

DIAGNÓSTICO DA HEMORRÓIDA

Autoria: Sociedade Brasileira de Coloproctologia

Participantes: José Paulo Teixeira Moreira, Sergio Eduardo Alonso Araujo, Olival de Oliveira Jr.

Descrição do método de coleta de evidência: Busca na literatura científica, na rede da internet, em base de dados primários (PubMed) por acesso e revisão de artigos originais; também por meio de consensos de sociedades de especialistas envolvidas no manejo da doença hemorroidária.

Grau de recomendação e força de evidência:

A: Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.

B: Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.

C: Relatos de casos (estudos não controlados).

D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

Conflito de interesse: Nenhum conflito de interesse declarado.

Conceito

Hemorróida é a dilatação varicosa das veias anorretais submucosas devido à pressão venosa persistentemente elevada no plexo hemorroidário. As hemorroidas externas ocorrem abaixo da linha pectínea e são recobertas por epitélio escamoso ou do tipo cutâneo, enquanto que o plexo hemorroidário interno localiza-se acima da linha pectínea e é recoberto por mucosa colunar ou epitélio transicional¹(**D**). O plexo hemorroidário interno é formado pela artéria retal superior e suas veias drenam para o sistema porta, via veia mesentérica inferior²(**D**). Em alguns casos, a artéria retal média (comumente ramo anterior da artéria ilíaca interna ou ramo dos vasos pudendos) pode emitir ramos em direção ao terço inferior do reto, ântero-lateralmente, porém, a sua presença ainda é motivo de discussão³(**D**). A maioria dos pacientes possui três mamilos hemorroidários internos (localizados nas áreas anterior direita, posterior direita e lateral esquerda), em consequência das ramificações da artéria retal superior⁴(**B**). O plexo hemorroidário interno tem inervação visceral autônoma, levando o paciente a ter, muito mais, um desconforto anal localizado do que propriamente dor⁵(**D**). O plexo hemorroidário externo é formado pela artéria retal inferior (ramo da artéria pudenda interna) e suas veias drenam para as veias ilíacas internas e, conseqüentemente, para o sistema cava inferior¹(**D**). O plexo hemorroidário externo, por estar localizado abaixo da linha pectínea, tem inervação somática, rica em fibras sensitivas da dor, temperatura e toque⁶(**D**).

Aspectos epidemiológicos

A doença hemorroidária pode ocorrer em ambos os sexos e tem prevalência entre as idades de 45-65 anos, com

decréscimo após os 65 anos de idade⁷(**B**). O desenvolvimento de doença hemorroidária antes dos 20 anos de idade não é comum⁷(**B**). O índice de prevalência da doença hemorroidária, nos Estados Unidos, é em torno de 4,4%, na população geral⁷(**B**). Indivíduos brancos parecem ser mais afetados do que os negros e a prevalência da doença cresce na medida em que o nível socioeconômico da população aumenta⁷(**B**).

Classificação

Na abordagem do paciente com sintomas hemorroidários é importante, inicialmente, uma noção adequada quanto à sua apresentação clínica; para tanto, alguns parâmetros devem ser considerados. Quanto à sua localização, a doença hemorroidária pode ser interna, externa e mista. Pode se apresentar ainda como doença hemorroidária não complicada ou complicada (por exemplo, uma trombose hemorroidária aguda). O tratamento de hemorroidas sintomáticas é geralmente orientado tendo em vista a presença do prolapso. Para uma melhor abordagem clínica, adotamos a classificação proposta por Dennison et al.⁸(**D**), a qual classifica os mamilos hemorroidários internos em graus (de I a IV). Como é uma classificação que leva em consideração, principalmente, os sintomas, torna-se mais útil para se planejar a terapia considerada mais adequada. Um alto porcentual de pacientes apresenta uma combinação de componentes internos e externos, sendo o melhor tratamento a ser proposto aquele voltado, preferencialmente, para qualquer que seja o componente predominante⁹(**D**).

Sintomatologia

O sangramento é o sintoma mais comum e, na grande maioria das vezes, não é volumoso e sim intermitente e de pequena monta (embora não seja muito freqüente, o paciente pode, algumas vezes, apresentar anemia importante)¹⁰(**D**). A incidência de sangramento hemorroidário levando a um quadro de anemia importante foi observada a cada 0,5 paciente em 1000/ano¹¹(**B**).

