

Uso y abuso del término hemorroides: importancia de la exploración anal

Use and abuse of the term 'haemorrhoid': Importance of anal examination

Sr. Director:

La enfermedad benigna del canal anal es relativamente frecuente y tiene asociada una elevada morbilidad¹⁻³. Aunque el tratamiento estándar es conservador en la mayoría de casos, un diagnóstico erróneo y, por tanto, un tratamiento incorrecto pueden agravar los síntomas y con ello el malestar y el deterioro de la calidad de vida del paciente. Desde nuestro servicio de cirugía general observamos que la mayoría de los pacientes que acuden a la consulta enviados desde los centros de Atención Primaria o urgencias con un diagnóstico de hemorroides presentan un diagnóstico incorrecto motivado por la pobre o la nula exploración por parte del médico remitente y por el hecho de asumir el autodiagnóstico del paciente.

Con el objetivo de analizar esta situación, se realizó un estudio retrospectivo de 100 pacientes consecutivos enviados a la consulta especializada de Coloproctología por el médico de Atención Primaria (MAP) con el diagnóstico de hemorroides. Se recogieron datos de los pacientes (edad, sexo, nivel de estudios, síntomas, autodiagnóstico y tratamiento recibido), del MAP (edad, sexo, realización o no de exploración anal y diagnóstico de remisión) y del cirujano (diagnóstico final). En los casos en los que hubo dudas diagnósticas se realizaron también estudios endoscópicos.

De los 100 casos, 28 eran hombres y 72 mujeres, con una edad media de 39,1 años (rango: 14-78). El dolor anal fue el síntoma más frecuente (el 79% de los pacientes), seguido de anurragia (68%), prurito (28%) y ensuciamiento (22%). El 24% presentaba eccema anal y el 41% recibía o había recibido tratamiento tópico con corticoides.

El tacto rectal se había realizado solamente en el 26% de los pacientes por el MAP. La realización de esta exploración se asociaba con el sexo y la edad del MAP: 12 médicos varones la realizaron (42,9%) frente a 14 mujeres (19,4%) ($p=0,017$). Además, el 33% de los médicos menores de 50 años la realizó frente al 4% de los mayores de esta edad ($p=0,004$).

El grado de concordancia diagnóstica entre el MAP y el paciente fue $\kappa=0,41$, y fue menor entre paciente y cirujano ($\kappa=0,13$): no hubo concordancia entre MAP y cirujano ($\kappa=0,12$), aunque entre los pacientes a los que el MAP había realizado tacto rectal mejoró claramente ($\kappa=0,68$). Los coeficientes de probabilidad para el tacto rectal fueron muy variables entre paciente y cirujano.

El término hemorroides debe restringirse a las situaciones clínicas en las que los plexos vasculares submucosos del conducto anal crecen y producen síntomas¹⁻³. Nuestro estudio muestra claramente que muchos pacientes se autoatribuyen o se diagnostican de forma incorrecta de hemorroides (el 76 y el 100%, respectivamente). Sorprende la ausencia de concordancia diagnóstica entre el paciente, el MAP y el cirujano.

Aunque el dolor anal se ha descrito tradicionalmente como el síntoma característico de la fisura anal^{4,7}, el MAP

diagnosticó erróneamente de hemorroides al 100% de los pacientes con dolor anal.

Según nuestros resultados, los médicos jóvenes menores de 50 años exploraron más que los de mayor edad (el 33 frente al 4%), aunque en cualquier caso sólo se examinó al 26% de los pacientes. Cuando se había realizado el examen anal, el diagnóstico fue correcto en el 88,5% de los casos, con una elevada correlación diagnóstica.

En relación con el tratamiento, más de la mitad de los pacientes tratados con corticoides presentaron eccema anal. Un diagnóstico erróneo y, por tanto, un tratamiento incorrecto no sólo suponen un aumento del gasto sanitario, sino que pueden agravar los síntomas y deteriorar la calidad de vida del paciente^{5,6,8}.

En conclusión, resulta llamativa la alta prevalencia del término «hemorroides» entre pacientes y MAP. También sorprende la ausencia de correlación diagnóstica con el especialista y la escasa frecuencia con que se realiza el examen anal. Esta falta de exploración y el hecho de asumir el diagnóstico que aporta el paciente explican, desde nuestro punto de vista, el abuso del término «hemorroides» para referirse a cualquier enfermedad anal.

Bibliografía

1. Sánchez Ludeña ML, Romero Ruiz S. Patología benigna anorrectal. *JANO EMC*. 2002;63:22-8.
2. Billingham RP, Isler JT, Kimmins MH, Nelson JM, Schweitzer J, Murphy MM, et al. The diagnosis and management of common anorectal disorders. *Curr Prob Surg*. 2004;41:586-645.
3. Wolf BG, Fleshman JW, Beck DE, Pemberton JH, Wexner SD, Church JM, et al. The ASCRS textbook of colon and rectal surgery. Nueva York: Springer; 2007. 156-172; 178-188.
4. Whitehead WE, Schuster MM. Anorectal physiology and pathophysiology. *Am J Gastroenterol*. 1987;82:487-97.
5. Deepak V, Gopal. Diseases of rectum and anus: A clinical approach to common disorders. *Clin Cornerstone*. 2002; 4:34-8.
6. Álvarez García A, Castaño Carou A, Bacariza Cortiñas M. Tratamiento de la patología anorrectal. *Terapéutica en APS*. 1998;4:266.
7. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: Diagnosis and care of patients with anal fissure. *Gastroenterology*. 2003; 124: 233-4.
8. Nisar PS, Scholefield JH. Managins haemorrhoids. *BMJ*. 2003;327: 847-51.

M. José Cases-Baldó*, Germán Morales-Cuenca, Alvaro Campillo-Soto, Enrique Pellicer-Franco, Andrés Carrillo-Alcaraz♦ y José Luis Aguayo-Albasini♦♦

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Morales Mesguer, Murcia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mjcases@yahoo.es (M.J. Cases-Baldó)

♦Coordinador de Formación Continuada.

♦♦Jefe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo.