

## DOENÇA HEMORROIDÁRIA: UMA REVISÃO DOS ASPECTOS ETIOPATOGÊNICOS, CLÍNICOS, DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

### HEMORRHOIDAL DISEASE: A REVIEW OF ETIOPATHOGENIC, CLINICAL, DIAGNOSTIC, AND THERAPEUTIC ASPECTS

### ENFERMEDAD HEMORROIDAL: UNA REVISIÓN DE LOS ASPECTOS ETIOPATOGÉNICOS, CLÍNICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

Ana Clara Abreu Lima de Paula<sup>1</sup>  
Fernanda Perez Rocha<sup>2</sup>  
Samuel Mendes Rocha<sup>3</sup>  
Ícaro Lopes Moreira<sup>4</sup>  
Iann Barcellos Cordeiro Henriques<sup>5</sup>

**RESUMO:** A doença hemorroidária (DH) é uma condição comum que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, representando um desafio significativo para médicos e pacientes devido aos sintomas desconfortáveis e impacto na qualidade de vida. A DH afeta cerca de 4,0% da população global e é caracterizada pelo aumento e deslocamento das almofadas anais normais. Thompson propôs a teoria do prolapso dos coxins anais em 1975, sugerindo que as hemorroidas são coxins vasculares compostos por tecido fibroelástico, fibras musculares e plexos vasculares. A fisiopatologia envolve o deslizamento do revestimento do canal anal, resultando em dilatação venosa e desintegração dos tecidos de suporte. As hemorroidas são classificadas com base na localização e no grau de prolapso, sendo internas (acima da linha dentada), externas (abaixo da linha dentada) e mistas. O sangramento é o sintoma mais comum, enquanto o aumento crônico do esforço durante a evacuação pode levar ao prolapso. A presença de dor anal sugere complicações, como trombose ou fissura anal. O diagnóstico é baseado na história clínica e no exame físico, com atenção para descartar câncer retal. O exame proctológico é crucial para identificar hemorroidas e outras condições anorretais. Para pacientes com suspeita de sangramento hemorroidário, uma avaliação endoscópica pode ser necessária, especialmente em casos preocupantes. O tratamento conservador envolve modificar hábitos alimentares e intestinais, enquanto opções mais agressivas, como tratamento instrumental e cirúrgico, são reservadas para casos graves. Opções terapêuticas incluem ligadura, fotocoagulação, escleroterapia e hemorroidectomia.

**Palavras-chave:** Doença hemorroidária. Hemorróidas. Hemorroidectomia. Epidemiologia. Doenças anais.

<sup>1</sup>Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora.

<sup>2</sup>Acadêmica de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

<sup>3</sup>Acadêmico de Medicina do Centro Universitário FAMINAS.

<sup>4</sup>Médico pelo Centro Universitário FAMINAS.

<sup>5</sup>Médico pela Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga.

**ABSTRACT:** Hemorrhoidal disease (HD) is a common condition that affects millions of people worldwide, representing a significant challenge for physicians and patients due to uncomfortable symptoms and impact on quality of life. HD affects approximately 4.0% of the global population and is characterized by the enlargement and displacement of normal anal cushions. Thompson proposed the theory of anal cushion prolapse in 1975, suggesting that hemorrhoids are vascular cushions composed of fibroelastic tissue, muscle fibers, and vascular plexuses. The pathophysiology involves the sliding of the anal canal lining, resulting in venous dilation and breakdown of the supporting tissues of the anal cushions. Hemorrhoids are classified based on location and degree of prolapse, being internal (above the dentate line), external (below the dentate line), and mixed. Bleeding is the most common symptom, while chronic straining during defecation can lead to prolapse. The presence of anal pain suggests complications such as thrombosis or anal fissure. Diagnosis is based on medical history and physical examination, with attention to ruling out rectal cancer. Proctological examination is crucial for identifying hemorrhoids and other anorectal conditions. For patients with suspected hemorrhoidal bleeding, endoscopic evaluation may be necessary, especially in concerning cases. Conservative treatment involves modifying dietary and bowel habits, while more aggressive options such as instrumental and surgical treatment are reserved for severe cases. Therapeutic options include rubber band ligation, photocoagulation, sclerotherapy, and hemorrhoidectomy.

