

**Recomendações***Guidelines*J. RAMOS DE DEUS<sup>1</sup>A. DIAS PEREIRA<sup>2</sup>P. CORREIA DA SILVA<sup>3</sup>(1) Serviço de Gastrenterologia,  
Hospital Fernando Fonseca,  
Amadora/Sintra(2) Serviço de Cirurgia,  
Hospital de S. Sebastião,  
Santa Maria da Feira(3) Serviço de Cirurgia Geral,  
Hospital de S. João - Porto**Correspondência**Sociedade Portuguesa de  
Coloproctologia  
e-mail: [spcp@netcabo.pt](mailto:spcp@netcabo.pt)

## DOENÇA HEMORROIDÁRIA

A doença hemorroidária é extremamente frequente na população adulta, sendo rara na infância. A prevalência da doença hemorroidária embora elevada é de difícil avaliação, como demonstra a análise dos métodos e resultados de vários estudos epidemiológicos, que apresentam valores completamente díspares desde 4,4%, a 86%, conforme o tipo de populações estudadas. Não existe diferença de incidência entre sexos, surgindo habitualmente na 3ª década de vida, atingindo um pico entre os 45 e os 65 anos.

As hemorróidas dividem-se em hemorróidas internas, localizadas acima da linha pectínea, e hemorróidas externas, abaixo da linha pectínea e cobertas por epitélio pavimentoso estratificado sensível.

O tecido hemorroidário contribui em 15 a 20% para a pressão anal em repouso e mais importante ainda comporta-se como um "tampão" adaptável, que assegura o encerramento completo do canal anal <sup>(1)</sup>.

### Avaliação Clínica

A anamnese e o exame físico constituem os passos iniciais na abordagem da doença hemorroidária.

Os principais sintomas de doença hemorroidária nomeadamente rectorragias, prolapso, dor e prurido devem ser avaliados de acordo com a sua duração e severidade, no sentido em que possam perturbar a qualidade de vida do doente.

A anamnese deve incluir obrigatoriamente a avaliação dos hábitos intestinais e a quantidade de ingestão de alimentos com fibra na dieta, bem como o tipo de profissão ou outras actividades. A história familiar, em particular nos doentes com rectorragias, no que concerne aos antecedentes de neoplasia colorectal, é crucial para determinar a necessidade de investigação total do cólon.

O exame físico inclui obrigatoriamente a inspecção anal, o toque rectal, a anuscopia e a rectoscopia.

A graduação da doença hemorroidária é classificada de acordo com o Quadro I.

**Quadro I - Classificação de hemorróidas internas.**

Grau	História clínica
I	Rectorragias, sem prolapso
II	Prolapso com o esforço; redução espontânea
III	Prolapso com o esforço; necessita de redução manual
IV	Prolapso permanente; não redutível

### Investigação de Rectorragias

A avaliação completa do cólon, quer por colonoscopia, clister opaco associado a rectosigmoidoscopia flexível, ou mesmo por colonografia por TAC, está claramente indicada em doentes que cumprem determinados critérios que predispõem à possibilidade de existência de outra patologia colore-

ctal, em particular neoplásica: idade  $\geq$  50 anos, idade  $\geq$  40 anos com história familiar de adenomas ou cancro colorectal, anemia ferropénica, pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva, suspeita clínica de neoplasia ou doença inflamatória intestinal. Em doentes com idade inferior a 50 anos que não cumpram estes critérios é obrigatório efectuar rectosigmoidoscopia flexível, no sentido de excluir outro tipo de patologia em especial, doença inflamatória intestinal ou outras formas de rectocolite e formações polipóides<sup>(2)</sup>.

## Tratamento Médico Conservador

A manipulação dietética consistindo na ingestão adequada de fluidos e alimentos ricos em fibra é o tratamento inicial da doença hemorroidária. Uma revisão recente<sup>(3)</sup> demonstrou o efeito benéfico e consistente de ingestão de fibra, no alívio global de sintomas e em particular rectorragias na doença hemorroidária sintomática.

