

DOENÇA HEMORROIDÁRIA

Carolina Lançanova Duré
Yuri Zamban Vieira
Lúcio Sarubbi Fillmann

UNITERMOS

HEMORROIDAS/fisiopatologia; HEMORROIDAS/etiologia; HEMORROIDAS/diagnóstico;
HEMORROIDAS/terapia; SINAIS E SINTOMAS.

KEYWORDS

*HEMORRHOIDS/physiopathology; HEMORRHOIDS/etiology; HEMORRHOIDS/diagnosis;
HEMORRHOIDS/therapy; SIGNS AND SYMPTOMS.*

SUMÁRIO

Discussão sobre a fisiopatologia, fatores etiológicos, sintomatologia, diagnóstico e tratamento da doença hemorroidária.

SUMMARY

Discussion on the pathophysiology, etiologic factors, symptoms, diagnosis and treatment of hemorrhoidal disease.

INTRODUÇÃO:

Mamilos hemorroidários são estruturas anatômicas normais presentes nos seres humanos.¹ O plexo hemorroidário se situa na porção distal do reto, no canal anal, mais comumente nos quadrantes laterais esquerdo, anterior direito e posterior direito do canal.² São “coxins”, ou “almofadas” muito vascularizadas e especializadas que formam massas de submucosa espessa contendo vasos sanguíneos, músculo liso e tecido elástico conjuntivo.² Essas estruturas permitem ingurgitamento dos coxins, promovendo auxílio e manutenção da continência fecal em situações de aumento da pressão intrarretal, como em espirros, tosse ou manobra de Valsalva.³

Enquanto as hemorroidas estão presentes em todos os seres humanos, constituindo a anatomia normal, a doença hemorroidária (DH) surge quando esses mamilos prolapsam, inflamam e produzem sintomas.³

O tecido hemorroidário foi dividido em hemorroidas externas e internas, por razões anatômicas e clínicas. As hemorroidas externas se localizam no terço

distal do canal anal, distal da linha pectínea e são recobertas por anoderma. São formadas pelo plexo hemorroidário inferior, que é subsidiário das artérias e veias retais inferiores e apresentam sensibilidade ao toque, temperatura, distensão e dor. O plexo hemorroidário interno localiza-se proximalmente à linha pectínea e é coberto por mucosa de epitélio colunar. É formado pelo plexo hemorroidário superior (coxins arteriovenosos subsidiários da artéria e veias retais superiores) com inervação autônoma.^{1,4}

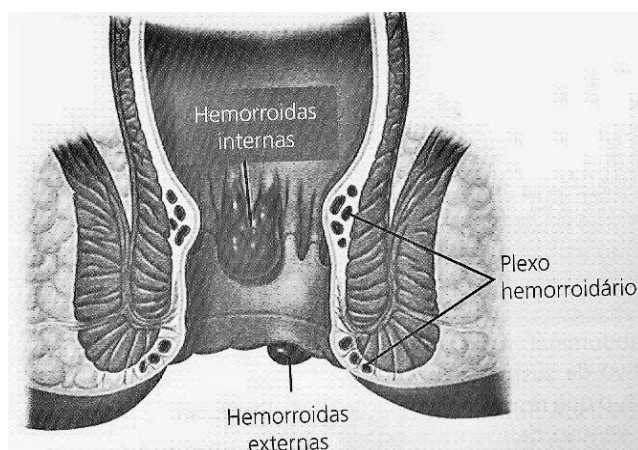


Figura 1 - Representação anatômica do reto e região anal, mostrando hemorroidas internas e externas. Fonte: Adaptada de Rhode.³

Há relatos de índices de prevalência que variam de 4% nos Estados Unidos e Reino Unido, até 50% em indivíduos acima de 50 anos nos Estados Unidos e 36,4% dos adultos em Londres.³

FISIOPATOLOGIA E FATORES ETIOLÓGICOS

A causa da DH não é completamente entendida, porém há três teorias, descritas a seguir, que tentam explicar sua etiologia. A primeira postula que com o passar dos anos ou com situações agravantes, o tecido conjuntivo que ancora o plexo hemorroidário ao esfíncter, se deteriora. Eventualmente o plexo começa a deslizar pelo canal, levando ao aumento dos sintomas. A segunda sugere que os sintomas da DH surgem pela hipertrofia ou aumento do tônus do esfíncter anal interno. Durante as evacuações, o bolo fecal forçaria o plexo hemorroidário contra o esfíncter interno, causando seu aumento e tornando-se sintomático. Já a terceira teoria atribui os sintomas ao edema dos coxins hemorroidários. Esses teriam propriedades anatômicas semelhantes àquelas do tecido erétil.⁵

Várias evidências científicas suportam e contradizem cada teoria e a causa deve ser diferente em cada indivíduo, ou múltiplos fatores podem estar envolvidos em um mesmo indivíduo.³

Dentre os fatores etiológicos estão bloqueio evacuatório, fezes endurecidas e esforço evacuatório exagerado. Esse último causa ingurgitamento dos mamilos aumentando seu prolapso e, associado à degeneração senil do tecido de sustentação mantém o prolapso e deixa as estruturas suscetíveis a trauma. Os mamilos prolapsados ainda sofrem ação do esfíncter que, segundo demonstrado por autores, estão hiperativos em pacientes com DH.¹

QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

Os principais sintomas são sangramento e prolapso dos mamilos hemorroidários. O sangramento é vermelho vivo, junto às fezes, no papel higiênico, em gotejamento no vaso sanitário ou em jato principalmente durante as evacuações, porém não depende do ato evacuatório, podendo surgir antes, durante ou após o mesmo. Não existe relação entre a gravidade do sangramento e o tamanho dos mamilos hemorroidários.¹ Outros sintomas incluem dor, incontinência fecal leve e prurido e volume perianal.⁵

O diagnóstico da doença se faz pela história clínica e realização de exame proctológico completo, incluindo inspeção anal estática e dinâmica, exame digital do reto e anoscopia.¹ Na avaliação do paciente com DH, a retossigmoidoscopia é mandatória para o diagnóstico diferencial de patologias coloretais.

O quadro abaixo propõe uma classificação para a DH e suas abordagens terapêuticas. Não há subclassificação para a DH externa, uma vez que o tratamento dessa é sempre cirúrgico.

Quadro 1 - Classificação e Conduta na DH Interna

	Sintomas	Sinais	Manejo
Tipo A	Sangramento Desconforto	Hipertrofia do plexo sem mamilos diferenciados	Medidas higienodietéticas; Escleroterapia
Tipo B	Sangramento	Mamilos diferenciados, sem prolapso	Escleroterapia
Tipo C	Prolapso e sangramento	Prolapso temporário	Ligadura elástica
Tipo D	Prolapso, Incontinência	Prolapso permanente	Cirurgia
Tipo E	Dor e volume anal	Crise Hemorroidária	Cirurgia

*Fonte: Sociedade Brasileira de Coloproctologia.

TRATAMENTO:

O manejo da DH varia conforme o grau de doença e severidade dos sintomas. Incluem desde modificações nos hábitos alimentares até cirurgia.⁷ A seguir alguns dos métodos terapêuticos mais aceitos e usados na terapia atual.

Clinico

A mudança dos hábitos alimentares e do estilo de vida acompanham qualquer tipo de tratamento da DH, tanto medicamentoso como cirúrgico, a fim de prevenir a recorrência dos sintomas. O objetivo principal é manter fezes não endurecidas que passem sem maior esforço no momento da evacuação. Uma dieta rica em fibras (20 a 35g/dia) e o aumento da ingestão hídrica são fundamentais para o tratamento da DH.⁶

Invasivos

Na ausência de hemorroidas externas sintomáticas, as hemorroidas de tipo B e algumas de tipo C podem ser tratadas ambulatorialmente com procedimentos que produzem fixação mucosa. Embora tenham sido descritas a escleroterapia, a coagulação com infravermelho, a sonda de calor e a eletrocoagulação bipolar, o procedimento mais simples, mais eficaz e mais amplamente aplicado é a ligadura com elástico.²

Ligadura Elástica: É uma técnica invasiva simples, rápida e efetiva de tratar hemorroidas de tipos B e C. Consiste na aplicação de anéis de borracha que causam necrose isquêmica e cicatrização do tecido hemorroidário, gerando fixação do tecido conjuntivo à parede do canal anal. A colocação do anel de borracha muito perto da linha pectínea pode levar a dor intensa pela presença de inervação somática aferente que requer remoção rápida. É uma técnica segura podendo ser realizada em uma ou várias sessões. As complicações são sangramento leve pela ulceração mucosa, retenção urinária, trombose hemorroidária externa e, raramente, sepse pélvica.⁷ Esse método é bastante eficaz e sua taxa de sucesso varia entre 79% a 97%.¹

Fotocoagulação de Radiação Infravermelha: Consiste em uma unidade elétrica e um aplicador manual tipo pistola. A ponta da pistola é encostada sob leve pressão na mucosa normal, adjacente e cranial ao mamilo. A energia infravermelha penetra nos tecidos e é convertida em calor, que coagula os vasos irrigadores do mamilo. A profundidade da lesão tecidual é determinada pela duração do pulso. Realizam-se 3 a 5 disparos de 1 a 1,5 segundos em cada mamilo, para a coagulação de 1mm de tecido. Até 3 mamilos são coagulados por sessão. Formam-se, no local da aplicação, pequenas úlceras que cicatrizam e, por meio de fibrose, aumentam a aderência da mucosa redundante à muscular adjacente. Não há na literatura médica relato de complicações graves. Dor leve é descrita, porém é uma técnica bem aceita pelos pacientes e possui taxa de sucesso terapêutico entre 85% e 92%. Uma diferença importante da ligadura elástica é o preço, pois o infravermelho é um aparelho de alta tecnologia e, portanto, com alto custo de manutenção.¹

Por suas características, a ligadura elástica deve ser indicada para mamilos de tipo B e C e o infravermelho para mamilos de tipo A e B.

Escleroterapia: Consiste na injeção de agentes esclerosantes (em nosso meio, principalmente fenol 5% em óleo de amêndoas) no interior do mamilo hemorroidário criando cicatrização, fibrose, redução e fixação das hemorroidas por obliterar sua vascularização. O procedimento não requer anestesia e é realizado em minutos. Cuidados são necessários a fim de evitar injeções intramucosa ou intramuscular e prevenir descamação mucosa com ulceração ou dor excessiva. As complicações são infreqüentes e usualmente estão relacionadas à injeção incorreta do esclerosante. Funciona melhor em DH de tipo A e B.

Hemorroidectomia Cirúrgica: Está indicada no tratamento de pacientes com DH externa sintomática mista ou interna com prolapso permanente, especialmente em pacientes que não responderam a outro tipo de tratamento ou aqueles que possuem doença extensa. A indicação cirúrgica é necessária em apenas 5 a 10% dos pacientes.⁶

Existem várias técnicas cirúrgicas, todas apresentam elementos essenciais como ligadura do suprimento arterial, ressecção dos plexos hemorroidários dilatados, remodelagem do anoderma com excisão da pele redundante (plicomas), indução de inflamação e fibrose. Podem ser feitas técnicas abertas, com cicatrização por segunda intenção, fechada ou semi-fechadas.³

Os riscos de infecção e sangramento pós-cirúrgicos ficam em torno de 5%, e a retenção urinária em 10 a 32%. Essa pode ser prevenida pelo uso restrito de reposição hídrica no transoperatório.³

REFERÊNCIAS

1. Matos D, Saad SS, Fernandes LC, editors. Coloproctologia. Barueri: Manole; 2004. (Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina).
2. Townsend CM, editor. Sabiston tratado de cirurgia. 17ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
3. Rohde L, Osvaldt AB, et al. Rotinas em cirurgia digestiva. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
4. Beck DE, editor. Handbook of colorectal surgery. 2nd. ed. New York: CRC Press; 2003.
5. Bleday R, Breen E. Overview of hemorrhoids. [Database on internet]. 2013 Apr 23 [updated 2013 Jul 16; cited 2013 May 21]. In:UpToDate. Available: http://www.uptodate.com/contents/overview-of-hemorrhoids?detectedLanguage=en&source=search_result&translation=overview+of+hemorroids&search=Overview+of+hemorroids&selectedTitle=1~150&provider=google. Release 21,8 – C21.103.
6. Sneider EB, Maykel JA. Diagnosis and management of symptomatic hemorrhoids. Surg Clin North Am. 2010;90(1):17-32.
7. Lohsiriwat V. Hemorrhoids: from basic pathophysiology to clinical management. World J Gastroenterol. 2012;18(17):2009-17.
8. Cintron JR, Abcarian H. The ASCRS textbook of colon and rectal surgery. benign anorectal: hemorrhoids. 2007.