

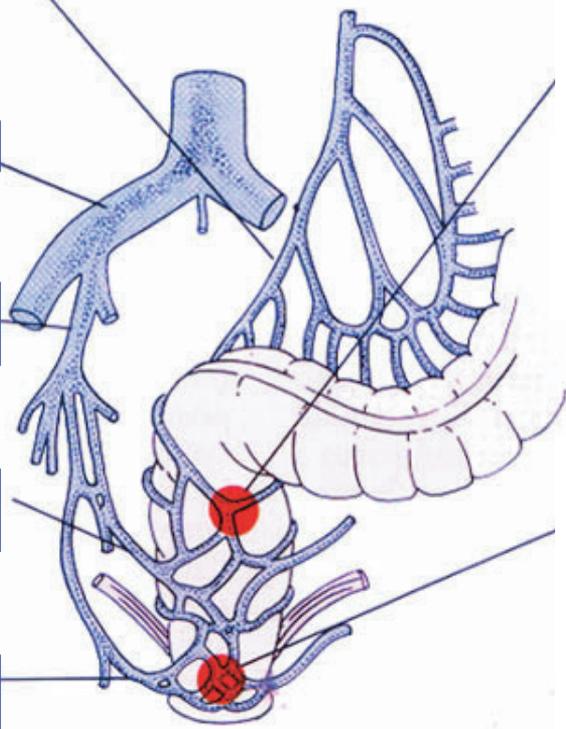
Vena hemorroidal superior

Vena iliaca común

Vena iliaca interna  
(hipogástrica)

Vena hemorroidal  
media

Vena hemorroidal  
inferior



**Hemorroides internas:**  
son ramas terminales dilatadas del plexo venoso hemorroidal superior, que drenan al sistema portal a través de la vena hemorroidal superior y la vena mesentérica inferior

**Hemorroides externas:**  
son ramas terminales dilatadas del plexo venoso hemorroidal inferior, que drenan a la vena cava a través de la vena hemorroidal inferior y la vena iliaca

**FIGURA 1. Vascularización del canal anal: plexos hemorroidales.**

**TABLA 1****Algunas consideraciones sobre los exámenes complementarios para evaluar un sangrado rectal****Evidencia Puntuación**

La anoscopia es una técnica que permite el diagnóstico de las enfermedades anorrectales más frecuentes. En condiciones adecuadas se podría realizar en las consultas de A.P.

**A**

En el diagnóstico de las afecciones del colon sigmoide, la sigmoidoscopia flexible tiene un mayor rendimiento diagnóstico que la sigmoidoscopia rígida.

**A**

La sigmoidoscopia flexible, al no poder explorar completamente el colon, deja de diagnosticar un porcentaje importante de lesiones graves.

**B**

La colonoscopia se considera de elección en el diagnóstico del paciente con rectorragia para descartar la presencia de pólipos o cáncer colorrectal.



Una colonoscopia se considera completa cuando llega al ciego y visualiza la válvula ileocecal.

**A**

La colonoscopia y la sigmoidoscopia presentan un mayor rendimiento diagnóstico que el enema opaco.



El enema opaco no se considera un método diagnóstico de elección para las afecciones colorrectales en caso de rectorragia.



La radiografía de abdomen no está indicada en el estudio del paciente con rectorragia. Sí que nos puede dar información en caso de obstrucción y/o isquemia intestinal.

**TABLA 2****Factores patogénicos de las hemorroides****Sin obstrucción orgánica del retorno venoso**

Dieta baja en fibra

Herencia

Estreñimiento (1)

Diarrea (2)

Factores anatómicos y fisiológicos (mecánica postural) (3)

Alteraciones del tono del esfínter

**Con obstrucción orgánica del retorno venoso**

Embarazo (4).