**Keywords:** Hemorrhoidal disease. Hemorrhoids. Hemorrhoidectomy. Epidemiology. Anal diseases.

**RESUMEN:** La enfermedad hemorroidal (EH) es una afección común que afecta a millones de personas en todo el mundo, representando un desafío significativo para médicos y pacientes debido a síntomas incómodos e impacto en la calidad de vida. La EH afecta aproximadamente al 4,0% de la población mundial y se caracteriza por el aumento y desplazamiento de las almohadillas anales normales. Thompson propuso la teoría del prolapso de las almohadillas anales en 1975, sugiriendo que las hemorroides son almohadillas vasculares compuestas por <sup>2641</sup> tejido fibroelástico, fibras musculares y plexos vasculares. La fisiopatología implica el deslizamiento del revestimiento del canal anal, lo que resulta en dilatación venosa y descomposición de los tejidos de soporte de las almohadillas anales. Las hemorroides se clasifican según la ubicación y el grado de prolapso, siendo internas (por encima de la línea dentada), externas (por debajo de la línea dentada) y mixtas. El sangrado es el síntoma más común, mientras que el esfuerzo crónico durante la defecación puede provocar prolapso. La presencia de dolor anal sugiere complicaciones como trombosis o fisura anal. El diagnóstico se basa en la historia clínica y el examen físico, con atención para descartar cáncer de recto. El examen proctológico es crucial para identificar hemorroides y otras condiciones anorrectales. Para pacientes con sospecha de sangrado hemorroidal, puede ser necesaria una evaluación endoscópica, especialmente en casos preocupantes. El tratamiento conservador implica modificar los hábitos dietéticos e intestinales, mientras que opciones más agresivas como el tratamiento instrumental y quirúrgico se reservan para casos graves. Las opciones terapéuticas incluyen ligadura con banda elástica, fotocoagulación, escleroterapia y hemorroidectomía.

**Palabras clave:** Enfermedad hemorroidal. Hemorroides. Hemorroidectomía. Epidemiología. Enfermedades anales.

## INTRODUÇÃO

A doença hemorroidária (DH) é uma condição prevalente, afetando cerca de 4,0% da população global. Uma teoria amplamente aceita sobre sua causa é o prolapso dos coxins anais, proposta por Thompson em 1975. Ele postulou que as hemorroidas não são simplesmente varizes, mas sim coxins vasculares compostos por tecido fibroelástico, fibras musculares e plexos vasculares com anastomoses arteriovenosas.<sup>3</sup>

A condição conhecida como doença hemorroidária é uma das afecções benignas mais comuns na região anorretal, sendo uma presença quase constante na rotina de médicos especializados em problemas digestivos. Apesar de ser estudada e documentada há bastante tempo, essa condição ainda suscita diversas perguntas sobre a abordagem terapêutica mais eficaz.<sup>9</sup>

As hemorroidas são caracterizadas pelo aumento sintomático e pelo deslocamento distal das almofadas anais normais. Afetando milhões de indivíduos ao redor do mundo, elas representam um desafio médico e socioeconômico significativo. Diversos fatores têm sido considerados como possíveis causas do desenvolvimento das hemorroidas, incluindo constipação e esforço prolongado durante a evacuação. A dilatação anormal e a distorção do canal vascular, acompanhadas de alterações destrutivas no tecido conjuntivo de suporte dentro das almofadas anais, são achados fundamentais na doença hemorroidária. Uma resposta inflamatória e hiperplasia vascular podem ser observadas nas hemorroidas.<sup>9</sup>

2642

## METODOLOGIA

Trata-se de uma síntese integrativa com abordagem qualitativa, que busca estabelecer conexões entre as referências bibliográficas provenientes de fontes teóricas de renomados autores que discutem o tema em questão. A coleta de dados foi realizada por meio de revisão bibliográfica para análise secundária nos bancos de dados online PUBMED, SCIELO e LILACS, utilizando os descritores "Doença hemorroidária", "Hemorroidas" e "Doenças anais". Essas publicações foram selecionadas por sua relevância e importância para o estudo.

Os critérios de exclusão incluíram artigos que apresentavam apenas o resumo disponível e aqueles que não se alinhavam aos objetivos propostos. Após a seleção da

bibliografia, suas principais características foram agrupadas, com foco nas variáveis relacionadas à doença investigada.

