

Hemorroides

Fecha de la última revisión: 24/01/2017

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cuáles son sus causas?](#)
3. [¿Cómo se clasifican?](#)
4. [¿Cuál es la clínica?](#)
5. [¿Cómo se diagnostican?](#)
6. [¿Cómo se tratan?](#)
7. [Tratamiento del dolor postoperatorio](#)
8. [Bibliografía](#)
9. [Más en la red](#)
10. [Autora](#)

¿De qué hablamos?

Las hemorroides son consideradas la patología proctológica más frecuente y es uno de los trastornos más prevalentes de la población en general (Charles J, 2010). Además, son consideradas una de la causa más común de rectorragia en atención primaria (Alonso-Coello P, 2009).

Su prevalencia, en general, es difícil de precisar, pues existen pacientes que por padecer síntomas leves, o bien por pudor, no consultan esta patología. Recientes estudios sugieren un aumento en los últimos años (Lohsiriwat V, 2015), y teniendo en cuenta la edad de la población estudiada, la prevalencia oscilaría entre el 4% y el 86% (Abramowitz L, 2010).

En la actualidad, el concepto de hemorroides como varicosidades venosas se considera erróneo, pues están constituidas por arteriolas y venas con comunicaciones arteriovenosas, tejido conectivo y músculo liso. El plexo hemorroidal se sitúa a nivel del canal anal y su función no está claramente definida, pero parece estar en relación con el sellado del canal anal para mantener la continencia durante los períodos no defecatorios. Existen diferentes factores, algunos de ellos todavía hoy sin determinar, que provocan que dichas estructuras se inflamen y prolapsen a través del ano, o bien se erosionen provocando sangrado.

El 40% de la población con hemorroides permanece asintomática (Riss S, 2012). Los síntomas más frecuentes son la rectorragia, el dolor y el prurito.

¿Cuáles son sus causas?

(Lohsiriwat V, 2015; Lee JH, 2014; Abramowitz L, 2010):

La causa puede ser diferente en cada paciente y pueden coexistir múltiples factores:

- Sin obstrucción orgánica del retorno venoso:
 - Dieta (menos fibra).
 - Herencia.
 - Estreñimiento, esfuerzos al defecar.
 - Diarrea.
 - Factores anatómico-fisiológicos (mecánica postural).
 - Alteraciones del tono esfinteriano.
- Con obstrucción orgánica del retorno venoso:
 - Embarazo.
 - Cirrosis hepática.
 - Trombosis de la vena porta.

Las ocupaciones sedentarias, los esfuerzos durante el trabajo o el deporte, el mantenerse de pie por tiempo prolongado, y ciertos hábitos alimentarios (la mayor parte de los casos de estreñimiento son debidos a dieta pobre en fibra), son causas implicadas en la formación de hemorroides.

Con frecuencia también existen antecedentes familiares que sugieren una predisposición hereditaria.

La trombosis de la vena porta y la cirrosis hepática, por su efecto de resistencia al retorno venoso, también favorecen la aparición de las hemorroides.

Estudios recientes, sugieren que además existen factores de riesgo que predispondrían a desarrollar hemorroides, como sería la edad, la obesidad, la obesidad abdominal, la depresión y el embarazo, siendo esta última la causa más frecuente en mujeres jóvenes (Lee JH, 2014).

¿Cómo se clasifican?

(Abramowitz L, 2010)

Hemorroides internas: derivan del plexo hemorroidal interno, situado por encima de la línea dentada. Están recubiertas de mucosa rectal (epitelio mucoso), con un bajo número de fibras nerviosas sensitivas. Drenan al sistema porta. Se subclasifican en 4 grados, dependiendo del grado de prolapso:

Tabla 1. Clasificación de las hemorroides internas según grado de prolapso y sintomatología asociada.		
Grado	Prolapso	Sintomatología
I	No existe.	Rectorragia.
II	Prolapso con el esfuerzo. Reducción espontánea.	Rectorragia y discomfort moderado.

III	Prolapso espontáneo y con el esfuerzo. Reducción manual.	Rectorragia, discomfort, secreción, prurito y ensuciamiento.
IV	Prolapso persistente. No reductible. Incluidas trombosadas e incarcerationadas.	Rectorragia, dolor, trombosis, secreción y ensuciamiento.

Esta clasificación a pesar de ser comúnmente utilizada y ampliamente difundida, ha sido frecuentemente criticada por no tener en cuenta los casos de sangrado sin prolapso y porque el paciente puede tener distintos grados de prolapso a lo largo del tiempo con o sin tratamiento.

Hemorroides externas: derivan del plexo hemorroidal externo, recubiertas de piel perianal (epitelio estratificado), muy rica en fibras sensitivas. Drenan al sistema cava.

Tabla 2. Clasificación de las hemorroides.		
Características anatómicas	Hemorroides internas	Hemorroides externas
Localización	Encima línea dentada.	Debajo 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.

¿Cuál es la clínica?

(Abramowitz L, 2010; Daniel WJ, 2010)

Hemorroides internas: son indoloras y los síntomas principales son rectorragia y prolapso. Ocasionalmente, debido a la irritación de la mucosa prolapsada, se produce prurito, mucosidad y en ocasiones sangrado espontáneo sin relación con la defecación.

El sangrado suele ser indoloro, tipo goteo, estría sanguinolenta en las heces tras la defecación o bien sangre mezclada con las heces (hematoquecia). En ocasiones aparece tras el roce con el papel higiénico. Raramente se presentan en forma de trombosis.

Si el sangrado es lo suficientemente prolongado puede producir anemia crónica y su sintomatología acompañante (palidez, mareo, etc.).

Hemorroides externas: pueden ser asintomáticas, provocar discomfort o incluso manifestarse con un dolor agudo intenso en el caso de que se trombosen. Generalmente no sangran, salvo en el caso de que el coágulo se elimine de forma espontánea y se resuelva la trombosis.

La trombosis es una complicación de las hemorroides grado II-IV. Se origina al ser estranguladas por los músculos esfinterianos cuando están prolapsadas, produciéndose congestión sanguínea y secundariamente la trombosis. La hemorroide se vuelve dura, de color oscuro (negro) y no se puede reducir, formándose un edema en todo el territorio perianal, lo que produce dolor.

Ocasionalmente, en hemorroides grado IV, aparece dolor anal sin trombosis. El dolor suele ser continuo y habitualmente no aumenta después de la defecación. Por el contrario, en el caso de las fisuras anales, el dolor se presenta típicamente con la defecación y suele mantenerse posteriormente entre minutos y hasta horas. Es importante aquí hacer un buen diagnóstico diferencial porque el tratamiento es diferente (ver guía: [Fisura anal](#)). También en estos casos de hemorroides evolucionadas, podría aparecer incontinencia fecal.

Algunos individuos pueden presentar ambos tipos de hemorroides.

En atención primaria, las causas más frecuentes de rectorragia son (Kumar R, 2011):

- Hemorroides.
- Fisura anal.
- Diverticulosis.
- Pólipos.
- Cáncer colorrectal.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Proctitis.

		
Hemorroides grado IV Hemorroides prolapsadas de los tres plexos en las que se aprecia el borde superior izquierdo de la línea pectínea	Hemorroides grado III Hemorroides de 3º grado con trombosis hemorroidal de un plexo	Hemorroides grado IV Hemorroides prolapsadas de los tres plexos

¿Cómo se diagnostican?

(Estalella L, 2013; Lohsiriwat V, 2015)

La exploración física es de suma importancia a la hora de hacer un diagnóstico de hemorroides puesto que existen otro tipo de patologías con clínica similar pero tratamientos muy distintos. Es de especial interés, en casos de rectorragia, descartar la presencia de un cáncer colorrectal. Por todo ello, se insiste mucho en que ante una sospecha de enfermedad hemorroidal, por muy clara que sea la clínica, es muy importante la exploración física del paciente (Daniel WJ, 2010; Cases-Baldó MJ, 2010).

Inspección. Se coloca al enfermo en decúbito lateral izquierdo (posición de Sims), o bien de rodillas en posición genupectoral (apoyo rodillas-codos, o rodillas-hombros). Se valorará la presencia de hemorroides trombosadas (saco hemorroidal en tensión, de color violáceo o ennegrecido), o prolapsadas (saco hemorroidal edematizado pero con color normal).

Tacto rectal. No sirve para diagnosticar hemorroides, sobre todo las de grado I, ya que son dilataciones arteriovenosas que se colapsan fácilmente con la presión. Nos puede servir para realizar diagnóstico diferencial con otras causas de rectorragia (tumorações) y comprobar el tono del esfínter anal (no se recomienda hacer tacto rectal en fisura dolorosa con contractura esfinteriana) (ver guía: [Fisura anal](#)).

Anuscopia y rectosigmoidoscopia. Son esenciales para diagnosticar la existencia de hemorroides y descartar la presencia de otras patologías potencialmente más graves (enfermedades inflamatorias intestinales, tumores, etc.).

Colonoscopia. Estaría indicada en algunos casos de enfermedad hemorroidal asociada a rectorragia puesto que existen otras patologías que también debutan con sangrado, como el carcinoma colorrectal, diverticulosis, angiodisplasias y las enfermedades inflamatorias intestinales. Así, es de especial importancia la realización de una buena historia clínica tanto personal como familiar para detectar posibles casos candidatos a pruebas complementarias.

Tabla 3. Diagnóstico diferencial de dolor anal. (Modificado de: Daniel WJ, 2010)						
Dolor	Dolor + bultoma	Dolor + bultoma + sangrado	Dolor + sangrado	Bultoma + sangrado	Sangrado	Bultoma
Fisura anal	Hematoma perianal	Hemorroide II grado	Fisura anal	Hemorroide grado II	Hemorroides internas	Condilomas
Herpes anal	Hemorroide interna estrangulada	Hemorroide III grado	Proctitis	Carcinoma anal	Pólipos	Carcinoma anal
Proctitis	Absceso	Hemorroide IV			Carcinoma anal	
	Sinus pilonidal	Hematoma perianal ulcerado			Carcinoma colorrectal	

¿Cómo se tratan?

(Lohsiriwat V, 2015)

Existen múltiples opciones de tratamiento y no existen en la actualidad unas indicaciones definidas de cómo actuar en cada caso. Por ello, parece correcto individualizar los tratamientos eligiendo aquel más apropiado basándonos en el tipo y severidad de las hemorroides y también en las preferencias del paciente.

Indicaciones de tratamiento de hemorroides internas:

- Tratamiento higiénico-dietético y tratamiento farmacológico: es el tratamiento inicial de los pacientes con hemorroides sintomáticas (hemorroides de bajo grado).
- Tratamiento quirúrgico: indicado en aquellas personas con hemorroides que no responden a las medidas higiénico-dietéticas ni al tratamiento farmacológico. También en personas con hemorragia severa (aguda o crónica persistente), hemorroides de alto grado y aquellas estranguladas.

Indicaciones de tratamiento de hemorroides externas: no requieren un tratamiento específico (tratamiento conservador) salvo que se trombosen o le causen disconfort al paciente (Lohsiriwat V, 2015).

Hay que tener en cuenta que los pacientes que presenten síntomas sugestivos de cáncer colorrectal tienen que ser derivados a consultas especializadas para una valoración más exhaustiva en un período de 2 semanas (ver guía: [Cáncer de colon](#)). Los criterios de derivación serían (NICE, 2015):

- Pérdida de peso inexplicable y dolor abdominal en mayores de 40 años.
- Sangrado rectal inexplicable en mayores de 50 años.
- Anemia ferropénica o cambios en el hábito intestinal en mayores de 60 años.
- Sangrado rectal y alguno de los siguientes síntomas en menores de 50 años: dolor abdominal, cambios en el hábito intestinal, pérdida de peso o anemia ferropénica.
- Test de sangre oculta en heces positivo.
- Presencia de masas: abdominal o rectal.
- Realizar test de sangre oculta en heces a adultos sin sangrado rectal pero:
 - Mayores de 50 años con dolor abdominal o pérdida de peso inexplicable.
 - Menores de 60 años con cambios en el hábito intestinal o anemia ferropénica.
 - Mayores de 60 años con anemia en ausencia de ferropenia.

1. Tratamiento conservador.

Medidas higiénico-dietéticas

- Fibra: la dieta rica en fibra reduce la aparición y las recurrencias de la clínica hemorroidal. Además, ha demostrado mejorar los síntomas y el sangrado de hemorroides prolapsadas. Así, el aumento de la ingesta de fibra y la adecuada ingesta de líquidos en monoterapia y también asociada a otros tratamientos, ayuda a disminuir el dolor, el prolapso y el sangrado (Alonso-Coello P, 2006; Rivadeneira DE, 2010). Existen varios preparados comerciales con resultados positivos en distintos estudios ([plantago ovata](#), psyllium) (Pérez-Miranda M, 1996; Rivadeneira DE, 2010).
- Aumento del ejercicio, pérdida de peso, conseguir un hábito intestinal adecuado, evitar el esfuerzo defecatorio excesivo y el tiempo defecatorio (Johannsson HO, 2005).
- Baños de asiento: se recomiendan de 2-3 veces al día. En cuanto a la temperatura del agua, actualmente existe escasa evidencia acerca de la más apropiada. Algunos estudios han observado que el agua templada o caliente mejoran el dolor por el efecto de relajación del esfínter interno (Maestre Y, 2010).
- No está claro si las comidas picantes empeoran los síntomas de irritación y el prurito hemorroidal (Gupta PJ, 2008).

Tratamiento sintomático tópico

Existen múltiples preparados tópicos comercializados a base de anestésicos y corticoides aislados o combinados. Sin embargo, pocos se han evaluado en estudios de calidad y solamente consiguen el alivio sintomático de las hemorroides en algunos pacientes (Alonso-Coello P, 2008).

- Corticoides: preferibles solos frente a los combinados. Se deben de usar por períodos menores a una semana para evitar la atrofia de la piel y hay que evitarlos en caso de infección local.
- Cremas con nitroglicerina: a pesar de que no existe mucha evidencia científica al respecto, puede inducir analgesia temporal y disminuir la contracción del esfínter anal interno.
- Nifedipino tópico, se ha visto en un estudio que puede ser una alternativa para aliviar el dolor en las trombosis hemorroidales (Perrotti P, 2001) y también tras intervención quirúrgica (Perrotti P, 2010).

Tratamiento del dolor

Valorar pauta de analgésicos para reducir el dolor.

- Mejor analgésicos (**paracetamol**).
- Evitar los opiáceos (inducen estreñimiento).
- Descartar los AINEs si existe sangrado.

Tratamiento con fármacos venotónicos

Actualmente existe cierta evidencia científica en cuanto al uso de flavonoides, principalmente la diosmina, pues se ha visto que disminuyen las rectorragias, el dolor y el prurito.

Los flavonoides pueden aumentar el tono vascular, reducir la permeabilidad capilar, facilitar el drenaje linfático y tienen además efecto antiinflamatorio (Lohsiriwat V, 2012). A pesar del beneficio observado en el tratamiento sintomático de las hemorroides como en el postoperatorio quirúrgico, existen limitaciones metodológicas importantes que deberían corregirse para realizar una recomendación sólida y generalizada a favor de estos fármacos (Perera N, 2012).

En embarazadas aún no existen estudios suficientes para recomendar su uso (Quijano CE, 2015).

Hemorroides trombosadas

Hemorroides externas: el tratamiento suele ser conservador y el coágulo se suele resolver de forma espontánea en semanas, además de que irá disminuyendo el dolor progresivamente. Algunos autores recomiendan la escisión del coágulo para prevenir recurrencias y en ocasiones es necesario la intervención en las primeras 48 horas debido al dolor intenso (Lohsiriwat V, 2015).

La actuación dependerá del momento del comienzo de los síntomas (Rivadeneira DE, 2011):

- Comienzo de la sintomatología <72 horas: trombectomía. La escisión (con anestesia local) dentro de las primeras 72 horas del comienzo de los síntomas puede ser la opción más rápida para mejorar los síntomas (Aigner F, 2009; Lohsiriwat V, 2015; Rivadeneira DE, 2011). Considerar derivación urgente.
- Comienzo de la sintomatología >72 horas: tratamiento conservador: control del dolor con analgesia oral, baños de asiento, evitar el estreñimiento y el esfuerzo defecatorio.

Otros autores consideran que el mejor tratamiento es el conservador, independientemente del momento de los síntomas.

Hemorroides internas: las hemorroides internas grados III-IV suelen requerir tratamiento quirúrgico y también aquellas estranguladas e incarceradas (tratamiento quirúrgico urgente). Se ha comprobado que el tratamiento quirúrgico programado y el de urgencia presentan resultados similares (Pattana-arun J, 2009).

2. Tratamiento ambulatorio no quirúrgico (Lohsiriwat V, 2015; Rivadeneira DE, 2011).

Actualmente existe evidencia científica suficiente para recomendar la cirugía ambulatoria antes que la cirugía mayor en la mayoría de los pacientes con hemorroides (Alonso-Coello P, 2007; Rivadeneira DE, 2011; Lohsiriwat V, 2015).

Cuando el tratamiento conservador (médico-dietético) no es efectivo, deberíamos enviar al paciente al especialista para valorar otro tipo de tratamientos, ambulatorios o quirúrgicos.

El objetivo de las técnicas ambulatorias (sin anestesia general) es conseguir la fibrosis entre el esfínter anal interno y las hemorroides evitando así el deslizamiento, prolapso y congestión.

Dentro de los tratamientos ambulatorios existen varias técnicas útiles en hemorroides grado I-II y en algunos casos también en hemorroides grado III (con o sin anestesia local): escleroterapia, fotocoagulación con infrarrojos o con láser, electrocoagulación, criocirugía y ligadura con banda elástica (LBE).

- Ligadura con banda elástica (LBE) o banding: es la técnica de elección por presentar menos recurrencias, sin embargo está contraindicada en pacientes anticoagulados o con alteraciones de la coagulación y si presentan sepsis anorectal (Lohsiriwat V, 2015; Rivadeneira DE, 2011).
- Escleroterapia: ha demostrado presentar mayor tasa de recurrencia de los síntomas y se valorará en pacientes anticoagulados o con alteraciones en la coagulación en los cuales la ligadura con banda elástica estaría contraindicada.
- Fotocoagulación con infrarrojos: indicada en hemorroides grado I-II. Aunque se consideraba una técnica con tasas de recurrencia mayores que las anteriores, sobre todo en las hemorroides de grado III-IV, estudios recientes han demostrado resultados similares a la ligadura con banda elástica (Rivadeneira DE, 2011).

Complicaciones: la incidencia de complicaciones mayores es rara. Habría que tener especial cuidado con la sepsis perianal, cuyos síntomas iniciales podrían ser la retención aguda de orina y fiebre, en cuyo caso habría que derivar al paciente de manera urgente para ser valorado por un especialista.

3. Tratamiento quirúrgico (Rivadeneira DE, 2011; Yeo D, 2014).

Los tratamientos quirúrgicos deberían reservarse para:

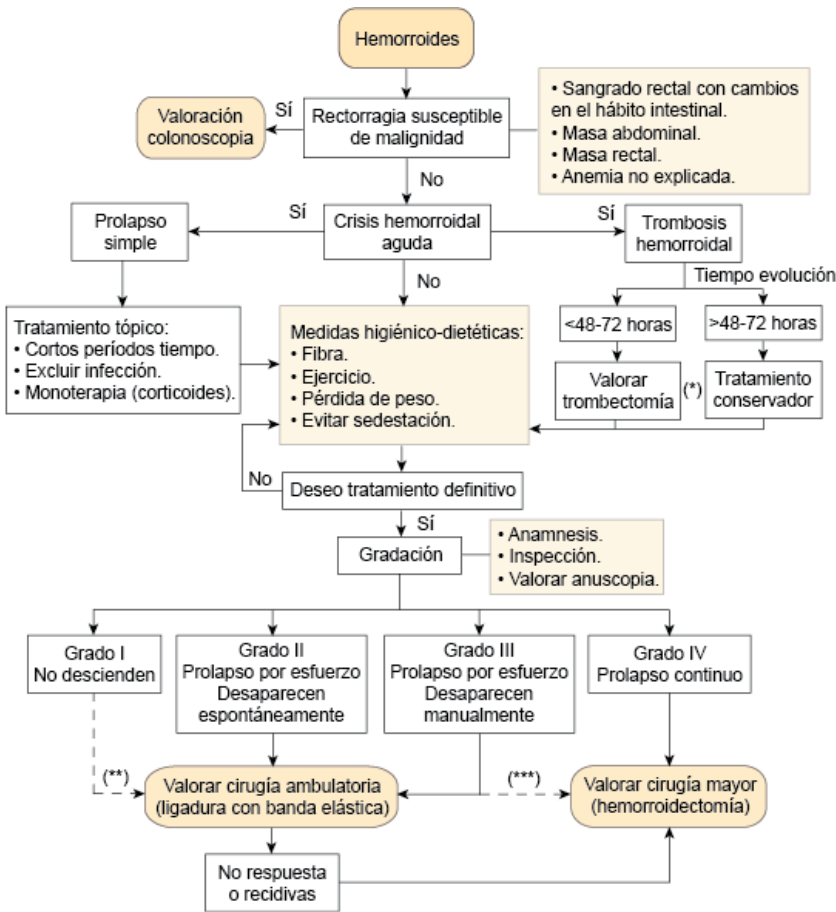
- Pacientes que no han respondido a otras técnicas ambulatorias no quirúrgicas.
- Pacientes que no toleren las técnicas ambulatorias no quirúrgicas.
- Pacientes muy sintomáticos.
- Hemorroides extensas o con otras patologías asociadas (fístulas, fisuras o colgajos cutáneos grandes).

- Pacientes que presenten combinación de hemorroides externas e internas con prolapso importante (grado III-IV).
- Trombosis hemorroidales.

En este caso, el objetivo de la cirugía sería conseguir la escisión de las almohadillas vasculares.

A la hora de elegir la mejor técnica, habrá que tener en cuenta el grado, el tamaño y la circunferencia además de los síntomas y preferencias del paciente (Yeo D, 2014).

- **Técnicas quirúrgicas:**
 - **Hemorroidectomía convencional:** es el tratamiento de elección y la técnica más usada en las hemorroides grado III. Es más efectiva que otras técnicas ambulatorias, su principal ventaja es la baja tasa de recurrencias y su principal inconveniente es el dolor postoperatorio y el mayor riesgo de complicaciones.
Existen dos tipos: hemorroidectomía cerrada (Ferguson) o abierta (Milligan-Morgan), ésta última la más utilizada en Europa (Yeo D, 2014). No se han observado diferencias significativas en cuanto al dolor postoperatorio comparando la técnica cerrada y abierta.
Existen diferentes técnicas de disección quirúrgica y ninguna de ellas ha presentado, en general, ventajas sobre las otras.
 - **Desarterización hemorroidal guiada por doppler:** es una técnica segura, con baja tasa de complicaciones pero la que tiene mayores tasas de recurrencia. En hemorroides grado IV se han observado numerosas intervenciones fallidas, por lo que se recomendaría asociada a hemorroidopexia (Noguerales F, 2015).
 - **Hemorroidopexia grapada (de Longo):** no presenta ni grandes complicaciones postoperatorias ni recurrencias. Se asocia con dolor postoperatorio y con una recuperación más rápida en comparación con la hemorroidectomía convencional. Sin embargo, parece ser menos efectiva en cuanto a la mejoría de los síntomas asociados a las hemorroides. En general no sería un tratamiento efectivo para hemorroides externas grandes ni trombosadas.
- **Hemorroides grado I:** la cirugía está raramente indicada, normalmente se resuelven con tratamiento conservador. Si fracasase, se llevarían a cabo procedimientos ambulatorios donde la ligadura con banda elástica (LBE) parece ser la técnica más efectiva.
- **Hemorroides grado II:** la cirugía tampoco sería la primera opción. En estos casos la ligadura con banda elástica (LBE) también suele ser el tratamiento de elección. En el caso de fracasar dicho tratamiento, la desarterización hemorroidal guiada por doppler parece ser efectiva sin mayores complicaciones (Yeo D, 2014).
- **Hemorroides grado III:** a pesar de que existen estudios contradictorios, parece que hay más evidencias a favor de la hemorroidopexia grapada frente a la hemorroidectomía convencional o a la desarterización hemorroidal guiada por doppler que tiene más tasas de recurrencias.
- **Hemorroides grado IV:** en estos casos la hemorroidectomía convencional continúa siendo el tratamiento de elección.



Algoritmo de manejo

- (*) Se puede valorar tratamiento conservador en todos los casos.
(**) Puede ser suficiente medidas higiénico-dietéticas.
(***) Valorar según preferencias del paciente.

Tratamiento del dolor postoperatorio

(Parés D, 2010; Santeularia Vergés MT, 2009)

El dolor postoperatorio es el síntoma más frecuente y temido por los pacientes tras la cirugía hemorroidal presentando intensidad máxima en las primeras 24 horas y disminuyendo progresivamente.

Actualmente existen múltiples técnicas analgésicas y fármacos y el objetivo es utilizarlos de manera combinada para reducir los efectos secundarios al utilizar

menores dosis que en monoterapia y emplear así distintos mecanismos de acción. Además, el buen control del dolor facilita la recuperación funcional del paciente, evita complicaciones relacionadas con el dolor postoperatorio (respiratorias, cardiovasculares, digestivas, metabólicas y psicológicas) y también los reingresos.

Existen varias técnicas analgésicas para alcanzar el control del dolor:

- Analgésicos no opioides: se debe evitar dar **paracetamol** como analgésico único (Parés D, 2010). La asociación de analgésicos menores que actúan a nivel periférico y central alcanzan una analgesia más eficaz (asociar AINEs + paracetamol).
- Opioides: son los fármacos de elección en el tratamiento del dolor postoperatorio sobre todo cuando no se controlan con otros fármacos o están contraindicados. Asociados a analgésicos no opioides se disminuyen los efectos secundarios de los primeros y además se consigue mayor potencia analgésica. La vía de elección sería la intravenosa, pero se utilizaría la vía oral como tratamiento ambulatorio.

En el caso de precisar el uso de fármacos opioides para el alivio del dolor, deberíamos de considerar el uso de aquellos con menos efectos secundarios (estreñimiento) o insistir en la importancia de la dieta con fibra e incluso valorar suplementos.

A nivel ambulatorio cada vez se están utilizando más los catéteres perineurales o incisionales siendo técnicas seguras y efectivas siempre que exista un buen soporte y seguimiento.

Algunos autores han observado alivio del dolor postoperatorio con el metronidazol oral. Sin embargo, por el momento se desconoce el beneficio real de estos resultados y su empleo no se recomienda de forma sistemática (Ala S, 2008; Solorio-López S, 2015).