O aumento crônico do esforço evacuatório aumenta a possibilidade de surgimento do prolapso hemorroidário que é, em última análise, a consequência do relaxamento do tecido conjuntivo localizado entre a mucosa e a camada muscular do reto. Quando a queixa principal do paciente for referida como dor, atenção especial deve ser dada para a possibilidade de estar presente alguma complicação da doença hemorroidária: trombose hemorroidária aguda, associação com fissura anal ou o surgimento de um abscesso perianal¹²(**D**).

Diagnóstico diferencial

É importante salientar que, uma vez colhida uma história clínica minuciosa, quase sempre teremos condições de fazer o diagnóstico da doença hemorroidária. Em determinadas situações clínicas e sobretudo evolutivas, a história referida pelo paciente pode trazer alguma dúvida quanto ao diagnóstico,

portanto, é fundamental a realização rotineira de um completo exame físico e, principalmente, o proctológico, para confirmar ou infirmar a suspeita clínica¹³(D).

Diagnóstico

O diagnóstico da doença hemorroidária é baseado na história clínica detalhada, combinada com exame físico do paciente e, principalmente, o proctológico cuidadoso que poderão confirmar a presença da enfermidade ou afastar outras condições que podem causar os mesmos sintomas¹³(D). É freqüente observarmos pacientes que apresentam queixas relacionadas com o intestino distal e com o ânus admitirem, erroneamente, que seus sintomas são devidos às hemorroidas¹⁴(D).

O exame proctológico deverá incluir uma inspeção detalhada e cuidadosa da região anal e perianal, quando poderão ser diagnosticadas, com relativa facilidade, as hemorroidas externas, internas prolapsadas (às vezes, com mucosa ulcerada e recoberta por tecido escamoso metaplásico), e a trombose hemorroidária com ou sem flebite, as fístulas, assim como afastar, ou mesmo suspeitar das entidades que relacionamos como necessárias a serem consideradas no diagnóstico diferencial.

O exame digital vem a seguir e, nos casos de lesões dolorosas, o mesmo deverá ser evitado (por exemplo, na vigência de fissura anal ou de trombose hemorroidária aguda com flebite)¹³(D). O exame digital é importante, pois fornece informações a respeito do tônus esfinteriano de repouso e de contração, além de afastar a possibilidade de qualquer lesão tumoral ou de estenoses¹³(D). É importante ressaltar que hemorroidas internas assintomáticas não são diagnosticadas pelo toque retal, pois a mucosa anal tem a consistência aveludada¹³(D).

Hemorroidas externas podem ser identificadas à inspeção. Hemorroidas internas são adequadamente visualizadas durante a anuscopya¹⁵(D).

Todos os pacientes com idade acima de 40 anos, apresentando-se com sangramento retal, devem ser submetidos a uma sigmoidoscopia flexível ou colonoscopia, para afastar a possibilidade da presença de tumores colorretais benignos ou malignos, de doença inflamatória intestinal e de doença diverticular¹⁶(B).

A doença orifical (hemorroida, fissura anal, fístula anal, abscesso anorretal e condiloma anal) pode coexistir com lesões neoplásicas benignas e malignas em até 9,8% das vezes¹⁷(B).

A decisão de se realizar a colonoscopia deve ser baseada na idade do paciente, presença de sintomas gastrointestinais e outros fatores de risco (história familiar como exemplo)¹⁷(B). A colonoscopia em indivíduos com idade inferior a 40 anos e com sangramento retal pode ser justificada, uma vez que achados endoscópicos significativos podem estar presentes em até 21% dos pacientes¹⁸(B). Indivíduos portadores de doença hemorroidária, com idade acima de 60 anos, com queixas de sangramento retal, devem ser melhor investigados quanto à origem do sangramento; entretanto, a ausência de sangramento retal não pode ser considerada como um fator preditivo para a

inexistência de câncer¹⁹(A). Comparando-se a retossigmoidoscopia flexível, associada ao enema opaco, com a colonoscopia, observou-se melhores resultados com este último método (os dois primeiros deixaram de detectar pólipos benignos maior ou igual a 1 cm e aqueles menores que 1 cm em 36% e 60,25%, respectivamente)²⁰(B). A prevalência de câncer colorretal em indivíduos com sintomas colônicos, porém sem evidência de sangramento retal, é baixa e pode ser comparável à prevalência na população assintomática²¹(A).

O texto completo da diretriz Hemorroida: Diagnóstico está disponível no site. www.projetodiretrizes.org.br.

Referências

1. Jorge JMN. Anorectal anatomy and physiology. In: Beck DE, Wexner SD, editors. Fundamentals of anorectal surgery. London: WB Saunders; 1998. p. 1-24.
2. Goligher J, Duthie H. Anatomia cirúrgica e fisiologia do ânus, reto e colo. In: Keighley MRB, Williams NS, editores. Cirurgia do ânus, reto e colo. São Paulo: Manole; 1990. p. 1-50.
3. Parnaud E, Guntz M, Bernard A, Chome J. Anatomie normale macroscopique et microscopique du réseau vasculaire hémorrhoidal. Arch Fr Mal App Dig. 1976;65:501-14.
4. Burkitt DP, Graham-Stewart CW. Haemorrhoids: postulated pathogenesis and proposed prevention. Postgrad Med J. 1975;51:631-6.
5. Wood BA, Kelly AJ. Anatomy of the anal sphincters and pelvic floor. In: Henry MM, Swash M, editors. Coloproctology and the pelvic floor. London: Butterworth; 1992. p.3-19.
6. Kaiser AM, Ortega AE. Anorectal anatomy. Surg Clin North Am. 2002; 82:1125-38.
7. Johanson JF, Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation: an epidemiologic study. Gastroenterology. 1990;98:380-6.
8. Dennison AR, Whiston RJ, Rooney S, Morris DL. The management of hemorrhoids. Am J Gastroenterol. 1989;84:475-81.
9. Balasubramaniam S, Kaiser AM. Management options for symptomatic hemorrhoids. Curr Gastroenterol Rep. 2003;5:431-7.
10. Williams NS. Doença hemorroidária. In: Keighley MRB, Williams NS, editores. Cirurgia do ânus, reto e colo. São Paulo: Manole; 1998. p.286-352.
11. Kluiber RM, Wolff BG. Evaluation of anemia caused by hemorrhoidal bleeding. Dis Colon Rectum. 1994;37:1006-7.
12. MacKay D. Hemorrhoids and varicose veins: a review of treatment options. Altern Med Rev. 2001;6:126-40.
13. Sokol S, Crim R. Hemorroidas. In: Moreira H, editores. Coloproctologia: conceitos. Goiânia: Escaleno; 1993. p.201-20.
14. Madoff RD, Fleshman JW; Clinical Practice Committee, American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association technical review on the diagnosis and treatment of hemorrhoids. Gastroenterology. 2004;126:1463-73.
15. Alfonso R, Herrera Brando J, Carrero Y. The rectosigmoidoscopy as coloproctological diagnostic method in asymptomatic patients: preliminary study. Rev Venez Cir. 1992;45:55-9.
16. Metcalf JV, Smith J, Jones R, Record CO. Incidence and causes of rectal bleeding in general practice as detected by colonoscopy. Br J Gen Pract. 1996;46:161-4.
17. Longo WE, Dean PA, Virgo KS, Vernava AM 3rd. Colonoscopy in patients with benign anorectal disease. Dis Colon Rectum. 1993;36:368-71.
18. Acosta JA, Fournier TK, Knutson CO, Ragland JJ. Colonoscopic evaluation of rectal bleeding in young adults. Am Surg. 1994;60:903-6.
19. Wauters H, Van Casteren V, Buntinx F. Rectal bleeding and colorectal cancer in general practice: diagnostic study. BMJ. 2000;321:998-9.
20. Hixson LJ, Sampliner RE, Chernin M, Amberg J, Kogan F. Limitations of combined flexible sigmoidoscopy and double contrast barium enema in patients with rectal bleeding. Eur J Radiol. 1989;9:254-7.
21. Rex DK, Mark D, Clarke B, Lappas JC, Lehman GA. Flexible sigmoidoscopy plus air-contrast barium enema versus colonoscopy for evaluation of symptomatic patients without evidence of bleeding. Gastrointest Endosc. 1995; 42:132-8.