## DISCUSSÃO

### FISIOPATOLOGIA

A fisiopatologia precisa do desenvolvimento das hemorroidas ainda não é totalmente compreendida. Por muitos anos, a teoria das veias varicosas, que sugeria que as hemorroidas eram causadas por veias varicosas no canal anal, era amplamente aceita. No entanto, essa teoria tornou-se obsoleta, uma vez que foi comprovado que as hemorroidas e as varizes anorretais são condições distintas. De fato, pacientes com hipertensão portal e varizes não apresentam um aumento na incidência de hemorroidas.<sup>7</sup>

Atualmente, a teoria do deslizamento do revestimento do canal anal é amplamente reconhecida. Esta teoria sugere que as hemorroidas se desenvolvem quando os tecidos de suporte das almofadas anais se desintegram ou deterioram. As hemorroidas são, portanto, caracterizadas pelo deslocamento anormal para baixo das almofadas anais, resultando em dilatação venosa. Normalmente, há três almofadas anais principais, localizadas na face anterior direita, posterior direita e lateral esquerda do canal anal, além de várias almofadas menores entre elas.<sup>7</sup>

2643

Os coxins anais de pacientes com hemorroidas exibem mudanças patológicas significativas, incluindo dilatação venosa anormal, trombose vascular, degeneração das fibras colágenas e tecidos fibroelásticos, bem como distorção e ruptura do músculo subepitelial anal. Além disso, observa-se uma reação inflamatória grave envolvendo a parede vascular e o tecido conjuntivo circundante em amostras de hemorroidas, frequentemente associada a ulceração da mucosa, isquemia e trombose.<sup>7</sup>

### CLASSIFICAÇÃO

Um sistema de classificação das hemorroidas é valioso não apenas para ajudar na seleção entre diferentes tratamentos, mas também para facilitar a comparação dos resultados terapêuticos entre eles. As hemorroidas são comumente classificadas com base em sua

localização e no grau de prolapso. As hemorroidas internas têm origem no plexo venoso hemorroidário superior acima da linha dentada e são revestidas por mucosa, enquanto as hemorroidas externas são dilatações venosas desse plexo localizadas abaixo da linha dentada e revestidas por epitélio escamoso. As hemorroidas mistas, também conhecidas como internas-externas, surgem acima e abaixo da linha dentada.<sup>4</sup>

Para fins práticos, as hemorroidas internas são classificadas com base em sua aparência e no grau de prolapso, conforme descrito pela classificação de Goligher: (1) Hemorroidas de primeiro grau (grau I): as almofadas anais sangram, mas não prolapsam; (2) Hemorroidas de segundo grau (grau II): as almofadas anais prolapsam através do ânus durante o esforço, mas se reduzem espontaneamente; (3) Hemorroidas de terceiro grau (grau III): As almofadas anais prolapsam através do ânus durante o esforço ou a pressão e requerem reposição manual no canal anal; e (4) Hemorroidas de quarto grau (grau IV): o prolapso permanece sempre externo e irreduzível. Hemorroidas internas encarceradas e trombosadas agudamente, bem como hemorroidas trombosadas encarceradas que envolvem prolapso circunferencial da mucosa retal, também são classificadas como hemorroidas de quarto grau.<sup>4</sup>

As hemorroidas se originam de um plexo ou almofada de canais arteriovenosos dilatados e tecido conjuntivo. As veias hemorroidárias são estruturas anatômicas normais 2644 situadas na camada submucosa da parte inferior do reto e podem ser classificadas como externas ou internas, dependendo se estão localizadas abaixo ou acima da linha dentada. Com frequência, ambos os tipos de hemorroidas coexistem. As hemorroidas internas e externas têm comunicação entre si e drenam para as veias pudendas internas, e posteriormente para a veia cava inferior.<sup>1,12</sup>

Hemorroidas internas: São aquelas que se localizam acima da linha dentada. Elas surgem da almofada hemorroidária superior, com três localizações principais (lateral esquerda, anterior direita e posterior direita), correspondendo aos ramos terminais das veias hemorroidais média e superior. O epitélio colunar que as reveste é inervado visceralmente, o que significa que essas hemorroidas não são sensíveis à dor, ao toque ou à temperatura. Os tecidos acima da linha dentada recebem inervação visceral, que é menos sensível à dor e irritação. As hemorroidas internas são subclassificadas em quatro graus com base no grau de prolapso do canal anal: Grau I são visualizadas na anoscopia e podem se inflamar no lúmen,

mas não prolapsam abaixo da linha dentada; Grau II prolapsam para fora do canal anal durante a defecação ou esforço, mas se reduzem espontaneamente; Grau III prolapsam para fora do canal anal durante a defecação ou esforço e exigem redução manual; Grau IV são irreduzíveis e podem ser estranguladas.<sup>1,12</sup>

**Hemorroidas externas:** São aquelas localizadas distalmente ou abaixo da linha dentada, onde os tecidos são inervados pelos nervos espinhais e, portanto, são mais sensíveis à dor e irritação. Elas surgem do plexo hemorroidário inferior e são revestidas por epitélio escamoso modificado (anoderma), que contém numerosos receptores de dor somática, tornando as hemorroidas externas extremamente dolorosas quando trombosadas.<sup>1,12</sup>

**Hemorroidas mistas internas e externas:** Abrangem a linha dentada, ou seja, apresentam componentes tanto internos quanto externos. <sup>12</sup>

## SINTOMATOLOGIA

O sangramento é o sintoma mais comum das hemorroidas e, na maioria dos casos, não é volumoso, mas intermitente e de pequena quantidade. No entanto, em algumas situações, embora não seja comum, o paciente pode desenvolver anemia significativa devido ao sangramento hemorroidário. A incidência de sangramento hemorroidário que leva a uma anemia significativa foi observada em aproximadamente 0,5 pacientes por cada 1000 pacientes por ano.<sup>5</sup> 2645

O aumento crônico do esforço durante a evacuação pode aumentar a probabilidade de desenvolver prolapso hemorroidário, que é, em última análise, resultado do relaxamento do tecido conjuntivo entre a mucosa e a camada muscular do reto. Quando o principal sintoma relatado pelo paciente é dor, é importante considerar a possibilidade de que alguma complicação da doença hemorroidária esteja presente, como trombose hemorroidária aguda, associação com fissura anal ou o desenvolvimento de um abscesso perianal.<sup>5</sup>

## DIAGNÓSTICO

A patologia anorretal benigna é altamente prevalente na população em geral, tornando todos os médicos potencialmente envolvidos no cuidado de pacientes com esse distúrbio, independentemente de sua especialidade. Na verdade, isso é benéfico. É reconhecido que a

maioria desses pacientes inicialmente busca atendimento com médicos especialistas e não com cirurgiões. No entanto, estudos revelaram uma alta taxa de diagnósticos errados, muitas vezes devido à falta de conhecimento ou experiência clínica adequada dos especialistas não cirúrgicos nesta área. Portanto, a história clínica e o exame físico devem focar na avaliação da gravidade e duração dos sintomas, como sangramento, dor e/ou presença de prolapso hemorroidário. A precisão diagnóstica é crucial não apenas para identificar corretamente a doença hemorroidária, mas também para descartar a possibilidade de câncer retal, pois os sintomas iniciais dessas condições podem ser semelhantes. Assim, o exame físico é fundamental em todos os pacientes, especialmente quando o principal sintoma é sangramento retal.<sup>6</sup>

A avaliação dos pacientes com doença hemorroidária baseia-se principalmente na história clínica detalhada e no exame físico. Os sintomas comuns incluem prolapso hemorroidário, dor associada à defecação, emissão de muco, coceira e sangramento retal. O diagnóstico geralmente é clínico e difere do diagnóstico de fissura anal, cuja dor ocorre principalmente durante ou após a defecação e pode durar minutos a horas. A distinção entre doença hemorroidária e fissura anal é relevante não apenas porque os tratamentos médicos são diferentes, mas também porque um diagnóstico incorreto pode resultar em cronicidade e comprometer a qualidade de vida do paciente. A presença de dor anal com febre sugere a 2646 possibilidade de abscesso perianal, exigindo tratamento cirúrgico urgente. É importante enfatizar a avaliação cuidadosa dos sintomas, já que muitos pacientes com sintomas anorretais são erroneamente diagnosticados com doença hemorroidária sem um exame físico perianal adequado.<sup>6</sup>

O exame proctológico deve incluir uma inspeção minuciosa e cuidadosa da região anal e perianal, permitindo o diagnóstico relativamente fácil de hemorroidas externas, hemorroidas internas prolapsadas (às vezes com mucosa ulcerada e cobertas por tecido escamoso metaplásico), trombose hemorroidária com ou sem flebite, fístulas e outras condições que devem ser consideradas no diagnóstico diferencial.<sup>2</sup>

