

## Hemorróida: Manejo Não-Cirúrgico

*Autoria: Sociedade Brasileira de Coloproctologia*

---

**Elaboração Final:** 31 de janeiro de 2006

**Participantes:** Oliveira Jr O, Moreira JPT, Araújo SEA

---

---

*O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.*

## **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.

## **OBJETIVO:**

Analisar, baseado em evidências científicas, as propostas de tratamento clínico e conservador para a doença hemorroidária.

## **CONFLITO DE INTERESSE:**

Nenhum conflito de interesse declarado.

## INTRODUÇÃO

O tratamento das hemorróidas depende mais do conjunto de sintomas de cada paciente e dos achados objetivos ao exame físico e proctológico. Portanto, apenas as hemorróidas sintomáticas precisam ser tratadas<sup>1</sup>(D).

Uma vez feito o diagnóstico de hemorróida sintomática, o tratamento dependerá do grau e da extensão da lesão. As opções incluem:

1. TRATAMENTO CLÍNICO;
2. TRATAMENTO CONSERVADOR (MAIS FREQUENTEMENTE REALIZADO EM NÍVEL AMBULATORIAL / CONSULTÓRIO); E
3. TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Poucos estudos clínicos recentes abordam os resultados do tratamento clínico e do tratamento conservador.

## TRATAMENTO CLÍNICO

A modificação dos hábitos alimentares, com maior ingestão de líquidos e de fibras, objetivando diminuir o trauma e o esforço evacuatório, representa recomendações universais a todos os portadores de doença hemorroidária a despeito do grau<sup>2</sup>(D).

Uma vez que a diarreia e o aumento do número de evacuações levam à exacerbação dos sintomas de hemorróidas, a regularização do hábito intestinal, em pacientes com diarreia crônica e síndrome do cólon irritável, possivelmente, resulta em alívio sintomático<sup>2</sup>(D).

O emprego de pomadas, cremes e supositórios vendidos em farmácias e sem prescrição médica, da mesma forma que as recomendações dietéticas, tornaram-se ubiqüitários, porém evidência consistente acerca da eficácia do uso destes agentes tópicos (antiinflamatórios, corticóides e anestésicos) ainda é aguardada<sup>2</sup>(D). Os riscos de medicações tópicas incluem reações

alérgicas, seqüelas do uso de longo prazo de esteróides tópicos e o potencial atraso na investigação diagnóstica<sup>1</sup>(D).

O emprego de laxantes formadores de bolo fecal resulta em diminuição dos sintomas de sangramento e de dor à evacuação<sup>3,4</sup>(A).

Nos pacientes portadores de hemorróidas internas de terceiro grau, inicialmente tratados por meio da ligadura elástica, a administração posterior de uma dieta rica em fibras diminuiu a incidência de recorrência dos sintomas<sup>5</sup>(A).

Outras medidas são consideradas benéficas, incluindo-se, dentre elas, orientações higiênicas (abolição do papel higiênico) e banhos de assento com água morna. A água morna, aplicada na região anal, diminui, significativamente, a pressão de repouso do canal anal provocada por espasmo esfíncteriano, conseqüentemente, diminuindo o sintoma de dor anal<sup>6</sup>(B).

Pacientes portadores de hemorróidas não prolapsadas e com sangramento agudo, tratados com suplemento de fibras associado a derivados flavonóides micronizados, podem controlar, de uma maneira mais segura e rápida, o sangramento, quando comparado com o uso da ligadura elástica associada a suplemento de fibras; entretanto, não houve diferença significativa na taxa de recidiva dos sintomas, após seis meses de acompanhamento destes pacientes<sup>7</sup>(B). Pacientes portadores de hemorróidas internas de primeiro e segundo graus, com sangramento ativo e agudo, se beneficiam, quando comparados ao grupo placebo, com a administração de derivados flavonóides micronizados, podendo ser postergado, para um momento mais conveniente para o paciente, procedimentos mais invasivos<sup>8</sup>(B).

