



## Caso clínico

# Manejo quirúrgico urgente para hemorroides internas necróticas: reporte de caso

## Urgent surgical management of necrotic internal hemorrhoids: case report

Luis Jorge Lombana,\* David Baquero,† Víctor Valencia,§ Juan Gabriel Bayona,¶ Eduardo Posada¶

\* Jefe del Servicio de Cirugía de Colon y Recto, Hospital Universitario San Ignacio. Profesor de Cirugía, Universidad Pontificia Xaveriana. Bogotá, Colombia.

† Cirujano de Colon y Recto, Hospital Universitario Mayor Méderi. Bogotá, Colombia.

§ Fellow de Cirugía de Colon y Recto, Hospital Universitario Mayor Méderi. Bogotá, Colombia.

¶ Residente de Cirugía General, Universidad Pontificia Xaveriana. Bogotá, Colombia.

### RESUMEN

La enfermedad hemorroidal es una de las afecciones rectales más prevalentes y se asocia con un impacto significativo en la calidad de vida. Las hemorroides no suelen plantear problemas diagnósticos y rara vez se presentan con complicaciones potencialmente mortales. Las hemorroides trombosadas se tratan con frecuencia de forma conservadora y es inusual realizar hemorroidectomías de emergencia por complicaciones como al sangrado. Reportamos el caso de un paciente con necrosis hemorroidal secundaria a un prolapso mucoso manejado con hemorroidectomía. Debido a que un deterioro clínico puede suceder de forma rápida, debe mantenerse un alto índice de sospecha y siempre se requiere cirugía de emergencia.

**Palabras clave:** hemorroides internas, hemorroidectomía, prolapso de hemorroides, coloproctología, cirugía de urgencia.

### ABSTRACT

Hemorrhoid disease is one of the most prevalent rectal conditions. It is associated with a significant impact on quality of life. Hemorrhoids usually don't pose diagnostic challenges, and they rarely present with life-threatening complications. Typically, acutely thrombosed hemorrhoids are managed conservatively, and emergency hemorrhoidectomy is seldom needed except in cases complicated by bleeding. Hemorrhoid necrosis is rarely secondary to hemorrhoid disease. We report the case of a patient with hemorrhoid necrosis due to a mucosal prolapse managed with hemorrhoidectomy. Because clinical deterioration occurs fast, a high index of suspicion should be maintained, and emergency surgery is always required.

**Keywords:** internal hemorrhoids, hemorrhoidectomy, hemorrhoid prolapse, coloproctology, emergency surgery.

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad hemorroidal se define como el agrandamiento sintomático y el desplazamiento distal de las almohadillas anales normales, son trastornos anorrectales comunes que afectan a millones de personas en todo el mundo, al tiempo que causan una importante carga so-

cioeconómica y de salud.<sup>1,2</sup> Los factores predisponentes de este trastorno incluyen el estreñimiento y el esfuerzo prolongado, que producen una dilatación anormal y distorsión de los canales vasculares al mismo tiempo que producen cambios destructivos en el tejido conectivo de soporte.<sup>1</sup> Una reacción inflamatoria e hiperplasia vascular también pueden manifestarse en las hemorroides.

Recibido: julio 2024. Aceptado: septiembre 2024.

Correspondencia: Luis Jorge Lombana

E-mail: ljombana@hotmail.com

**Citar como:** Lombana LJ, Baquero D, Valencia V, Bayona JG, Posada E. Manejo quirúrgico urgente para hemorroides internas necróticas: reporte de caso. Rev Mex Coloproctol. 2024; 20 (1): 41-44. <https://dx.doi.org/10.35366/117888>



En casi 90% de los casos las medidas conservadoras como las dietas altas en fibra, los agentes esclerosantes, la ligadura con bandas elásticas y los baños de asiento son suficientes para el tratamiento,<sup>3-7</sup> en el porcentaje restante (10%), la hemorroidectomía sigue siendo el estándar de oro y es una operación realizada con frecuencia por los coloproctólogos.<sup>8,9</sup>

Aunque son raras, las complicaciones como la trombosis interna de las hemorroides, la infección y la necrosis pueden poner en peligro la vida si no se abordan con prontitud, lo que puede provocar problemas graves como infección de tejidos profundos, gangrena de Fournier y necrosis rectal.<sup>10-12</sup> Presentamos el caso de un varón de 30 años con diagnóstico y tratamiento tardíos por cirujanos generales y necrosis hemorroidal tratada con éxito con hemorroidectomía por energía bipolar avanzada de urgencia. También se revisó la bibliografía disponible y se discutieron las opciones de posibles tratamientos y los resultados.

### CASO CLÍNICO

El paciente, un hombre de 30 años, acudió a la Clínica de Proctología con dolor anal intenso e hinchazón. Tenía un historial de dolor que comenzó ocho días antes, por primera vez en su vida, sin otras condiciones médicas relevantes. De manera previa había consultado dos veces en otro servicio de urgencias (el día de inicio de los síntomas y tres días antes de la última consulta), se ordenaron medidas tópicas y analgésicos, no se realizó reducción manual del prolapso hemorroidal (Figuras 1 y 2).

Al ingreso, el paciente se encontraba afebril, hemodinámicamente estable (frecuencia cardiaca: 108 latidos/min, presión arterial: 145/83 mmHg) y sin dificultad respiratoria.



**Figura 1:**

Prolapso hemorroidal en el servicio de urgencias.



**Figura 2:**

Prolapso hemorroidal con necrosis leve.

A la exploración física se observaron hemorroides internas de grado IV que se extendían desde las 6 hasta las 12 horas, que sobresalían del canal anal. El paciente no pudo reducir de forma manual las hemorroides; las dos masas hemorroidales principales a las 6 y a las 9 horas estaban trombosadas con paredes necróticas, ausencia de celulitis periférica y una hemorroide trombosada más pequeña observada a las 10 horas (Figura 3). El recto contenía heces sin signos de sangrado. Las pruebas de laboratorio revelaron un recuento de glóbulos blancos de  $16.3 \times 10^3/\text{mm}^3$ , en su mayoría neutrófilos con un desplazamiento hacia la izquierda. Antes de la intervención quirúrgica, se realizó una colonoscopia y se excluyeron otras anomalías anorrectales. Debido al carácter urgente del caso y teniendo en cuenta la rápida progresión de la necrosis, el cirujano decidió, después de contar con el consentimiento informado del paciente, proceder con la técnica de hemorroidectomía con energía bipolar avanzada para limitar las posibles complicaciones, incluyendo cualquier sangrado postoperatorio, estenosis anal y progresión de la necrosis en el ano y el recto. La cirugía, realizada bajo anestesia regional con sedación, incluyó antibióticos profilácticos intravenosos (metronidazol 500 mg y cefazolina 2 g) administrados antes del procedimiento y cada 8/6 horas en el postoperatorio hasta el alta. La hemorroidectomía con energía bipolar avanzada se realizó sin complicaciones (Figura 4). Después de la cirugía, el paciente fue monitoreado durante la noche para detectar un riesgo potencial, aunque menor, de hemorragia e infección del tejido profundo y para el manejo del dolor. Doce horas después de la cirugía, el dolor experimentado por el paciente era de nivel 2/10 en la escala visual análoga del dolor, en comparación con

un 10/10 preoperatorio. El examen clínico postoperatorio mostró hallazgos normales, sin cambios inflamatorios residuales en el tejido circundante y resolución del prolapso hemorroidal. El paciente fue dado de alta al día siguiente de la cirugía y se reincorporó a sus actividades cotidianas a los cinco días. En la revisión después de tres meses, no hubo recurrencia de la enfermedad.

## DISCUSIÓN

Los síntomas más comunes de las hemorroides internas incluyen prolapso indoloro y sangrado que puede empeorar con el estreñimiento.<sup>13</sup> En este caso, el paciente tuvo hemorroides durante mucho tiempo, pero el encarcelamiento fue agudo. Había recibido tratamiento médico de manera previa en dos ocasiones sin respuesta adecuada y no se realizó ningún seguimiento. En la mayoría de las circunstancias, el manejo médico con medidas locales y control del dolor es adecuado, lo que permite la resolución de la enfermedad. En este caso, a pesar de haber realizado un manejo inicial adecuado y de haber consultado en múltiples ocasiones al servicio de urgencias, se produjo una progresión de la trombosis y la necrosis hemorroidal, poco frecuente.

En 1915, Lockhart-Mummery informó del primer caso de un paciente que murió como consecuencia de hemorroides internas estranguladas que progresaron a infección y necrosis rectal.<sup>12</sup> De manera reciente, otro caso de gangrena rectal debido a la progresión de hemorroides infectadas fue descrito por Sashida Y,<sup>11</sup> que requirió laparotomía y resección abdominoperineal de urgencia. Hasta donde sabemos, hay escasas evidencias sobre esta complicación. A pesar de que la necrosis hemorroidal es una complicación conocida del prolapso hemorroidal encarcelado, la



**Figura 3:**  
Necrosis hemorroidal.



**Figura 4:**

Resultado postoperatorio.

