispensable en IVC (ni enfermedad hemorroidal) porque en el programa de estudios de las principales escuelas de Medicina no existe una materia de angiología y el estudiante no aprende los elementos básicos del diagnóstico de la IVC. Por lo tanto, el paciente es examinado superficialmente.

Los médicos generales refieren al paciente a diversos especialistas (ginecólogo, urólogo, traumatólogo, geriatra, médico internista, dermatólogo, fisiatra, podólogo, proctólogo), pero sólo a la larga lo refieren con un angiólogo, generalmente cuando ha aparecido alguna de las complicaciones de la enfermedad.

Proceso diagnóstico en el primer contacto

El proceso diagnóstico debe iniciar con una historia clínica completa con anamnesis, momento en que fallan los médicos generales; es decir, no saben diferenciar las estructuras vasculares. El médico general no realiza una adecuada exploración física porque, como se comentó anteriormente, en los programas académicos de las escuelas de Medicina no existe la materia de vascular periférico ni patología venosa.

Entonces, se debe llevar a cabo una adecuada exploración dirigida, ponderando factores de riesgo personalizados, incluso en pacientes asintomáticos en estadio C_{0.2}. Asimismo, se debe efectuar una historia clínica integral, donde se realizan estudios dirigidos a la patología arterial, venosa y linfática (rara).

Se debe contar con programas de información y formación básica para los médicos de primer contacto, así como para los pacientes, con el objetivo de que comprendan la magnitud del problema.

Esquema de tratamiento común en el primer contacto

En medicina familiar, los únicos fármacos a recetar dentro de la institución son pentoxifilina y AAS, ya que no hay medicamentos flebotónicos en los cuadros básicos del sector salud. En el primer contacto generalmente se hace un mal uso de anticoagulantes, antitrombóticos, antiagregantes plaquetarios y diuréticos.

Existe una falta de manejo adecuado del paciente porque no existe control integral de su esquema de tratamiento o las dosis de flebotónicos y flebotinámicos son subóptimas. En consecuencia, sólo se maneja la sintomatología primaria, por ejemplo, el dolor, pero no la enfermedad de base.

No se cuenta con información suficiente acerca de la higiene venosa, a lo que se suma el problema de aplicar los medicamentos milagro y de una información incorrecta, incluso el paciente se basa en búsquedas en internet. No hay control de la enfermedad, únicamente de los síntomas con un mal uso de los fármacos.

Criterio para referir a los pacientes con el especialista

El principal criterio para referir a los pacientes es por solicitud de éstos; cuando han sido objeto de mala práctica o han recibido múltiples tratamientos sin resultados significativos. También cuando tienen secuelas, recaídas o patología múltiple. Igualmente, se les refiere para evaluación preoperatoria; no descartamos el aspecto estético, también objeto de gran demanda de atención.

Condiciones en que los pacientes llegan al especialista

Por lo general, los pacientes presentan secuelas como úlceras que no se resuelven o trombosis recidivantes. Tienen una experiencia negativa de tratamientos previos o llegan con inconformidad con su respuesta clínica en busca de una nueva valoración.

Son pacientes que tienen sesgos en la información por creer los contenidos de la web respecto de su enfermedad y, por ende, esperan resultados milagrosos después de recibir mala información acerca de su problema.

No tienen una idea precisa de su enfermedad porque su médico no realizó una semiología correcta de las patologías arterial, venosa, linfática y neurológica, frecuentemente asociadas.

Paciente típico en la consulta del especialista

El tipo de paciente varía, desde el enfermo asintomático con dilataciones venosas mínimas aparentes, hasta el paciente complicado con trombosis, secuelas tromboticas y úlceras varicosas activas, con mala respuesta, con años de tener la patología, mal canalizado, que se ha basado en información de Internet para hacer su propio diagnóstico y/o ha consultado varios médicos.

Un gran número de pacientes son multitratados, son multíparas, con malos hábitos o amas de casa con calidad de vida deficiente que llegan con sintomatología o por indicaciones de un familiar. La prevalencia de insuficiencia venosa es > 30% en pacientes embarazadas (primera gestación) y después va incrementando. La posible etiología que lo explica es la compresión mecánica del útero en las venas pélvicas o los cambios hormonales que reducen el tono de las venas.¹⁵ Es importante tratar adecuadamente a estas pacientes para evitar complicaciones como tromboflebitis o trombosis venosa profunda.¹⁶

Proceso diagnóstico del especialista

Debe realizar una historia clínica correcta y dirigida, como parte de una evaluación integral del paciente, con el cual necesita establecer una excelente relación. Específicamente, se lleva a cabo un uso racional de exámenes paraclínicos y de gabinete, principalmente de laboratorio vascular.

