



Artículos

■ **Epidemiología de la enfermedad hemorroidal en la Unidad de Coloproctología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas desde enero 2006 hasta diciembre 2019**

- [Introducción](#)
- [Materiales y métodos](#)
- [Resultados](#)
- [Discusión](#)
- [Referencias bibliográficas](#)

Carlos Sardiñas

Cirujano General y Coloproctólogo
Coordinador General en el Laboratorio de Fisiología Anorrectal y Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas. Caracas. Venezuela

Alexis Castillo

Cirujano General
Cursante de la Especialización en Coloproctología en el Laboratorio de Fisiología Anorrectal y Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas. Caracas. Venezuela

Arturo Rodríguez

Cirujano General
Cursante de la Especialización en Coloproctología en el Laboratorio de Fisiología Anorrectal y Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas. Caracas. Venezuela

Bagher Nouri

Cirujano General y Coloproctólogo
Laboratorio de Fisiología Anorrectal y Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas. Caracas. Venezuela

María Oropeza

Cirujano General y Coloproctólogo
Coordinadora Académica en el Laboratorio de Fisiología Anorrectal y Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas. Caracas. Venezuela

Monografías docentes

Epidemiología de la enfermedad hemorroidal en la Unidad de Coloproctología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas desde enero 2006 hasta diciembre 2019

Fecha de recepción: 21/11/2019

Fecha de aceptación: 21/12/2019

Los cojinetes hemorroidales son colecciones de sinusoides arteriovenosos, submucosos, fibrovasculares que forman parte del ano recto normal, que al verse afectado da producción a una patología llamada enfermedad hemorroidal. Que en el transcurso del tiempo ha tenido un incremento en cuanto a su incidencia, nacional e internacionalmente, motivo por el cual se decidió realizar el estudio estadísticos con una población intencional en los años de 2006 hasta 2019 en la unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas. Resultados: 707 historias estudiadas, mujeres 54,88 % y hombres 45.12 %, siendo el género femenino más afectado, el promedio de edad entre 40 a 60 años 48, 51 % fueron la mayor población, según la clasificación el grado III fue el más frecuente con 40,16 % de los casos, siendo la técnica quirúrgica de Milligan-Morgan el tratamiento más utilizado 92,79 %. Discusión: la patología hemorroidal se considera de forma equivocada y muchas veces es confundida con enfermedades benigna y maligna de la región anorrectal. El autodiagnóstico y automedicación empeora la mejoría y complica la evolución de dicha enfermedad, teniendo un poco estadísticas por desconocimiento del médico y omisión de los pacientes en acudir a la consulta de Coloproctología.

Palabras Claves: Epidemiología, Patología hemorroidal, Milligan-Morgan

Title

Epidemiology of hemorrhoidal disease in the Coloproctology Unit of the Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas from January 2006 to December 2019

Abstract

Hemorrhoidal cushions are collections of arteriovenous, submucosal, fibrovascular sinusoids that are part of the normal anorectum, which when affected gives rise to a pathology called hemorrhoidal disease. That in the course of time it has had an increase in terms of its incidence, nationally and internationally, which is why it was decided to carry out the statistical study with an intentional population in the years 2006 to 2019 in the Coloproctology unit of the University Hospital of Caracas. Results: 707 histories studied, women 54.88% and men 45.12%, being the most affected female gender, the average age between 40 to 60 years 48, 51% were the largest population, according to the classification grade III was the most common with 40.16% of cases, being the Milligan-Morgan surgical technique the most used treatment 92.79% Discussion: hemorrhoidal pathology is considered wrongly and is often confused with benign and malignant diseases of the region anorectal. Self-diagnosis and self-medication worsens the improvement

and complicates the evolution of this disease, having a few statistics due to the lack of knowledge of the doctor and the omission of the patients in attending the Coloproctology consultation.

Key Word

Epidemiology, Hemorrhoidal pathology, Milligan-Morgan

Introducción

La enfermedad hemorroidal son colecciones de sinusoides arteriovenosos, submucosos, fibrovasculares que forman parte del anorrecto normal, el propósito de estos "cojines vasculares" no se entiende completamente, pero parecen ser importantes para detectar la plenitud, presión y para percibir contenidos anales, además, pueden apoyar al cierre anal, facilita la continencia y ayuda a proteger el esfínter anal de lesiones durante la defecación (1). Dado que las hemorroides sintomáticas son un problema tan común y generalizado, es apropiado actualizar periódicamente el patrón de tratamiento actual para esta enfermedad (2).

La incidencia de la enfermedad hemorroidal incrementa con la edad, siendo el sexo masculino afectado dos veces más que las mujeres, la edad predispone a la laxitud del ligamento de Treitz's, después de los 30 años. Hay una predisposición hereditaria, la predisposición ocupacional no se ha demostrado, las dietas bajas en residuos vista típicamente en países industrializados se han descrito como contribuyentes para presentar síntomas hemorroidales conllevando a presentar heces más duras (3).

Los principales síntomas asociados con las hemorroides son sangrados, prurito, humedad, dolor y prolapso. Muchos pacientes que se quejan de estos síntomas asumen que sufren de hemorroides. Solo una anamnesis precisa y un examen físico cuidadoso puede hacer un diagnóstico certero, evitando así frecuentes y primeras interpretaciones erróneas (4).

La enfermedad hemorroidal es una de las principales causas de la consulta en Coloproctología, por lo que es importante conocer la casuística que ha presentado y comparar a su vez con los trabajos presentados a nivel nacional e internacional.

Al evaluar la casuística de otros autores, tenemos que en la publicación de Magela G. en el 2008 (5), destaca el artículo de Cruz G., Ferreira R. y Neves P. del Grupo de Coloproctología de Santa Casa de Bello Horizonte de la Facultad de Ciencias Médicas de Minas Gerais, Brasil titulado "Aspectos epidemiológicos y diagnósticos de 9.289 pacientes portadores de Enfermedad Hemorroidal" siendo evaluados en un total de 38 años, 34.000 pacientes, de los cuales el 27,3% (9.289 pacientes) padecen enfermedad hemorroidal, a predominio del sexo femenino (53,9%) sobre el masculino (46,1%), edades con mayor incidencia entre la tercera y quinta década de la vida, con una media de 39,9 años. Según el grado de enfermedad hemorroidal se obtuvo grado I 1.135 pacientes (12,2%), grado II 2.625 pacientes (28,3%), grado III 3.429 pacientes (36,9%) y grado IV 1.883 pacientes (20,3%). En cuanto a patologías anales concomitantes describe la presencia de fisura anal en el 5,8%, hipertrofia de papilas en el 3,4%, fistula perianal en el 1,3% y condiloma acuminado en el 0,03%.

En Estados Unidos, la prevalencia de la enfermedad hemorroidal reportada por Wexner en el libro de la Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Recto en el 2007, es de 4,4% y el grupo etario más afectado se encuentra entre los 45 y 65 años (6).

Con respecto a las estadísticas venezolanas, sólo se encuentra publicado en la literatura nacional, 3 artículos relacionados con los aspectos epidemiológicos de la enfermedad hemorroidal, en primer lugar, Gómez García, Robinson (7), en una revisión de la patología anorrectal en el Hospital Vargas de Caracas durante el período 1945 – 1963, encontró del total de historias de pacientes 93.588, el 1,8% (1.740) correspondían a patología anorrectal. Con respecto a la Enfermedad Hemorroidal, 785 pacientes evaluados en 20 años; 0,83% del total de pacientes vistos y 45,7% del total de patologías anorrectales. La edad fue entre 16 y 97 años con promedio de 41,5 años. Sexo masculino 76% y 24 % femenino. La clasificación utilizada fue según su localización en internas 21, externas 29 y mixtas 547. Las hemorroides asociadas a otros procesos anorrectales estuvieron dadas por: fistulas 54, condilomas 1, fistulas y pólipos 3,

papilomas 13, cáncer 3, fistula pilonidal 4, absceso perianal 2, prolapso rectal 21 y úlceras perianales 1.

Plaza Izquierdo, Francisco (8), publicó "Cirugía de las afecciones benignas del ano" en las XVI Jornadas Intercapitulares de cirugía celebradas en Ciudad Bolívar en 1964, correspondientes a la Cátedra de Cirugía II del Hospital Universitario de Caracas. Su casuística desde 1958 hasta Junio de 1964 reportó que del total de enfermos atendidos por diversas causas 5.600, las afecciones benignas anales fueron 156 (2,5%), distribuidas en hemorroides 86 casos. 55,12%, infecciosas 47. 30,12%, ulcerativas 10. 6,4%, prolapso 7. 4,48% y tumorales 6. 3,87%. Igualmente fueron clasificadas según la localización en internas 13. 15,12%, externas 10. 11,62% y mixtas 63. 73,26%. El sexo masculino 58 (67,40%) y femenino 28. (32,60%). la edad se identificó entre 1 - 20 años: 2 casos, 20 - 30 años: 13 casos, 30 - 40 años: 28 casos, 40- 50 años: 24 casos y mayor 50 años: 19 casos. Se aplicó tratamiento médico a 8 pacientes y quirúrgico a 78 pacientes, de los cuales, las técnicas utilizadas fueron: Técnica de Moon 1, Técnica de Albert 1, Técnica de Miles 2, Técnica de Bonie 3, Técnica de Girard 3, Técnica de Withead 3, Evacuación de hematomas 3, extirpación paquete por paquete 3, otros procedimientos (Milligan Morgan, Simón, etc.) 53 casos.

Y finalmente, Vivas Jaimes, Camilo (9), publica "Cirugía anal no tumoral. Hemorroides, fistulas y fisuras. Servicio de Cirugía 3. Hospital Central de San Cristóbal". Casuística de 1958 a 1968. Donde expresa que de los casos ingresados al Departamento de Cirugía fueron 14.757, el 4,26% correspondieron a patología anal benigna. Fueron intervenidos 130. (0,87% del total) y de éstos las hemorroides con 179 representan el 72,62% de la patología anal benigna. Se clasificaron en Internas 10. (21,27%), Externas 25. (53,20%) y Mixtas 12. El sexo Masculino 91,48% y femenino 8,52%. Con edades de 10 - 20: 2,9%; 20 - 30: 11,76%; 30 - 40: 26,47%; 40 - 50: 26,47%; 50 - 60: 17,64%; 60 - 70: 11,82% y 70 - 80: 2,94%. También relacionó el hábito intestinal en constipados 38,29%, diarrea 6,38% y normal 55,31%. Presentó Trombosis hemorroidal en 8 casos como complicación (17,02%). Finalmente reporta la clínica manifestada por los pacientes en dolor 46. (97,87%), rectorragia 42. (80,36%) y prolapso de mucosa rectal 8. (17,02%).

Con base en estos estudios se desarrolla la presente revisión casuística en la Unidad de Coloproctología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas, en la cual ya se disponía de una estadística desde el año 2001 (10).

Debido a la poca publicación de la epidemiología de las patologías hemorroidal en nuestro país, se decide la realización de esta investigación, del año 2006 hasta el 2019.

Materiales y métodos

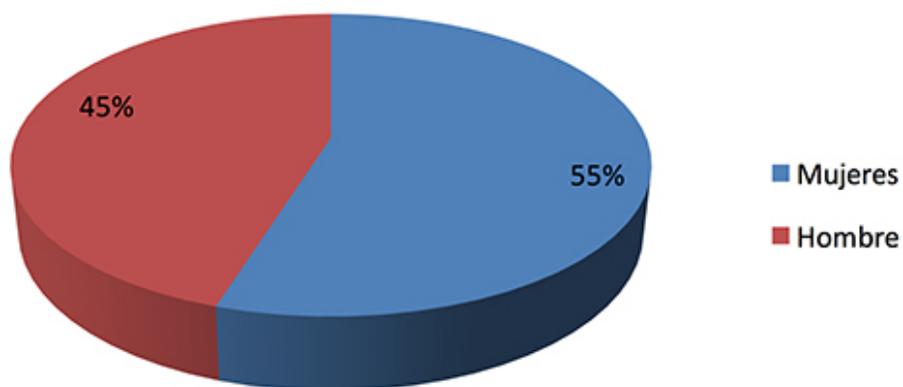
Estudio retrospectivo, de corte trasversal, unicéntrico, descriptivo, muestra intencional, probabilísticas, con la revisión de historias medias de la bases de datos del Servicio de Archivo, del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas, desde el 2006 al 2019.

La recolección de la información se esquematizó en hojas de Excel, permitiendo así la clasificación y la agrupación de los datos para el análisis de los resultados, discusión y conclusiones.

