

A doença hemorroidária é uma condição clínica frequente e benigna, mas com um impacto negativo na qualidade de vida do utente.

Doença hemorroidária

DATA 2023-05-25 AUTOR Teresa Cabeças, Farmacêutica do CIM

As **hemorroidas** são estruturas anatómicas normais,^{1,3} localizadas na camada submucosa da porção inferior do reto.^{2,4} São formadas por tecido conjuntivo e fibras musculares lisas, que desempenham funções de suporte estrutural no organismo, e um conjunto de vasos sanguíneos, denominados de plexos hemorroidários.^{1,3} O tecido hemorroidário é essencial na manutenção da pressão anal em repouso, pois permite o encerramento completo do canal anal, atuando como um “tampão” ajustável.³ Este canal possui aproximadamente 4 cm de comprimento no adulto, e é constituído por uma linha pectínea (também denominada de linha denteada) localizada aproximadamente no seu ponto médio.^{4,5} Quando ocorre um aumento da pressão intra-abdominal, as almofadas vasculares preenchem-se de sangue permitindo assegurar a continência para as fezes.^{1,3,6}

A **doença hemorroidária (DH)** é uma condição clínica frequente e benigna, mas com um impacto negativo na qualidade de vida do utente.^{3,4,6,7} Desenvolve-se quando a drenagem venosa do ânus é alterada, resultando na dilatação do plexo venoso hemorroidário e dos seus tecidos conectores.⁵ As hemorroidas podem ser classificadas de externas ou internas, de acordo com a sua posição abaixo ou acima da linha pectínea, respetivamente.^{1-3,5,8} As **hemorroidas externas** desenvolvem-se abaixo da linha pectínea, onde os tecidos são enervados somaticamente, sendo por isso mais sensíveis à dor e irritação, podendo tornar-se consideravelmente dolorosas quando trombosadas.^{1,2,4,5,7} Por sua vez, as **hemorroidas internas** são geralmente indolores, uma vez que estão localizadas numa área coberta de epitélio colunar,^{4,7} inervada pelo sistema nervoso simpático e parassimpático, reconhecendo primariamente a sensação de enchimento e pressão.⁴ A extensão do seu prolapso pode ser classificada de acordo com a **Escala de Classificação de Goligher**, uma escala que avalia de grau I a IV, de forma a orientar o tratamento clínico:^{1-3,5-7}

- Grau I – visualizadas na anoscopia, podem inchar no lúmen, mas não prolapsum abaixo da linha pectínea.
- Grau II – prolapsum para fora do canal anal com defecação ou esforço, mas reduzem espontaneamente.
- Grau III – prolapsum para fora do canal anal com defecação ou esforço, e requerem redução manual.
- Grau IV – são irreduzíveis e podem estrangular.

Epidemiologia e fisiopatologia

A DH é uma patologia diagnosticada com frequência na prática clínica,^{3-5,7,10} porém, a sua prevalência real é desconhecida,² uma vez que muitos dos doentes são assintomáticos e não procuram cuidados de saúde.⁵ Afeta de forma semelhante o sexo masculino e feminino,^{3,4,7} atingindo o pico da sua incidência entre os 45 e 65 anos de idade,^{1,3-6} sendo pouco comum a sua ocorrência em indivíduos mais jovens.^{2,4} A etiologia da DH não se encontra bem estabelecida,^{1,2,4,5} sendo provavelmente multifatorial,^{1,2,4} podendo dever-se a uma deterioração do tecido conjuntivo que ancora o plexo hemorroidário ao esfíncter;^{1,4} estados de hiperperusão e neovascularização, com uma distensão anormal das anastomoses arteriovenosas e veias dos plexos venosos hemorroidários internos; sobre expressão de mediadores inflamatórios ou aumento da pressão anal em repouso.⁴ Dentro dos fatores de risco para o desenvolvimento da DH, incluem-se condições que aumentem a pressão do plexo venoso hemorroidário, nomeadamente o esforço ao evacuar devido a obstipação crónica,^{1,2,4,5,9} permanecer longos períodos na posição sentada,^{2,4} realizar levantamentos de objetos pesados^{4,7,9} e gravidez.^{2,4,5,9} Outros fatores que igualmente têm sido relacionados como agentes contributivos para o seu desenvolvimento são a idade avançada,^{1,2,7} a obesidade,^{2,4,5,9} o sedentarismo,⁹ e uma dieta baixa em fibras.^{1,5,7,9} A diarreia também é considerada um fator de risco,^{2,5,9} uma vez que a evacuação frequente poderá causar trauma e enfraquecimento do revestimento do canal anal.^{1,4} Deverá ainda ser tido em consideração o uso de certos **medicamentos** que poderão constituir um fator de risco para a DH, como os fármacos administrados por via retal e os medicamentos administrados por via oral que causem obstipação.⁹ Os dados são inconsistentes relativamente à relação presumida entre a DH e os hábitos tabágicos, consumo de álcool e ingestão de alimentos condimentados.^{4,6,8,11}

