

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: HEMORROIDES

Capítulo 3. Guía de Cirugía Colorrectal de la AEC-2012. (Ortiz H. Ed. Madrid. Ed. Arán. ISBN 978-84-92977-34-5), pp 64-74.

Autores:

-José Vicente Roig Vila
-Juan García Armengol

Concepto

- En el canal anal existen unas estructuras vasculaelásticas que lo almohadillan. Están compuestas de arteriolas y venas dilatadas con comunicaciones arteriovenosas, músculo liso y tejido conectivo y elástico. En condiciones normales suponen un mecanismo accesorio de la continencia al asegurar un cierre anal más efectivo. Fisiológicamente existen tres, situadas en las zonas lateral izquierda, anterolateral y posterolateral derecha del conducto anal, aunque puede haber otras menores. Como son estructuras normales, en ausencia de clínica, aún observando que están engrosadas, no requieren tratamiento.
- Las hemorroides consisten en el deslizamiento distal de estas estructuras. Al desplazarse con la defecación pueden engrosarse, prolapsar, congestionarse y sangrar.
- Su prevalencia es de alrededor del 5%, con un pico de incidencia entre 45 y 65 años, sin diferencias entre sexos, aunque más del 50% de la población tendrá algún síntoma a lo largo de su vida. Muchas molestias anorrectales se atribuyen injustificadamente a hemorroides.
- Al ser mixto el drenaje venoso hemorroidal: vía portal (plexo interno) y sistémica (plexo externo), en casos de hipertensión portal se ingurgitará el plexo interno y podrán aparecer varices rectales, no hemorroides.

Etiología

- Se han implicado factores predisponentes, como la posición erecta, herencia, embarazo, hipertensión anal, incremento de presión intraabdominal, permanecer mucho tiempo sentado en el WC etc, no significativos en estudios epidemiológicos.
- El estreñimiento es el más comúnmente incriminado y sobre él también existe controversia, si bien agrava los síntomas. Aunque puede parecer paradójico, la diarrea también puede agravar o desencadenar una crisis hemorroidal, pues si bien disminuye el esfuerzo defecatorio, el aumento importante de la frecuencia es condicionante.

Clasificación

- La más empleada distingue 4 grados y está basada en el prolapso. Su interés práctico es el de separar pacientes susceptibles de tratamiento conservador o no quirúrgico (Grados I y II), de aquellos en los que el prolapso ya no es reductible espontáneamente debido a pérdida de la elasticidad de la mucosa (Grados III y IV), pudiendo estar en ellos más indicada la cirugía (Tabla 1).
- Sin embargo, los síntomas pueden ser confusos y a veces coexisten diversos grados de prolapso según el paquete hemorroidal que se considere, en un mismo paciente. Además, como esta clasificación sólo atiende a uno de los síntomas, tiene un valor limitado ya que la gravedad puede relacionarse con otros parámetros como la anemia o el grado de disconfort. Así, es fundamental atender a los síntomas y cotejarlos con la exploración para decidir el tratamiento más adecuado, pues la clasificación en grados no siempre es correcta.

Clínica.

- El síntoma más frecuente es la rectorragia, generalmente de sangre roja viva que mancha el papel higiénico o riega la deposición, y solo ocasionalmente causa anemia crónica. El prolapso, es el segundo síntoma en orden de frecuencia, aparece en primeras instancias con la evacuación y puede agravarse hasta hacerse permanente e irreductible. Otros síntomas son prurito, disconfort y ensuciamiento o escape mucoso, estos últimos generalmente asociados a mayor prolapso. El dolor se asocia a una complicación o a una patología asociada.
- Las hemorroides pueden presentar episodios de agudización, denominada crisis hemorroidal aguda, consistente en la exacerbación sintomática con molestias, prurito y dolor, debida a irritación mecánica por heces duras, o química (cafeína, teína, especias, alcohol o heces líquidas ácidas),
- La trombosis hemorroidal externa, con coágulos intravasculares a nivel del plexo hemorroidal externo, produce habitualmente dolor con un pico alto los primeros días y que va cediendo paulatinamente. A la exploración destaca una zona violácea o negruzca indurada, bien delimitada en el margen anal muy sensible al tacto.
- Otra presentación es el prolapso hemorroidal trombosado, consistente en trombosis a nivel de los vasos de las hemorroides internas, que se edematizan y quedan prolapsadas y siendo irreductibles y muy dolorosas. A la exploración hay marcado edema, y eversión de la mucosa anorrectal. El edema puede progresar a ulceración y necrosis. A diferencia de la externa, que no condiciona tratamiento posterior, tras un prolapso trombosado cuando menos persistirá una patología hemorroidal de base que deberá ser tratada cuando se resuelva el cuadro agudo.

