

# HEMORROIDECTOMIA PELA ANORRETOPLASTIA SETORIAL. EXCIÇÃO E SUTURA PRIMÁRIA MUCOSA-MUSCULAR. ESTUDO COMPARATIVO COM A TÉCNICA DE MILLIGAN & MORGAN

Sérgio A.B. Machado<sup>1</sup>  
Mário Buchmann<sup>2</sup>  
Ronaldo G. Seara<sup>2</sup>

## RESUMO

*O objetivo deste estudo inicial foi verificar se o método empregado pelo Autor seria de fato capaz de minimizar dois dos aspectos considerados negativos da operação de Milligan & Morgan, que são: a dor pós-operatória, referida por muitos pacientes como severa, e as complicações locais que afetam a um reduzido número destes pacientes, demandando, entretanto, maiores cuidados à região operada.*

*Foram selecionados os últimos 60 pacientes com indicações cirúrgicas compatíveis e divididos em dois grupos de 30 pacientes cada um. O grupo A foi tratado através da anorretoplastia setorial e o grupo B pela técnica de ligadura e excisão baixa, sendo todos os casos operados pelo Autor. Os resultados demonstraram que nesta série inicial estudada a anorretoplastia setorial demonstrou significativa vantagem sobre a técnica de ligadura e excisão baixa.*

Muitas das técnicas amputativas e plásticas surgiram da necessidade de se contornar os problemas advindos<sup>9</sup> após a operação de *Whitehead*<sup>1, 2, 3, 6, 10, 13, 14, 19, 22, 27</sup>.

Na verdade, as técnicas amputativas circulares cederam lugar às técnicas radiadas que procuram o atendimento segmentar aos mamilos hemorroidários<sup>5, 7, 12, 15, 16, 18, 20, 25</sup>.

Discute-se hoje as vantagens dos métodos fe-

chados sobre os abertos e vice-versa<sup>8, 16, 24, 25</sup>. Embora muitos entendam que as técnicas fechadas levam a um acréscimo da dor no pós-operatório e a um maior número de complicações, outros entendem o contrário. Em questionário respondido por 43,6% dos membros da Sociedade Americana de Cirurgiões de Cólon e Reto, não ficou cabalmente demonstrada a superioridade de um método sobre o outro<sup>28</sup>.

A operação de Milligan & Morgan ganhou fama e prestígio merecidos, sendo largamente empregada e satisfazendo a quantos a utilizam, apesar do reconhecimento do desconforto acentuado no pós-operatório por parte de expressivas autoridades<sup>20, 24, 26</sup>.

*Parks*<sup>20</sup>, que reestudou a anatomia do canal anal, lançou uma técnica entendendo que para a cura das hemorróidas há necessidade de remoção das veias dilatadas, da ligadura alta dos vasos e de produção de fibrose para prevenir o prolapso e a dilatação venosa no espaço submucoso. Entende ainda que a ligadura alta não só é mais curativa como menos dolorosa que a ligadura baixa. Outro fator desencadeante da dor no pós-operatório

Tema livre apresentado no 34º Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia.

1 Chefe do Serviço de Colo-Proctologia do Hospital da Ordem do Carmo – R.J. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia

2 Médico do Serviço

seria a presença de extensas áreas desprovidas de epitélio no canal anal, levando a espasmos e a dor durante a evacuação com possível surgimento de fissura anal<sup>20, 26</sup>.

Desde 1969, vimos empregando a operação descrita por *Granet*<sup>10, 11</sup> quando da associação de fissura anal e hemorróidas do quadrante posterior, procedendo a esfinterotomia interna e usando a ferida de drenagem em W aprendida junto a *Sylvio d'Avila*<sup>4</sup>.

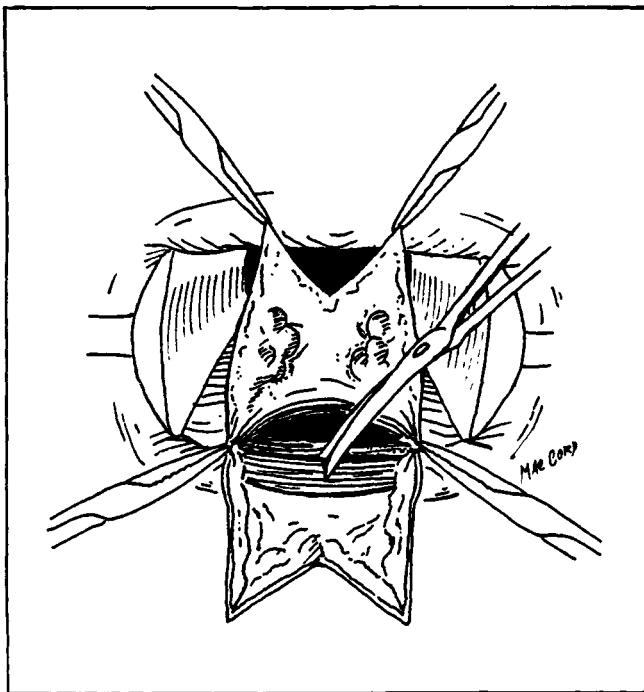


Fig. 1

Os resultados desta operação considerados por nós sempre muito bons, devido à dor pós-operatória discreta, à rápida cicatrização e, conseqüentemente, ao mais pronto retorno às atividades, é corroborado por outros<sup>10, 14</sup>.