Esquema de tratamiento común con el especialista

El especialista prescribe un tratamiento médico con medidas de higiene venosa adecuada a la patología del paciente, soporte elástico, control de las patologías asociadas. Como manejo sintomático se implementa el tratamiento farmacológico a dosis adecuadas. Uno de los más comunes y completos para varios estadios de la enfermedad es la combinación de diosmina + hesperidina debido a su eficacia para aumentar el tono venoso y mejorar el drenaje linfático o dobesilato de calcio porque también incrementa de modo efectivo el tono venoso y reduce tanto la permeabilidad capilar como la inflamación.⁸ Durante el tratamiento farmacológico también se lleva a cabo un seguimiento del caso.

En un gran porcentaje de pacientes, el tratamiento debe ser quirúrgico (láser, radiofrecuencia,

cirugía convencional) y combinado con escleroterapia láser o química. Se debe informar al paciente para no crear falsas expectativas.

Resultados del tratamiento

El tratamiento depende mucho de la relación médico-paciente porque ella influirá en el cambio de hábitos. Se le debe hacer saber al paciente que ningún tratamiento resolverá el problema de forma definitiva (esto en relación con la historia natural de la enfermedad). También se deberá crear conciencia de que el tratamiento puede ser estético y funcional y de que se trata de una entidad clínica compleja que necesita apego a las indicaciones médicas no farmacológicas y farmacológicas.

Guías nacionales e internacionales

Existen 16 guías internacionales de tratamiento, entre las que destacan las siguientes, por apegarse a las expectativas que se desean cubrir:

- CENETEC, revisión 2009 (las más recientes).¹⁷
- Europea, revisión 2015.¹⁸
- American Venous Forum 2011.⁷

Grado de difusión y aplicación de las guías en México

El promedio de los angiólogos conoce las guías de nuestro país, incluidos los médicos jóvenes. El IMSS cuenta con las guías de práctica clínica mexicanas en las computadoras de todos los médicos generales y especialistas, así como en los servicios médicos. No obstante, hay necesidad de contar con nuevas guías mexicanas. En el caso de los residentes, las guías de práctica clínica están compitiendo contra los libros de texto tradicionales.

Diferencia entre las guías y la práctica médica cotidiana

La población general no tiene cultura médica y el desconocimiento del médico general es grande en el ámbito vascular. Por un lado, no existe como materia de estudio durante la formación profesional por lo que no hay armamento terapéutico que proporcione prevención en la práctica diaria. Por otro, también hay una diferencia abismal entre la atención de primer nivel, al segundo, y entre el nivel institucional y el privado.

Aunado a ello, el acceso a los medicamentos es nulo en el sector salud. No existe ningún flebotónico ni flebodinámico en los cuadros básicos del sector. PEMEX tenía algunos flebotónicos, pero los retiraron; sólo existen en el sector privado, donde se tienen todos los recursos, con laboratorio vascular y mínimo equipo de ultrasonido Doppler.

Además, es necesario identificar la patología de cada paciente para saber cuál medicamento prescribir, ya que existen diferencias sustanciales entre flebotónicos en términos de su tolerabilidad, por ejemplo. No son medicamentos tóxicos, aunque sus efectos secundarios deben tenerse en cuenta, es decir, en el caso de un paciente con gastritis y hernia se le debe manejar con precaución porque son fármacos que irritan la mucosa.

La decisión del manejo farmacológico inicia desde que comienza el diagnóstico, cuando el paciente acude con síntomas o várices de aspecto importante.

Los pacientes quirúrgicos inicialmente reciben tratamiento médico dependiendo del especialista tratante y la decisión de qué flebotónico prescribir primero se basa en muchas situaciones; por ejemplo, si el paciente tiene várices no complicadas se administra diosmina o hesperidina; si están complicadas se prescribe dobesilato, lo que disminuye mucho los síntomas porque tiene acción sobre la cinestia del vaso linfático. Existen combinaciones de medicamentos con diosmina + hesperidina y dobesilato para pacientes no complicados desde la clasificación CEAP C2 a mayor.

