

ANOPLASTIA SEMIFECHADA

Uma nova maneira de tratamento cirúrgico para a fissura anal crônica e estenose anal

Klaus Rebel¹

RESUMO

O autor propõe uma nova técnica cirúrgica para o tratamento da fissura anal crônica e estenose anal. Apresenta uma casuística de 175 casos por ele operados com este procedimento de 1977 a 1982.

Descreve a técnica que consiste na sutura de um retalho cutâneo semifixo à mucosa anal e ao músculo esfíncter interno, após a excisão da fissura com o plicoma sentinela e papila hipertrofiada e inclui entre as vantagens deste procedimento a cicatrização rápida com pouca dor local, sem deformidades cicatríciais, hospitalização curta de 1 a 2 dias e volta rápida às atividades normais, além de sua execução técnica simples.

A fissura anal é, depois da doença hemorroidária, a mais freqüente patologia da região anal. Caracteriza-se por uma ferida linear, longitudinal geralmente única, que se inicia na altura da linha pectínea e se prolonga em direção à pele, com sua localização predominante no ângulo posterior da fenda anal, em torno de 74,8%¹⁴, e mais raramente anterior. Na sua fase aguda se apresenta superficial e costuma cicatrizar com tratamento clínico local. Quando se torna crônica e recidivante, encontramos a ferida mais profunda, muitas vezes expondo as fibras musculares do esfíncter anal interno, com hipertrofia da papila no seu limite superior, fibrose do leito fissuário e em suas bordas laterais, e plicoma sentinela na sua extremidade inferior, podendo evoluir para

um abscesso e fístula anal superficial. Neste estágio a fissura crônica necessita de tratamento cirúrgico para sua cura definitiva, devendo-se ter sempre o cuidado de fazer o diagnóstico diferencial com fissuras ou úlceras específicas, como as causadas por colite ulcerativa, doença de Crohn, lues e tuberculose, além das feridas por carcinoma de margem anal, canal anal e primitivo do reto com invasão do canal anal.

Várias técnicas cirúrgicas têm sido propostas para o tratamento da fissura crônica desde a clássica fissurectomia segundo Gabriel à miotomia interna lateral esquerda ou a dilatação forçada.

A fissurectomia, proposta por Gabriel em 1946, consiste na excisão da fissura com sua papila hipertrofiada correspondente e plicoma sentinela, deixando uma drenagem posterior triangular de base externa, e miotomia posterior. Esta intervenção tem sido usada cada vez menos freqüentemente pelo inconveniente de deixar uma ferida posterior mediana relativamente grande, com cicatrização lenta, de 4 a 6 semanas, incômoda, freqüentemente defeituosa, causando a desagradável "Key hole deformity"^{1, 8, 9, 10}, muitas vezes responsável pela saída incontrolável de flatus e muco, manchando a roupa íntima do paciente. Desta maneira esta técnica tem sido reser-

1 Chefe da Clínica do Serviço de Proctologia do Hospital Municipal Miguel Couto. Proctologista do Hospital Samaritano e Clínica Sorocaba – Rio de Janeiro.

vada apenas para as fissuras crônicas complicadas da região.

A dilatação forçada, praticada desde *Recamier* (1829) foi durante muito tempo o método preferido, principalmente dos cirurgiões não especializados em cirurgia da região anal, por sua grande simplicidade. Com o paciente em posição de litotomia e sob anestesia geral ou bloqueio extradural, introduzimos o dedo indicador e médio das duas mãos e dilatamos o ânus durante três a quatro minutos, forçando mais em direção ao ângulo posterior da fenda anal. Este método tem dado resultados inconstantes, segundo Goligher, com uma incidência relativamente alta de incontinência para gases (12%) e para fezes (2%), sendo que 20% dos pacientes relatam presença de secreção que suja a roupa íntima. Por outro lado o tratamento se mostra muitas vezes insuficiente, com resultados insatisfatórios e recidivas de até 16%, o que obriga o paciente a se submeter a novos tipos de tratamento^{8, 13}. Além disso têm sido descritas complicações como sangramento, abscessos perineais, secreções e prolapsos hemorroidários¹⁴.

Eisenhammer, em 1951, Morgam e Thompson, em 1955, propuseram uma esfínterectomia posterior aberta, onde incisam a fissura posterior juntamente com o músculo esfínter interno. Goligher praticou junto com esta técnica a excisão do plicoma sentinela e das bordas cutâneas soltas, formando uma área de drenagem ovalada. A cicatrização desta ferida se faz por segunda intenção como na fissurectomia clássica. Esta técnica é preferida por Hughes, que cita como complicações saída de secreção em 50% dos casos e incontinência, no 1º ano pós-operatório, de 15%¹⁰.