Sintomas e diagnóstico

Aproximadamente 40% dos indivíduos com hemorroidas são assintomáticos.^{2,8} As hemorroidas sintomáticas surgem associadas a dor, sangramento, secreção de muco e prurido perianal.^{1,2,8,10} O sangramento hemorroidário é quase sempre indolor e geralmente associado à evacuação, embora possa ser espontâneo.^{2,4} Apresenta tipicamente uma coloração vermelho brilhante,^{2,5,8} e ocorre sob a forma de estrias nas fezes, causando raramente anemia.⁵

Doença hemorroidária

DATA 2023-05-25 | AUTOR Teresa Cabeças, Farmacêutica do CIM

Os doentes com hemorroidas internas prolapsadas poderão também reportar incontinência fecal, humidade, sensação de “enchimento” e descarga de muco.¹ A **trombose hemorroidária** está ligada à formação de um coágulo sanguíneo na veia dilatada, resultando numa hemorroida externa distendida e arroxeadas, associada a dor intensa e permanente, com edema local de intensidade variável.^{8,11}

A realização da anamnese e o exame físico pelo médico constituem os passos essenciais para o diagnóstico desta patologia.²⁻⁵ A **história clínica** compreende a descrição típica da sintomatologia do utente,^{2,4,10} assim como o relato da presença de fatores de risco coexistentes que possam estar associados, como a presença de diarreia, obstipação,⁴ ou o consumo de opioides, ou o tipo de profissão ou atividades desempenhadas.³ Deverá ainda incluir a recolha detalhada da história familiar do utente, de forma a que possa ser possível estratificar o risco de cancro colorretal ou de outra patologia intestinal.^{4,10} O **exame físico** deverá incidir numa cuidadosa **inspeção ano-perineal**,^{1-3,5,8,10} com o intuito de identificar a presença de hemorroidas externas e hemorroidas internas prolapsadas.² O **toque retal** permite a deteção de tumefações;^{2,5,8} contudo, a probabilidade de palpar hemorroidas internas é baixa, a menos que se apresentem com grandes dimensões e prolapsadas.⁵ O **estudo endoscópico anorretal** examina o canal anal e parte distal do reto, permitindo visualizar de forma eficiente a presença de hemorroidas internas.^{5,8}

A realização de uma **colonoscopia** é recomendada quando é pretendido despistar outras doenças subjacentes mais graves.² Indivíduos com hemorroidas e com, pelo menos, um dos seguintes sintomas, deverão ser encaminhados para a realização deste exame complementar:

- presença de anemia^{2,4,5,8,12}
- perda de peso^{4,5,11}
- febre^{4,5}
- dor abdominal^{4,5}
- sangramento atípico das hemorroidas^{8,11}
- alteração do trânsito intestinal^{4,8}
- história de pólipos colorretais^{2,12}
- história familiar de doença inflamatória intestinal^{2,4,5,12}
- história familiar de cancro colorretal^{2,4,5,8}
- outras alterações que levem a suspeitar de uma patologia pélvica que possa estar a contribuir para a sintomatologia do utente.^{4,12}

Tratamento

A escolha do tratamento da DH depende da frequência, duração e severidade dos sintomas.⁸ Por norma, a abordagem inicial de tratamento dos indivíduos com hemorroidas sintomáticas consiste na promoção de medidas de alteração do estilo de vida e dieta, e no recurso à administração de medicação tópica e/ou oral para o alívio dos sintomas.^{4,7,10,12} Contudo, esta abordagem de tratamento apenas é efetiva nas apresentações mais leves da doença. Para os estados mais avançados é necessária uma intervenção mais agressiva e cirúrgica.⁶