La población debe conocer las complicaciones que puede haber en este tipo de padecimiento, pero la relación médico-paciente no es óptima en el sector salud.

Necesidades de educación médica continua, de difusión e investigación en IVC en nuestro país

La educación médica continua es básica para todo médico general que atienda problemas de tipo venoso para conformar un mejor diagnóstico.

Entonces, se debe difundir el conocimiento en torno a la enfermedad venosa crónica, sobre todo al médico general porque es un pilar para la detección de la enfermedad.

Al ser la enfermedad venosa crónica un problema de salud pública –por su prevalencia, morbilidad y como causa de invalidez en etapas altas de la vida– se debe contar con estudios epidemiológicos actualizados. Igualmente, se debe hacer más investigación acerca de la patología; en muchos países se lleva a cabo, pero en el nuestro es muy escasa.

ENFERMEDAD HEMORROIDAL

Paciente más común en la consulta del especialista

Se desconoce la etiología específica; lo más reciente es la teoría de Thomson, quien habla del tejido conectivo o sistema de sostén que pierde elasticidad, lo cual favorece la presentación de la sintomatología. Las complicaciones a futuro pueden ser trombosis, fisuras u otras alteraciones. Hay reportes de que a largo plazo los pacientes vuelven a presentar síntomas.

Existen escasas referencias en México, pero se sabe que desde 2.7 hasta 29.7% de los pacientes tienen síntomas y que 4% no.¹⁹ En edad reproductiva disminuye la incidencia de esta patología. Sin embargo de 25 a 35% de las pacientes embarazadas presentan EH que en varios estudios se explica debido a cambios hormonales y a presión intrabdominal.²⁰

Por encima de los 40 años de edad, 50% de la población tiene problemas de hemorroides y sólo una tercera parte busca apoyo porque la EH se considera una enfermedad que avergüenza. La dieta y los hábitos higiénicos dietéticos son importantes. En Estados Unidos hay diez millones de diagnosticados con esa enfermedad.

Consideraciones de manejo

Se debe tener conocimiento y calidad de atención para la práctica clínica. El juicio clínico y experiencia del médico tratante, así como las necesidades del paciente serán fundamentales en el tratamiento.

Tratamiento médico

El tratamiento médico está indicado en enfermedad hemorroidal incipiente, en caso de hemorroides internas grado II y III. Los objetivos son evitar el dolor, las complicaciones y disminuir las tasas de recurrencia para recuperar la calidad de vida y la actividad del paciente.

El tratamiento se basa en manejo conservador, es decir, uso de flebotónicos (como la combinación diosmina + hesperidina + dobesilato de calcio) y procedimientos mínimamente invasivos en consultorio. El tratamiento conservador incluye pomadas de consistencia muy blanda, que no implican mayor presión en el conducto anal. También se indican sediluvios y el uso tópico, gel y cremas a base de antiinflamatorios y analgésicos. No se prescriben los supositorios. Los flebotónicos reducen prurito, sangrado y síntomas generales. El tratamiento quirúrgico queda restringido a etapas más avanzadas.

En el caso de las pacientes embarazadas se indica ablandador de heces, sediluvios con agua tibia, analgésicos antihemorroidales (aunque su seguridad no ha sido probada), aumentar la ingesta de líquidos y de fibra, así como reforzar los hábitos higiénicos.²⁰ Se debe evitar el uso de flebotónicos porque no está probado.^{19,21}

La farmacoterapia de las hemorroides es la misma que la de la insuficiencia venosa crónica, pero hay que considerar si es el mismo tipo de paciente, en el sentido de que a menudo llegan en etapas avanzadas y con trombosis. El paciente con hemorroides es quirúrgico y también recibe flebotónicos. El manejo médico con flebotónicos después de la cirugía se mantiene durante seis meses y hasta un año.