A esfínterectomia interna lateral esquerda preconizada por *Eisenhammer*⁵ tem dado bons resultados nas fissuras pequenas com hipertonia do esfínter anal, a qual se encontra presente somente na metade dos pacientes da nossa série. Deve ser dada preferência para a anestesia geral ou ao bloqueio extradural, uma vez que os pacientes com fissuras anais são mais tensos e sensíveis, não permitindo uma intervenção adequada sob anestesia local⁸. Notou-se também que a esfínterectomia interna lateral esquerda feita sob anestesia local se torna menos eficiente, com recidivas mais frequentes, até 50%, comparadas aos 2% sob anestesia geral¹².

Além disso o cirurgião se vê obrigado a excisar o plicoma sentinela assim como a papila hipertrofiada, o que causa um grande desconforto ao paciente, quando feito com anestesia local e implica em duas feridas cirúrgicas e um conseqüente retardo da cicatrização.

Milton Cezar Ribeiro, em 1967, propôs em nosso meio, a esfínterectomia subcutaneomucosa posterior, iniciada por Blandin em 1832. Consiste na incisão de pele, de 1 a 2 cm, aproximadamente 2 cm posterior da fenda anal. Sob visão direta isola-se o esfínter interno, que é seccionado até a altura da linha pectínea. Após ligeira pressão sobre a ferida para hemostasia, fecha-se a pele com pontos separados de catgut. Esta cirurgia tem as mesmas indicações e desvantagens da esfínterectomia interna lateral esquerda.

Samson e col. propuseram em 1970 um enxerto total de pele com sutura em todas as suas bordas para cobrir totalmente a ferida operatória da fissurectomia. É um método que necessita de um tempo de hospitalização aumentado com curativo compressivo local e corre maior risco de infecção local pois há descolamento do retalho cutâneo a ser suturado na ferida, sem área de drenagem externa.

Em 1969 Sarner, na tentativa de diminuir as feridas em pacientes operados por estenose anal e de evitar as recidivas, propôs a enxertia de um retalho cutâneo quadrado de 1 cm de largura, que seria suturado na mucosa anal. Esta técnica abrevia o tempo de cicatrização, mas tem dado um número apreciável de necroses parciais do retalho cutâneo, provavelmente porque este é de dimensões reduzidas e completamente separado da pele circunvizinha para ser deslocado para dentro do canal anal, com conseqüente diminuição da irrigação sangüínea. Mas também esta técnica deixa uma cicatriz posterior larga, externa ao retalho cutâneo, com os inconvenientes da cicatrização por segunda intenção.

Na tentativa de criar uma opção eficaz e simples para o tratamento cirúrgico da fissura anal crônica e da estenose anal, com uma só ferida e área cruenta mínima, praticamos desde 1977 a anoplastia semifechada.

Técnica

Após anestesia peridural colocamos o paciente em posição de litotomia, colocamos o espéculo anal operatório (**Fig. 1**) e praticamos a fissurectomia incluindo o plicoma sentinela, o leito fissurário fibrosado e a papila hipertrofiada com o cuidado de preservar o máximo possível de pele perianal sadia (**Fig. 2, diagrama 1**).

Em seguida fazemos uma dilatação anal suave até que possamos introduzir três dedos na fenda anal. Em muitos pacientes com hipertonia do esfínter detectada previamente no exame proctológico, e que não dilata com facilidade após anestesiado, praticamos a miotomia do esfínter inter-

no na própria ferida posterior até permitir a passagem de três dedos sem esforço (Fig. 3).

Após hemostasia da ferida praticamos duas incisões radiais posteriores na pele de aproximadamente 4 cm cada, em cunha com base externa mais larga, partindo dos ângulos posterolaterais da ferida (Fig. 4, Diagrama 2).

Com uma pequena tração nos ângulos superiores deste retalho cutâneo notamos as áreas laterais que impedem seu deslizamento para dentro do canal anal e as soltamos cuidadosamente até que o retalho se desloca sem tração até o bordo inferior da mucosa, encobrindo o esfíncter interno. Não procuramos descolar o retalho na sua parte superior ou nas laterais, para evitar necrose nesta área, o que tem acontecido com certa frequência na técnica de Sarnier. Com 4 a 6 pontos

separados de fio catgut cromado sertix 000 suturamos o retalho cutâneo à mucosa, transfixando superficialmente a borda do músculo esfíncter interno (Fig. 5), cobrindo desta maneira a ferida cirúrgica com pele sadia e forte, deixando somente duas feridas laterais lineares para cicatrização posterior (Fig. 6, Diagrama 3).

