

BMJ Best Practice

Hemorroidas

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	4
Prevenção	6
Prevenção primária	6
Prevenção secundária	6
Diagnóstico	7
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	8
Anamnese e exame físico	9
Exames diagnóstico	9
Diagnóstico diferencial	10
Tratamento	12
Abordagem passo a passo do tratamento	12
Visão geral do tratamento	13
Opções de tratamento	15
Novidades	21
Acompanhamento	22
Recomendações	22
Complicações	22
Prognóstico	24
Diretrizes	25
Diretrizes de diagnóstico	25
Diretrizes de tratamento	25
Recursos online	27
Nível de evidência	28
Referências	29
Imagens	32
Aviso legal	34

Resumo

- ◇ Hemorroidas são coxins de tecido conjuntivo com muita vascularização localizados dentro do canal anal. As hemorroidas internas estão localizadas proximalmente à linha dentada no canal anal; as hemorroidas externas localizam-se distalmente à linha dentada.

- ◇ A doença hemorroidária manifesta-se como um sangramento retal indolor ou dor perianal de início súbito com massa perianal palpável e sensível.

- ◇ A visualização de uma protrusão de tecido à inspeção visual ou à anoscopia confirma o diagnóstico.

- ◇ O tratamento para todos os pacientes inclui aumento de fibras alimentares. A ligadura elástica é uma opção de tratamento de primeira linha razoável para hemorroidas internas de graus 2 e 3. Outras opções de tratamento para hemorroidas de grau 2 ou 3 incluem escleroterapia, fotocoagulação por infravermelho, ligadura arterial da hemorroida ou hemorroidopexia por grampeamento. A hemorroidectomia cirúrgica pode ser considerada para pacientes com grandes hemorroidas de grau 3, mas é geralmente reservada para pacientes com hemorroidas de grau 4.

- ◇ As complicações incluem a recorrência ou o agravamento dos sintomas, sangramento excessivo, prolapso não redutível e, raramente, sepse pélvica.

Definição

Coxins hemorroidários são estruturas anatômicas normais localizadas dentro do canal anal, geralmente ocupando as posições lateral esquerda, anterior direita e posterior. À medida que aumentam, podem sair do canal anal, provocando os sintomas.

[Fig-1]

[Fig-2]

Epidemiologia

A incidência exata de doença hemorroidária é difícil de ser quantificada em virtude das diferenças no acesso ao tratamento de saúde. Nos EUA, a prevalência é de aproximadamente 4%,^[1] sendo mais comum em pacientes brancos que em negros, manifestando-se mais entre 45 e 65 anos de idade. Desde a segunda metade do século 20, parece ter havido uma diminuição inexplicada da prevalência da doença hemorroidária sintomática nos EUA e na Inglaterra.^[2]

Etiologia

Acredita-se que a etiologia primária seja o esforço excessivo em decorrência da constipação ou diarreia crônica. O esforço repetitivo ou prolongado provoca estresse inferior nos coxins hemorroidários vasculares, causando o rompimento dos elementos de tecido de suporte, com alongamento subsequente, dilatação e ingurgitamento dos tecidos hemorroidários.^{[3] [4]} Outras condições podem contribuir para a formação de hemorroidas: um aumento da pressão intra-abdominal pode ser provocado por gestação ou ascite; a presença de lesões com efeito de massa dentro da pelve pode provocar, ao mesmo tempo, uma diminuição no retorno vascular e um aumento no ingurgitamento vascular anal.^[5]

Fisiopatologia

As hemorroidas são componentes anatômicos e funcionais normais do canal anal; elas só se tornam patológicas e recebem o nome de doença hemorroidária quando causam sintomas. Quando um paciente faz força para defecar, as hemorroidas são puxadas para a parte inferior do canal anal. Quando os coxins vasculares se ingurgitam, o fino revestimento epitelial é facilmente rompido, provocando o sangramento. Isso é comumente observado como sangue vivo no papel higiênico, mas também pode ser observado no vaso sanitário. As hemorroidas podem aumentar a ponto de sair do canal anal e podem provocar uma sensação de evacuação incompleta ou exigir redução manual após a defecação.

As hemorroidas externas comumente provocam sintomas de prurido ou uma sensação de limpeza insuficiente após a defecação. Esses tecidos hemorroidários podem também se tornar ingurgitados e haver formação de coágulos, provocando uma hemorroida externa trombosada. Isso é comumente precedido por um período de esforço excessivo. O paciente sente uma dor perianal de início súbito e uma lesão palpável sensível forma-se adjacente ao canal anal na margem anal.

Classificação

Hemorroidas externas

Hemorroidas que estão localizadas no canal anal distal, distalmente à linha dentada, cobertas por anoderma afetado ou pele.

Hemorroidas internas (graus 1 a 4)

Hemorroidas que se originam proximalmente à linha dentada e são cobertas por epitélio transicional insensível.

- Grau 1 - a protrusão é limitada dentro do canal anal.
- Grau 2 - sai do canal anal, mas reduz espontaneamente ao cessar o esforço ao defecar.
- Grau 3 - sai do canal anal e pode ser completamente reduzida com pressão manual.
- Grau 4 - sai do canal anal e não pode ser reduzida.

A classificação de hemorroidas internas é somente um reflexo do grau de prolapso, não uma medida da gravidade da doença ou do tamanho do prolapso da hemorroida.

Prevenção primária

Uma dieta rica em fibras pode ajudar a evitar a constipação, que é o principal fator de risco das hemorroidas. O consumo diário recomendado é de 25 g a 30 g de fibras na forma de alimentos com alto teor de fibras ou de suplementos de fibras disponíveis comercialmente.^[8] A ingestão concomitante de hidratação adequada deve ajudar a evitar a constipação.

Prevenção secundária

Uma dieta rica em fibras pode diminuir o tempo de trânsito gastrointestinal, aumentar o volume das fezes e ajudar a evitar a constipação, que é o principal fator de risco das hemorroidas. Uma suplementação diária de 25 g a 30 g de alimentos com alto teor de fibras ou de suplementos de fibras disponíveis comercialmente, juntamente com o aumento da hidratação, melhora a constipação e, portanto, os sintomas da hemorroida

Caso clínico

Caso clínico #1

Um homem de 42 anos de idade consulta-se com seu médico de família queixando-se de uma história de 3 meses de sangramento intestinal inferior. Ele descreve o sangramento como indolor, com sangue vivo aparecendo no papel higiênico após a defecação. Ele teve 2 episódios recentes em que o sangue estava visível no vaso sanitário após a defecação. Ele nega sentir dor abdominal e ter história familiar de malignidade gastrointestinal. O exame físico revela um homem saudável cujo único achado é sangue vivo no dedo de luva após o exame de toque retal.

