
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FISSURA ANAL ESFINCTEROTOMIA OU FISSURECTOMIA? (*)

CARLOS AUGUSTO B. FERREIRA (**)
DOMINGOS L. P. LACOMBE (***)
WILLIAM MIGUEL (****)

Rio de Janeiro, RJ.

A fissura anal é uma das afecções mais freqüentes desta região e devido à dor que provoca é uma das mais importantes do ponto de vista médico-social. Inúmeros pacientes são afastados do trabalho e de suas atividades normais quando a sintomatologia é muito intensa.

Muitas fissuras, na fase aguda inicial da doença, cicatrizam espontaneamente ou com tratamento conservador, outras devido a intensidade da dor, precisam ser operadas. As lesões crônicas, apesar de apresentarem ocasionalmente uma melhora dos sintomas, necessitam quase sempre correção cirúrgica. Inúmeras técnicas têm sido usadas, sendo que as técnicas que ganharam mais aceitação foram a fissurectomia à Gabriel e, mais recentemente, a esfincterotomia lateral.

A fim de avaliarmos os resultados obtidos com as duas técnicas foram revistos 40 pacientes do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, divididos em dois grupos de 20: o grupo I, em que foi feita a fissurectomia à Gabriel no período de março de 1973 a julho de 1975. O grupo II, de julho de 1975 a julho de 1978, em que se fez a esfincterotomia lateral.

TÉCNICA

Todos os pacientes foram operados em posição de litotomia e com anestesia caudal. A antisepsia foi feita com mercurochrome, no períneo e no canal anal.

A técnica da fissurectomia foi descrita por Gabriel em 1930 e não será detalhada. Em nosso Serviço, a única modificação que usamos é uma alteração no formato da ferida

(*) Trabalho realizado na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

(**) Mestrando em Medicina — UFRJ. Área de Concentração — Cirurgia Geral (Setor Abdominal).

(***) Prof. Assistente da Faculdade de Medicina da UFRJ — Chefe do Serviço de Proctologia do Hospital Universitário — UFRJ.

(****) Prof. Assistente da Faculdade de Medicina da UFRJ.

posterior que, ao invés de triangular é feita em forma de "asa de borboleta", como preconiza Silvio D'Ávila. Desta maneira diminui-se a área de granulação e o tempo de cicatrização. A cicatriz resultante é quase imperceptível, ao contrário da ferida clássica que freqüentemente resulta em cicatriz hipertrófica.

A esfínterectomia lateral é feita com uma incisão de 2 cm, postero lateral esquerda a 2 cm da margem anal. Com o dedo indicador da mão esquerda dentro do canal anal separa-se o esfínter da mucosa, divulsionando-se com uma pinça hemostática. Com a mesma pinça, "pesca-se" o esfínter, ao nível da linha pectínea, separa-se do esfínter externo e secciona-se com o bisturi. A hemostasia é feita por compressão e o fechamento da incisão com fio de catgut simples 0.0.0. Exereses de plicoma e papila, se existirem.

CASUÍSTICA

Grupo I

Foram estudados 20 pacientes operados, no período de março de 1973 a janeiro de 1975, no Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sendo 16 do sexo feminino e 4 do sexo masculino. Não foram incluídos no estudo os pacientes que apresentavam patologia associada, como hemorróidas e fístulas. A dor foi o sintoma principal em todos os casos, com duração de 2 meses até 4 anos. Perda sangüínea no início da doença acompanhou a dor em 18 casos. Em 16 pacientes houve referência de constipação intestinal. Ao exame encontrou-se papila hipertrófica em 9 pacientes e plicoma posterior em 14. Havia fissura anterior e posterior em 2 pacientes e só posterior em 18.

No post-operatório todos foram medicados com analgésicos. A dieta foi líquida no dia da operação e livre a partir do 1.º dia, os pacientes que ainda não haviam evacuado tomaram laxativo.

Grupo II

Foram estudados 20 pacientes operados no período de julho de 1975 a julho de 1977, sendo 14 do sexo feminino e 6 do sexo masculino. Neste grupo, também, predominou a dor como sintoma característico em todos os casos, com duração de 20 dias a 2 anos. Perda sangüínea eventual foi referida por 18 pacientes em 14 constipação intestinal. Houve referência

de diarréia em um paciente; fissura anterior e posterior em 4 e somente posterior em 16; papila hipertrófica em 8 e plicoma posterior em 16.

Os pacientes foram medicados no pós-operatório com analgésicos caso necessário e dieta líquida no dia da cirurgia e livre posteriormente. Todos os pacientes tiveram alta no dia seguinte, independente do funcionamento intestinal.

QUADRO I
FISSURA ANAL

Quadro Clínico	Grupo I	Grupo II	Total	%
Dor	20	20	40	100
Sangramento	18	18	36	90
Constipação	16	14	30	75
Diarréia	0	1	1	2,5
Papila hipertrófica	9	8	17	42,5
Plicoma	14	16	30	75
Localização				
Posterior	18	16	34	85
Anterior e posterior	2	4	6	15
Sexo				
Feminino	16	14	30	75
Masculino	4	6	10	25

RESULTADOS

No 1.º grupo houve um caso de formação de abscesso posterior, no local da esfínterectomia. Este paciente apresentou fístula posteriormente e teve que ser operado. Em 4 pacientes ocorreu secreção purulenta no pós-operatório, mas sem formação de abscesso. O tempo de cicatrização da ferida operatória variou de 19 a 40 dias, com média de 22 dias. Apenas 1 paciente referiu incontinência para fezes por 3 semanas, melhorando posteriormente. Incontinência para gases foi referida por 6 pacientes (30%), persistindo em 2 pacientes por

mais de 3 meses. Em 14 pacientes que puderam ser acompanhados não houve nenhum caso de recidiva. O tempo de internação a partir do dia da cirurgia variou de 3 a 8 dias, em média 3,6 dias. O retorno ao trabalho variou entre 14 e 40 dias, em média 16,7 dias.

No grupo II, esfínterectomia lateral, não houve formação de abscesso nem secreção purulenta. A pequena cicatriz da incisão era praticamente invisível no 8.º dia de pós-operatório. Apenas 4 pacientes solicitaram analgésico no dia da cirurgia. Em 16 pacientes não ocorreu dor na primeira evacuação após o 8.º dia de pós-operatório, mesmo quando a fissura ainda não estava cicatrizada. O tempo de cicatrização das fissuras variou de 8 a 36 dias, em média 16 dias. Incontinência para gases foi referido por 8 pacientes e durou aproximadamente 30 dias. Em 18 pacientes acompanhados de 4 meses a 2 anos e 3 meses não houve recidivas. Todos os pacientes tiveram alta no dia seguinte à cirurgia e o retorno ao trabalho variou de 3 a 15 dias, em média 7 dias.

QUADRO II
FISSURA ANAL

Complicações	Grupo I	Grupo II
Abcesso	1	0
Secreção purulenta	4	0
Incontinência para fezes (Temporária)	1	0
Incontinência para gases (Temporária)	6	8
Recidiva	0	0

COMENTARIOS

O tratamento da fissura anal tem-se modificado constantemente desde o século passado, quando Recamier propôs a dilatação forçada do canal anal sob anestesia. O método foi bastante empregado, mas apresentava o inconveniente de um índice elevado de recidivas. Nós temos usado a dilatação apenas em fissuras agudas, acompanhadas de dor de grande intensidade que não cede com medicação conservadora. Nestes casos a dor cessa rapidamente e há cicatrização da fissura,

em alguns pacientes, evitando-se assim a cirurgia e a internação.

Gabriel popularizou o uso da cirurgia que leva o seu nome a partir de 1930 e que foi utilizada por nós no tratamento de pacientes do grupo I. O método ganhou popularidade usado largamente até hoje. Tem a vantagem de se aplicar qualquer tipo de fissura, mesmo àquelas com infecção e patologias associadas, apresentando alto índice de cura. Apresenta porém alguns inconvenientes que foram por nós observados nestes 20 pacientes, com a necessidade de um período de internação maior, uma ferida operatória extensa com tempo de cicatrização prolongado, um maior afastamento das atividades de trabalho e, ainda conforme podemos observar, um número maior de complicações. Por isso, alguns autores, a partir de 1951, passaram a utilizar apenas a esfínterectomia posterior, realizada no leito da fissura conforme preconizava Eisenhammer. Este autor mostrou que a etapa essencial no tratamento do fissura era a esfínterectomia, mas o seu método ainda apresentava alguns inconvenientes, principalmente um tempo demorado de cicatrização, pela freqüência de infecções, e mesmo a formação de abscessos no local da esfínterectomia. Outro inconveniente era a eliminação de secreção pelo ânus, associada a problemas de incontinência. O próprio Eisenhammer, em 1959, sugeriu a realização da esfínterectomia lateral, para evitar a formação de um sulco no local da esfínterectomia posterior, capaz de reter secreção e fezes, provocando infecção local. Esta técnica ganhou rápida aceitação e é atualmente utilizada pela maioria dos autores. Existem duas formas básicas de se realizar a esfínterectomia: sob visão direta como foi descrita neste trabalho e realizada por Hawley e Parks, ou feita por incisão puntiforme como realiza Notaras e Goligher. A facilidade de execução e a pouca morbidade da técnica, permitem que ela seja realizada em consultório, com anestesia local, como faz Rudd.

O estudo comparativo dos resultados entre as duas técnicas apesar do pequeno número de casos, mostra melhores resultados com a esfínterectomia lateral, devendo-se ressaltar três aspectos de importância fundamental.

1. Tempo de internação

Todos os pacientes do grupo II tiveram alta no dia seguinte ao da cirurgia. Para os que internaram no mesmo dia da cirurgia, o tempo de permanência no hospital foi de 24 hs., já no grupo I, a média de permanência foi de 3,6 dias o que torna o processo sensivelmente mais oneroso.

2. Dor

No grupo II, a dor pós-operatória foi mínima e aquela relativa à fissura cessou imediatamente. Já no grupo I houve dor pós-operatória importante devida à ferida de drenagem posterior e a sutura da mucosa do bordo esfíncteriano. Esta dor foi referida espontaneamente nas primeiras 48 horas e relacionada com a evacuação até 14 dias de pós-operatório, na maioria dos pacientes.

3. Retorno ao trabalho

Outro aspecto importantíssimo e bastante indicativo das vantagens da esfíncterotomia lateral é que praticamente não afasta o paciente de sua atividade laborativa. Aqueles pacientes que não podiam se afastar do trabalho, puderam ser operados no sábado pela manhã e reassumiram suas funções na segunda-feira pela manhã. Não se deve menosprezar a importância econômico-social deste resultado, comparado com a cirurgia clássica, com um tempo médio de afastamento do trabalho de 16,7 dias.

QUADRO III
FISSURA ANAL

Evolução	Grupo I	Grupo II
Necessidade de analgésico injetável	20 pac.	4 pac.
Cicatrização (Média)	22 dias	16 dias
Tempo de internação (Média)	3,6 dias	1 dia
Retorno ao trabalho (Média)	16,7 dias	7 dias

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eisenhammer, S. — The surgical correction of chronic internal anal (sphincteric) contracture. S. Rfr. Med. J., 25:486, 1951.
2. Eisenhammer, S. — The evaluation of the internal anal sphincterotomy operation with special reference to an anal fissure. Surg. Gynec. Obstet., 109:583, 1959.

-
3. Fraiha, A. & Habr Gama, A. — Esfincterotomia lateral no tratamento da fissura anal. *Técnica e Resultados. Rev. Hosp. Clin.*, 30(2):161, 1975.
 4. Gabriel, W. B. — Treatment of pruritis ani and fissure. *Br. Med. J.*, 2: 311, 1930.
 5. Goligher, J. C. — *Surgery of the Anus Rectum and Colon. Fourth Ed.*, London, Baillière Tindall, 1980.
 6. Hawley, P. R. — The treatment of chronic fissure in ano: A trial of methods. *Br. J. Surg.*, 56:915, 1969.
 7. Hunter, A. — Anorectal Problems: Lateral subcutaneous anal sphincterotomy (Symposium). *Dis. Col. Rect.*, 18'665, 1975.
 8. Notaras, M. J. — Lateral subcutaneous sphincterotomy for anal fissure. *Proc. R. Soc. Med.*, 62:713, 1969.
 9. Parks, A. G. — The management of fissure in ano. *Hosp. Med.*, 1:737, 1967
 10. Rudd, W. W. H. — Lateral subcutaneous internal sphincterotomy for chronic anal fissure, an outpatient procedure. *Dis. Col. Rect.*, 18:319, 1975.