El tratamiento farmacológico es igual al de las várices porque reduce la inflamación y el dolor, en tanto se decide el manejo quirúrgico. La ligadura con banda elástica es un método no quirúrgico con excelentes resultados. Igualmente, existen métodos quirúrgicos alternativos de invasión mínima como la mucosectomía rectal con engrapadora circular de 33 mm en caso de prolapso hemorroidal y la desarterialización hemorroidal transanal guiada por Doppler (THD) que tiene excelentes resultados en pacientes bien seleccionados, con mínimo componente externo y sin historia de síntomas de enfermedad hemorroidal de predominio externo. Estos métodos tienen la ventaja de causar mínimas molestias, también llamados cirugía para hemorroides sin dolor. En este tipo de procedimientos no hay ablación quirúrgica del tejido hemorroidal, sino reposicionamiento de las hemorroides.

En casos más avanzados con hemorroides internas grado IV, la hemorroidectomía es el método quirúrgico de elección, sigue siendo el estándar de oro.

Es muy frecuente que la paciente presente hemorroides (principalmente con trabajo de parto prolongado) e insuficiencia venosa al mismo tiempo. De trasfondo, mínimamente hay hipertensión venosa.

El paciente típico de hemorroides también tiene compromiso linfático porque los sistemas corren paralelos y cuando se inflama uno, se inflama el otro. Por lo general no acuden oportunamente con el especialista debido, sobre todo, a que consideran vergonzoso el padecimiento y a que existe temor a la cirugía. Comúnmente, también es valorado o diagnosticado por médicos de otras especialidades.

CONCLUSIONES

La insuficiencia venosa crónica y la enfermedad hemorroidal son padecimientos más comunes de lo que se cree. Constituyen un problema de salud pú-

blica que no está adecuadamente diagnosticado ni atendido debido, en gran parte, a que los pacientes no lo relacionan con mortalidad y a que la morbilidad que los caracteriza es tolerable hasta que se presentan las complicaciones características de las etapas avanzadas, la calidad de vida se encuentra francamente deteriorada y los costos laborales y de salud son altos.

En términos generales, el tratamiento para IVC dependerá de la severidad de la progresión. Puede ser quirúrgico o conservador mediante prendas de compresión graduadas para disminuir los síntomas y evitar complicaciones, mantenerse en un peso adecuado, además de otra serie de recomendaciones conocidas como medidas de higiene venosa. El tratamiento farmacológico también es fundamental en el manejo de la IVC, sobre todo, respecto al uso de flebotónicos.

El tratamiento farmacológico más efectivo para EH también son los flebotónicos porque se les asocia con fortalecimiento de las paredes vasculares, lo cual aumenta el tono venoso, el drenaje linfático y la normalización de la permeabilidad capilar. En hemorroides sintomáticas disminuyen el sangrado y el prurito.

Idealmente, el tratamiento y prevención de ambas patologías debería contar con la participación de autoridades educativas, sanitarias, médicos generales e incluso de la población. Debe ser un esfuerzo en conjunto para lograr que los médicos generales en ejercicio tengan a la mano las guías internacionales de diagnóstico más recientes y tengan acceso a tratamientos farmacológicos efectivos. También se esperaría que las universidades implementaran asignaturas como angiología y vascular periférico para que los médicos en formación puedan diagnosticar esos padecimientos de modo más efectivo. Igualmente, es deseable que los medicamentos vasoactivos estén disponibles en las instituciones de salud pública —que es donde más se necesita— y que los pacientes reciban información acerca de la trascendencia de acudir a consulta para evitar complicaciones. Además, es prioritario encontrar los medios para informar a la población general acerca de los peligros de consultar datos falsos en la web y de usar los productos milagro que difunden las campañas publicitarias de los diferentes medios. Desde luego, sería óptimo y es apremiante contar con guías mexicanas actualizadas de manejo de la insuficiencia venosa crónica y de la enfermedad hemorroidal.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a TEVA Pharmaceuticals el apoyo irrestricto para reunir al grupo de expertos y para la conformación editorial de este documento.

REFERENCIAS

1. Santler B, Goerge T. Chronic venous insufficiency - a review of pathophysiology, diagnosis, and treatment. *JDDG* 2017; 15(5): 538-56. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/ddg.13242>
2. Vázquez-Hernández I A-PM. Prevalencia de insuficiencia venosa periférica en el personal de enfermería. *Enfermería Univ* 2016; 13(3): 166-70.
3. Eberhardt RT, Raffetto JD. Chronic venous insufficiency. *Circulation* 2014; 130(4): 333-46.
4. Diken A, Yalçinkaya A, Aksoy E, Yilmaz S, Özsen K, Sarak T, et al. Prevalence, presentation and occupational risk factors of chronic venous disease in nurses. *Phlebology* 2015; 31(2): 111-7. Available from: <http://phl.sagepub.com/content/early/2015/01/21/0268355514567491.full>
5. Dua A, Heller JA. Advanced Chronic Venous Insufficiency. *Vasc Endovascular Surg* 2017; 51(1): 12-6. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1538574416682175>
6. Morales LS, Gaxiola RC, Fein LR. Insuficiencia venosa crónica en la República Mexicana. *Rev Angiol* 2004; 44-6.
7. Gloviczki P, Comerota AJ, Dalsing MC, Eklof BG, Gillespie DL, Gloviczki ML, et al. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. *J Vasc Surg* 2011; 53(5, Suppl.): 2S-48S. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2011.01.079>
8. Gohel MS, Davies AH. Pharmacological treatment in patients with C4, C5 and C6 venous disease. *Phlebology* 2010; 25(Suppl. 1): 35-41.
9. Mj M, Rwm V, Sm UT, At S, Rm M, Vargas E, et al. Phlebotonics for venous insufficiency (Review) Summary Of Findings For The Main Comparison 2016; (4).
10. Aguilar FA, Núñez RA, Velázquez GB, et al. Consenso de Hemorroides. *Rev Mex Coloproctología. Enfermedades del Ano, Recto y Colon* 2010; 16(1-3): 4-14.
11. Coulibaly A, Kafando R, Somda KS, Doamba C, Koura M, Somé CC, et al. The Haemorrhoids' Pathology: Epidemiological, Diagnostic, Therapeutic and Evolutionary Aspects. *Sci Research* 2016; 343-52.
12. Riss S, Weiser FA, Schwameis K, Riss T, Mittlböck M, Steiner G, et al. The prevalence of hemorrhoids in adults. *Int J Colorectal Dis* 2012; 27(2): 215-20.
13. Higuero T, Abramowitz L, Castinel A, Fathallah N, Hemery P, Laclotte Duhoux C, et al. Guidelines for the treatment of hemorrhoids. *J Visc Surg* 2016; 153(3): 213-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvisurg.2016.03.004>
14. Davis BR, Lee-Kong SA, Migaly J, Feingold DL, Steele SR. The American Society of colon and rectal surgeons clinical practice guidelines for the management of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 2018; 61(3): 284-92.
15. Krajcar J, Radakovic B, Stefanic L. Pathophysiology of venous insufficiency during pregnancy. *Acta Med Croatica* 1998; 52(1): 65-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9599818> [cited 2018 Jul 16].
16. Johns Hopkins University (Sponsor). Preventing the Development of Venous Insufficiency in Pregnant Wo-

- men Through Use of Compression Stockings - Full Text View - ClinicalTrials.gov. ClinicalTrials.gov Identifier: NCT01793194. 2014 [cited 2018 Jul 16]. Available from: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01793194>
17. Salud, SEDENA S. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Venosa Crónica. *Guía de Práctica Clínica*. 2009.
 18. Wittens C, Davies AH, Bækgaard N, Broholm R, Cavezzi A, Chastanet S, et al. Editor's choice - Management of chronic venous disease: Clinical practice guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2015; 49(6): 678-737. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejvs.2015.02.007>
 19. Salud, SEDENA S. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad hemorroidal en la adultez.pdf. 2015.
 20. Staroselsky A, Nava-Ocampo AA, Vohra S, Koren G. Hemorrhoids in pregnancy. *Can Fam Physician* 2008; 54(2): 189-90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18272631>
 21. Alonso-Coello P, Marzo-Castillejo M, Mascort JJ, Hervás AJ, Viña LM, Ferrús JA, et al. Guía de práctica clínica sobre el manejo de las hemorroides y la fisura anal (actualización 2007). *Gastroenterol Hepatol* 2008; 31(10): 668-81.

Correspondencia:

Dr. José Alejandro Espejel-Blancas
Hospital Ángeles del Pedregal
Camino de Santa Teresa, Núm. 1055-PB03
Col. Héroes de Padierna
C.P. 10700, Ciudad de México
Tel.: 5652-2164; 55 5404-6914
Correo electrónico: angioespe@gmail.com