A utilização de medicamentos venotónicos, nomeadamente os flavonóides purificados, micronizados, têm sido objecto de ensaios que avaliaram a sua eficácia no controlo de rectorragias e proctalgia, melhorando esta sintomatologia. Numa meta-análise recente<sup>(4)</sup>, foram apontadas contudo limitações na metodologia, heterogeneidade e possíveis "viés" de publicação, que levantam ainda algumas questões no benefício aparente destes fármacos.

Os medicamentos analgésicos e em particular os anti-inflamatórios não esteróides estão indicados na presença de trombose hemorroidária, sobretudo quando existe edema associado.

Existe uma grande variedade de tratamentos tópicos que habitualmente contêm anestésicos locais, corticóides, bismuto, e agentes vasoconstritores. Podem ser úteis no alívio sintomático do desconforto e da dor, não tendo qualquer acção sobre o prolapso e as rectorragias. O seu uso prolongado é desaconselhado.

## Tratamento Médico Instrumental

Não existe correlação anatomo-clínica na doença hemorroidária. Os sinais funcionais e consequentemente a sintomatologia são muitas vezes independentes do aspecto anatómico.

O tratamento da doença hemorroidária dirige-se apenas à doença sintomática, sem qualquer objectivo cosmético ou de correcção anatómica exclusiva.

O tratamento instrumental aplica-se exclusivamente à terapêutica das hemorróidas internas. O seu objectivo consiste na criação de fibrose cicatricial que fixe a mucosa aos planos profundos e reduza a vascularização. O tratamento instrumental embora invasivo é um

tipo de terapêutica conservador em relação à cirurgia, mas eficaz, mesmo que de modo temporário, não condicionando marcada alteração anatómica e consequentemente funcional<sup>(5)</sup>.

Não deve ser realizado na presença de trombose ou dor anal, fissura ou supuração anal ou em presença de proctopatia rádica.

Existem vários tipos de intervenção no tratamento ambulatório e instrumental da doença hemorroidária que incluem:

1. *Escleroterapia*
2. *Fotocoagulação por infravermelhos*
3. *Laqueação elástica*
4. *Crioterapia*

**Esclerose:** A escleroterapia consiste na injeção na submucosa de soluções que induzem uma reacção inflamatória com trombose intravascular e fibrose da submucosa. Embora possa contribuir para a redução de tecido hemorroidário o seu efeito é sobretudo benéfico no controlo das perdas sanguíneas.

O efeito benéfico é obtido após várias sessões de tratamento, habitualmente três com um intervalo mínimo de três semanas. O esclerosante mais utilizado em Portugal é o polidocanol, raramente condicionando dor e sem reacções alérgicas, ao contrário do óleo fenicado e a quininoureia, utilizados noutros países. Surgem raramente complicações, estando descritos casos de impotência, prostatite, abscesso local. A escleroterapia está recomendada em doentes com hemorróidas de grau I e de grau II, não sendo utilizável em hemorróidas externas.

**Fotocoagulação com infravermelhos:** A fotocoagulação aplica luz infravermelha que é convertida em calor, cujo efeito leva a coagulação, oclusão e esclerose do tecido hemorroidário e fibrose.

A sequência de sessões é a mesma que para a esclerose. É uma boa alternativa à esclerose. Resultados de um meta-análise recente demonstram que é um tratamento eficaz, mas com maior taxa de recidiva que a laqueação elástica.

**Laqueação elástica:** É o tratamento de primeira linha das hemorróidas internas, recomendado por várias sociedades médicas. O objectivo do tratamento consiste em realizar uma esclerose localizada e de efectuar uma redução parcial de tecido hemorroidário pela aplicação na base do pedículo hemorroidário interno dum anel elástico.

O tecido laqueado sofre uma necrose rápida com esfacelo, conduzindo à formação de uma escara que cicatriza em três semanas.

As sessões são repetidas a intervalos de um mês, podendo ser laqueados vários pedículos numa só sessão, embora este método possa condicionar maior dor pós-intervenção.

As complicações habituais ocorrem em 10% dos casos

aproximadamente, consistindo habitualmente em dor e hemorragia autolimitada. Complicações mais graves, mas raras, consistem em hemorragia maciça, processos supurativos, sépsis e celulite pélvica descrita em doentes imunodeprimidos.

Vários estudos e duas meta-análises de 1995<sup>(6)</sup> e de 2005<sup>(7)</sup>, demonstraram que a laqueação elástica é o tratamento instrumental mais eficaz, com 80% de eficácia a curto prazo.