Pequenos excessos de mucosa e pele, quando existentes, ao lado da sutura, podem ser excisados e em seguida as bordas suturadas com 1 a 2 pontos separados. Praticamos de rotina a pesquisa de criptas permeáveis ao estilete curvo e as excisamos quando existentes. Finalmente colocamos um curativo levemente sobre a ferida.

No pós-operatório usamos banhos mornos de assento como higiene local, dieta com fibras e mucilagem vegetal para estimular a evacuação a partir

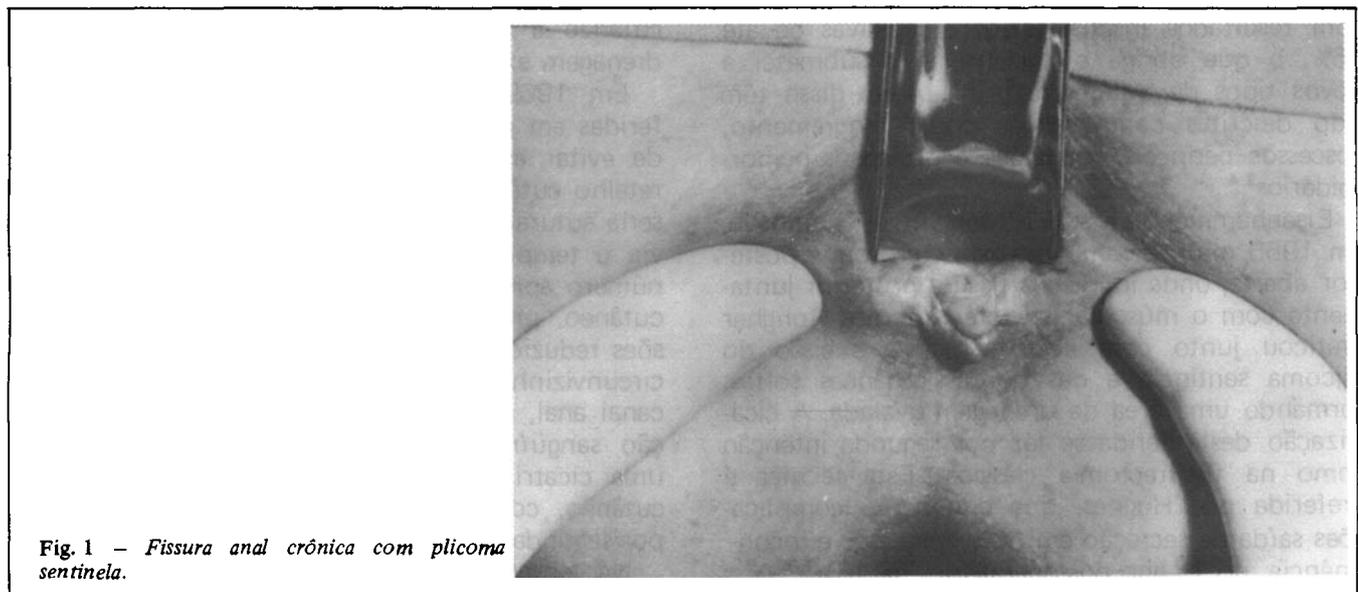


Fig. 1 - Fissura anal crônica com plicoma sentinela.

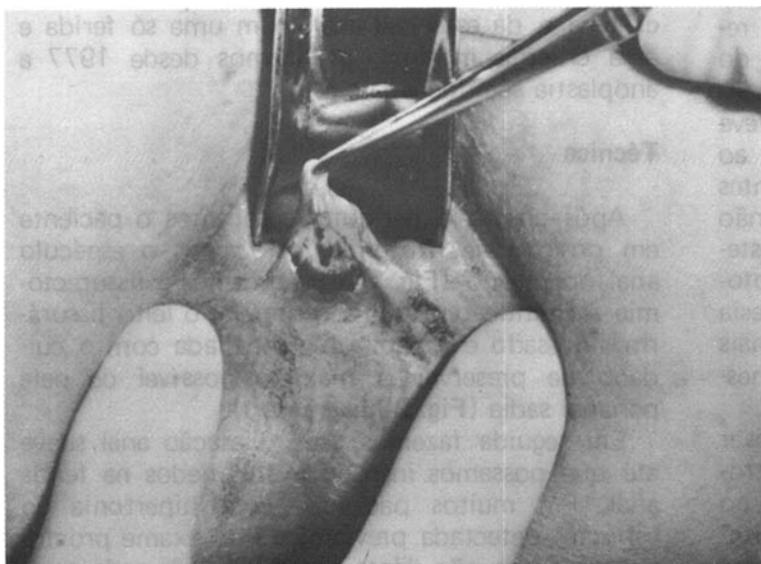


Fig. 2 - Incisão posterior rente ao plicoma para preservar o máximo possível de pele normal.