Diagnóstico.

- Es fundamental descartar otras patologías, siendo la más importante el cáncer de recto. Un estándar mínimo de exploración incluirá, además del tacto rectal y anuscopia, rectosigmoidoscopia rígida.

- Se solicitará colonoscopia completa ante cualquier síntoma inusual, antecedentes familiares de pólipos o cáncer colorrectal o edad superior a los 40 años.
- El prolapso mucoso rectal puede ocasionar idénticos síntomas.
- Las papilas o pólipos rectales prolapsados pueden asimismo ser confundidos con hemorroides.

Tratamiento

El actual concepto etiopatogénico supone que si el prolapso puede prevenirse o solventarse, no se requerirá la exéresis de estas estructuras anatómicas.

Médico

- La adición de fibra a la dieta o los agentes formadores de bolo fecal, unidos a ingesta abundante de líquidos, reducen el esfuerzo al defecar, y son de utilidad para tratar hemorroides de primero y algunas de segundo grado, aunque deben emplearse como tratamiento asociado en todo tipo de hemorroides.
- La restricción de alimentos o bebidas irritantes para el recto y canal anal debe ser la norma, al igual que establecer un horario habitual para defecar y evitar períodos prolongados en el aseo.
- Las cremas, pomadas y supositorios, van encaminados a disminuir la clínica en casos agudos, reduciendo el edema e inflamación. No sirven para tratar la rectorragia o el prolapso y tan solo deben emplearse durante unos días, fundamentalmente para tratar el prurito asociado. Su uso continuado puede provocar dermatitis por sensibilización a anestésicos locales, así como atrofia cutánea y prurito rebelde por los corticoides que suelen llevar en su composición.
- En casos agudos, son de utilidad los baños de asiento con agua templada, que tienen un efecto relajante para el esfínter anal. Los venotónicos actúan inhibiendo mecanismos de la respuesta inflamatoria, manteniendo la integridad del endotelio, aumentando el tono venoso y reduciendo el edema. Se ha demostrado una favorable comparación respecto a la ligadura elástica en el tratamiento de la rectorragia aislada por hemorroides, y también, por el mismo mecanismo, pueden emplearse en casos agudos y en el postoperatorio.
- La asociación de fibra, baños de asiento y medicación venotónica y antiedematosa, proporciona mejoría sintomática en 80-90% de pacientes con hemorroides internas sintomáticas.
- Las hemorroides asintomáticas no requieren tratamiento.

Tratamientos instrumentales en la consulta

- Las hemorroides de primero, segundo grado y muchas de tercero, pueden ser tratadas mediante modalidades terapéuticas que pretenden fijar las almohadillas submucosas al músculo subyacente para que el tejido cicatricial resultante prevenga el prolapso durante la defecación. Si fracasan, el tratamiento puede repetirse o intentar otro procedimiento.

Esclerosis

- Se puede emplear fenol al 5% en aceite de almendras, quinina-urea o etoxiesclerol. La inyección se efectúa vía anoscopio en la submucosa, mediante una jeringa tipo Gabriel, por encima de la hemorroide interna, inyectando unos pocos mililitros en cada paquete hemorroidal. Las molestias

son escasas ya que no hay terminales sensitivos en la zona. Puede repetirse a las pocas semanas, pero no se recomienda el uso muy repetido.

Ligadura con banda

- Es el tratamiento más extendido. En este caso, la fijación de la mucosa es producida por ulceración y no por reacción inflamatoria. Existen diversos instrumentos para efectuar la ligadura hemorroidal. Los modelos actuales funcionan por aspiración de la mucosa, lo que disminuye su traumatismo al no tener que traccionar de ella. El número ideal de ligaduras por sesión parece ser de dos, y la curación se consigue en 1-3 sesiones.
- Tras la ligadura suele haber disconfort moderado y sensación de tenesmo que desaparece en uno o dos días. Si existe dolor inmediato, es debido a que la ligadura se colocó muy baja y debe ser retirada. A veces el dolor es más tardío y es debido a trombosis de vasos marginales.
- Otra complicación posible es la rectorragia entre el 5º y 10º día. Es debida a que cuando cae la ligadura tras la necrosis mucosa queda una ulceración.
- Excepcionalmente, se han descrito casos aislados de sepsis pélvica por infección sinérgica. Se le debe indicar al paciente que debe acudir si presenta dolor inexplicable unos días tras la ligadura, fiebre o retención urinaria. Es tan raro que no hace necesario el empleo sistemático de profilaxis antibiótica..

Fotocoagulación con infrarrojos

- Está producida por una lámpara de tungsteno-halógeno. Produce cauterización y subsiguiente cicatrización de la zona afecta. Se aplica la punta del instrumento a la base de la hemorroide durante 1,5 segundos. Ello produce un área de coagulación de 3-4 mm, empleándose 2-3 coagulaciones por cada paquete hemorroidal y tratando 1-2 pedículos por sesión. Las complicaciones son infrecuentes y no suele haber molestias importantes.

Tratamientos no recomendados

- La electrocoagulación mediante diatermia bipolar o la corriente directa, tienen también baja relación coste/beneficio
- La criocirugía, basada en que el frío causa analgesia y destrucción tisular, no debe emplearse por las molestias dolorosas y descarga mucosa que origina, con un tiempo prolongado de cicatrización de las heridas.

Comparación de los métodos no quirúrgicos

- Estos tratamientos ofrecen una mejoría real de los síntomas, siendo una alternativa real y no la antesala del tratamiento quirúrgico. Además, esta mejoría es mantenida en el tiempo, y 5 años tras la ligadura hemorroidal persiste el beneficio de la técnica cuando se ha efectuado en Grados I y II.
- Un metaanálisis ha mostrado que tanto para los Grados I y II como para el III, la ligadura con banda es mejor que la esclerosis. Como las molestias son algo mayores con la primera, en caso de hemorroides Grado I puede emplearse la esclerosis o coagulación con infrarrojos.

- Cuando las hemorroides son prolapsadas, un 80-90% de pacientes son aún subsidiarios de tratamiento conservador, y en ellos la ligadura con banda es el procedimiento de elección.

Cirugía

- La cirugía sólo es precisa en 5-10% de pacientes con enfermedad hemorroidal sintomática (Figura 1). Se recomienda en aquellos con hemorroides de tercer y cuarto grado, sobre todo con importante alteración de la arquitectura anorrectal (trombosis, ulceración, componente externo, papila hipertrófica), en los que no dio resultado el tratamiento conservador y en los complicados con otras patologías de la zona.
- En algunos casos podrá asociarse un tratamiento conservador instrumental de las hemorroides a la cirugía anal a realizar.
- Las contraindicaciones son básicamente la afectación rectal por enfermedad inflamatoria intestinal activa, la inmunodeficiencia grave y la incontinencia fecal.
- La preparación preoperatoria no es necesaria. Ni siquiera se requiere emplear un enema, ya que de este modo la primera evacuación es más temprana. No es preciso rasurar la piel perianal.

Técnicas quirúrgicas

- La hemorrodectomía incluye la resección de anodermo junto al tejido hemorroidal y mucosa rectal, extirpando 3 ó 4 paquetes y dejando piel y mucosa anal intacta entre ellos para prevenir la estenosis y fisuración posterior.
- La posición operatoria puede ser la de navaja o litotomía.
- Puede efectuarse bajo cualquier tipo de anestesia, pero probablemente sea adecuada la local asociada a sedación con el fin de favorecer el alta precoz.
- Es conveniente el empleo de un anoscopio quirúrgico, para exponer adecuadamente cada pedículo hemorroidal.
- La disección comienza por la piel perianal, introduciéndose en el canal anal y recto bajo. Es importante identificar el esfínter anal interno y preservarlo. Se ha descrito que el uso de electrobisturí produce menos dolor postoperatorio.
- A nivel de la mucosa rectal por encima de la hemorroide, se puede ligar su pedículo con sutura transfixiva, si bien una disección meticulosa, puede no hacerla necesaria en muchos casos. Así, actuando en los 3-4 paquetes hemorroidales y dejando adecuados puentes mucocutáneos finaliza la intervención tipo Milligan y Morgan.
- La técnica de Ferguson, asocia la sutura primaria de la mucosa rectal, canal anal y piel perianal tras preparar colgajos de anodermo y mucosa.
- Diversos estudios comparativos otorgan ventajas a una u otra técnica sin evidentes diferencias. Con la cerrada las incisiones cicatrizan antes pero no se demuestra ventaja en cuanto al dolor postoperatorio.
- La esfínterotomía interna no mejora las molestias postoperatorias, e incrementa el riesgo de incontinencia anal y prolapso mucoso residual, y no debe emplearse salvo que exista una fisura

anal asociada. No debe efectuar un taponamiento del canal anal ya que sólo produce mayor dolor postoperatorio, si bien es imprescindible una adecuada hemostasia durante el acto quirúrgico.

Hemorroidectomía con bisturí harmónico y con sellador de vasos

- La hemorroidectomía realizada con estos dispositivos tiene una duración más corta.
- Parece que las molestias son algo menores que con cirugía convencional y no se han observado diferencias en la calidad de vida de los pacientes.
- El sellador de vasos muestra cierta ventaja en rapidez y una revisión de la Cochrane evidencia menor pérdida hemática y reducción de las molestias.
- Sin embargo, dos metanálisis han mostrado que los efectos a largo plazo son desconocidos.

Cirugía con láser

- Pese a que el láser ha sido citado repetidamente como panacea del dolor postoperatorio, los estudios comparativos no avalan mejoras en la sintomatología, por lo que no es una alternativa ventajosa a la cirugía convencional.

Hemorroidopexia

- Esta técnica implica la resección circunferencial de una banda de mucosa rectal por encima de las hemorroides empleando una grapadora termino-terminal denominada PPH. Las hemorroides no se extirpan sino que pasan a ocupar su posición original. Ello mejora el flujo venoso, no lesiona estructuras sensitivas, preserva mejor la continencia y no condiciona estenosis, lo que se traduce teóricamente en un postoperatorio más cómodo, y que, junto a una gran difusión, condicionó inicialmente un uso muy importante de la técnica.
- Su propia indicación, muy generosa en ocasiones, no está claramente especificada en algunos ensayos publicados. Si el tratamiento no quirúrgico es adecuado para el tratamiento de hemorroides de grado I y II y para muchas de grado III, sin duda una -hemorroidopexia grapada sería una indicación por exceso, mientras que en los pacientes con prolapso irreductible grado IV, y en aquellos con componente fibrótico externo que no resuelve la intervención, sería una mala indicación por defecto. Un estudio prospectivo aleatorizado de hemorroidopexia frente a ligadura elástica, muestra que con la primera hay más molestias, pero una tasa menor de recidiva sintomática. Ello es acorde con un metaanálisis de 18 estudios prospectivos aleatorizados de hemorroidectomía frente a *banding* que muestran mejores resultados con la cirugía, si bien con más complicaciones y dolor.
- Varios ensayos han comprobado la disminución del dolor postoperatorio con la hemorroidopexia, a pesar de que alrededor de un 20% de los pacientes padecen dolor intenso que requiere opiáceos y se mantiene dos semanas tras la intervención. Las molestias consisten en disconfort y tenesmo o urgencia defecatoria, que en un 5% de los pacientes puede ser muy incómoda.
- Respecto de las complicaciones postoperatorias, se han descrito algunas graves, aunque raras, tales como sepsis retroperitoneal, gangrena de Fournier o fístulas complejas. La hemorragia

postoperatoria es también más frecuente, si bien las complicaciones disminuyen con la curva de aprendizaje y selección de pacientes.

- La tasa de recurrencias del prolapso es significativamente mayor al año que tras la hemorroidectomía convencional, y entre el 5 y el 10% precisan algún procedimiento adicional, como ligaduras elásticas o exéresis de algún paquete residual.
- Esta técnica debe restringirse al tratamiento de hemorroides circunferenciales con importante prolapso mucoso y sin gran componente cutáneo fibrótico, y en casos con menor prolapso, puede ser sustituida por ligaduras elásticas.

Procedimientos de desarterialización

- Otra contribución al tratamiento quirúrgico de las hemorroides es la ligadura de la arteria hemorroidal guiada por Doppler, denominado DGHAL (*Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation*), HAL o THD (*Transanal hemorrhoidal dearterialization*). Se efectúa a través de un anuscopio especial, y mediante un Doppler se identifica la ubicación de las ramas de la arteria hemorroidal, que son ligadas transfixivamente 2-3 cm sobre la línea pectínea, con ayuda de un empujador de nudo.
- Se precisa ligar al menos 6 ramas arteriales, que están habitualmente ubicadas a la 1-3-5-7-9 y 11 horas en posición de litotomía.
- Se ha aconsejado en los grados II y III de prolapso, en los cuales puede ser suficiente un tratamiento menos costoso, como la ligadura elástica. También puede efectuarse en hemorroides grado IV con escaso componente externo.
- Estudios aleatorizados muestran ventajas en molestias postoperatorias, complicaciones y costes respecto al tratamiento con PPH en hemorroides de grados II, III y IV, si bien todavía no hay metanálisis de estudios prospectivos y aleatorizados.
- No existe evidencia de que sea mejor hacerla con Doppler que directamente mediante un separador adecuado.