## TRATAMENTO CONSERVADOR

O tratamento em consultório da doença hemorroidária inclui algumas opções clínicas. Dentre elas, destacam-se a ligadura elástica, a fotocoagulação por raios infravermelhos e a escleroterapia. Os objetivos destes tratamentos são diminuir a vascularização ou o volume das hemorróidas e/ou aumentar sua fixação à parede retal. Como resultado, obtém-se a redução dos sintomas de prolapso e sangramento<sup>2</sup>(D).

Em metanálise de 18 ensaios clínicos randomizados, a ligadura elástica sobressaiu-se como a melhor forma de tratamento não-cirúrgico da doença hemorroidária como resultado da menor ocorrência de recidiva resultante de seu emprego. Está indicada para o tratamento inicial de todos os casos de hemorróidas internas grau 1 a 3<sup>9</sup>(A).

Comparando-se a tripla ligadura elástica dos mamilos hemorroidários principais, em sessão única, com a ligadura elástica convencional (quando é ligado um mamilo por sessão), ambos os métodos são efetivos no tratamento da hemorróida de primeiro e segundo grau, e a incidência de dor e de complicações, após o procedimento, são semelhantes<sup>10</sup>(A). Portanto, no que diz respeito ao quesito custo benefício, a ligadura elástica tripla, em sessão única, é a mais recomendada<sup>10</sup>(A).

A ligadura múltipla de mamilos hemorroidários internos, em uma única sessão, pode parar o sangramento de uma maneira mais efetiva quando comparada à ligadura simples (96,7% dos pacientes submetidos à ligadura múltipla pararam de sangrar na primeira semana, comparando-se com 79% no grupo de ligadura simples). Quanto à incidência de dor, tenesmo, sin-

tomas urinários e incidência de ressangramento pós-ligadura, após um ano de acompanhamento, não houve diferença entre os dois grupos<sup>11(A)</sup>.

O uso de anestésico injetável (Lidocaína a 2%) no tecido hemorroidário ligado não reduz o desconforto após o procedimento de ligadura elástica tripla<sup>12(A)</sup>.

Antes de se indicar o tratamento cirúrgico de um caso de doença hemorroidária interna de segundo ou terceiro grau, deve-se considerar primeiramente a indicação de ligadura elástica, a qual apresenta resultados satisfatórios em relação à recidiva dos sintomas; é um procedimento com pouca incidência de dor e permite, ao paciente, um retorno bem mais precoce às suas atividades laborativas<sup>13(A)</sup>.

A fotocoagulação com raios infravermelhos é um método ambulatorial simples, rápido, seguro e eficiente no tratamento de hemorróidas internas de primeiro e de segundo graus, apresentando menor incidência de efeitos adversos e boa aceitabilidade pelos pacientes, quando comparada à ligadura elástica<sup>14,15(A)</sup>. Em um período de um ano de acompanhamento, quando se utilizou a ligadura elástica para o tratamento da hemorróida em estágio inicial (segundo grau) obtiveram-se melhores resultados no controle e recidiva dos sintomas, quando comparada à fotocoagulação; por outro lado, apesar de ser menos eficiente, a fotocoagulação com raios infravermelhos é um procedimento menos doloroso no pré e pós-procedimento e, conseqüentemente, mais aceitável pelo paciente<sup>16(A)</sup>.

Na abordagem da doença hemorroidária de primeiro ou segundo grau, as complicações (sangramento, dor e desconforto anal) são mais comuns após o procedimento com ligadura elás-

tica, quando comparada à fotocoagulação; porém, o acompanhamento dos pacientes, após a fotocoagulação, por um período de até um ano, mostrou que outros tratamentos (inclusive a hemorroidectomia cirúrgica) são mais freqüentemente necessários<sup>16(A)</sup>.

A escleroterapia envolve a injeção de um agente esclerosante (fenol 5% em óleo de amêndoas, mais freqüentemente em nosso meio) no interior do mamilo hemorroidário<sup>17(D)</sup>. Assim como a ligadura elástica, a esclerose é um procedimento relativamente rápido e realizado sem necessidade de anestesia com o auxílio de um anuscópio<sup>18(A)</sup>. A escleroterapia parece associada a menor dor se comparada à ligadura elástica<sup>19(B)</sup>. Para pacientes portadores de hemorróidas de primeiro ou segundo grau, a escleroterapia tem eficácia de até 90% para o alívio ou abolição de sintomas de forma independente do número de sessões<sup>20(A)</sup>. Há evidências acerca dos melhores resultados da associação da escleroterapia e da ligadura elástica com relação aos desfechos de alívio ou abolição de sintomas<sup>21(A)</sup>.

## COMPLICAÇÕES DO TRATAMENTO CONSERVADOR

A complicação mais comum do tratamento conservador da doença hemorroidária é a dor que está estimada entre 5% e 60% dos pacientes<sup>16,18(A)</sup>. O manejo é mais comumente realizado com o emprego de analgésicos e banhos de assento<sup>9(D)</sup>. Abscesso, retenção urinária, escape da banda elástica, prolapso e trombose podem ocorrer, porém sua freqüência está estimada em menos do que 5%<sup>22(C)</sup>. A ocorrência de sangramento importante está associada à queda da escara resultante da necrose do mamilo hemorroidário e pode necessitar con-

trole por injeção, nova ligadura ou sutura sob anestesia<sup>9</sup>(D). Complicações infecciosas graves, como a gangrena de Fournier, são extremamente raras, e estão associadas à realização do procedimento em pacientes imunocomprometidos, neutropênicos ou diabéticos<sup>23</sup>(C).

## ESCOLHENDO ENTRE OS MÉTODOS

É difícil encontrar evidência consistente acerca da superioridade de um método sobre o outro<sup>9</sup>(D).

Com relação ao desfecho de eficácia do tratamento conservador, uma metanálise de cinco ensaios que incluíram 862 pacientes submetidos a tratamento conservador da doença hemorroidária por meio de escleroterapia, ligadura elástica e fotocoagulação apontou a ligadura elástica como o método mais eficaz na medida em que um menor número de pacientes submetidos a este tratamento necessitou de repetição de sessões<sup>24</sup>(A). O mesmo resultado de

maior eficácia foi obtido pela ligadura elástica em outro estudo de mesmo desenho mais recente<sup>25</sup>(A).

Com relação ao desfecho de dor pós-tratamento, em ambas as metanálises citadas acima, a ligadura elástica esteve mais associada à dor do que a escleroterapia ou a fotocoagulação por infravermelho<sup>24,25</sup>(A).

Entende-se do acima exposto que é possível concluir pela eficácia superior comprovada do tratamento conservador em consultório por meio da ligadura elástica<sup>24</sup>(A). Também é necessário que a analgesia pós-procedimento para pacientes submetidos à ligadura elástica deve ser otimizada<sup>25</sup>(A). Quando esta não estiver disponível ou for tecnicamente de difícil realização (mamilo hemorroidário pequeno, favorecendo o escape precoce da banda elástica), conclui-se que o emprego da escleroterapia ou da fotocoagulação por raios infravermelhos passa a ser a melhor opção de tratamento<sup>2</sup>(D).

## REFERÊNCIAS

1. Balasubramaniam S, Kaiser AM. Management options for symptomatic hemorrhoids. *Curr Gastroenterol Rep* 2003;5:431-7.
2. 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.
3. Moesgaard F, Nielsen ML, Hansen JB, Knudsen JT. High-fiber diet reduces bleeding and pain in patients with hemorrhoids: a double-blind trial of Vi-Siblin. *Dis Colon Rectum* 1982;25:454-6.
4. Perez-Miranda M, Gomez-Cedenilla A, Leon-Colombo T, Pajares J, Mate-Jimenez J. Effect of fiber supplements on internal bleeding hemorrhoids. *Hepatogastroenterology* 1996;43:1504-7.
5. Jensen SL, Harling H, Tange G, Shokouh-Amiri MH, Nielsen OV. Maintenance bran therapy for prevention of symptoms after rubber band ligation of third-degree haemorrhoids. *Acta Chir Scand* 1988;154:395-8.
6. Dodi G, Bogoni F, Infantino A, Pianon P, Mortellaro LM, Lise M. Hot or cold in anal pain? A study of the changes in internal anal sphincter pressure profiles. *Dis Colon Rectum* 1986;29:248-51.
7. Ho YH, Tan M, Seow-Choen F. Micronized purified flavonoid fraction compared favorably with rubber band ligation and fiber alone in the management of bleeding hemorrhoids: randomized controlled trial. *Dis Colon Rectum* 2000;43:66-9.
8. Misra MC, Parshad R. Randomized clinical trial of micronized flavonoids in the early control of bleeding from acute internal haemorrhoids. *Br J Surg* 2000;87:868-72.
9. MacRae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities: a meta-analysis. *Dis Colon Rectum* 1995;38:687-94.
10. Poon GP, Chu KW, Lau WY, Lee JM, Yeung C, Fan ST, et al. Conventional vs. triple rubber band ligation for hemorrhoids. A prospective, randomized trial. *Dis Colon Rectum* 1986;29:836-8.
11. Chaleoykitti B. Comparative study between multiple and single rubber band ligation in one session for bleeding internal, hemorrhoids: a prospective study. *J Med Assoc Thai* 2002;85:345-50.
12. Law WL, Chu KW. Triple rubber band ligation for hemorrhoids: prospective, randomized trial of use of local anesthetic injection. *Dis Colon Rectum* 1999;42:363-6.
13. Murie JA, Mackenzie I, Sim AJ. Comparison of rubber band ligation and haemorrhoidectomy for second- and third-degree haemorrhoids: a prospective clinical trial. *Br J Surg* 1980;67:786-8.
14. Ambrose NS, Hares MM, Alexander-Williams J, Keighley MR. Prospective randomised

- comparison of photocoagulation and rubber band ligation in treatment of haemorrhoids. *Br Med J* 1983;286:1389-91.
15. Templeton JL, Spence RA, Kennedy TL, Parks TG, Mackenzie G, Hanna WA. Comparison of infrared coagulation and rubber band ligation for first and second degree haemorrhoids: a randomised prospective clinical trial. *Br Med J* 1983;286:1387-9.
  16. Gupta PJ. Infrared coagulation versus rubber band ligation in early stage hemorrhoids. *Braz J Med Biol Res* 2003; 36:1433-9.
  17. 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.
  18. Walker AJ, Leicester RJ, Nicholls RJ, Mann CV. A prospective study of infrared coagulation, injection, and rubber band ligation in the treatment of haemorrhoids. *Int J Colorectal Dis* 1990;5:113-6.
  19. Chew SS, Marshall L, Kalish L, Tham J, Grieve DA, Douglas PR, et al. Short-term and long-term results of combined sclerotherapy and rubber band ligation of hemorrhoids and mucosal prolapse. *Dis Colon Rectum* 2003;46:1232-7.
  20. Khoury GA, Lake SP, Lewis MC, Lewis AA. A randomized trial to compare single with multiple phenol injection treatment for haemorrhoids. *Br J Surg* 1985;72:741-2.
  21. Kanellos I, Goulimaris I, Christoforidis E, Kelpis T, Betsis D. A comparison of the simultaneous application of sclerotherapy and rubber band ligation, with sclerotherapy and rubber band ligation applied separately, for the treatment of haemorrhoids: a prospective randomized trial. *Colorectal Dis* 2003;5:133-8.
  22. Bat L, Melzer E, Koler M, Dreznick Z, Shemesh E. Complications of rubber band ligation of symptomatic internal hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1993;36:287-90.
  23. Shemesh EI, Kodner IJ, Fry RD, Neufeld DM. Severe complication of rubber band ligation of internal hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1987;30:199-200.
  24. Johanson JF, Rimm A. Optimal nonsurgical treatment of hemorrhoids: a comparative analysis of infrared coagulation, rubber band ligation, and injection sclerotherapy. *Am J Gastroenterol* 1992;87:1600-6.
  25. MacRae HM, Temple LK, McLeod RS. A meta-analysis of hemorrhoidal treatments. *Semin Colon Rectal Surg* 2002;13:77-83.