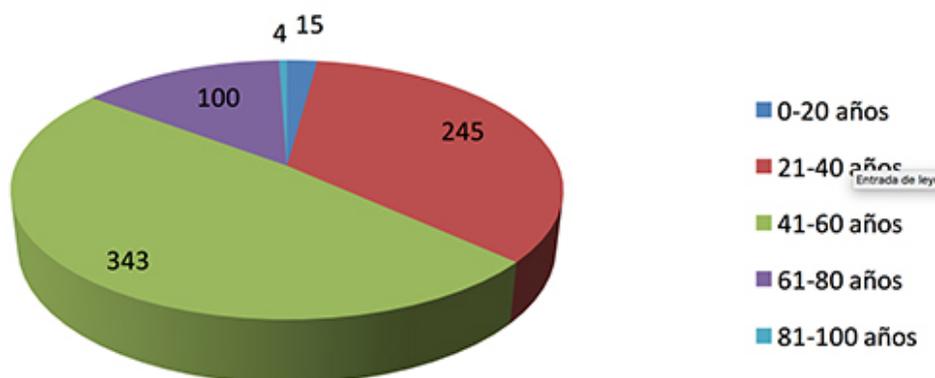
Resultados

El total de la población estudiada fue de 707 pacientes, 388 (54,88%) mujeres y 319 hombres (45,12 %) (Gráfica I). Edades comprendidas entre 0 a 20 años 15 (2,12 %), 21 a 40 años 245 (34,65 %), 41 a 60 años 343 (48,51 %), 61 a 80 años 100 (14,14 %) y 81 a 100 años 4 (0,57 %), pacientes (Gráfica II).

Gráfica N° I. Distribución por sexo de la muestra

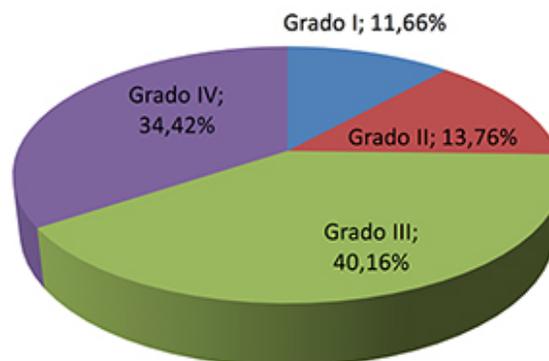


Gráfica N° II. Distribución por grupo etario de la muestra



En la clasificación según sus grados: I: 83 (11,66 %), II: 97 (13,76 %), III: 284 (40,16 %) y IV: 243 (34,42 %), pacientes (Gráfica III).

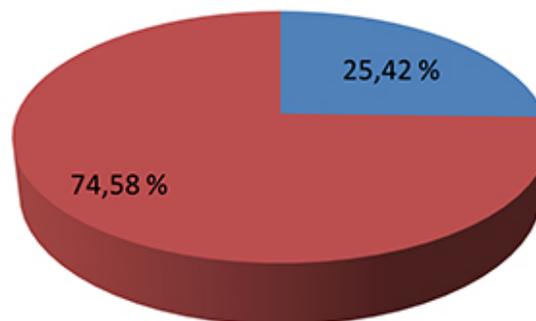
Gráfica N° III. Distribución por clasificación de la patología hemorroidal de la muestra



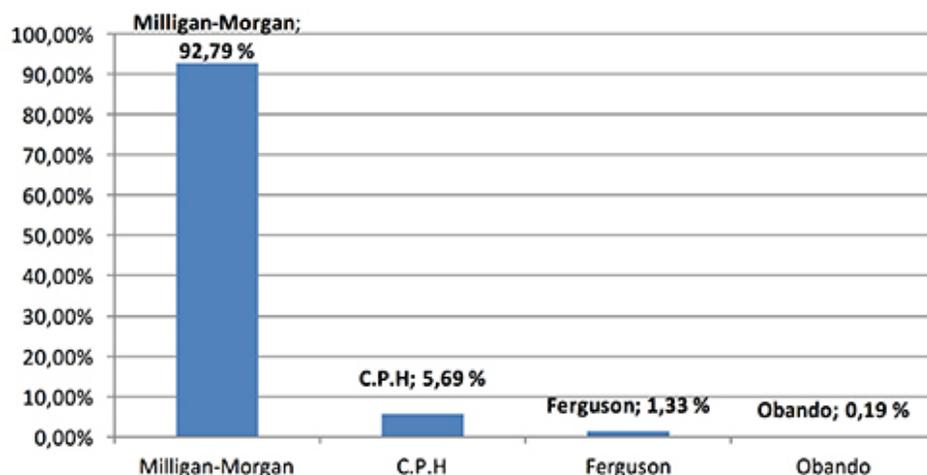
En el tratamiento de la patología hemorroidal 180 (25,42 %) pacientes se manejaron de forma medica, correspondieron a grado I y II (Gráfica IV). En cuanto al manejo quirúrgico se trataron de esta manera 527 (74,58 %) casos, utilizando las siguientes técnicas quirúrgicas: Milligan-Morgan 489 (92,79 %), por medio de C.P.H 30 (5,69 %), Ferguson 7 (1,33 %) y Obando 1 (0,19 %) (Gráfica V).