Bibliografía

- Abramowitz L, Weyandt GH, Havlickova B, Matsuda Y, Didelot JM, Rothhaar A, et al. The diagnosis and management of haemorrhoidal disease from a global perspective. Aliment Pharmacol Ther. 2010;31 Suppl 1:1-58. PubMed **PMID: 20500735. Texto completo**
- Aigner F, Gruber H, Conrad F, Eder J, Wedel T, Zelger B, et al. Revised morphology and hemodynamics of the anorectal vascular plexus: impact on the course of hemorrhoidal disease. Int J Colorectal Dis. 2009;24(1):105-13. PubMed **PMID: 18766355**
- Ala S, Saeedi M, Eshghi F, Mirzabeygi P. Topical metronidazole can reduce pain after surgery and pain on defecation in postoperative hemorrhoidectomy. Dis Colon Rectum. 2008;51(2):235-8. PubMed **PMID: 18176825**
- Alonso-Coello P, Guyatt G, Heels-Ansdell D, Johanson JF, López-Yarto M, Mills E, et al. Laxatives for the treatment of hemorrhoids. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(4):CD004649. PubMed **PMID: 16235372**
- Alonso-Coello P, Marzo-Castillejo M, Mascort JJ, Hervás AJ, Viña LM, Ferrús JA, et al. [Clinical practice guideline on the treatment of hemorrhoids and anal fissure (update 2007)]. Gastroenterol Hepatol. 2008;31(10):668-81. PubMed **PMID: 19174084**
- Alonso-Coello P, Marzo-Castillejo M, Mascort JJ, Hervás AJ, Viña LM, Ferrús JA, et al. [Clinical practice guideline on the management of rectal bleeding (update 2007)]. Gastroenterol Hepatol. 2008;31(10):652-67. PubMed **PMID: 19174083**
- Alonso-Coello P, Mills E, Heels-Ansdell D, López-Yarto M, Zhou Q, Johanson JF, et al. Fiber for the treatment of hemorrhoids complications: a systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol. 2006;101(1):181-8. PubMed **PMID: 16405552**
- Cases-Baldó MJ, Morales-Cuenca G, Campillo-Soto A, Pellicer-Franco E, Carrillo-Alcaraz A, Aguayo-Albasini JL. [Use and abuse of the term 'haemorrhoid': importance of anal examination]. Aten Primaria. 2010 Aug;42(8):445. PubMed **PMID: 20117859**
- Charles J, Miller G, Fahridin S. Perianal problems. Aust Fam Physician. 2010;39(6):365. PubMed **PMID: 20628672. Texto completo**
- Daniel WJ. Anorectal pain bleeding and lumps. Aust Fam Physician. 2010;39(6):376-81. PubMed **PMID:20628675. Texto completo**
- Estalella L, López-Negre JL, Parés D. Enfermedad hemorroidal. Med Clin (Barc). 2013;140(1):38-41. PubMed **PMID: 23122612**
- Gupta PJ. Consumption of red-hot chili pepper increases symptoms in patients with acute anal fissures. Ann Ital Chir. 2008;79(5):347-51. PubMed **PMID: 19149363**
- Johannsson HO, Graf W, Pahlman L. Bowel habits in hemorrhoid patients and normal subjects. Am J Gastroenterol. 2005;100(2):401-6. PubMed **PMID: 15667500**
- Kaidar-Person O, Person B, Wexner SD. Hemorrhoidal disease: A comprehensive review. J Am Coll Surg. 2007;204(1):102-17. PubMed **PMID: 17189119**
- Kumar R, Mills AM. Gastrointestinal bleeding. Emerg Med Clin North Am. 2011;29(2):239-52. PubMed **PMID: 21515178**
- Lee JH, Kim HE, Kang JH, Shin JY, Song YM. Factors associated with hemorrhoids in korean adults: korean national health and nutrition examination survey. Korean J Fam Med. 2014;35(5):227-36. PubMed **PMID: 25309703. Texto completo**
- Lledó-Matoses S, editor. Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Cirugía colorrectal. Madrid: Arán Ediciones, S.A.; 2000.
- Lohsiriwat V. Hemorrhoids: from basic pathophysiology to clinical management. World J Gastroenterol 2012;18:2009-17. PubMed **PMID: 22563187. Texto completo**
- Lohsiriwat V. Treatment of hemorrhoids: A coloproctologist's view. World J Gastroenterol. 2015;21(31):9245-52. PubMed **PMID: 26309351. Texto completo**
- Maestre Y, Parés D, Salvans S, Ibáñez-Zafón I, Nve E, Pons MJ, et al. [Cold or hot sitz baths in the emergency treatment of acute anal pain due to anorectal disease? Results of a randomised clinical trial]. Cir Esp. 2010;88(2):97-102. PubMed **PMID: 20580349. Texto completo**
- Moesgaard F, Nielsen ML, Hansen JB, Knudsen JT. High-fiber diet reduces bleeding and pain in patients with hemorrhoids: a double-blind trial of Vi-Siblin. Dis Colon Rectum. 1982;25(5):454-6. PubMed **PMID: 6284457**
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Haemorrhoid. Patient. Trusted medical information and support. Nice Guidelines. Disponible en: **http://patient.info/doctor/haemorrhoids-piles-pro**
- Noguerales F, Díaz R, Salim B, Piniella F, Landaluce A, Garcea A, et al. Treatment of haemorrhoids by transanal haemorrhoidal dearterialization. Experience of several specialized units. Cir Esp. 2015;93(4):236-40. PubMed **PMID: 25022843. Texto completo**
- Parés D. [Adequate management of postoperative pain in surgery for hemorrhoidal disease]. Cir Esp. 2010;88(5):283-4. PubMed **PMID: 20851389. Texto completo**
- Pattana-arun J, Wesarachawit W, Tantiphlachiva K, Atithansakul P, Sahakitrungruang C, Rojanasakul A. A comparison of early postoperative results between urgent closed hemorrhoidectomy for prolapsed thrombosed hemorrhoids and elective closed hemorrhoidectomy. J Med Assoc Thai. 2009;92:1610-5. PubMed **PMID: 20043562**
- Perera N, Liolitsa D, lype S, Croxford A, Yassin M, Lang P, et al. Phlebotonics for haemorrhoids. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(8):CD004322. PubMed **PMID: 22895941**
- Pérez-Miranda M, Gómez-Cedenilla A, León-Colombo T, Pajares J, Mate-Jiménez J. Effect of fiber supplements on internal bleeding hemorrhoids. Hepatogastroenterology. 1996;43(12):1504-7. PubMed **PMID: 8975955**
- Perrotti P, Antropoli C, Molino D, De Stefano G, Antropoli M. Conservative treatment of acute thrombosed external hemorrhoids with topical nifedipine. Dis Colon Rectum. 2001;44(3):405-9. PubMed **PMID: 11289288**
- Perrotti P, Dominici P, Grossi E, Cerutti R, Antropoli C. Topical nifedipine with lidocaine ointment versus active control for pain after hemorrhoidectomy: results of a multicentre, prospective, randomized, double-blind study. Can J Surg. 2010;53(1):17-24. PubMed **PMID: 20100408. Texto completo**
- Quijano CE, Abalos E. Conservative management of symptomatic and/or complicated haemorrhoids in pregnancy and the puerperium. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(3):CD004077. PubMed **PMID: 16034920**
- 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. PubMed **PMID: 21932016**
- Rivadeneira DE, Steele SR, Ternent C, Chalasani S, Buie WD, Rafferty JL; Standards Practice Task Force of The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Dis Colon Rectum. 2011;54(9):1059-64. PubMed **PMID: 21825884**