evidencia disponible de esta afección, su tratamiento y los resultados postoperatorios son limitados. Si bien, las hemorroides son una enfermedad altamente prevalente, debido a su rareza, aún no se ha descrito la tasa de incidencia de necrosis en la enfermedad hemorroidal; solo hay un par de informes de casos que describen esta complicación. Se requieren estudios observacionales adicionales realizados en grandes poblaciones. El retraso en el diagnóstico y el tratamiento adecuado del prolapso hemorroidal agudo encarcelado conllevó complicaciones que podrían haberse evitado fácilmente reduciendo el paquete hemorroidal prolapso en primera instancia.<sup>14</sup> La mejor evidencia disponible hasta el momento que compara la ligadura con banda elástica con la hemorroidectomía quirúrgica es una revisión Cochrane de tres estudios randomizados,<sup>15</sup> pero se han realizado varias otras investigaciones.<sup>16,17</sup> Este metaanálisis mostró que la ligadura resultó en menor dolor postoperatorio y permitió a los pacientes volver al trabajo y a sus actividades normales más rápido. Por otro lado, los pacientes que se sometieron a una hemorroidectomía por escisión para hemorroides de grado 3 o 4 tuvieron menos recurrencia de los síntomas y menos necesidad de procedimientos posteriores que los que se sometieron a una ligadura con banda elástica. Los autores concluyeron que la ligadura con banda elástica podría ser la primera línea de tratamiento para las hemorroides de grado 1 o 2, pero el tratamiento quirúrgico con extirpación de los paquetes hemorroidales para los casos más avanzados es la mejor opción disponible. No hubo diferencias entre los procedimientos en la satisfacción del paciente ni en la incidencia de complicaciones postoperatorias. En este caso, la hemorroidectomía quirúrgica fue el único abordaje aceptable debido al prolapso hemorroidal significativo y al compromiso isquémico progresivo.

Otras complicaciones de la enfermedad hemorroidal interna incluyen malestar transitorio, dolor, sangrado, embolismo portal, estenosis anal, absceso prostático y fístula;

la bacteriemia transitoria causada por microorganismos intestinales se ha descrito,<sup>10</sup> la fascitis necrosante, aunque poco frecuente, puede agregarse a la lista de complicaciones raras.

Una enfermedad subyacente como la diabetes mellitus, una enfermedad maligna o el uso de terapia inmunosupresora pueden ser factores agravantes. En este caso el paciente no tenía diabetes o estaba recibiendo terapia inmunosupresora y no tenía alguna comorbilidad significativa. Esta complicación tiene un alto grado de morbilidad y mortalidad. La necrosis hemorroidal es rara pero al estar consciente de esta posibilidad es esencial implementar un tratamiento temprano y prevenir consecuencias inhabilitantes como la ostomía o la muerte.

### CONCLUSIONES

Revisando la literatura disponible, la necrosis hemorroidal puede ocurrir debido a diversas etiologías como la oclusión de pequeñas arterias, intoxicación, infección o traumatismo, aunque la mayoría de ellas ocurren después de operaciones de aorta abdominal. Rara vez es secundaria a la enfermedad hemorroidal y, hasta donde sabemos, éste es uno de los pocos casos descritos en la literatura. Debido a que el deterioro clínico ocurre en cuestión de horas, se debe mantener un alto índice de sospecha y siempre se requiere una operación de emergencia para preservar la vida del paciente.

### REFERENCIAS

1. Lohsiriwat V. Hemorrhoids: from basic pathophysiology to clinical management. *World J Gastroenterol.* 2012; 18 (17): 2009-2017. doi: 10.3748/wjg.v18.i17.2009.
2. Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ, Phillips RK. Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology. *Br J Surg.* 1994; 81: 946-954.
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 (1): 181-188.

4. Tejirian T, Abbas MA. Sitz bath: where is the evidence? Scientific basis of a common practice. *Dis Colon Rectum.* 2005; 48 (12): 2336-2340.
5. Alonso-Coello P, Guyatt G, Heels-Ansdell D, Johanson JF, Lopez-Yarto M, Mills E et al. Laxatives for the treatment of hemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; (4): CD004649.
6. Acheson AG, Scholefield JH. Management of haemorrhoids. *BMJ.* 2008; 336 (7640): 380-383.
7. Lohsiriwat V. Treatment of hemorrhoids: a coloproctologist's view. *World J Gastroenterol.* 2015; 21 (31): 9245-9252.
8. Sneider EB, Maykel JA. Diagnosis and management of symptomatic hemorrhoids. *Surg Clin North Am.* 2010; 90 (1): 17-32.
9. Greenspon J, Williams SB, Young HA, Orkin BA. Thrombosed external hemorrhoids: outcome after conservative or surgical management. *Dis Colon Rectum.* 2004; 47 (9): 1493-1498.
10. Slauf P, Antos F, Marx J. Complications of hemorrhoids. *Rozhl Chir.* 2014; 93 (4): 223-225.
11. Sashida Y, Kayo M, Matsuura K, Kuwabara K, Samura H, Dakeshita E. Rectal gangrene. a rare complication of infected hemorrhoid. *Nihon Kyokyu Igakukai Zasshi.* 2000; 11 (6): 285-288.
12. Lockhart-Mummery JP, Joshi MK. Death from strangulated internal hemorrhoids. *Lancet.* 1915; 1: 322.
13. Lohsiriwat V. Approach to hemorrhoids. *Curr Gastroenterol Rep.* 2013; 15 (7): 332.
14. MacRae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatments: a meta-analysis. *Can J Surg.* 1997; 40 (1): 14-17.
15. 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; (3): CD005034.
16. 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 (12): 1610-1615.
17. Shanmugam V, Thaha MA, Rabindranath KS, Campbell KL, Steele RJ, Loudon MA. Systematic review of randomized trials comparing rubber band ligation with excisional haemorrhoidectomy. *Br J Surg.* 2005; 92 (12): 1481-1487.