**Crioterapia:** A crioterapia utiliza a congelação para necrose do tecido hemorroidário. Embora eficaz, devido ao elevado número de complicações a crioterapia isolada é actualmente pouco utilizada. Nalguns centros é utilizada crioterapia sobre laqueação elástica, realizando uma congelação dirigida, com base no estudo de Parnaud<sup>(8)</sup>, com resultados superiores a 90% de eficácia.

**Indicações e opções técnicas:** Poucos estudos têm sido efectuados que comparem os vários tipos de terapêutica instrumental.

No tratamento das rectorragias, não existe grande diferença entre as várias técnicas. Ao contrário, no prolapso, a laqueação elástica é claramente mais eficaz.

Se na presença de hemorróidas de grau I e II, a escolha do tratamento é extensa, nas hemorróidas de grau III apenas a laqueação elástica é eficaz.

Nas hemorróidas de grau I a III, o tratamento instrumental deve ser proposto antes de se considerar uma terapêutica cirúrgica, pese embora o facto de que a longo prazo (mais de quatro anos), a laqueação elástica perde alguma eficácia em relação à hemorroidectomia. A opção esclarecida do doente é importante na decisão terapêutica. Com efeito, é sempre possível na doença hemorroidária, em caso de falência inicial de um tipo de tratamento instrumental, optar por outro tipo de solução terapêutica.

**Contra-indicações:** O tratamento instrumental da doença hemorroidária está contra-indicado em presença de hemorróidas circulares (prolapso rectal mucoso, circular, associado), com prolapso permanente (grau IV), ou com trombose e em caso de associação a outras entidades proctológicas como fissura anal, processos supurativos ou dor anal, ou proctopatia rídica.

**Eficácia:** A eficácia dos vários tipos de tratamento instrumental é comparável aos três meses, com melhoria dos sintomas em 70 a 90% dos casos. A um ano a eficácia da escleroterapia e da fotocoagulação com infravermelhos cai para 50%.

A laqueação elástica é a técnica mais eficaz a longo prazo, permitindo o desaparecimento dos sintomas em 90% a 1 ano, 75% a 3-5anos, e 60% a 10 anos<sup>(9)</sup>.

**Situações particulares:** Não existem recomendações para o tratamento instrumental de hemorróidas, perante o uso concomitante de anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários. O risco de complicações associado à suspensão destes fármacos deve ser avaliado

em função do risco de hemorragia, que ocorre mais frequentemente entre o 5º e 20º dia pós-terapêutico. A substituição por uma heparina de baixo peso molecular durante alguns dias parece ser uma solução de algum consenso.

Na gravidez, período em que é frequente ocorrerem fenómenos trombóticos, é possível utilizar medicamentos tópicos, paracetamol e corticóides. O tratamento instrumental está habitualmente contra-indicado.

## Tratamento Cirúrgico

O tratamento cirúrgico deve ser reservado a doentes com grandes componentes hemorroidários, ou para doentes com associação de componentes externos e internos com prolapso significativo (graus III-IV)-Nível de evidência I; Grau de recomendação, B<sup>(10)</sup>.

Analisando os estudos prospectivos randomizados disponíveis na literatura verifica-se ser a hemorroidectomia o tratamento mais eficaz para a doença hemorroidária<sup>(10)</sup>. No entanto está também associada às mais altas taxas de complicações e aos maiores problemas funcionais pós-operatórios. Deste modo os factores individuais dos doentes e mesmo as suas preferências devem ser cuidadosamente equacionados.

As alternativas cirúrgicas incluem a hemorroidectomia aberta ou fechada executada com bisturi cirúrgico, laser, ultrasónico ou diatermia. Todas são opções razoáveis, nenhuma apresentando clara vantagem sobre as outras<sup>(10,11)</sup>.

A hemorroidopexia com *stapler* é uma alternativa cirúrgica já consagrada adaptando-se especialmente a indivíduos com prolapso hemorroidário interno, sem componente externo significativo<sup>(12)</sup>. Implica uma ressecção circular da mucosa e submucosa praticada no vértice dos pedículos hemorroidários. Além da redução do prolapso da mucosa, as almofadas hemorroidárias são fixadas à parede muscular e a circulação sanguínea do plexo hemorroidário é interrompida. Estes objectivos são conseguidos com um disparo de um agrafador circular, modificado a partir dos *staplers* utilizados em anastomoses<sup>(12,13)</sup>.