Tratamiento de las urgencias hemorroidales

Trombosis hemorroidal externa

- Dada la historia natural del proceso, con un pico de dolor los 2-3 primeros días que va cediendo paulatinamente, la excisión quirúrgica de la hemorroide externa trombosada se efectuará sólo ante sintomatología dolorosa importante.
- Puede efectuarse de forma ambulatoria y tras infiltración subcutánea con anestésico local efectuando la extirpación del paquete externo afectado dejando la herida abierta.
- No debe efectuarse incisión simple y extracción del trombo ya que la trombosis es frecuentemente múltiple y además los bordes de la herida pueden coaptar en el postoperatorio y condicionar la recidiva del proceso.

Prolapso hemorroidal trombosado.

- En caso de prolapso trombosado con importante necrosis está indicada la hemorroidectomía de urgencia. Sin embargo hay que ser cautos y no extirpar demasiado tejido, ya que podría originarse una estenosis postoperatoria.
- Es útil la infiltración con hialuronidasa para reabsorber el edema y valorar mejor los puentes cutaneomucosos.
- En casos más leves con edema y trombosis, pero sin objetivarse necrosis hemorroidal, puede reducirse el prolapso con la aplicación directa de azúcar sobre la mucosa o con infiltración de hialuronidasa más anestésico local, y añadirse el tratamiento médico conservador ya mencionado, con medidas higiénico-dietéticas, antiinflamatorios, venotónicos y reposo.

Cuidados postoperatorios

- El dolor postoperatorio es temido por los pacientes y más frecuente en aquellos con hipertonia anal. Además, desempeña un papel en el desarrollo de una retención urinaria postoperatoria.
- Se pueden emplear la analgesia epidural o la analgesia controlada por el paciente (PCA), pero no son opciones adecuadas en cirugía ambulatoria.
- Una alternativa es el empleo de opiáceos por vía subcutánea o intramuscular. El ketorolaco se ha aconsejado también, tanto intraesfinteriano como parenteral.
- En nuestro medio es más habitual emplear, a partir de las 6-12 horas de la operación, analgesia oral con: metamizol, tramadol, etc., asociada a antiinflamatorios. También se han recomendado ansiolíticos y relajantes musculares. Existe alguna evidencia de que el empleo de metronidazol oral disminuye el dolor entre el 2º y 4º día. Se han empleado también la nitroglicerina tópica al 0,2% y la fracción flavonoide micronizada, que ayuda a disminuir el edema.
- Son aconsejables baños de asiento con agua templada para reducir la contracción esfinteriana. No se precisan apósitos, ya que se adhieren y su retirada es dolorosa. Si se colocó alguno tras la intervención, debe retirarse al día siguiente, para lo cual puede ayudar el propio baño templado.
- Es conveniente favorecer la defecación precoz de heces de forma y consistencia adecuada, para obtener una deposición diaria y con poco esfuerzo, con suplementos de fibra, lactulosa o ambas.

Complicaciones inmediatas de la cirugía

Hemorragia.

- Es una complicación infrecuente de la hemorroidectomía (2-4%). Si aparece en las primeras 24 horas puede ser grave y es consecuencia de una técnica defectuosa.
- La hemorroidopexia grapada exige minuciosidad en la revisión de la línea de sutura mecánica para evitar la posibilidad de hemorragia precoz. Si no cede espontáneamente o mediante la inserción de un balón de Foley hinchado y con tracción en el canal anal alto tras lavado de los coágulos rectales, se requerirá la revisión quirúrgica.

- El taponamiento anal no previene la hemorragia sino que puede favorecer un sangrado retrógrado y dificultar el diagnóstico en el postoperatorio.

Retención urinaria

- El mejor método de prevención es la adecuada restricción de líquidos en el postoperatorio.

Impactación fecal

- Debe prevenirse favoreciendo la evacuación precoz mediante el empleo de laxantes tipo lactulosa o agentes de volumen asociados a ingesta de líquidos.

Complicaciones a medio y largo plazo

Estenosis

- Es el resultado de excesiva generosidad en la exéresis hemorroidal, con inadecuados puentes de anodermo.

Incontinencia

- Su causa es una cirugía inadecuada con lesiones a veces múltiples de esfínter anal interno debido a incorrecta identificación operatoria. Aunque suele ser una incontinencia menor, con ensuciamiento o escapes nocturnos, su tratamiento puede ser problemático.
- No obstante, la propia exéresis de las hemorroides puede, en casos en que existan factores predisponentes graves, conducir a una incontinencia fecal cuando el único elemento que mantiene la continencia es este tejido vasculoelástico.

Repliegues cutáneos

- No son infrecuentes en las primeras semanas del postoperatorio e intranquilizan al paciente que cree que no se le extirparon adecuadamente las hemorroides. Suelen resolverse espontáneamente.

Hemorroides en situaciones especiales

Embarazo

- La clínica hemorroidal puede debutar o intensificarse en el embarazo. La cirugía sólo está indicada ante prolapso estrangulado muy sintomático.
- La trombosis hemorroidal postparto puede tener indicación quirúrgica, sobre todo, en las pacientes que han arrastrado problemas hemorroidales durante el embarazo y se han agravado tras el parto.

Paciente inmunodeprimido

- Los pacientes en tratamientos oncológicos y aquellos con síndrome de inmunodeficiencia adquirida pueden tener niveles bajos de granulocitos. En estos casos, el riesgo de complicaciones es muy elevado y la ligaduras con banda elástica o la cirugía no deben efectuarse a menos que sea imprescindible, lo cual ocurre muy infrecuentemente.
- Si la tasa de neutrófilos y en caso de SIDA los linfocitos CD4 están en niveles normales, se podrán efectuar estos procedimientos bajo cobertura antibiótica

Enfermedad inflamatoria intestinal

- Las complicaciones son mayores en los pacientes con enfermedad de Crohn. Sin embargo, cuando no existe enfermedad rectal, la cirugía puede efectuarse en pacientes seleccionados.
- A diferencia de la enfermedad de Crohn, en pacientes con colitis ulcerosa las ligaduras con banda elástica o la cirugía hemorroidal es habitualmente segura.

Bibliografía

1. MacRae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 685-94.
2. Alonso-Coello P, Mills E, Heels-Ansdell D, López-Yarto M, Zhou Q, Johanson JF, Guyatt G. Fiber for the treatment of hemorrhoids complications: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 2006;101:181-8.
3. Ho YH, Tan M, Seow-Choen F. Micronized purified flavonoidic fraction compared favorably with rubber band ligation and fiber alone in the management of bleeding hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 66-9.
4. Ho YH, Buettner PF. Open compared with closed haemorrhoidectomy: meta-analysis of randomized controlled trials. *Tech Coloproctol* 2007; 11:135-43.
5. Shao WJ, Li GC, Zhang ZH, Yang BL, Sun GD, Chen YQ. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing stapled haemorrhoidopexy with conventional haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 2008; 95: 147-60.
6. Giordano P, Gravante G, Sorge R, Ovens L, Nastro P. Long-term outcomes of stapled hemorrhoidopexy vs conventional hemorrhoidectomy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Surg.* 2009 ;144 :266-72.
7. Milito G, Cadeddu F, Muzi MG, Nigro C, Farinon AM Haemorrhoidectomy with Ligasure vs conventional excisional techniques: meta-analysis of randomized controlled trials. *Colorectal Dis.* 2010 ;12:85-93.
8. Nienhuijs S, de Hingh I. Conventional versus Ligasure hemorrhoidectomy for patients with symptomatic Hemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; 21 (1): CD006761.
9. Chen JS, You JF. Current Status of Surgical Treatment for Hemorrhoids-Systematic Review and Meta-analysis. *Chang Gung Med J* 2010; 33: 488-500.
10. Joshi GP, Neugebauer EA, PROSPECT Collaboration. Evidence-based management of pain after haemorrhoidectomy surgery. *Br J Surg* 2010; 97: 1155-68.

Tabla 1. Clasificación y síntomas de las hemorroides internas

Grado	Prolapso	Síntomas
I	No	Rectorragia
II	Al defecar Se reduce espontáneamente	Prolapso, rectorragia, disconfort moderado
III	Al defecar y a veces de modo espontáneo. Requiere reducción manual.	Prolapso, rectorragia, disconfort, ensuciamiento, secreción, prurito ocasional.
IV	Persistente. No se puede reducir.	Prolapso, rectorragia, dolor, trombosis, secreción, ensuciamiento.

Figura 1. Algoritmo básico de manejo de las hemorroides