Medidas não farmacológicas

A primeira linha no tratamento conservador da DH consiste na **alteração dos hábitos alimentares**, através da adoção de uma dieta rica em fibra,^{1,3-7,9,10} e no aumento da ingestão diária de água.^{1,3-6,9} Alguns alimentos ricos em fibra que poderão ser aconselhados ao utente são os legumes, frutas e cereais integrais.^{8,11} As fibras hidrossolúveis existentes, por exemplo, nas maçãs e peras cruas, ou

morangos, expõem a menos distúrbios digestivos do que as fibras vegetais insolúveis, como as do farelo de trigo.⁸ A **suplementação em fibra** poderá promover uma melhoria geral dos sintomas, sobretudo na diminuição do sangramento.^{3-5,10} A administração de **agentes amolecedores do bolo fecal** também poderá ser considerada como complemento.^{5,7} Em casos de prisão de ventre persistente, um laxante expansor do volume fecal ou um laxante osmótico poderão ser úteis,¹¹ apesar de existir uma falta de evidência que suporte a sua real eficácia.^{4,10} A prática de **exercício físico regular**,^{4,6,9,10} preferencialmente aeróbico como, por exemplo, caminhada, corrida ou natação,⁹ e a educação para a manutenção de **hábitos intestinais saudáveis**,^{4,6,7,9} parecem trazer benefícios para estes doentes. Não deverá ser suprimida ou ignorada a vontade de defecação, uma vez que poderá conduzir a obstipação e desconforto anorretal.^{7,9} Evitar esforço ao evacuar e limitar o tempo para a defecação^{4,6,7,9,10} permite diminuir a exposição das veias hemorroidárias a uma pressão prolongada.⁷ Também deverá ser promovida a educação para uma **higiene correta da área anal**, através da realização de uma limpeza regular, mas não excessiva, após cada evacuação, com aplicação de água e sabão gentilmente, evitando o uso de papel higiénico.^{7,9} Poderá ainda ser aconselhado o uso de roupa interior de algodão, uma vez que os tecidos de fibras poderão ser irritantes para a pele.⁹

Os **banhos de assento** consistem numa medida na qual o utente se senta numa banheira com água morna, durante dez a vinte minutos, idealmente duas a quatro vezes por dia.⁷ Os banhos de assento aparentam exercer um efeito calmante e relaxante, permitindo uma suave limpeza anal. Apesar de não existirem provas sólidas da sua eficácia,^{6,7,8} poderão constituir uma medida de auxílio na diminuição temporária da dor, do edema e da inflamação.⁵⁻⁸

Tratamento farmacológico

Atualmente existem diversos medicamentos comercialmente disponíveis para o tratamento da DH. O seu principal objetivo consiste no alívio dos sintomas agudos, ao invés da reversão das alterações estruturais crónicas.⁴ Os analgésicos orais são comumente dispensados para o alívio da dor, e os corticosteroides e anestésicos tópicos para a redução do inchaço local ou tratamento da dermatite perianal. A administração de agentes antiespasmódicos tem como objetivo a diminuição dos espasmos do esfíncter e os compostos com ação venotrópica visam aumentar o tónus venoso dos tecidos hemorroidários.¹²

Agentes venotrópicos. São uma classe heterogénea de fármacos, com constituintes provenientes de plantas,^{1,4,6,12} como os bioflavonoides, e compostos sintéticos, como o dobesilato de cálcio.^{6,12} O seu mecanismo de ação não está ainda exatamente esclarecido, contudo, presume-se estar associado a um reforço das paredes vasculares com melhoria do tónus venoso, estabilização da permeabilidade microvascular, aumento da drenagem linfática e melhoria do fluxo nutritivo microcirculatório, resultando, desta forma, na diminuição do sangramento das hemorroidas.^{1,3,6,12} Em 2012, uma revisão Cochrane de vinte e quatro ensaios aleatorizados, comparou fármacos venotrópicos (principalmente flavonoides, com alguns estudos avaliando também o dobesilato de cálcio) com uma intervenção controlada, ou com nenhuma medida terapêutica, demonstrando a eficácia dos medicamentos venotrópicos no alívio do prurido, sangramento e sintomatologia geral do doente.^{1,3,4,12} Todavia, não foi demonstrado um benefício significativo destes agentes no controlo da dor.^{3,6,10,12}