Gráfica N° IV. Distribución según el manejo de la patología hemorroidal

■ Médico ■ Quirúrgico



Gráfica N° V. Distribución según la técnica quirúrgica empleada



Discusión

La escala de patología hemorroidal es difícil de cuantificar debido a las concepciones equivocadas que los pacientes tienen de la salud anal y por la práctica de los médicos y de la industria sanitaria (11).

La enfermedad hemorroidal es el trastorno anorrectal más común en coloproctología, que afecta a más del 75% de las personas al menos una vez en su vida, con aproximadamente un tercio de los casos sintomáticos y que requieran asistencia médica. En los Estados Unidos, la prevalencia se estimó en 4,4% o 8,5 millones de pacientes (12-13).

En el Reino Unido los datos epidemiológicos recientes de St. Marks y Academy Institute de Londres, considerada la meca de la cirugía colorrectal en Europa, con prevalencia de 13-16 %, en la población general. La desinformación de parte de los médicos generales, afecta 40-50 personas de cada 100.000 habitantes (11).

La patología hemorroidal se consideran de forma equivocada y muchas enfermedades benignas o maligna de la zona anal son relacionada con esta patología. Por ejemplo el 50 % de los pacientes que presentan cáncer de recto inferior afirman haber sufridos una enfermedad hemorroidal que empeoró en las semanas próxima, por el autodiagnóstico y la administración del tratamiento erróneo (11).

Se estima que un total de 32.000 mil cirugías por año son realizadas por la patología hemorroidal, donde las compañías de seguro pagan un costos de 1.5 millones de gastos por esta enfermedad. Millones de personas recurren a fórmulas de venta sin receta, hierbas medicinales o medicinas alternativas (11-14).

El sistema de clasificación de hemorroides más utilizado es el propuesto por Goligher. En la clasificación de Goligher, las hemorroides internas se clasifican además en función del grado de prolapso: Grado I: hemorroides sangrantes pero no prolapsadas; Grado II: prolapso de hemorroides que se esfuerza pero se reduce espontáneamente; Grado III: prolapso de hemorroides pero requiere reducción manual; y Grado IV: hemorroides con prolapso irreductible. Uno de los inconvenientes de la clasificación de Goligher es que las hemorroides internas encarceladas con trombosis aguda y las hemorroides con protuberancia trombosada encarceladas que involucran un prolapso de la mucosa rectal circunferencial también se clasifican como hemorroides de cuarto grado junto con hemorroides irreductibles simples. Esta acumulación de todas estas variedades clínicas de hemorroides, hace de las hemorroides de grado IV un grupo muy heterogéneo con diversas opciones de tratamiento para cada variedad en el grupo (15).

Dependiendo el grado de la patología hemorroidal, se plantean cambios del estilo de vida, tratamiento médico con flavoideos o derivados de calcio y reguladores de la motilidad intestinal (11-16).

Debido al tiempo sin saber los datos epidemiológicos de nuestro instituto y país, el manejo de la patología hemorroidal se basa en dos grandes grupos: médico y quirúrgico (11).

El grupo medico estará dando por los pacientes con los grados I y II. Teniendo como resultados efectivos con la técnica quirúrgica de Milligan-Morgan con de grado III y IV, ser más efectiva y con menos morbimortalidad, con este procedimiento (11-17-18-19).

En la actualidad, la teleconsulta ha permitido resolver un alto porcentaje de las visitas de seguimiento en una unidad de coloproctología en el contexto de la pandemia de la COVID-19 sin que se hayan identificado diferencias entre categorías diagnósticas. La tasa de respuesta es muy alta y se ha identificado que pacientes pueden ser seguidos de forma secuencial y evitar que visiten los servicios de urgencias. El nuevo paradigma tras el confinamiento requerirá un replanteamiento de nuestro modelo de atención sanitaria y la telemedicina tiene herramientas para ello (20).

Referencias bibliográficas

1. Jacobs Danny. Hemorrhoids. The New England Journal of Medicine. 2014;371:944-51.
2. Bleday R, Pena JP, Rothenberger DA, Goldberg SM, Buls JG. Symptomatic hemorrhoids current incidence and complications of operative therapy. Dis Colon Rectum. 1992;35:477-81.
3. Khubchandani I, Paonessa N, Azimuddin K. Pathophysiology of hemorrhoidal disease. Surgical treatment of hemorrhoidal. Springer 2009. Cap: 3. Pag: 15
4. Riss S, Friedrich A, Schwameis K, Riss T, Mittlböck M, Steiner G, Stift A. The prevalence of hemorrhoids in adults. Int J Colorectal Dis (2012) 27:215–220.
5. Magela Gómez, Geraldo. Doença Hemorroidaria. São Caetano do Sul.Yendis Editora, 2008.
6. Cintron, J. Benign Anorectal: Haemorrhoids. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. Steven Wexner. 2007.
7. Gómez García, Robinson. Revisión de la patología anorrectal en el Hospital Vargas de Caracas durante el período 1945 – 1963. Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica A. Cirugía 3. Hospital Vargas de Caracas. (Material Impreso (s/f)).
8. Plaza Izquierdo, Francisco. Cirugía de las afecciones benignas del ano. Cátedra de Cirugía II, Hospital Universitario de Caracas. XVI Jornadas Intercapitulares de Cirugía. Ciudad Bolívar. 1964.
9. Vivas Jaimes, Camilo. Cirugía anal no tumoral. Hemorroides, fistulas y fisuras. Servicio de Cirugía 3. Hospital Central de San Cristóbal. . (Material Impreso (s/f)).
10. Sardiñas Carlos. Proctología para Cirujanos Generales. Capítulo 4. Páginas 43-66. DISINLIMED C-A. Caracas. 2001.
11. Ethem Geçim, Abul Ali, et al. Manejo de la enfermedad hemorroidal. Resumen descriptivo de presentaciones escogidas entre las ofrecidas en el seminario enfermedad venosa crónica y enfermedad hemorroidal: manejo y tratamiento, celebrada en Lisboa, Portugal, los días 23 y 24 de septiembre de 2016. European Medical Journal. 2017.
12. Thiago da Silveira, Luiza Morgado, Sidney Nadal. Analyzing the prevalence of proctological diseases in HIV-positive and -negative patients. JCOL-444. 2020. Brazil.
13. Van Robin, Kimman Merel, et al. Experiences of patients with haemorrhoidal disease – a qualitative study. J Coloproctol (rio j). 2019;39(1):41–47

14. Samuel Argov, Haifa, Israel. T'chorim, Emerods, Hemorrhoids: From the Hebrew Scriptures to today. *J coloproctol (rio j)*. 2020;40(3):189–191.
15. Mudassir Khan, Nisar Chowdrib, et al. PNR-Bleed” classification and HemorrhoidSeverity Score—a novel attempt at classifying the hemorrhoids. *JCOL-428*; No. of Pages 6. 2020. India.
16. Angelo Fulle, Pablo Moreno, et al. Evolución de síntomas a corto plazo y grado de satisfacción del paciente tras hemorroidectomía convencional. *Rev Chil Cir* 2018;70(3):233-240
17. Rotta Carlos, Laura Machado, et al. Postoperative results of 407 patients submitted to Doppler-guided transanal hemorrhoidal dearterialization. *J Coloproctol (rio j)*. 2019;39(3):211–216
18. Martín Juan, Ramírez José, et al. La desarterialización transanal de hemorroides guiada por Doppler ofrece un postoperatorio con menor grado de dolor frente a las técnicas estándar de hemorroidectomía.. *Archivos de Coloproctología*, 2019; 3(3):64-68.
19. B. Bazzano, G.S. Guzzia, et al. Perfil funcional dos pacientes submetidos a hemorroidectomia em um serviço de coloproctologia. *J coloproctol (rio j)*. 2019;39(s 1):165–222.
20. Muñoz-Duyos Arantxa, Abarca-Alvarado Natalia, et al. Teleconsulta en una unidad de coloproctología durante la pandemia de COVID-19. Resultados preliminares. *CIRUGI-2353*; No. of Pages 7. 2020. España.

NOTA: Toda la información que se brinda en este artículo es de carácter investigativo y con fines académicos y de actualización para estudiantes y profesionales de la salud. En ningún caso es de carácter general ni sustituye el asesoramiento de un médico. Ante cualquier duda que pueda tener sobre su estado de salud, consulte con su médico o especialista.