Passamos então a empregar o método, setorialmente, no sítio dos mamilos hemorroidários, com resultados muito expressivos, o que nos levou a iniciar estudo mais acurado, fazendo uma análise comparativa com a técnica de Milligan & Morgan adotada no nosso Serviço.

Se para *Granet*<sup>10</sup> a sua técnica resultaria de uma combinação dos princípios encontrados nas técnicas de Gabriel, Whitehead, Milligan e outros, na anorretoplastia setorial estes mesmos princípios estariam presentes.

#### PACIENTES E MÉTODOS

Os 60 pacientes estudados e divididos em dois grupos tiveram como indicação cirúrgica:

1) hemorróidas mistas do 3º grau em 19 pacientes;

2) hemorróidas do 2º grau com sangramento recorrente e desconforto acentuado em 27 pacientes;

3) hemorróidas do 2º grau com componente externo exuberante e trombozes de repetição em nove pacientes;

4) pseudo-estragulamento hemorroidário em cinco acientes.

Todos os pacientes internaram às primeiras horas da manhã do dia da operação, e foram operados no período da tarde. O tempo de permanência hospitalar foi de três dias para todos.

Tabela 1

	Nº de pacientes	Sexo	Tipos de cirurgias
Grupo A	30	M – 21 F – 9	Anorretoplastia
Grupo B	30	M – 20 F – 10	Milligan e col.
Idade (variação) 19 – 68 anos			

#### Técnica

O ancoramento da mucosa ao esfínter interno do ânus é procedimento comum e medida adotada frente a situações que assim requeiram, ou por opção quando da retirada de certas lesões, ou ainda quando do emprego de técnicas que dentre outros aspectos executam a sutura da mucosa ao plano muscular. Utilizamos o ancoramento mucoso-muscular eletivamente junto a alguns detalhes que entendemos úteis.

A anestesia foi a peridural, assim como a posição de litotomia para todos os doentes.

1) Assepsia com álcool iodado.

2) Dilatação anal suave.

3) Reparo da pele correspondente aos mamilos primários e do mamilo interno como na operação de Milligan & Morgan.

4) Incisão em V com vértice por trás da pinça de reparo da pele, chegando os extremos até à junção mucocutânea.

5) Dissecção subcutânea, destruindo os vasos dilatados, e ultrapassando o tecido fibroso que une a mucosa ao esfínter interno, expondo amplamente o bordo do músculo, prosseguindo a dissecção por via submucosa até plena liberação deste segmento.

6) Secção da mucosa a partir de onde haviam

parado as incisões na zona de transição, em direção cranial e a cada lado do mamilo interno, até uma altura correspondente ao terço superior deste.

7) Colocação de uma ou duas pinças esmagadoras logo acima do pólo superior do mamilo interno no sentido paralelo ao bordo do esfíncter e frontalmente dispostas.

8) Ressecção do mamilo rente às pinças.

9) Revisão da hemostasia do leito cruento, e secção da mucosa por entre os extremos das pinças, quando se deseja o alargamento circunferencial da mesma em uma ou mais feridas.

10) Ancoramento da mucosa sã ao esfíncter interno através um chuleio cruzado por cima das pinças, reparando-se o fio guia a cada ponto para posterior tração seriada quando da retirada das mesmas.

11) Esfínterotomia interna, a qual preferimos realizar na ferida póstero-lateral direita, rebatendo o bordo seccionado da pele, procedendo a miotomia em situação posterior e deixando o bordo do esfíncter interno livre para o ancoramento da mucosa.

12) Diminuição das feridas externas através de pontos simples ou em X, compreendendo o bordo seccionado da pele e o tecido celular subcutâneo.

13) Curativo oclusivo.

Observação: A critério, os mamilos secundários poderão ser tratados junto aos primários, desde que não comprometam a integridade das pontes que aqui têm importância capital. A toilette por sob as pontes é feita da maneira habitual.

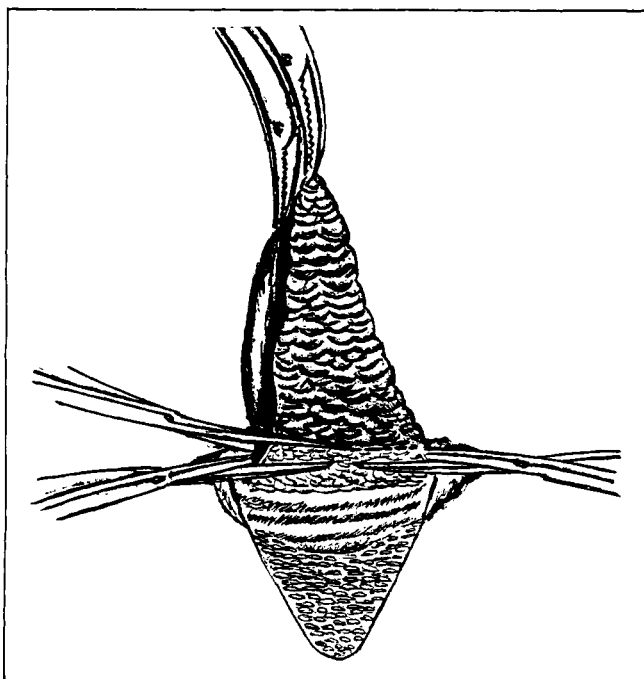


Fig. 2.