Em seguida, é realizado o exame digital, mas nos casos de lesões dolorosas, este deve ser evitado, como na presença de fissura anal ou trombose hemorroidária aguda com flebite. Esse exame é importante para avaliar o tônus esfinteriano de repouso e de contração, além de descartar lesões tumorais ou estenoses. É importante observar que hemorroidas internas

assintomáticas geralmente não são detectadas pelo toque retal, devido à consistência aveludada da mucosa anal, enquanto as hemorroidas externas podem ser identificadas por inspeção visual. As hemorroidas internas são melhor visualizadas durante a anuscopia.<sup>2</sup>

Todos os pacientes com mais de 40 anos que apresentam sangramento retal devem ser submetidos a uma sigmoidoscopia flexível ou colonoscopia para excluir tumores colorretais benignos ou malignos, doença inflamatória intestinal e doença diverticular. A doença orifical, como hemorroidas, fissura anal, fístula anal, abscesso anorretal e condiloma anal, pode coexistir com lesões neoplásicas benignas e malignas em até 9,8% dos casos. A decisão de realizar uma colonoscopia deve ser baseada na idade do paciente, presença de sintomas gastrointestinais e outros fatores de risco, como histórico familiar. A colonoscopia em indivíduos com menos de 40 anos e sangramento retal pode ser justificada, pois achados endoscópicos significativos podem estar presentes em até 21% dos pacientes. Indivíduos com doença hemorroidária e mais de 60 anos com queixas de sangramento retal devem ser mais cuidadosamente investigados quanto à origem do sangramento; no entanto, a ausência de sangramento retal não exclui o risco.<sup>2</sup>

## AValiação Complementar

2647

Em pacientes com suspeita de sangramento hemorroidário, pode ser necessário realizar uma avaliação adicional para excluir outras causas. Para pacientes com menos de 40 anos, uma avaliação endoscópica é recomendada se apresentarem algum dos seguintes critérios:<sup>12</sup>

- Manifestações clínicas preocupantes.
- Anemia por deficiência de ferro.
- Fatores de risco para doenças do cólon, como histórico de perda de sangue gastrointestinal anterior, câncer colorretal ou pólipos previamente ressecados, doença inflamatória intestinal, radioterapia pélvica, história familiar de doença inflamatória intestinal, história familiar sugestiva de pólipos colorretais avançados, câncer ou síndrome de câncer colorretal hereditário.<sup>12</sup>

A avaliação endoscópica deve incluir uma colonoscopia, mas em alguns casos uma endoscopia digestiva alta também pode ser indicada com base na apresentação clínica, como

em pacientes com melena, sangue vermelho escuro por reto ou anomalias nos sinais vitais posturais.<sup>12</sup>

Para pacientes sem manifestações clínicas preocupantes, anemia por deficiência de ferro ou fatores de risco para doença do cólon, o tratamento para hemorroidas pode ser iniciado sem avaliação adicional. No entanto, se o sangramento persistir após o tratamento local bem-sucedido das hemorroidas, uma avaliação com colonoscopia é recomendada.<sup>12</sup>

Para pacientes com 40 anos ou mais, uma avaliação endoscópica com colonoscopia é recomendada. Durante a colonoscopia, o reto distal e a borda anal devem ser inspecionados em retroflexão, com o reto parcialmente insuflado para evitar distender e esticar excessivamente as hemorroidas internas. Avaliação adicional, como imagens abdominais, pode ser necessária com base nos sintomas e nos resultados da avaliação endoscópica.<sup>12</sup>

## TRATAMENTO

O primeiro tratamento para pacientes com doença hemorroidária consiste em modificar os hábitos alimentares, incluindo uma ingestão adequada de líquidos e fibras, e adotar hábitos saudáveis, como praticar exercícios moderados. Constipação e alterações nos hábitos de evacuação são comuns em pacientes com DH.<sup>6</sup>

2648

Para pacientes com prolapso ou sangramento leve/moderado, recomenda-se uma ingestão abundante de líquidos e fibras como parte do tratamento conservador. Em última análise, é importante que os pacientes recebam orientações para manter hábitos intestinais adequados, incluindo o número e consistência das evacuações, e evitar esforços excessivos durante a defecação, assim como limitar o tempo gasto nesse processo, pois isso está associado a uma maior incidência de sintomas de DH. Recomenda-se também evitar certos hábitos, como ler durante a defecação.<sup>6</sup>