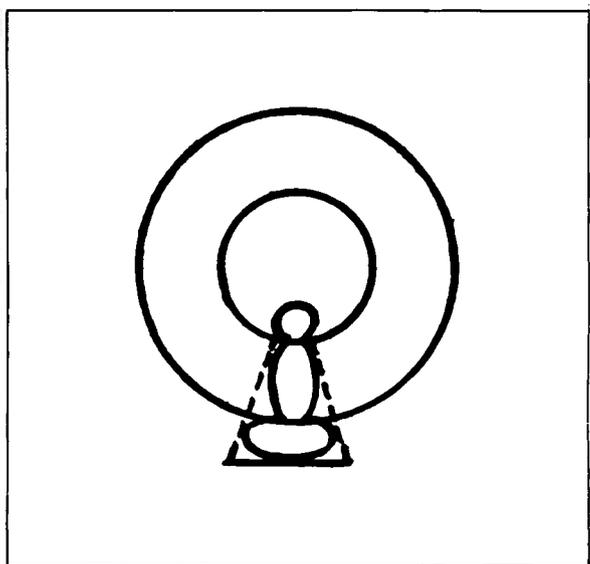


DIAGRAMA 1

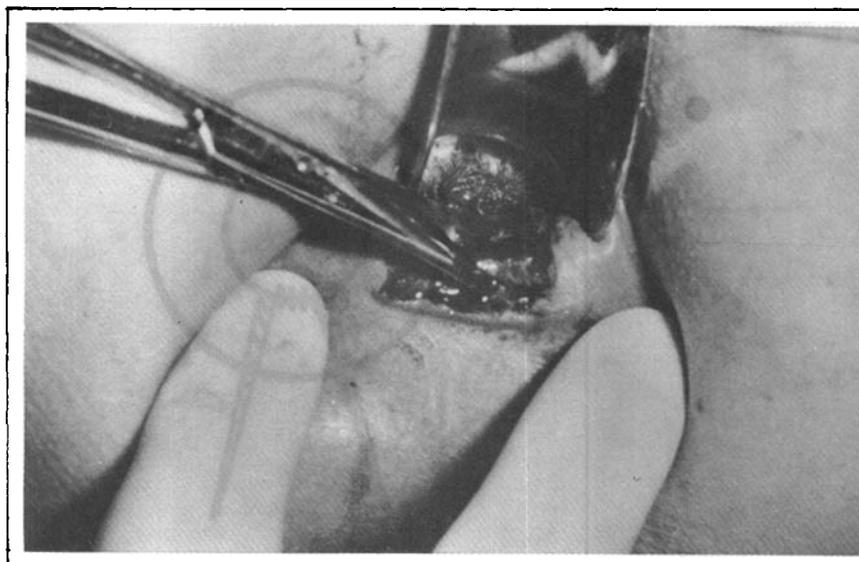


Fig. 3 – Esfincterotomia mediana posterior até a passagem fácil de três dedos.

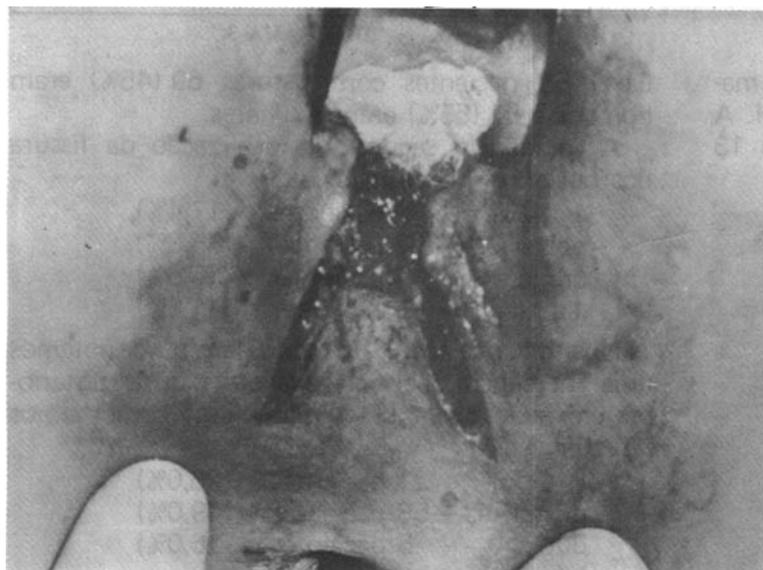


Fig. 4 – Incisão cutânea posterior, radial, bilateral de 4 cm, com base externa, a partir dos ângulos da ferida operatória.

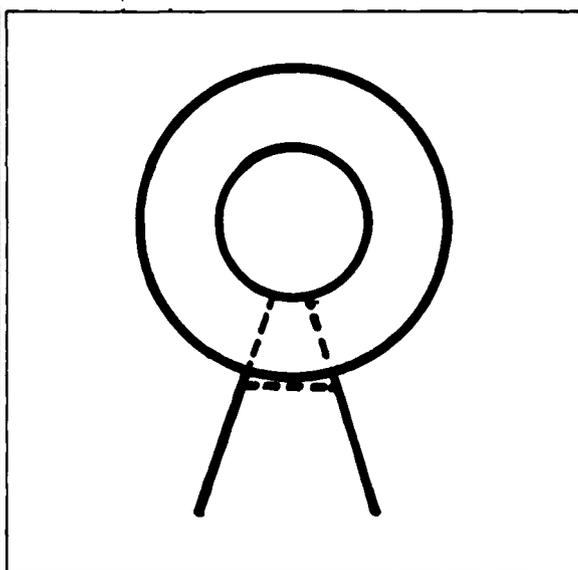


DIAGRAMA 2

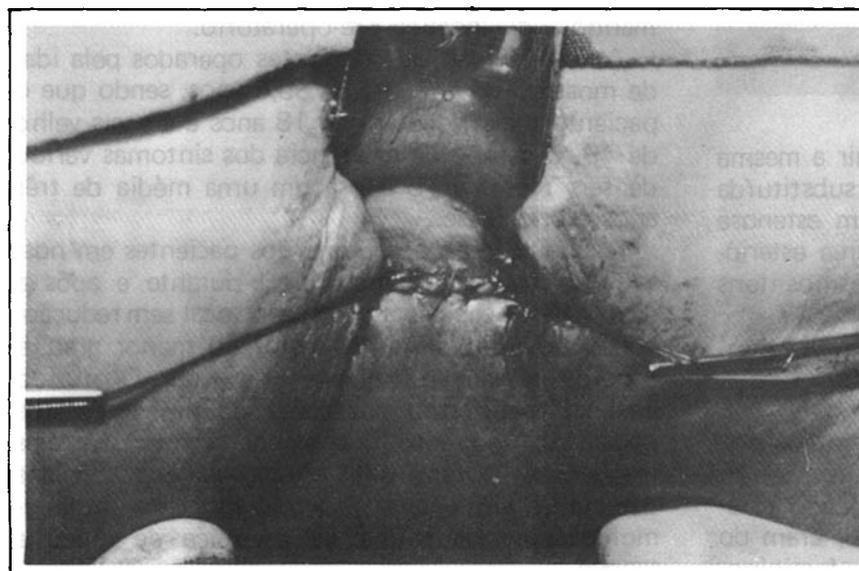


Fig. 5 – Sutura com 4 a 6 pontos separados do retalho cutâneo à mucosa, cobrindo o músculo esfíncter interno.

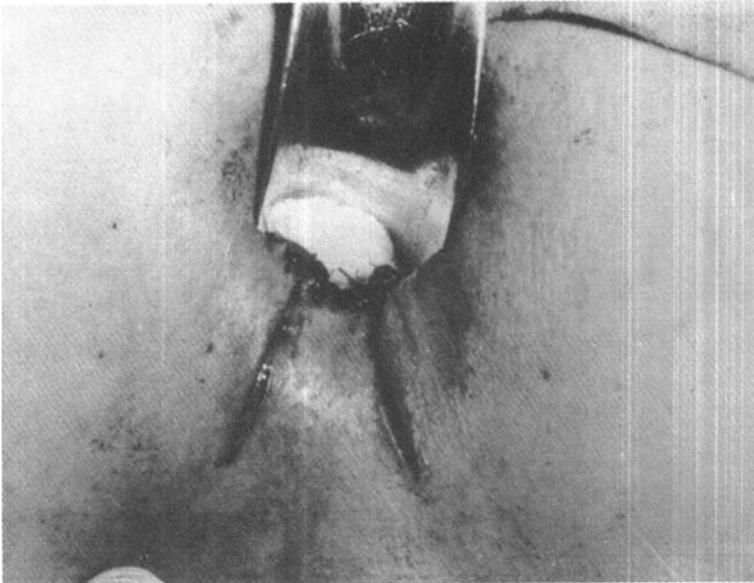


Fig. 6 – Aspecto final da anoplastia semifechada.

do primeiro dia para obter fezes formadas e macias, como de rotina em toda cirurgia orificial. A cicatrização se faz geralmente em torno de 13 dias (Fig. 7).

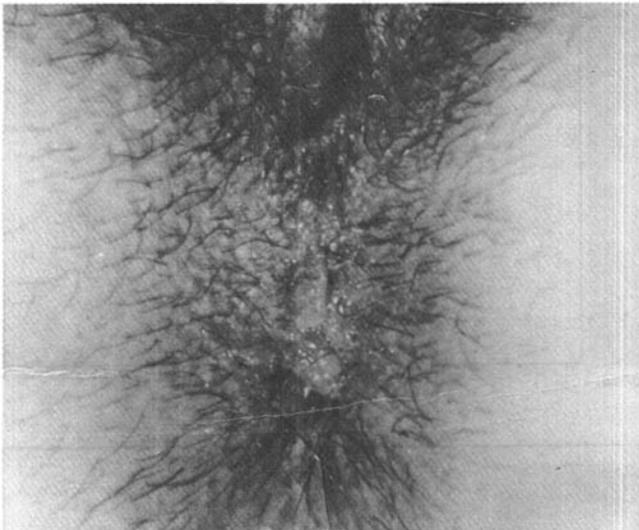


Fig. 7 – Aspecto da cicatrização após 13 dias.

A fissurectomia anterior deverá seguir a mesma técnica, porém a esfínterectomia é substituída pela dilatação suave. Nos pacientes com estenose anal praticamos a simples incisão da área estenosada, posteriormente, e seguimos os mesmos itens descritos para a cura da fissura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De maio de 1977 a maio de 1982 operamos pessoalmente com esta técnica 175 pacientes, sendo que 153 (87,5%) eram fissuras e 22 (12,5%) estenose anais. De todos os casos 76 (43,4%) eram do sexo masculino e 99 (56,6%) do sexo feminino.

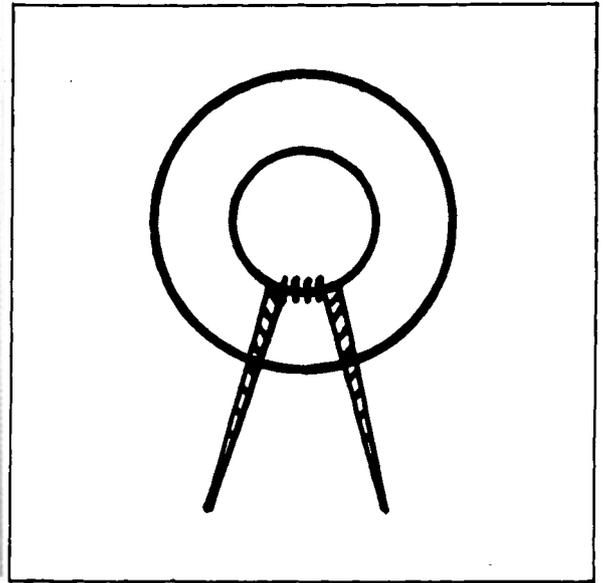


DIAGRAMA 3

Dos 153 pacientes com fissuras 69 (45%) eram homens e 84 (55%) eram mulheres.

A incidência segundo a localização da fissura dos pacientes masculinos foi:

anterior	— 12 pacientes	(17,4%)
posterior	— 52 pacientes	(75,3%)
dupla	— 4 pacientes	(5,8%)
lateral	— 1 paciente	(1,5%)

Nos 84 pacientes do sexo feminino notamos uma incidência mais elevada das fissuras anteriores em relação aos casos masculinos como vemos a seguir:

anterior	— 21 pacientes	(25,0%)
posterior	— 58 pacientes	(69,0%)
dupla	— 5 pacientes	(6,0%)
lateral	—	—

Todas as peças cirúrgicas foram encaminhadas para o estudo histopatológico da lesão, confirmando o diagnóstico pré-operatório.

A distribuição dos pacientes operados pela idade mostrou uma média de 39,8 anos, sendo que o paciente mais novo era de 18 anos e o mais velho de 79. O tempo de existência dos sintomas variou de seis meses a 15 anos com uma média de três anos e oito meses.

A queixa mais freqüente dos pacientes em nossa série foi de ardência local durante e após a evacuação. Segue-se a protrusão local sem redução, constipação intestinal de maior ou menor grau, e a perda de sangue rutilante ao evacuar. O prurido anal se manifestou em cerca de um terço dos pacientes, enquanto que alguns tinham diarreias freqüentes, porém sem alterações endoscópicas detectadas no exame proctológico com retossigmoidoscopia de rotina ou presença de muco e sangue.

Sintomatologia	Pacientes	%
Ardência local	154	88
Protrusão sem redução	129	74
Constipação intestinal	104	59
Sangue rutilante	103	58,8
Prurido anal	62	35,4
Diarréia	14	8

O esfíncter anal no exame pré-operatório mostrou-se normotônico em 43,1% dos pacientes, hipertônico em 49,8% e hipotônico em 7,1%, o que nos leva a crer que a miotomia interna lateral esquerda do esfíncter anal não está indicada aproximadamente na metade dos pacientes.

Nesta série de 175 pacientes tivemos cirurgias associadas em 26 (14,8%), sendo que 21 (12%) foram submetidos a hemorroidectomia de um ou mais mamilos, 4 (2,2%) a fistulotomia anal e 1 (0,6%) fez simultaneamente uma ressecção endoscópica com eletrocoagulação de lesão polipóide de reto com diagnóstico histopatológico de adenoma tubular. O tempo de internação dos pacientes submetidos à anoplastia semifechada, incluindo o paciente com polipectomia endoscópica, variou de 1 a 2 dias, dos pacientes com hemorroidectomia e fistulotomia simultânea de 2 a 3 dias. O tempo de cicatrização dos pacientes com anoplastia semifechada sem cirurgias associadas variou de 8 a 15 dias com tempo médio de 13 dias, enquanto os submetidos a cirurgias associadas (hemorroidectomia e fistulotomia) tiveram suas feridas cicatrizadas em 20 a 32 dias, com tempo médio de 26 dias. Todos os pacientes foram examinados semanalmente até sua cicatrização completa. O desconforto pós-operatório que necessitou o uso de analgésicos (metilmelubrina 1 a 2 g diários) dos pacientes sem cirurgia associada, foi de 1 a 4 dias, sendo que três pacientes usaram medicação diária durante uma semana, e a volta ao trabalho se fez em média entre 4 e 6 dias.

Todos os pacientes foram por mim revistos no pós-operatório após dois meses com boa cicatrização. O quadro a seguir mostra o follow-up destes pacientes nos últimos cinco anos.

Deste grupo de 113 pacientes reexaminados encontramos todas as cicatrizes cirúrgicas intactas, dois pacientes operados de fissura anal posterior apresentaram fissura anterior após prática homossexual passiva, que cicatrizaram com tratamento clínico, um paciente relatou incontinência ocasional a gases e um outro, submetido simultaneamente a uma fistulotomia, relatou presença de pequena quantidade de muco após crises diarréicas. Nove pacientes operados foram submetidos em tempos diferentes a tratamento de hemorrói-

Tempo de cirurgia	Nº de operados	Nº de revistos	%
6 meses	20	19	95
1 ano	34	26	76,4
2 anos	33	19	57,5
3 anos	38	25	65,7
4 anos	37	17	45,9
5 anos	13	7	53,8
Total	175	113	

das internas por ligadura elástica. Nenhum paciente reexaminado apresentou algum grau de estenose ou deformação cicatricial do canal anal.

CONCLUSÃO

Acreditamos que esta técnica pode contribuir para o tratamento das fissuras anais crônicas com ou sem hipertonia do esfíncter anal e destacamos as seguintes vantagens:

1 – cicatrização rápida, o que facilita a volta do paciente a suas atividades normais.

2 – dor local discreta e passageira, pois quase toda área cruenta da cirurgia é recoberta por pele sadia.

3 – o aspecto estético, anatômico e funcional é preservado sem deformidades de cicatrização.

4 – as recidivas locais são raras porque a ferida é coberta por pele sadia e não há cicatriz posterior, a qual prejudicaria a elasticidade normal do canal anal.

5 – não mostrou necrose total ou parcial do retalho cutâneo como é visto em retalhos soltos, porque possui larga base para irrigação.

6 – é um procedimento simples e de curta permanência no hospital (1 a 2 dias)

7 – pode ser usado para fissuras em qualquer localização e também no tratamento de estenose anal.

SUMMARY

The author recommends a new surgical technique for treating chronic anal fissure and anal stenosis. This is a report on 175 patients operated upon by himself using this method from 1977 till 1982.

It describes the technique which consists of the suture of a semiattached cutaneous fragment to

the anal mucous membrane and to the internal sphincter muscle, after excision of the fissure with the sentinel pile and hypertrophied papillae. The advantages of this method are rapid healing with little local pain, leaving no scar deformities, a short period of hospitalization of one or two days, and the early return to normal activity, apart from the technical simplicity of the operation itself.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABCARIAN H — Surgical correction of chronic anal fissure: Results of lateral internal sphincterotomy vs fissurectomy — Medline Sphincterotomy. *Dis Col Rect*, 23: 31-36, 1980.
2. AJAYI OO, BANIGO OG & NNAMDI K — Anal fissures, fistulas, abscesses and hemorrhoids in a tropical population. *Dis Col Rect*, 17: 55, 1974.
3. CERDAN FJ & RUIZ DE LEON — Anal sphincteric pressure in fissure-in-ano, before and after lateral internal sphincterotomy. *Dis Col Rect*, 25: 198-201, 1982.
4. CONNOR JJ — Pediatric proctology. *Dis Col Rec*, 18: 126, 1975.
5. EISENHAMMER S — The evaluation of the internal anal sphincterotomy operation with special reference to an anal fissure. *Surg Gynec Obstet*, 109: 583, 1959.
6. FERREIRA CAB, LACOMBE DLP & MIGUEL W — Tratamento cirúrgico da fissura anal — Esfincterotomia ou fissurectomia. *Rev bras Colo-Proct*, 1(3): 161-167, 1981.
7. GABRIEL WB — Treatment of pruritus ani and fissure. *Br Med Jor*, 2: 311, 1930.
8. GOLIGHER JC — Surgery of the anus, rectum and colon, Baillière Tindall London, Fourth Edition, 143: 152, 1980.
9. HABR GAMA A — Cirurgia anorretal, cirurgia do intestino grosso, bases. Fabio Schmidt Goffi, 1980.
10. HUGHES ESR — Anorectal surgery, Chapman & Hall Ltd., London, Hichs Smith & Sons Pty. Ltd., Melbourne, Wellington, 149-153.
11. HUNTER A — Anorectal problems: lateral subcutaneous anal sphincterotomy (Symposium). *Dis Col Rect*, 18: 666, 1975.
12. KEIGHLEY RB, GRECA F, NEVAH E, HARES M & ALEXANDER WILLIAMS J — Treatment of anal fissure by lateral subcutaneous sphincterotomy should be under general anesthesia. *Brit J Surg*, 68: 400, 1981.
13. MAZIER WP — An evaluation of the surgical treatment of anal fissures. *Dis Col Rect*, 15: 222, 1972.
14. MAZIER WP, MORAES RT & DIGMAN RD — Anal fissure and anal ulcers. *Surg Clin North America*, 58: 479-485, 1978.
15. NOTARAS MJ — Fissure-in-ano. Lateral subcutaneous internal anal sphincterotomy. Operative surgery, Butterworth & Co., London, 354: 360, 1977.
16. NUNES W — Doenças do reto e ânus, Editora Manolo Ltda., São Paulo, 108: 117, 1981.
17. PARKS AG — The management of fissure-in-ano. *Hosp Med*, 1: 737, 1967.
18. RAY JE, PENFOLD JC & GATHRIGUT JB — Lateral subcutaneous internal anal sphincterotomy for anal fissure. *Dis Col Rect*, 17: 139, 1974.
19. RIBEIRO MC — Importância do esfíncter interno, técnica original para a esfíncterectomia interna no tratamento da fissura anal. *Trib Med, Set*, 1967.
20. RUDD WW — Lateral subcutaneous internal sphincterotomy for chronic anal fissure, an outpatient procedure. *Dis Col Rec*, 18: 319, 1975.
21. SAMSON RB & STEWART WRC — Sliding skin grafts in the treatment of anal fissures. *Dis. Col Rec*, 13: 372, 1970.
22. SANAN DP & AMARJIT SINGH — Results of sphincter dilatation under local anesthesia in anal fissure: Report of 100 cases. *Dis Col Rect*, 11: 470, 1968.
23. SARNER JB — Plastic relief of anal stenosis. *Dis Col Rect*, 12: 277-280, 1969.
24. SLACK WW — Anal fissure. Disease of the colon, rectum and anus, edited by Morson B.C., William Heinemann Medical Books Ltd., London, 272-274, 1969.