Múltiplos ensaios prospectivos randomizados têm sido publicados comparando a hemorroidectomia aberta ou fechada com a hemorroidopexia<sup>(13,14)</sup>. A maioria deles demonstram diminuição da dor pós-operatória<sup>(15)</sup>, mais rápido regresso à actividade com a hemorroidopexia mas um menor controlo da recidiva à distância. As taxas de complicações parecem muito idênticas.

A hemorroidopexia não é, no entanto, eficaz no tratamento de grandes componentes hemorroidários externos.

Baseadas na tese da origem arterial da doença hemorroidária, tem vindo a ser propostas técnicas de laqueação das artérias hemorroidárias para tal utilizando

anuscópios fenestrados com dispositivos de Doppler associados que, embora sedutoras, não têm ainda confirmação categórica de eficácia<sup>(16)</sup>.

## Bibliografia

1. Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ, Phillips RK. Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology. *Br J Surg*. 1994;81:946-54.
2. American Gastroenterological Association Technical Review on the diagnosis and treatment of haemorrhoids. *Gastroenterology*. 2004;126:1463-73.
3. 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;101:181-8.
4. Alonso-Coello P, Zhou Q, Martinez-Zapata MJ, Mills E, Heels-Ansdell D, Johanson JF, et al. Meta-analysis of flavonoids for the treatment of haemorrhoids. *Br J Surg*. 2006;93:909-20.
5. Abramovitz L, Godeberge P, Staumont G, Soudan D. Recommandations pour la Pratique Clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire. *Gastroenterol Clin Biol*. 2001;25:674-702.
6. Mac Rae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities: a meta-analysis. *Dis Colon Rectum*. 1995;38:687-94.
7. Shanmugam V, Thaha MA, Rabindranath KS, Campbell KL, Steele RJ, Loudon MA. Rubber band ligation versus excisional haemorrhoidectomy for haemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; 20:CD005034.
8. Parnaud E, Brulé J, Bidart JM. Traitement ambulatoire des hémorroïdes par congélation contrôlée. *Gastroenterol Clin Biol* 1980;4:875-80.
9. Savioz D, Roche B, Glauser T, Dobrinov A, Ludwig C, Marti MC. Rubber band ligation of hemorrhoids: relapse as a function of time. *Int J Colorectal Dis*. 1998;13:154-6.
10. Cataldo P, Ellis CN, Gregorcyk S, Hyman N, Buie WD, Church J, et al. Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised). *Dis Colon Rectum*. 2005;48:189-94.
11. Khan S, Pawlak SE, Eggenberger JC, Lee CS, Szilagyi EJ, Wu JS, Margolin DA. Surgical treatment of hemorrhoids: Prospective, randomized trial comparing closed excisional hemorrhoidectomy and the harmonic scalpel technique of excisional hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum*. 2001;44:845-9.
12. Longo A. Treatment of hemorrhoids disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with a circular suturing device: a new procedure. *Sixth World Congress of Endoscopic Surgery*. Monduzzi Publishing co. 1998:777-84.
13. Ho YK, Cheong WK, Tsang C, Ho J, Eu KW, Tang CL, et al. Stapled hemorrhoidectomy - cost and effectiveness. Randomized, controlled trial including incontinence scoring, anorectal manometry, and endoanal ultrasound assessments at up to three months. *Dis Colon Rectum*. 2000;43:1666-75.
14. Rowsell M, Bello M, Hemingway DM. Circumferential mucosectomy (stapled haemorrhoidectomy) versus conventional haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. *Lancet* 2000;355:779-81.
15. Wexner SD. The quest for painless surgical treatment of hemorrhoids continues. *J Am Coll Surg*. 2001;193:174-8.
16. Ratto C, Donisi L, Parello A, Litta F, Doglietto GB. Evaluation of transanal hemorrhoidal dearterialization as a minimally invasive therapeutic approach to hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 2010;53:803-11.