Para casos de DH avançada (graus III e IV ou aqueles com componente externo volumoso), tratamentos mais agressivos, incluindo opções cirúrgicas, podem ser necessários para proporcionar uma melhoria clínica significativa. No entanto, independentemente do tratamento escolhido, a modificação dos hábitos alimentares e intestinais continua sendo uma parte importante da gestão da DH.<sup>6</sup>

## TRATAMENTO CIRÚRGICO

O tratamento cirúrgico convencional da doença hemorroidária envolve principalmente a excisão dos mamilos hemorroidários, visando exclusivamente à melhoria sintomática, sem objetivos cosméticos ou de correção anatômica exclusiva. Já o tratamento instrumental é direcionado principalmente às hemorroidas internas, embora possa induzir alguma redução do componente externo. Seu objetivo é criar fibrose cicatricial para fixar a mucosa aos planos profundos e reduzir a vascularização, sendo uma terapia conservadora em relação à cirurgia, mas eficaz, ainda que temporariamente, sem causar grandes alterações anatômicas ou funcionais.<sup>8,11</sup>

Existem diversas intervenções no tratamento ambulatorial e instrumental da doença hemorroidária, incluindo a ligadura elástica e a fotocoagulação de radiação infravermelha.<sup>8,11</sup>

### Ligadura elástica

A ligadura elástica é uma técnica invasiva simples, rápida e eficaz para tratar hemorroidas de graus II, III e IV. Consiste na aplicação de anéis de borracha que causam necrose isquêmica e cicatrização do tecido hemorroidário, promovendo sua fixação à parede do canal anal. Embora segura, pode causar sangramento leve, retenção urinária, trombose hemorroidária externa e, raramente, sepse pélvica. A taxa de sucesso varia entre 79% e 97%.<sup>8,11</sup>

2649

### Fotocoagulação

A fotocoagulação de radiação infravermelha é realizada por meio de uma unidade elétrica com aplicador manual tipo pistola. A energia infravermelha é convertida em calor, coagulando os vasos irrigadores do mamilo hemorroidário. Após o procedimento, pequenas úlceras se formam no local da aplicação, cicatrizando e aumentando a aderência da mucosa à musculatura adjacente. Essa técnica tem uma taxa de sucesso terapêutico entre 85% e 92% e é bem tolerada pelos pacientes, embora seja mais cara devido ao custo do equipamento de alta tecnologia.<sup>8,11</sup>

## Escleroterapia

A escleroterapia envolve a administração de agentes esclerosantes, sendo comumente utilizado fenol a 5% em óleo de amêndoas. Esses agentes são injetados no interior dos mamilos hemorroidários, promovendo cicatrização, fibrose e redução das hemorroidas, além de fixá-las ao obliterar sua vascularização. O procedimento é rápido e não requer anestesia, geralmente sendo concluído em poucos minutos. No entanto, são necessários cuidados para evitar injeções intramucosas ou intramusculares, visando prevenir descamação mucosa, ulceração ou dor excessiva. As complicações são raras e geralmente estão relacionadas à administração incorreta do esclerosante.<sup>8</sup>

## Hemorroidectomia Cirúrgica

A hemorroidectomia cirúrgica é indicada para pacientes com doença hemorroidária sintomática externa mista ou interna com prolapso permanente, especialmente quando outros tratamentos não foram eficazes ou em casos de doença extensa. No entanto, apenas 5 a 10% dos pacientes necessitam de intervenção cirúrgica. Existem diversas técnicas cirúrgicas disponíveis, todas com elementos essenciais, como ligadura do suprimento arterial, ressecção dos plexos hemorroidários dilatados, remodelagem do anoderma com excisão da pele redundante (plicomas) e indução de inflamação e fibrose. As técnicas podem ser abertas, com cicatrização por segunda intenção, fechadas ou semi-fechadas. Os riscos pós-cirúrgicos, como infecção e sangramento, variam em torno de 5%, enquanto a retenção urinária pode ocorrer em 10 a 32% dos casos, sendo possível preveni-la com a restrição do volume de líquidos durante o procedimento cirúrgico. Essa pode ser prevenida pelo uso restrito de reposição hídrica no transoperatório.<sup>10</sup>

2650

## CONCLUSÕES

A doença hemorroidária é uma condição comum que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, representando um desafio significativo para médicos e pacientes devido aos seus sintomas desconfortáveis e impacto na qualidade de vida. Apesar de sua prevalência e longa história de estudo, ainda há questões em aberto sobre a abordagem terapêutica mais eficaz.