Doença hemorroidária

DATA 2023-05-25 | AUTOR Teresa Cabeças, Farmacêutica do CIM

Adicionalmente, estes agentes poderão auxiliar no alívio dos sintomas dos doentes submetidos a hemorroidectomia.⁶ Não foram reportados efeitos adversos graves associados ao uso de bioflavonoides além de distúrbios gastrointestinais leves;^{1,4,6} contudo, foi descrita agranulocitose com o dobesilato de cálcio.^{4,6} Por ausência de evidências conclusivas, ainda não foi estabelecida a dose ótima, duração de tratamento, ou superioridade terapêutica de alguma destas substâncias em específico.⁴

Analgésicos orais. No tratamento da dor ligeira a moderada, o paracetamol apresenta-se como o medicamento de primeira escolha. Numa dosagem apropriada, este fármaco expõe a um menor número de efeitos adversos comparativamente a outros analgésicos.⁸ Na presença de trombose hemorroidária, sobretudo com edema associado, os anti-inflamatórios não esteroides poderão ser utilizados.^{3,11}

Lubrificantes. De forma a aliviar o prurido anal, o desconforto e a dor associada às hemorroidas, a aplicação tópica de um lubrificante ou gel aquoso poderá ser benéfica,¹¹ não se sabendo, contudo, se a sua eficácia se deve à sua atividade ou à realização das massagens tópicas anais.⁸

Anestésicos e corticosteroides tópicos. As pomadas tópicas contendo anestésicos, corticosteroides, emolientes e antissépticos são frequentemente utilizadas para a obtenção de um rápido alívio dos sintomas. Todavia, não existe uma evidência científica consistente que valide o uso destas pomadas,^{4,6,12} apesar de alguns estudos envolverem um número significativo de doentes. Uma revisão sobre o uso de policresuleno mais cinchocaína concluiu existir um efeito benéfico na grande maioria dos indivíduos tratados.⁴ Apesar de eficazes no alívio da dor, salienta-se que a utilização dos anestésicos não deverá ocorrer por longos períodos de tempo, para evitar o aparecimento de efeitos adversos associados ao seu uso, como reações alérgicas^{4,6,7} e dermatites de contacto.^{3,6,7,12} Os corticosteroides tópicos, por sua vez, parecem atuar na diminuição do tamanho das hemorroidas e no alívio do prurido associado. Também eles deverão ser utilizados durante curtos períodos, devido ao risco de atrofia da pele na região anal, que poderá aumentar o risco de lesões.^{7,8,12}

Na aplicação de pomadas tópicas anorretais poderão ser aconselhadas algumas medidas ao utente de modo a promover a sua correta utilização, nomeadamente, a lavagem das mãos antes e após cada aplicação; se possível, urinar e evacuar antes da aplicação do produto; limpar e secar gentilmente a área anorretal antes da aplicação; aplicar uma camada fina na área afetada; em caso de aplicação interna, utilizar preferencialmente o aplicador incluído, pois permite atingir uma maior área, ou o dedo; lubrificar

o aplicador com o produto antes de inserir na área anorretal; proceder à limpeza do aplicador entre utilizações; não exceder a dose diária recomendada salvo indicação médica explícita.⁷

Agentes antiespasmódicos. Existem diversos agentes antiespasmódicos considerados com utilidade na redução do espasmo do esfíncter anal.¹² Foi reportado, num estudo, a eficácia de nitroglicerina em pomada numa concentração de 0,2%, no controlo da dor, sangramento, prurido, irritação e dificuldade na defecação;^{6,12} porém, alguns indivíduos experienciaram cefaleias durante o tratamento.⁶ As pomadas de nitroglicerina são correntemente utilizadas no tratamento da fissura anal.^{5,12} Também foi testada, num pequeno ensaio, a utilização de uma pomada contendo dinitrato de isossorbida, que apresentou bons resultados.^{6,12} Um estudo controlado sugeriu ainda benefício no uso de nifedipina tópica.^{5,12}

Ácido hialurónico. A utilização tópica de ácido hialurónico também tem sido sugerida no tratamento de hemorroidas em estado inicial, com resultados animadores. O seu uso assenta na premissa da capacidade do ácido hialurónico remodelar a matriz extracelular. Todavia, são necessários estudos adicionais para avaliar a sua real eficácia.⁶

Tratamento instrumental e cirúrgico

A realização de um procedimento médico instrumental está indicada na presença de hemorroidas internas sintomáticas de baixo grau, refratárias a seis a oito semanas de tratamento conservador; hemorroidas internas sintomáticas de grau elevado; e hemorroidas trombosadas.¹² Estas intervenções incluem a escleroterapia, a fotocoagulação por infravermelhos, a laqueação elástica e a crioterapia.^{1,3,4,12}

O tratamento cirúrgico deverá ser reservado para situações mais complexas, como a associação de hemorroidas externas e internas com prolapso significativo (grau III-IV), ou em doentes nas quais as restantes opções terapêuticas tenham sido ineficazes.³ As opções consistem, por exemplo, na hemorroidopexia por grampeamento; na laqueação das artérias hemorroidárias, guiada ou não por doppler e associada ou não à mucopexia; e na hemorroidectomia convencional, com recurso a técnica anestésica.^{3,8,10}

Após a realização de um procedimento, quer seja instrumental ou cirúrgico, os doentes deverão ser instruídos a utilizar agentes amolecedores das fezes de forma a evitar a obstipação, a consumir uma dieta rica em fibras e uma ingestão adequada de água. Em caso de dor ou desconforto anal ou retal, poderá ser ainda aconselhada a realização de banhos de assento e a administração de analgésicos orais.¹²

Referências bibliográficas

1. Sandler RS, Peery AF. Rethinking What We Know About Hemorrhoids. Clin Gastroenterol Hepatol. 2019 Jan;17(1):8-15. doi: 10.1016/j.cgh.2018.03.020.
2. Bleday R. Hemorrhoids: Clinical manifestations and diagnosis. UpToDate®, topic last updated 2022 Nov 28.
3. Ramos Deus J, Rama N. Doença Hemorroidária - Recomendações (Guidelines). Revista Portuguesa de Coloproctologia. Jan/Abr 2020. [acedido a 02-03-23]. Disponível em: https://www.spcoloprocto.org/uploads/rec2_doenca-hemorroidaria.pdf
4. Salgueiro P, Caetano AC, Oliveira AM, Rosa B, Mascarenhas-Saraiva M, Ministro P, Amaro P, Godinho R, Coelho R, Gaio R, Fernandes S, Fernandes V, Castro-Poças F. Portuguese Society of Gastroenterology Consensus on the Diagnosis and Management of Hemorrhoidal Disease. GE Port J Gastroenterol. 2020 Feb;27(2):90-102. doi: 10.1159/000502260
5. Mott T, Latimer K, Edwards C. Hemorrhoids: Diagnosis and Treatment Options. Am Fam Physician. 2018 Feb 1;97(3):172-179. [acedido a 02-03-23]. Disponível em: <https://www.aafp.org/dam/brand/aafp/pubs/afp/issues/2018/0201/p172.pdf>

6. Altomare DF, Giannini I. Pharmacological treatment of hemorrhoids: a narrative review. Expert Opin Pharmacother. 2013 Dec;14(17):2343-9. doi: 10.1517/14656566.2013.836181.
7. Krinsky DL, et al. eds. Handbook of Nonprescription Drugs, 20th ed. Washington, American Pharmacists Association, 2021.
8. Hémmorroides. Premiers Choix Prescrire, actualization: Sep 2020.
9. Faus Dáder MJ, Gómez Martínez JC, Martínez Martínez F. Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico de Síntomas Menores. Granada, Editorial Técnica AVICAM, 2018.
10. van Tol RR, Kleijnen J, Watson AJM, Jongen J, Altomare DF, Qvist N, Higuero T, Muris JWM, Breukink SO. European Society of ColoProctology: guideline for haemorrhoidal disease. Colorectal Dis. 2020 Jun;22(6):659-662. doi: 10.1111/codi.14975.
11. Que faire en cas de crise d'hémorroides. Infos-Patients Prescrire, Oct 2020.
12. Bleday R. Home and office treatment of symptomatic hemorrhoids. UpToDate®, topic last updated 2021 Oct 05.