Cirrosis hepática (5)

Trombosis de la vena porta (5)

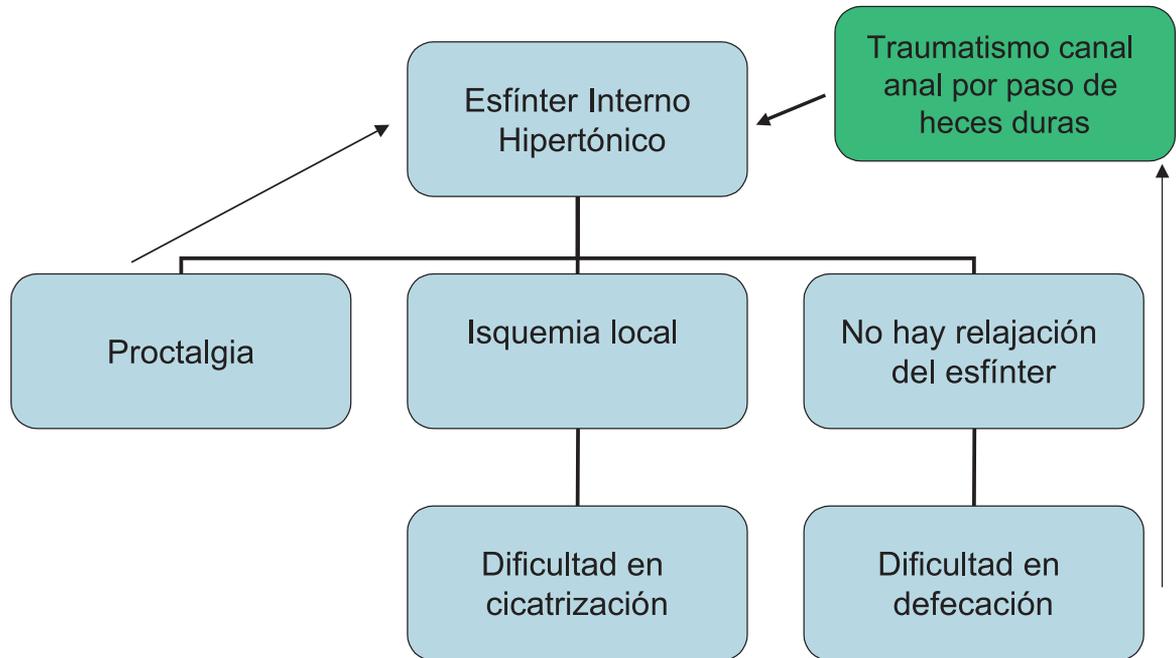
1. En general las hemorroides suelen aparecer antes que el estreñimiento, y éste suele ser secundario a ellas y no viceversa.
2. La diarrea, puesto que aumenta la presión anal, también aumenta la intensidad de la clínica.
3. Las ocupaciones sedentarias, los esfuerzos durante el trabajo o las actividades de ocio (deporte), así como el mantenerse de pie por tiempo prolongado.
4. El embarazo es la causa más común de hemorroides en mujeres jóvenes.
5. Ambas causas producen resistencia al retorno venoso.

**TABLA 3**
**Características diferenciales de las hemorroides según origen**

Características anatómicas	Hemorroides internas	Hemorroides externas
Localización	Encima de la línea dentada	Debajo de la línea dentada
Plexo venoso	Plexo hemorroidal interno	Plexo hemorroidal externo
Drenaje venoso	Sistema porta	Sistema cava
Región externa	Mucosa rectal	Piel perianal
Fibras sensitivas	Bajo número (no dolor)	Alto número (dolor)

**TABLA 4**
**Resumen de evidencias en el tratamiento de las hemorroides**

- A El tratamiento con fibra dirigido a aumentar y reblandecer el bolo fecal disminuye el dolor, el prolapso y el sangrado de las hemorroides.
- ✓ La ingesta de líquidos, la higiene local y la actividad física diaria, son medidas higiénico-dietéticas que pueden ser efectivas en el tratamiento de las hemorroides.
- ✓ Los preparados tópicos con corticoides y anestésicos inicialmente pueden aliviar la sintomatología, aunque se han de limitar a períodos cortos de tiempo (una semana).
- B La diosmina parece disminuir el tiempo de duración del sangrado en los episodios agudos de hemorroides.
- ✓ El tratamiento quirúrgico está indicado en aquellas personas con hemorroides que no responden a las medidas higiénico-dietéticas ni al tratamiento farmacológico.
- B La ligadura con banda elástica se muestra superior al resto de técnicas de cirugía menor.
- A La hemorroidectomía es más eficaz que las técnicas de cirugía menor.
- A La mucosectomía circunferencial se ha mostrado superior a la hemorroidectomía convencional.
- B Las técnicas de cirugía menor están indicadas en las hemorroides internas grados I-III.
- A La hemorroidectomía está indicada en las hemorroides de grado IV y en aquellos pacientes que no responden a técnicas de cirugía menor.



**FIGURA 2. Mecanismos patogénicos de la fisura anal.**

**TABLA 5**

**Resumen de evidencias en el tratamiento de la fisura anal**

- B** El tratamiento con fibra es beneficioso en la prevención de las fisuras y de sus recurrencias.
- B** El tratamiento con fibra y otras medidas higiénico-dietéticas alivian los síntomas de la fisura.
- B** Las medidas higiénico-dietéticas se han mostrado superiores a los tratamientos anestésicos y corticoides tópicos.
- A** Los nitratos tópicos son superiores a los preparados de anestésicos y corticoides tópicos en el tratamiento de las fisuras anales agudas.
- A** Los nitratos tópicos son eficaces en el tratamiento de las fisuras anales crónicas.
- A** La toxina botulínica es eficaz en el tratamiento de las fisuras anales crónicas.
- A** La toxina botulínica es más eficaz que los nitratos tópicos.
- Ni los nitratos tópicos ni la toxina botulínica tienen indicación registrada en nuestro país para el tratamiento de las fisuras anales.
- El tratamiento quirúrgico está indicado en aquellas personas con fisuras crónicas que no responden a las medidas higiénico-dietéticas ni al tratamiento farmacológico.
- A** La esfinterotomía lateral interna es la técnica quirúrgica más eficaz en el tratamiento de las fisuras crónicas.
- C** El tratamiento quirúrgico parece superior al tratamiento médico en el tratamiento de las fisuras crónicas.

**Clasificación de Fromer de distribución de causas del prurito anal**

- I. Patología ano-rectal con inflamación local (25 por ciento de pacientes):
  - Papilitis y criptitas.
  - Prolapso mucoso y hemorroides.
  - Pliegues cutáneos (skin tags).
  - Fisuras y úlceras.
  - Fistulas drenantes.
  - Tumores.

---

- II. Anomalías dermatológicas (25 por ciento de pacientes):
  - Psoriasis.
  - Dermatitis seborréica.
  - Dermatitis de contacto.
  - Líquen simple.
  - Sífilis, gonococia.

---

- III. Causa sistémicas o distantes (10 por ciento de pacientes).
  - Ictericia.
  - Diabetes.
  - Linfomas.
  - Alergia (toallitas higiénicas, desodorantes, jabones, alimentos).
  - Parasitosis intestinal (oxiuros).

---

- IV. Prurito idiomático (40 por ciento de pacientes).
  - Si no existe inflamación, frecuentemente se debe al uso de jabones (xerosis).

## Hemorroides

GRADO	CARACTERÍSTICAS
<b>Grado I</b>	Hemorroides sobresalen en la luz del canal anal, no prolapsan, pueden producir sangrado
<b>Grado II</b>	Hemorroides con sangrado que se proyectan hacia fuera durante una evacuación, pero se reducen espontáneamente
<b>Grado III</b>	Hemorroides con sangrado, que protruyen espontáneamente en la evacuación y requieren reducción manual
<b>Grado IV</b>	Hemorroides totalmente prolapsados, que se producen permanentemente y son irreducibles manualmente

EL MEDICO  EL MEDICO

## Hemorroides internas Manejo

- **Poco dolor, reducible:**
  - Baños asiento breves, ablandadores, fibra, higiene anal y esteroides locales
  - Reducción manual
- **Cirugía. Manejo endoscópico:**
  - Ligadura con bandas elásticas, escleroterapia, fotocoagulación infrarroja, ablación con láser, dióxido de carbono
- **Hemorroidectomía:**
  - Fiebre, manejo médico e analgésicos
  - Una cirugía siempre más complicada (dolor, hemorragia)
  - Reducción del tamaño
  - Hemorroides grado I/II con sintomatología severa

EL MEDICO  EL MEDICO

## Hemorroides externas

- **Manejo médico:** baños asiento (calor relaja el esfínter), o toalla húmeda en decubito lateral, analgésicos, ablandador deposiciones
- **Dolor** sólo si están trombosadas
- **Trombosis hemorroidal:**
  - Trombo o coágulo dentro del lumen venoso
  - Mucha prurito y dolor (dolor paroxístico)
  - Dolor aumenta con las maniobras de Valsalva o al sentarse
  - No hay relación con la defecación
  - Tratamiento conservador (cirugía si mucho dolor)

EL MEDICO  EL MEDICO

### 1. Hemorroides.

### 2. Hemorroides internas. Manejo.

### 3. Hemorroides externas.

## Fisura anal aguda

- Solución de continuidad en el anodermo, distal a la línea pectínea, hasta el margen anal.
- Mayoría son idiopáticas.
- Se ubican en la línea media (90% posteriores, 10% anteriores)
- Fisuras laterales
  - Crohn, tuberculosis, cáncer, sífilis, prurito anal crónico, linfogranuloma venéreo, sifilis, etc.
- Síntoma principal:
  - Tronco de sangrado (dolor + dolor intenso)
  - Intenso
  - Aumento de la presión de la esfínter anal

EL MEDICO  EL MEDICO

## Fisura anal aguda

- Gran dolor rectal con la defecación, no proporcional al tamaño de la fisura
- Dolor de inicio súbito, que persiste varias horas después de la defecación
- Puede acompañarse de sangrado escaso
- Dificil visualización por dolor. Utilizar lidocaína en gel para examinar. Usualmente observar con anoscopio
- Tipo sentir anal muy característico. Rabiación lateral alrededor del ano para inspección
- Presencia de verticilos o papilomas
- Causas de sangrado (dolor + dolor intenso), heces en dolor y en continencia
- Tronco botánico (evacuado en esfínter interno) (observación quinto x 3 meses)

EL MEDICO  EL MEDICO

## Absceso anorrectal

- Se origina en una cripta anal que se traumatiza e infecta → por canales anales → espacio interesfinteriano → espacios perirectales → absceso
- Perianal (40-45%), isquiorrectal (20-25%), submucoso o interesfinteriano (20-25%), supraelevador (<5%)
- Zona de tumefacción con dolor local intenso, constante y progresivo, y signos de inflamación
- De carácter purulento que se acerca al esfínter, toser, estornudar y gesticular
- En algunos casos puede ser agudo, fístula y cierto grado de retención urinaria

EL MEDICO  EL MEDICO

### 4. Fisura anal aguda.

### 5. Fisura anal aguda.

### 6. Absceso anorrectal.

## Absceso Anorrectal

- Antibióticos:**
- Tratamiento primario es DRENAJE
  - Inmunosupresión, diabetes, enfermedad valvular
  - Pacientes febriles
  - 34% de todos los pacientes con SIDA, debutan con abscesos + fístulas

- Tratamiento**
- Si siempre una urgencia
  - Vaciamiento y drenaje precoz (tan cuanto se hace el diagnóstico)
  - Drenaje en quíntano, con anestesia general o de raíz

- ¿Qué absceso es posible drenar en 48h?**
- Perianal (perianal)
  - Perianal (perianal)
  - Sin fístulas en ningún caso: absceso, isquiorrectal.
  - Tratamiento conservador

EL MEDICO  EL MEDICO

## Fístulas perianales

- Fístula: conexión entre dos superficies epitelizadas como el canal anal y la piel

- Manifestación crónica de un absceso complicado (resultado de abscesos perirectales que drenaron espontánea o quirúrgicamente)

- Se ven también en Crohn, TRC, trauma, fisuras, cáncer, radiación, clamidia y coartación estradas

- Síntoma: flujo de secreción, una o varias dolor

- TRC: control o tracto fistuloso, absceso parcialmente drenado

EL MEDICO  EL MEDICO

## Prurito anal

- Causa más común → idiopático (falacia de deposición y mucosidad anal)
  - Dermatológicas: dermatitis de contacto, psoriasis, eczema y liquen plano
  - Infecciosas: herpes simplex, sarna, gonorrea, sífilis, candida, virus papiloma humano y abscesos locales. Parasitos en niños.
  - Enfermedades sistémicas: diabetes, leucemia, anemia aplásica, linfomas e hiperparatiroidismo
  - Hemorroides (mixo) y cáncer anal
- Tratamiento:
  - Evitar el agua jabonosa
  - Agua tibia y lavado de zona afectada con agua
  - Cuidar con lubricante + crema emoliente
  - No rascarse ni usar papel higiénico (toiletas)

EL MEDICO  EL MEDICO

### 7. Absceso anorrectal.

### 8. Fístulas perianales.

### 9. Prurito anal.