Desde a compreensão de sua fisiopatologia até o diagnóstico e tratamento, avanços significativos foram feitos. A fisiopatologia, anteriormente mal compreendida, agora é melhor elucidada, destacando o papel do deslizamento do revestimento do canal anal no desenvolvimento das hemorroidas. A classificação das hemorroidas também é crucial para orientar a escolha do tratamento mais adequado, considerando a localização e o grau de prolapso.

No diagnóstico, a precisão é fundamental para diferenciar a doença hemorroidária de outras condições anorretais, como fissuras anais ou câncer retal. O exame físico e proctológico desempenha um papel crucial nesse processo, auxiliando na identificação e avaliação das hemorroidas.

No tratamento, uma abordagem multifacetada é essencial, começando com modificações nos hábitos alimentares e intestinais para aliviar os sintomas. Opções terapêuticas adicionais, como tratamento instrumental e cirúrgico, são reservadas para casos mais graves ou refratários.

As técnicas de tratamento instrumental, como ligadura elástica, fotocoagulação e escleroterapia, oferecem opções eficazes e menos invasivas para pacientes com hemorroidas internas. Enquanto isso, a hemorroidectomia cirúrgica é uma opção para pacientes com doença 2651 hemorroidária sintomática grave que não responde ao tratamento conservador.

Em última análise, o manejo bem-sucedido da doença hemorroidária requer uma abordagem individualizada, levando em consideração a gravidade dos sintomas, as preferências do paciente e os resultados clínicos. Com um diagnóstico preciso e uma variedade de opções terapêuticas disponíveis, é possível melhorar significativamente a qualidade de vida dos pacientes afetados por essa condição comum.

## REFERÊNCIAS

1. BARBOSA, F. da S.; OLIVEIRA, J. C. de; TESSER, C. D. Evidências sobre tratamentos clínicos conservadores para doença hemorroidária. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 31, p. 149-158, 2013. DOI: 10.5712/rbmfc9(31)786. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/786>. Acesso em: 16 mar. 2024.

2. BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA, S. et al. A A HEMORRÓID HEMORRÓID HEMORRÓID HEMORRÓIDA A A A A. Rev Assoc Med Bras, v. 53, n. 1, p. 1-12, 2007.
3. CERATO, M. M. et al.. Surgical treatment of hemorrhoids: a critical appraisal of the current options. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo), v. 27, n. 1, p. 66-70, jan. 2014
4. Declaração de posição médica da American Gastroenterological Association: Diagnóstico e tratamento de hemorróidas. Gastroenterologia. 2004; 126 :1461-1462.
5. Diagnóstico da hemorróida. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 53, n. 1, p. 10-11, jan. 2007.
6. ESTALELLA, L.; LOPEZ-NEGRE, J. L.; PARÉS, D. Enfermedad hemorroidal. Medicina Clínica, v. 140, n. 1, p. 38-41, jan. 2013.
7. LOHSIRIWAT, V. Hemorrhoids: From basic pathophysiology to clinical management. World Journal of Gastroenterology, v. 18, n. 17, p. 2009, 2012.
8. Matos D, Saad SS, Fernandes LC, editors. Coloproctologia. Barueri: Manole; 2004. (Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina)
9. RAMOS DEUS, J.; RAMA, N. REVISTA PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA JANEIRO/ABRIL 2020 000 Recomendações / Recommendations Doença Hemorroidária - Recomendações (Guidelines) Hemorrhoidal Disease -Guidelines RESUMO. [s.l: s.n.], 2652  
Disponível em: <[https://www.spcoloprocto.org/uploads/rec2\\_doenca-hemorroidaria.pdf](https://www.spcoloprocto.org/uploads/rec2_doenca-hemorroidaria.pdf)>]
10. Sneider EB, Maykel JA. Diagnosis and management of symptomatic hemorrhoids. Surg Clin North Am. 2010;90(1):17-32.
11. Townsend CM, editor. Sabiston tratado de cirurgia. 17<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005
12. UpToDate. Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/hemorrhoids-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=hemorroida&source=search\\_result&selectedTitle=2%7E150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#references](https://www.uptodate.com/contents/hemorrhoids-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=hemorroida&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2#references)>. Acesso em: 16 mar. 2024.