Caso clínico #2

Uma mulher de 28 anos apresenta-se com queixa de dor retal com 3 dias de duração. Ela afirma que, no dia anterior ao início dos sintomas, estava movendo caixas em casa. Ela descreve a dor como aguda e constante, mas pior com a defecação ou ao ficar sentada. Ela nega febre, calafrios ou secreção perianal. O exame físico revela uma lesão dolorosa azulada de 2 cm, adjacente ao canal anal.

Outras apresentações

As hemorroidas também podem se apresentar com queixas de excesso de tecido envolvendo o canal anal, provocando prurido ou dificuldade de limpeza após a defecação.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

Sangramento vermelho vivo e indolor ou uma protrusão no reto, frequentemente após a defecação, são achados característicos das hemorroidas internas sintomáticas. A dor pode acompanhar a complicação das hemorroidas. A presença de hábito intestinal alterado (diarreia e/ou constipação), dor abdominal, perda de peso, anemia ferropriva ou passagem de coágulos sanguíneos e/ou muco (especialmente se persistente) deve levantar suspeita de outros possíveis diagnósticos, como fissura anal, fístula anal, proctite, doença inflamatória intestinal ou câncer colorretal.

Exame físico

O exame físico do canal anorretal deve ser realizado na posição lateral esquerda (Symes), supina ou de litotomia. O exame físico deve ser abordado com cuidado, especialmente se a principal queixa for dor. Ele começa com uma inspeção visual da margem anal, ao afastar gentilmente as nádegas, para procurar hemorroidas externas, acrocórdones ou outras patologias anais, como fissuras, fístulas ou massas perianais. Um prolapso pode se tornar mais visível ao solicitar que o paciente faça força, como se fosse defecar. Uma avaliação do tipo de prolapso deve sempre permitir que o examinador diferencie um prolapso hemorroidário (padrão radial) de um prolapso retal (padrão concêntrico). A menos que o paciente esteja sentindo muita dor, um exame digital e anoscópico pode ser realizado com um anoscópio iluminado ou uma fonte de luz externa.

O exame anoscópico é uma técnica simples e segura, que permite uma visualização total do canal anal e de todo o tecido hemorroidário. A técnica alternativa de uso de um endoscópio flexível retroflexionado é mais difícil e requer um maior nível de habilidade.

Endoscopia

É obrigatório excluir as condições graves ou concomitantes do cólon e do reto (como doença inflamatória intestinal ou câncer de cólon), especialmente na presença de sintomas suspeitos, como hábitos intestinais alterados (diarreia e/ou constipação), dor abdominal, perda de peso, anemia ferropriva ou passagem de coágulos sanguíneos e/ou muco (embora seja seguro iniciar o tratamento de primeira linha para quaisquer hemorroidas evidentes). Investigações adicionais para descartar tais condições podem incluir uma endoscopia flexível, que pode ser uma colonoscopia limitada (sigmoidoscopia flexível, realizada após 1 a 2 enemas) ou uma colonoscopia total (após a preparação completa do intestino), dependendo da idade e do perfil de risco do paciente.

Laboratório

Pode ser solicitado um hemograma completo se houver preocupação com um sangramento retal prolongado e significativo e se houver sinais de anemia. Se for detectada anemia microcítica ou hipocrômica, investigações adicionais, como a endoscopia, são necessárias para determinar a causa.

Um exame de fezes para sangue oculto é geralmente desnecessário se houver relato de sangramento visível. No entanto, se nenhum tecido hemorroidário for observado no exame, e houver uma evidência clara ou oculta de sangramento, investigações adicionais, como a endoscopia, são necessárias para determinar a origem do sangramento.

Fatores de risco

Fortes

idade entre 45 e 65 anos

- A incidência máxima de hemorroidas ocorre entre 45 e 65 anos de idade e diminui após os 65 anos.[1]

constipação

- A presença de constipação crônica associada a esforço durante a defecação está associada ao alongamento repetitivo dos coxins hemorroidários e ao rompimento dos elementos de suporte. Isso ocasiona aumento e ingurgitamento do tecido hemorroidário.[5]

gestação ou lesão pélvica com efeito de massa

- Com frequência, a gravidez está associada com o desenvolvimento progressivo de sintomas de hemorroida.[6] Lesões pélvicas patológicas, como cistos ovarianos grandes, também podem predispor ao desenvolvimento de sintomas de hemorroida. Em ambas as situações, há um aumento da pressão intra-abdominal/pélvica com diminuição concomitante do retorno venoso, provocando aumento do ingurgitamento vascular anal.

Fracos

insuficiência hepática

- Há poucas evidências de que a insuficiência hepática ou a hipertensão portal contribua para a formação de hemorroidas,[7] mas essas condições podem resultar em varizes retais.

ascite

- Um aumento da pressão intra-abdominal pode ser um fator de risco que contribui para o quadro.

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Os fatores de risco principais incluem a idade entre 45 e 65 anos, história de constipação, gestação e a presença de uma lesão pélvica com efeito de massa.

sangramento retal (comum)

- É o sintoma mais comum de hemorroidas. Geralmente se manifesta com sangramento vermelho vivo associado à defecação ou ao esforço ao defecar.

dor/desconforto perianal (comum)

- Pode ser uma característica de hemorroidas internas ou externas não complicadas. Grave em hemorroidas externas trombosadas; pode estar associada à sensação de evacuação incompleta.

Outros fatores de diagnóstico

prurido anal (comum)

- Pode ser resultante de umidade associada ao prolapso hemorroidário interno ou à incontinência fecal bem como de dificuldade de manter a higiene com hemorroidas externas extensas.

lesão perianal palpável dolorosa (comum)

- Pode se formar adjacente ao canal anal, na margem anal em que há trombose aguda.

massa anal (comum)

- Uma massa anal palpável pode estar presente nas hemorroidas em prolapso.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
exame anoscópico <ul style="list-style-type: none"> • O teste diagnóstico mais específico e conclusivo para hemorroidas. 	hemorroidas

Exame	Resultado
colonoscopia/sigmoidoscopia flexível <ul style="list-style-type: none"> Usada para descartar patologias graves, como doença inflamatória intestinal ou câncer. Quando houver sintomas suspeitos, como hábitos de defecação alterados (diarreia e/ou constipação), dor abdominal, perda de peso, anemia ferropriva ou passagem de coágulos sanguíneos e/ou muco, realiza-se endoscopia digestiva baixa. A colonoscopia é o teste definitivo. Se a sigmoidoscopia flexível for escolhida, ela deve ser combinada com um enema de bário para avaliar o cólon proximal em pacientes de alto risco (por exemplo, história familiar de câncer de intestino). 	geralmente normal; pode revelar outras patologias
Hemograma completo <ul style="list-style-type: none"> Solicitado somente se houver preocupação com um sangramento retal prolongado e significativo e se houver sinais de anemia. 	pode mostrar anemia hipocrômica/microcítica
teste de sangue oculto nas fezes <ul style="list-style-type: none"> Desnecessário, a menos que não seja observado tecido hemorroidário significativo no exame; uma avaliação adicional é considerada desnecessária se os resultados forem negativos. 	positiva

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Fissura anal	<ul style="list-style-type: none"> As fissuras anais estão associadas a sangramento doloroso durante a defecação e um possível acrocórdon sentinela (às vezes relatado pelo paciente como uma "hemorroida dolorosa"). As fissuras são observadas como lacerações lineares na mucosa anal, mas comumente na linha média posterior do canal anal. 	<ul style="list-style-type: none"> Exame físico.
Doença de Crohn	<ul style="list-style-type: none"> A doença de Crohn que afeta o intestino grosso pode se manifestar com sangramento retal e estar associada à diarreia em vez de constipação. A história familiar de doença inflamatória intestinal está frequentemente presente. 	<ul style="list-style-type: none"> Os achados endoscópicos são altamente variáveis, dependendo da atividade da doença. Caracteristicamente mostra "áreas sem comprometimento" alternadas com áreas da doença e a mucosa normal. Geralmente é mais grave no ceco e no cólon direito, frequentemente sem comprometer o reto.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Colite ulcerativa	<ul style="list-style-type: none"> A colite ulcerativa comumente se manifesta com sangramento retal e está associada à diarreia em vez de constipação. A história familiar de doença inflamatória intestinal está frequentemente presente. 	<ul style="list-style-type: none"> A endoscopia revela inflamação difusa e ulceração nos casos de colite ulcerativa aguda.
Câncer colorretal	<ul style="list-style-type: none"> História de hábitos intestinais alterados (diarreia e/ou constipação), dor abdominal, perda de peso, anemia ferropriva, pólipos cólicos e história familiar positiva sugerem câncer colorretal. 	<ul style="list-style-type: none"> A endoscopia pode revelar massa, estenose e obstrução. Os exames de sangue comumente revelam anemia.
Fístula anal	<ul style="list-style-type: none"> Sangramento comum com história de abscesso prévio, bem como drenagem sanguinolenta/purulenta intermitente persistente. Visualizada como um ponto de abertura na margem anal adjacente ao canal anal. 	<ul style="list-style-type: none"> Exame físico.
Prolapso retal	<ul style="list-style-type: none"> Geralmente manifesta-se como uma massa protuberante pelo reto, especialmente ao esforço. Pode estar associado à secreção de muco ou sangue, dor e/ou incontinência fecal. 	<ul style="list-style-type: none"> Exame físico. Um defecograma pode ajudar a distinguir entre o prolapso da mucosa e um prolapso retal de espessura completa. Exame sob anestesia pode ser necessário para confirmar e avaliar a gravidade.

Abordagem passo a passo do tratamento

O objetivo principal do tratamento é aliviar os sintomas. O tratamento depende do fato de as hemorroidas sintomáticas serem internas, externas ou uma combinação de ambas. A classificação das hemorroidas internas não reflete a gravidade da doença ou o tamanho do prolapso, mas pode auxiliar na escolha do método de tratamento. Todos os pacientes devem receber informações sobre o estilo de vida e a modificação alimentar, especialmente aumento de ingestão de fibras e líquidos apropriados.[9] [10] [11]

Sangramento intermitente leve

Se o paciente apresentar um sangramento intermitente leve, as modificações na dieta e no estilo de vida visando a prevenção da constipação são geralmente suficientes para tratar as hemorroidas. Os corticosteroides tópicos podem ser usados ocasionalmente em curto prazo, com o objetivo de aliviar os sintomas de pruriginosos, mas o uso prolongado deve ser evitado, pois podem provocar atrofia da pele anal.

Uma avaliação completa, incluindo o exame endoscópico, é necessária para excluir um diagnóstico mais grave.

Hemorroidas internas

A ligadura elástica é um método simples e eficaz de tratamento de ferro tecidual e constitui o tratamento de primeira escolha para hemorroidas de grau 2.[9] [10] [12] 1[C]Evidence 2[C]Evidence 3[C]Evidence Escleroterapia, fotocoagulação por infravermelho, ligadura arterial da hemorroida e hemorroidopexia por grampeamento também podem ser usadas nas hemorroidas internas com prolapso moderadas (grau 2).

A escleroterapia e a fotocoagulação por infravermelho podem ser mais adequadas para hemorroidas que são muito pequenas para a ligadura elástica (podendo incluir as hemorroidas grau 1 e 2). Ambas têm efeitos semelhantes e podem requerer várias sessões de tratamento para ablação do tecido.[13] A escleroterapia envolve a injeção de um agente químico diretamente no tecido hemorroidário para provocar a destruição tecidual local e a cicatrização do tecido hemorroidário. A fotocoagulação por infravermelho usa a radiação infravermelha aplicada diretamente à hemorroida, ocasionando coagulação, cicatrização e a subsequente fixação do tecido hemorroidário interno.

A ligadura da artéria hemorroidária (também conhecida como desarterialização hemorroidária transanal) utiliza um proctoscópio personalizado acoplado a um transdutor Doppler para identificar e ligar as ramificações terminais da artéria retal superior acima da linha dentada (resultando em encolhimento das hemorroidas). O procedimento é comumente realizado com anestesia geral breve e várias ligações podem ser necessárias.[14] [15] Pacientes com hemorroidas de grau 2 ou 3 randomizados para ligadura arterial da hemorroida tiveram menos recorrências em 1 ano que os pacientes tratados com ligadura elástica.[16] No entanto, os escores dos sintomas e as complicações não diferiram entre grupos de tratamento, e os pacientes tratados com ligadura arterial da hemorroida apresentaram dor pós-operatória mais precocemente.[16]