- Rodríguez Rodríguez JR, García Gutiérrez A. Hemorroides. En: Goligher J, Duthie H, Nixon H, editores. Cirugía del ano, recto y colon. 3.ª ed. Barcelona: Salvat; 1998. p. 92-142. [Texto completo](#)
- Santeularia Vergés MT, Català Puigbò E, Genové Cortada M, Revuelta Rizo M, Moral García MV. [New trends in the treatment of post-operative pain in general and gastrointestinal surgery]. Cir Esp. 2009;86(2):63-71. PubMed [PMID: 19586620](#). [Texto completo](#)
- Simillis C, Thoukididou SN, Slesser AA, Rasheed S, Tan E, Tekkis PP. Systematic review and network meta-analysis comparing clinical outcomes and effectiveness of surgical treatments for haemorrhoids. Br J Surg. 2015;102(13):1603-18. PubMed [PMID: 26420725](#). [Texto completo](#)
- Sladden MJ, Thomson AN, Lombard CJ. Rectal bleeding in general practice patients. Aust Fam Physician. 1999;28(7):750-4. PubMed [PMID: 10431442](#)
- Solorio-López S, Palomares-Chacón UR, Guerrero-Tarín JE, González-Ojeda A, Cortés-Lares JA, Rendón-Félix J, et al. Efficacy of metronidazole versus placebo in pain control after hemorrhoidectomy. Results of a controlled clinical trial. Rev Esp Enferm Dig. 2015;107(11):681-5. PubMed [PMID: 26541658](#). [Texto completo](#)
- Yeo D, Tan KY. Hemorrhoidectomy - making sense of the surgical options. World J Gastroenterol. 2014;20(45):16976-83. PubMed [PMID: 25493010](#). [Texto completo](#)

Más en la red

- Jacobs D. Clinical practice. Hemorrhoids. N Engl J Med. 2014 Sep 4;371(10):944-51. PubMed [PMID: 25184866](#)
- Rakinic J, Poola VP. Hemorrhoids and fistulas: new solutions to old problems. Curr Probl Surg. 2014 Mar;51(3):98-137. PubMed [PMID: 24606821](#)
- Simillis C, Thoukididou SN, Slesser AA, Rasheed S, Tan E, Tekkis PP. Systematic review and network meta-analysis comparing clinical outcomes and effectiveness of surgical treatments for haemorrhoids. Br J Surg. 2015;102(13):1603-18. PubMed [PMID: 26420725](#). [Texto completo](#)

Autora

▪ Lucía Puga Mosteiro Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria

Servicio de Atención Primaria. Servicio Galego de Saúde. Lugo. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