A ligadura elástica continua a ser uma opção razoável para hemorroidas de grau 3.[10] No entanto, pacientes com grandes hemorroidas de grau 3 (além de pacientes refratários ou que não toleram procedimentos ambulatoriais; pacientes com grandes apêndices externos sintomáticos; ou pacientes com hemorroidas de grau 4) são candidatos a cirurgia (hemorroidectomia, hemorroidopexia por grampeamento, ligadura da artéria hemorroidária).[10] Em um pequeno estudo envolvendo pacientes com hemorroidas de grau 3 ou pequenas hemorroidas de grau 4, ligadura elástica e hemorroidopexia por

grampeamento (em que hemorroidas com prolapso são realocadas no canal anal, em vez de removidas) foram igualmente eficazes no controle do prolapso sintomático, mas ligadura elástica foi associada a um aumento do risco de sangramento recorrente.[17] A hemorroidopexia por grampeamento foi associada a aumento da dor e uso de analgesia no seguimento após 2 semanas e 2 meses; os dois grupos de tratamento não apresentaram diferença com respeito à satisfação do paciente ou à qualidade de vida.[17] Os pacientes devem ser informados sobre o potencial de recorrência sintomática após a hemorroidopexia por grampeamento.[18] [19]

A hemorroidectomia cirúrgica é a abordagem de primeira linha mais eficaz para hemorroidas internas de grau 4. Uma metanálise de rede incluindo pacientes submetidos a cirurgia seletiva para hemorroidas de grau 3 a 4 revelou que a hemorroidectomia convencional estava associada a maior dor pós-operatória mas a menos recorrências das hemorroidas que a hemorroidopexia por grampeamento.[20] Um grande ensaio aberto e pragmático envolvendo 777 pacientes encaminhados ao hospital para tratamento cirúrgico de hemorroidas (incluindo grau 4) revelou que os pacientes submetidos a hemorroidopexia por grampeamento apresentaram menos dor em curto prazo.[21] [22] Entretanto, taxas de recorrência, sintomas, novas intervenções e medidas de qualidade de vida favoreceram a hemorroidectomia tradicional.[21] [22]

Hemorroidas externas ou combinadas externas e internas

Nas hemorroidas externas, ou nas hemorroidas internas e externas combinadas, com sintomas graves, a excisão cirúrgica pode ser a única opção de tratamento eficaz. Isso envolve a excisão com anestesia geral ou regional. As hemorroidas externas assintomáticas não necessitam de tratamento invasivo, mas podem ser observadas enquanto o paciente segue a modificação da dieta e do estilo de vida. Na trombose das hemorroidas externas, os procedimentos minimamente invasivos, como o destamponamento, podem ser necessários para alívio de sintomas e podem ser feitos com anestesia tópica, regional ou geral.

A recorrência dos sintomas após a hemorroidectomia é muito rara, mas a hemorroidectomia cirúrgica está associada a mais complicações e dor que os procedimentos conservadores.[23] 4[C]Evidence

Visão geral do tratamento

Consulte um banco de dados local de produtos farmacêuticos para informações detalhadas sobre contra-indicações, interações medicamentosas e posologia. (ver [Aviso legal](#))

Agudo		(resumo)
todos os pacientes na apresentação		
	1a	modificações alimentares e de estilo de vida
■ hemorroidas grau 1	adjunto	corticosteroides tópicos
■ hemorroidas internas com prolapso grau 2	mais	ligadura elástica ou escleroterapia ou fotocoagulação com infravermelho ou ligadura arterial da hemorroida ou hemorroidopexia por grampeamento
■ hemorroidas internas com prolapso grau 3	mais	ligadura elástica

Agudo (resumo)		
■	hemorroidas internas, externas ou mistas externas e internas grau 4	mais hemorroidectomia cirúrgica
Em curso (resumo)		
falha no tratamento com ligadura elástica, escleroterapia, fotocoagulação com infravermelho, desarterialização hemorroidária transanal ou hemorroidopexia por grampeamento		
	1a	hemorroidectomia cirúrgica

Opções de tratamento

Agudo

todos os pacientes na apresentação

todos os pacientes na apresentação

1a

modificações alimentares e de estilo de vida

» Todos os pacientes devem receber informações sobre o estilo de vida e a modificação alimentar, especialmente aumento de ingestão de fibras e líquidos apropriados.[9] [10] [11]

» É recomendado consumir 25 g a 30 g de fibras diariamente, seja em alimentos com alto teor de fibras ou em suplementos de fibras comercialmente disponíveis. Essas medidas apenas podem ser suficientes para os pacientes com sintomas leves.[8]

» O esforço ou passar muito tempo sentado na privada deve ser desencorajado. A limpeza cuidadosa com agentes úmidos, após a defecação, é aconselhada.

» Quando houver sintomas suspeitos, como hábitos de defecação alterados (diarreia e/ou constipação), dor abdominal, perda de peso, anemia ferropriva ou passagem de coágulos sanguíneos e/ou muco, a endoscopia digestiva baixa é realizada.

■ hemorroidas grau 1

adjunto

corticosteroides tópicos

Opções primárias

» **hidrocortisona retal:** (1 a 2.5%) aplicar duas vezes ao dia por 5-7 dias no máximo; 25 mg (1 supositório) no reto duas vezes ao dia por 14 dias

» Se o paciente apresentar um sangramento intermitente leve, as modificações na dieta e no estilo de vida visando a prevenção da constipação são geralmente suficientes para tratar as hemorroidas.

» Os corticosteroides tópicos podem ser usados ocasionalmente em curto prazo, com o objetivo de aliviar os sintomas pruriginosos, mas o uso prolongado deve ser evitado, pois pode provocar atrofia da pele anal. Cremes e pomadas são usados para hemorroidas externas e supositórios são geralmente usados para hemorroidas internas

■ hemorroidas internas com prolapso grau 2

mais

ligadura elástica ou escleroterapia ou fotocoagulação com infravermelho

Agudo

ou ligadura arterial da hemorróida ou hemorroidopexia por grampeamento

Opções primárias

» ligadura elástica

Opções secundárias

» escleroterapia

-ou-

OU

» fotocoagulação por infravermelho

Opções terciárias

» ligadura arterial da hemorróida

» A ligadura elástica é um método simples e eficaz de tratamento de ferro tecidual e constitui o tratamento de primeira escolha para hemorroidas de grau 2.[9] [10] [12] 1[C]Evidence 2[C]Evidence 3[C]Evidence Escleroterapia, fotocoagulação por infravermelho, ligadura arterial da hemorróida e hemorroidopexia por grampeamento também podem ser usadas nas hemorroidas internas com prolapso moderadas (grau 2).

» A ligadura elástica é realizada com o auxílio de um anoscópio. Uma ligadura elástica é colocada no tecido hemorroidário redundante, e há o cuidado para se colocar ambas as ligaduras acima da linha dentada. O tecido contido na ligadura necrosa e descama em aproximadamente 1 semana; as taxas de sucesso para controle da doença hemorroidária são boas.[24] Os pacientes podem apresentar sangramento transitório ou, em casos extremamente raros, eventos sépticos. Os medicamentos anticoagulantes devem ser suspensos antes da realização de ligadura elástica, e qualquer sangramento após o procedimento deve ser prontamente avaliado.

[Fig-2]

[Fig-1]

[Fig-3]

» A escleroterapia e a fotocoagulação por infravermelho podem ser mais adequadas para hemorroidas que são muito pequenas para a ligadura elástica (podendo incluir as hemorroidas grau 1 e 2). Ambas têm efeitos

Agudo

semelhantes e podem requerer várias sessões de tratamento para ablação do tecido.[13]

» A escleroterapia envolve a injeção de um agente químico diretamente no tecido hemorroidário para provocar a destruição tecidual local e a cicatrização do tecido hemorroidário. Com o auxílio de um anoscópio, são injetados 2 mL a 3 mL de esclerosante (5% de fenol, 5% de quinina ou ureia) na submucosa do ápice hemorroidário.

» A fotocoagulação por infravermelho usa a radiação infravermelha aplicada diretamente à hemorroida, provocando coagulação, cicatrização e a fixação subsequente do tecido hemorroidário interno.

» A ligadura da artéria hemorroidária (também conhecida como desarterialização hemorroidária transanal) utiliza um proctoscópio personalizado acoplado a um transdutor Doppler para identificar e ligar as ramificações terminais da artéria retal superior acima da linha dentada (resultando em encolhimento das hemorroidas). O procedimento é comumente realizado com anestesia geral breve e várias ligações podem ser necessárias.[14] [15] Pacientes com hemorroidas de grau 2 ou 3 randomizados para ligadura arterial da hemorroida tiveram menos recorrências em 1 ano que os pacientes tratados com ligadura elástica.[16] No entanto, os escores dos sintomas e as complicações não diferiram entre grupos de tratamento, e os pacientes tratados com ligadura arterial da hemorroida apresentaram dor pós-operatória mais precocemente.[16]

■ hemorroidas internas com prolapso grau 3

mais

ligadura elástica

Opções primárias

» ligadura elástica

Opções secundárias

» hemorroidopexia por grampeamento

Opções terciárias

» ligadura arterial da hemorroida
-ou-

OU

» hemorroidectomia cirúrgica

» A ligadura elástica continua a ser uma opção razoável para hemorroidas de grau 3.[10] No

Agudo

entanto, pacientes com grandes hemorroidas de grau 3 (além de pacientes refratários ou que não toleram procedimentos ambulatoriais; pacientes com grandes apêndices externos sintomáticos; ou pacientes com hemorroidas de grau 4) são candidatos a cirurgia (hemorroidectomia, hemorroidopexia por grampeamento, ligadura da artéria hemorroidária).[10]

» A ligadura elástica é realizada com o auxílio de um anoscópio. Uma ligadura elástica é colocada no tecido hemorroidário redundante, com o cuidado de se colocar ambas as ligaduras acima da linha dentada. O tecido contido na ligadura necrosa e descama em aproximadamente 1 semana; as taxas de sucesso para controle da doença hemorroidária são boas.[24] Como alternativa, as ligaduras elásticas podem ser colocadas ao mesmo tempo em que se realiza a colonoscopia.[24] Os medicamentos anticoagulantes devem ser suspensos antes da realização de ligadura elástica, e qualquer sangramento após o procedimento deve ser prontamente avaliado. [Fig-3]

[Fig-1]

[Fig-2]

» Em um pequeno estudo envolvendo pacientes com hemorroidas de grau 3 ou pequenas hemorroidas de grau 4, ligadura elástica e hemorroidopexia por grampeamento (em que hemorroidas com prolapso são realocadas no canal anal, em vez de removidas) foram igualmente eficazes no controle do prolapso sintomático, mas ligadura elástica foi associada a um aumento do risco de sangramento recorrente.[17] A hemorroidopexia por grampeamento foi associada a aumento da dor e uso de analgesia no seguimento após 2 semanas e 2 meses; os dois grupos de tratamento não apresentaram diferença com respeito à satisfação do paciente ou à qualidade de vida.[17] Os pacientes devem ser informados sobre o potencial de recorrência sintomática após a hemorroidopexia por grampeamento.[18] [19]

■ **hemorroidas internas, externas ou mistas externas e internas grau 4**

mais

hemorroidectomia cirúrgica

» A hemorroidectomia cirúrgica é a abordagem de primeira linha mais eficaz para hemorroidas internas de grau 4. Uma metanálise de rede incluindo pacientes submetidos a cirurgia seletiva para hemorroidas de grau 3 a 4 revelou

Agudo

que a hemorroidectomia convencional estava associada a maior dor pós-operatória mas a menos recorrências das hemorroidas que a hemorroidopexia por grampeamento.[20] Um grande ensaio aberto e pragmático envolvendo 777 pacientes encaminhados ao hospital para tratamento cirúrgico de hemorroidas (incluindo grau 4) revelou que os pacientes submetidos a hemorroidopexia por grampeamento apresentaram menos dor em curto prazo.[21] [22] Entretanto, taxas de recorrência, sintomas, novas intervenções e medidas de qualidade de vida favoreceram a hemorroidectomia tradicional.[21] [22]

» Nas hemorroidas externas, ou nas hemorroidas internas e externas combinadas, com sintomas graves, a excisão cirúrgica pode ser a única opção de tratamento eficaz. Isso envolve a excisão com anestesia geral ou regional. As hemorroidas externas assintomáticas não necessitam de tratamento invasivo, mas podem ser observadas enquanto o paciente segue a modificação da dieta e do estilo de vida. Na trombose das hemorroidas externas, os procedimentos minimamente invasivos, como o destamponamento, podem ser necessários para alívio de sintomas e podem ser feitos com anestesia tópica, regional ou geral.

» A recorrência dos sintomas após a hemorroidectomia é muito rara, mas a hemorroidectomia cirúrgica está associada a mais complicações e dor que os procedimentos conservadores.[23] 4[C]Evidence

Em curso

falha no tratamento com ligadura elástica, escleroterapia, fotocoagulação com infravermelho, desarterialização hemorroidária transanal ou hemorroidopexia por grampeamento

1a hemorroidectomia cirúrgica

» A hemorroidectomia cirúrgica é o melhor tratamento para pacientes com hemorroidas combinadas internas e externas ou para qualquer paciente que não tenha obtido êxito com opções de tratamento conservadoras para hemorroidas internas.4[C]Evidence A recorrência de sintomas após a hemorroidectomia é muito rara, mas está

Em curso

associada a mais complicações e dor que a de procedimentos conservadores.[23]

Novidades

Eletroterapia

A eletroterapia (também conhecida como eletrocoagulação) é uma alternativa à ligadura em pacientes com hemorroidas de grau 1 ou 2 e uma alternativa à cirurgia para pacientes com hemorroidas de grau 3 ou 4.^[25] As abordagens incluem uma corrente elétrica direta de baixa amplitude (entre 8 mA e 16 mA) usada no contexto ambulatorial ou uma corrente elétrica direta de maior amplitude (até 30 mA) com o paciente sob anestesia geral ou espinal.

Recomendações

Monitoramento

O sangramento retal é uma característica de hemorroidas sintomáticas que deve ser monitorada. Os pacientes com sangramento contínuo ou os que desenvolvem anemia sintomática necessitam de avaliação endoscópica (colonoscopia) para eliminar outras patologias proximais, antes de tratamentos intervencionistas para hemorroidas. Geralmente, os pacientes são examinados para confirmar cicatrização de feridas e resolução dos sintomas após o tratamento. O acompanhamento de longo prazo é desnecessário, a menos que haja qualquer complicação relacionada ao tratamento ou à recorrência de sintomas persistentes, especialmente os gastrointestinais (por exemplo, sangramento, anemia, alteração nos hábitos intestinais, dor abdominal, perda de peso); nesse caso, os pacientes precisam de reavaliação, incluindo a colonoscopia.

Instruções ao paciente

A limpeza cuidadosa com agentes úmidos, após a defecação, é aconselhada para minimizar a irritação anal.

Os pacientes são aconselhados a evitar esforço excessivo ao defecar e evitar ficarem sentados no vaso sanitário por períodos longos.

A constipação pode ser o fator causal da formação da hemorroida e pode ser evitada ao adicionar fibras e fluidos à dieta; é recomendado o consumo de 25 g a 30 g de fibras diariamente, seja em alimentos com alto teor de fibras ou em suplementos de fibras disponíveis comercialmente.^[8]

O uso prolongado de corticosteroides tópicos deve ser evitado, pois podem provocar atrofia da pele ao redor do ânus.

Após a ligadura elástica, os pacientes são aconselhados a tratar a dor com analgésicos simples (como paracetamol), a evitar constipação (em geral, prescreve-se laxantes em baixa dose ou laxativos emolientes), a aderir a uma dieta rica em fibras e a manterem-se hidratados.

Para o controle da dor após a cirurgia de hemorroidectomia, os pacientes são aconselhados a utilizar analgésicos comuns, como paracetamol ou ibuprofeno, e a usar laxativos emolientes diariamente para evitar constipação. Relaxantes do esfíncter químicos (por exemplo, nitroglicerina) aplicados no ânus oferecem algum benefício. Metronidazol também pode ser prescrito.^[28]

[NICE Clinical Knowledge Summaries: haemorrhoids]

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
anemia em decorrência do sangramento contínuo/excessivo	curto prazo	média

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<p>O sangramento retal é uma característica de hemorroidas sintomáticas. Às vezes, o sangramento pode ser excessivo ou maciço, ou pode ser a etiologia de anemia sintomática, especialmente em pacientes que tomam anticoagulantes orais.[26]</p> <p>Pacientes com sangramento contínuo ou os que desenvolvem anemia sintomática necessitam de avaliação endoscópica (colonoscopia). Essa avaliação é seguida por uma ligadura elástica ou excisão cirúrgica após uma patologia mais proximal ser descartada.</p>		
trombose	curto prazo	média
<p>A trombose aguda de uma hemorroida se manifesta como o dor perianal de início súbito e o surgimento de um nódulo doloroso adjacente ao canal anal. A trombose frequentemente é decorrente de um período de atividade intensa.</p> <p>O tratamento da trombose aguda envolve o alívio da dor, que é o sintoma predominante. O tratamento não cirúrgico consiste em banhos de assento com água morna. Analgesia oral leve e emolientes de fezes podem ser oferecidos. O trombo será gradualmente reabsorvido em 1 a 2 semanas.</p> <p>O destamponamento ou a excisão cirúrgica podem ser considerados quando os sintomas forem graves; isso também resultará em resolução mais rápida dos sintomas.[27]</p>		
encarceramento	curto prazo	baixa
<p>O tecido hemorroidário em prolapso pode se tornar encarcerado e não conseguir ser reduzido no canal anal, provocando dor intensa.</p> <p>O tratamento de hemorroidas encarceradas é tradicionalmente a hemorroidectomia cirúrgica urgente. Métodos como a injeção de hialuronidase no tecido hemorroidário edemaciado ajudam a reduzir o inchaço e facilitam a excisão conservadora.</p>		
incontinência fecal	longo prazo	média
<p>Foi relatado um risco considerável em algum grau de comprometimento da continência, geralmente com relatos de gases (52%) e fezes líquidas (40%) após a hemorroidectomia.[12] A incontinência grave é rara; as mulheres apresentam maior risco. O grau das hemorroidas não parece influenciar o risco de incontinência fecal. A ligadura elástica não foi associada à incontinência fecal em uma revisão.[12]</p>		
sepse pélvica	longo prazo	baixa

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<p>Os sinais de alerta são frequentemente a dor retal desproporcional, retenção urinária, dor abdominal e pirexia.</p> <p>Procedimentos tecnicamente difíceis e linha de grampeamento alta e incompleta com excisão de toda a extensão da mucosa devem levantar a suspeita.</p> <p>Pacientes imunocomprometidos, incluindo diabéticos e pessoas em uso de corticosteroides em longo prazo podem ter maior risco.</p> <p>Os exames de imagem (radiografia torácica, AXT ou tomografia computadorizada [TC]) podem revelar ar livre no peritônio ou no retroperitônio e podem ser diagnósticos.</p> <p>A sepse pode progredir rapidamente para insuficiência de múltiplos órgãos e choque, e muitas vezes é fatal. A sobrevida depende do reconhecimento precoce e da intervenção imediata com a antibioticoterapia empírica de amplo espectro, que deve ser administrada em até 1 hora após o reconhecimento de sepse suspeita. Avaliação cirúrgica urgente é necessária.</p>		
estenose anal	longo prazo	baixa
<p>Incidência aumentada com excisão extensa e circunferencial. A estenose prolongada grave é rara.</p> <p>A atenção meticulosa aos detalhes técnicos, incluindo a preservação das pontes de pele entre os pedículos excisados, deve prevenir a ocorrência de estenose.</p> <p>A estenose fibrótica pequena é tratada com dilatação em clínicas ambulatoriais, seguida pela autodilatação. A estenose significativa necessitará de correção cirúrgica.</p>		

Prognóstico

Recorrência

O prognóstico para pacientes que seguem o tratamento da doença hemorroidária é bom. O tratamento resulta na resolução ou melhora dos sintomas com baixas taxas de recorrência, embora os sintomas residuais ou recorrentes sejam mais intensos em pacientes com persistência de fortes fatores de risco. A hemorroidectomia cirúrgica proporciona o melhor efeito em longo prazo com menos de 20% de recorrência dos sintomas e taxas de retratamento igualmente baixas, se comparadas à ligadura elástica. Esse efeito é mais evidente nas hemorroidas de grau 3 que nas hemorroidas de grau 2.^[12]

Diretrizes de diagnóstico

América do Norte

The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the management of hemorrhoids

Publicado por: American Society of Colon and Rectal Surgeons

Última publicação em:
2018

ACG clinical guideline: management of benign anorectal disorders

Publicado por: American College of Gastroenterology

Última publicação em:
2014

Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised 2010)

Publicado por: American Society of Colon and Rectal Surgeons

Última publicação em:
2011

The role of endoscopy in patients with anorectal disorders

Publicado por: American Society for Gastrointestinal Endoscopy

Última publicação em:
2010

Diretrizes de tratamento

Europa

Stapled haemorrhoidopexy for the treatment of haemorrhoids

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2007

América do Norte

The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the management of hemorrhoids

Publicado por: American Society of Colon and Rectal Surgeons

Última publicação em:
2018

ACG Clinical Guideline: Management of Benign Anorectal Disorders

Publicado por: American College of Gastroenterology

Última publicação em:
2014

Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised 2010)

Publicado por: American Society of Colon and Rectal Surgeons

Última publicação em:
2011

América do Norte

The role of endoscopy in patients with anorectal disorders

Publicado por: American Society for Gastrointestinal Endoscopy

Última publicação em:
2010

SSAT patient care guidelines: surgical management of hemorrhoids

Publicado por: The Society for Surgery of the Alimentary Tract

Última publicação em:
2008

Recursos online

1. [NICE Clinical Knowledge Summaries: haemorrhoids](#) (*external link*)

Nível de evidência

1. Redução da persistência dos sintomas: há evidências de baixa qualidade de que a ligadura elástica é mais eficaz que a conduta expectante no tratamento de pacientes com hemorroidas de segundo grau. Também há evidências de baixa qualidade de que ela é mais eficaz que a fotocoagulação por infravermelho, escleroterapia, hemorroidectomia com grampeamento ou hemorroidectomia cirúrgica.
Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
2. Redução na incidência de sangramento: há evidências de baixa qualidade de que a escleroterapia não é mais eficaz que o manejo com orientação e aconselhamento no tratamento de pacientes com hemorroidas de primeiro ou segundo grau.
Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
3. Melhora dos sintomas: há evidências de baixa qualidade de que a fotocoagulação por infravermelho é tão eficaz quanto a escleroterapia ou a ligadura elástica.
Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
4. Redução nas taxas de prolapso: existem evidências de baixa qualidade de que a hemorroidectomia convencional pode ser mais eficaz que a hemorroidectomia com grampeamento na redução do prolapso recorrente em 6 meses. Os benefícios relacionados a outros sintomas são desconhecidos.
Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

Artigos principais

- Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ, et al. Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology. Br J Surg. 1994 Jul;81(7):946-54. [Resumo](#)
- Wald A, Bharucha AE, Cosman BC, et al. ACG clinical guideline: management of benign anorectal disorders. Am J Gastroenterol. 2014 Aug;109(8):1141-57. [Resumo](#)
- Rivadeneira D E, Steele SR, Ternent C, et al. Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised 2010). Dis Colon Rectum. 2011 Sep;54(9):1059-64. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Shanmugam V, Thaha MA, Rabindranath KS, et al. Rubber band ligation versus excisional haemorrhoidectomy for haemorrhoids. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Jul 20;(3):CD005034. [Resumo](#)
- MacRae HM, Temple LK, McLeod RS. A meta-analysis of hemorrhoidal treatments. Semin Colon Rectal Surg. 2002 Jul;38(7):687-94.

Referências

1. Johanson JF, Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study. Gastroenterology. 1990 Feb;98(2):380-6. [Resumo](#)
2. Johanson JF, Sonnenberg A. Temporal changes in the occurrence of hemorrhoids in the United States and England. Dis Colon Rectum. 1991 Jul;34(7):585-91. [Resumo](#)
3. Thomson WH. The nature of haemorrhoids. Br J Surg. 1975 Jul;62(7):542-52. [Resumo](#)
4. Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ, et al. Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology. Br J Surg. 1994 Jul;81(7):946-54. [Resumo](#)
5. Haas PA, Fox TA Jr, Haas GP. The pathogenesis of hemorrhoids. Dis Colon Rectum. 1984 Jul;27(7):442-50. [Resumo](#)
6. Saleeby RG Jr, Rosen L, Stasik JJ, et al. Hemorrhoidectomy during pregnancy: risk or relief? Dis Colon Rectum. 1991 Mar;34(3):260-1. [Resumo](#)
7. Hosking SW, Smart HL, Johnson AG, et al. Anorectal varices, haemorrhoids, and portal hypertension. Lancet. 1989 Feb 18;1(8634):349-52. [Resumo](#)
8. Moesgaard F, Nielsen ML, Hansen JB, et al. High fiber diet reducing bleeding and pain in patients with hemorrhoids: a double-blind trial of Vi-Siblin. Dis Colon Rectum. 1982 Jul-Aug;25(5):454-6. [Resumo](#)
9. Davis BR, Lee-Kong SA, Migaly J, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the management of hemorrhoids. Dis Colon Rectum. 2018 Mar;61(3):284-92. [Texto completo](#) [Resumo](#)

10. Wald A, Bharucha AE, Cosman BC, et al. ACG clinical guideline: management of benign anorectal disorders. *Am J Gastroenterol*. 2014 Aug;109(8):1141-57. [Resumo](#)
11. Rivadeneira D E, Steele SR, Ternent C, et al. Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised 2010). *Dis Colon Rectum*. 2011 Sep;54(9):1059-64. [Texto completo](#) [Resumo](#)
12. Shanmugam V, Thaha MA, Rabindranath KS, et al. Rubber band ligation versus excisional haemorrhoidectomy for haemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Jul 20;(3):CD005034. [Resumo](#)
13. MacRae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatments: a meta-analysis. *Can J Surg*. 1997 Feb;40(1):14-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)
14. Giordano P, Overton J, Madeddu F, et al. Transanal hemorrhoidal dearterialization: a systematic review. *Dis Colon Rectum*. 2009 Sep;52(9):1665-71. [Resumo](#)
15. Wallis de Vries BM, van der Beek ES, de Wijkerslooth LR, et al. Treatment of grade 2 and 3 hemorrhoids with Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation. *Dig Surg*. 2007;24(6):436-40. [Texto completo](#) [Resumo](#)
16. Brown S, Tiernan J, Biggs, et al. The HubBLe Trial: haemorrhoidal artery ligation (HAL) versus rubber band ligation (RBL) for symptomatic second- and third-degree haemorrhoids: a multicentre randomised controlled trial and health-economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2016 Nov;20(88):1-150. [Texto completo](#) [Resumo](#)
17. Peng BC, Jayne DG, Ho YH. Randomized trial of rubber band ligation vs. stapled hemorrhoidectomy for prolapsed piles. *Dis Colon Rectum*. 2003 Mar;46(3):291-7. [Resumo](#)
18. Acheson AG, Scholefield JH. Management of haemorrhoids. *BMJ*. 2008 Feb 16;336(7640):380-3. [Resumo](#)
19. Jayaraman S, Colquhoun PH, Malthaner RA. Stapled versus conventional surgery for hemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Oct 18;(4):CD005393. [Resumo](#)
20. Simillis C, Thoukididou SN, Slessor AA, et al. Systematic review and network meta-analysis comparing clinical outcomes and effectiveness of surgical treatments for haemorrhoids. *Br J Surg*. 2015 Dec;102(13):1603-18. [Resumo](#)
21. Watson AJ, Hudson J, Wood J, et al. Comparison of stapled haemorrhoidopexy with traditional excisional surgery for haemorrhoidal disease (eTHoS): a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet*. 2016 Nov 12;388(10058):2375-85. [Resumo](#)
22. Watson AJ, Cook J, Hudson J, et al. A pragmatic multicentre randomised controlled trial comparing stapled haemorrhoidopexy with traditional excisional surgery for haemorrhoidal disease: the eTHoS study. *Health Technol Assess*. 2017 Nov;21(70):1-224. [Texto completo](#) [Resumo](#)
23. MacRae HM, Temple LK, McLeod RS. A meta-analysis of hemorrhoidal treatments. *Semin Colon Rectal Surg*. 2002 Jul;38(7):687-94.

24. Wroblewski DE, Corman ML, Veidenheimer MC, et al. Long-term evaluation of rubber ring ligation in hemorrhoidal disease. *Dis Colon Rectum*. 1980 Oct;23(7):478-82. [Resumo](#)
25. The National Institute for Health and Care Excellence. Electrotherapy for the treatment of haemorrhoids Interventional procedures guidance [IPG525]. June 2015 [online publication]. [Texto completo](#)
26. Kluiber RM, Wolff BG. Evaluation of anemia caused by hemorrhoidal bleeding. *Dis Colon Rectum*. 1994 Oct;37(10):1006-7. [Resumo](#)
27. Greenspon J, Williams SB, Young HA, et al. Thrombosed external hemorrhoids: outcome after conservative or surgical management. *Dis Colon Rectum*. 2004 Sep;47(9):1493-8. [Resumo](#)
28. Lyons NJR, Cornille JB, Pathak S, et al. Systematic review and meta-analysis of the role of metronidazole in post-haemorrhoidectomy pain relief. *Colorectal Dis*. 2017 Sep;19(9):803-11. [Resumo](#)

Imagens

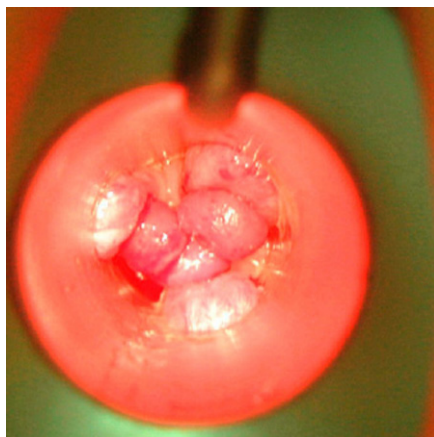


Figura 1: Ligadura elástica em tecido hemorroidário redundante

Kurt G. Davis, MD

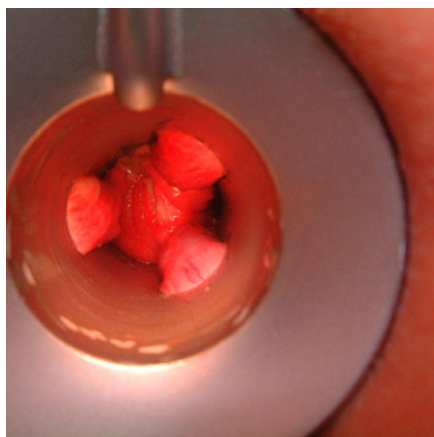


Figura 2: Ligaduras colocadas acima da linha dentada

Kurt G. Davis, MD

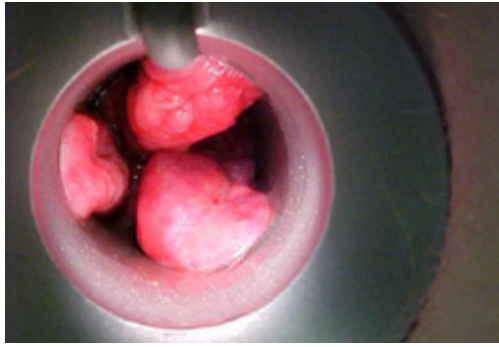


Figura 3: Anoscópio

Kurt G. Davis, MD

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Mohamed A. Thaha, PhD, FRCS (Gen Surg), PG Cert Hlt Econ

Senior Lecturer and Consultant in Colorectal Surgery

National Bowel Research Centre (NBRC), Blizard Institute, Barts and The London School of Medicine & Dentistry, Queen Mary University of London, London, UK

DIVULGAÇÕES: MAT held a clinical research training fellowship (2000-2003) and has obtained research grants (2000-2006) from Ethicon Endo-Surgery (UK and Europe).

Robert J.C. Steele, MD, FRCS

Professor of Surgery

Ninewells Hospital & Medical School, University of Dundee, Dundee, UK

DIVULGAÇÕES: RJCS previously obtained a research grant from Ethicon Endo-Surgery (UK).

// Reconhecimentos:

Dr Mohamed A. Thaha and Professor Robert J.C. Steele would like to gratefully acknowledge Dr Kurt G. Davis, the previous contributor to this monograph. KGD declares that he has no competing interests.

// Colegas revisores:

George Reese, MB BS MRCS

Honorary Clinical Research Fellow

Division of Surgery, Oncology, Reproductive Biology and Anaesthetics, Imperial College, St Mary's Hospital, London, UK

DIVULGAÇÕES: GR declares that he has no competing interests.

Alexander von Roon, MRCS

Clinical Research Fellow

Department of Biosurgery and Surgical Technology, Imperial College, St Mary's Hospital, London, UK

DIVULGAÇÕES: AVR declares that he has no competing interests.