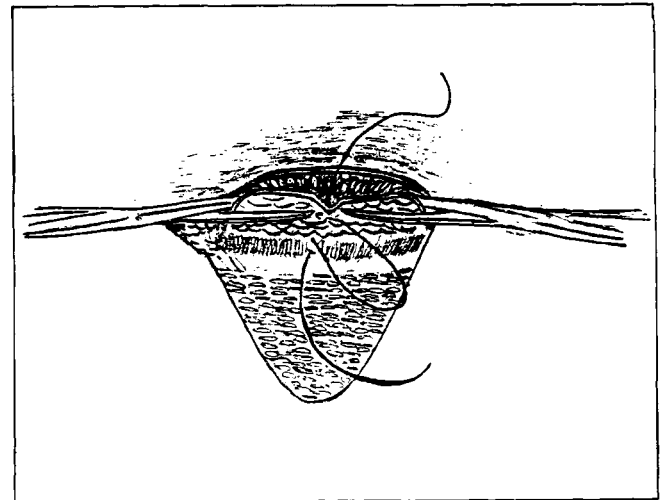


Fig. 3

## RESULTADOS

Terminada a cirurgia, todos os pacientes tiveram prescrição de analgésico por via endovenosa a intervalos regulares, e sedativos, se necessários, já que após o término do efeito da anestesia geralmente os doentes passam abruptamente para um novo estágio, merecendo a dor ser combatida da melhor maneira possível nestas primeiras horas.

A partir do dia seguinte todos os pacientes receberam prescrição de uma mesma substância analgésica, sendo a dor rotulada quanto a sua intensidade de acordo com o número de doses requeridas nas 24 horas, com a necessidade de complementação por outra via de administração, e com a adição da sedação que caracterizou a dor severa, conforme **Tabela 2**.

Tabela 2 – Dor a partir do pós-operatório mediato

	Grupo A		Grupo B	
	Pacientes	%	Pacientes	%
Discreta*	17	56,6	8	26,6
Leve**	8	26,6	9	30,0
Moderada***	5	16,6	6	20,0
Severa****	0	—	7	23,3

\* Analgésico vo 0 a 3 doses/24h

\*\* Analgésico vo 4 doses nas 24h

\*\*\* Analgésico vo 4 doses nas 24h

+ 1 complem. por via parenteral

\*\*\*\* Analgésico vo 4 doses nas 24h

+ 2 complem. por via parenteral

+ sedação

Foi empregado o analgésico Metil-melubrina.

Chama a atenção o fato que no grupo A a maioria dos pacientes apresentaram dor discreta, e

nenhum paciente do grupo apresentou dor severa. No grupo B o maior contingente de pacientes apresentou dor leve, estando entretanto a dor severa presente em 23,3% dos pacientes.

**Cuidados ambulatoriais**

Os cuidados ambulatoriais se iniciaram uma semana após a operação e os pacientes, de acordo com as necessidades, retornavam a cada sete dias. Depois da segunda visita ao ambulatório, os pacientes que não obtiveram alta, passaram a comparecer daí por diante duas vezes por semana para os cuidados à região operada.

No grupo A, ao todo foram realizados 67 curativos (1 a 5), com nove pacientes (30%) comparecendo uma única vez ao ambulatório e obtendo alta, e 11 (36,6%), conseguindo o mesmo na segunda visita. O período total de tratamento, a partir do dia da intervenção cirúrgica, variou de oito a 25 dias com um tempo médio de 14,6 dias.

No grupo B, ao todo foram realizados 126 curativos (3 a 8), sendo que nenhum paciente obteve alta antes da terceira visita ao ambulatório, o que se deu com apenas seis pacientes (20%). Dezesete pacientes (56,6%) obtiveram a alta após o quarto curativo, variando o período de tratamento de 18 a 36 dias, com uma média de 22,5 dias para este grupo.

**Tabela 3**

Nº médio de curativos		
Grupo A	2,2	1 a 5 curativos
Grupo B	4,2	3 a 8 curativos

**Complicações locais**

**Tabela 4 – Complicações locais (estenose anal; incontinência temporária; falsa cicatrização; canal anal rijo (fibrose); fissura anal)**

Grupo A	2	6,6%
Grupo B	6	20%

No grupo A, as complicações foram a estenose anal em um paciente e a incontinência temporária para fezes líquidas em outro.

A estenose anal se instalou em um paciente que foi operado durante a crise de pseudo-estragulamento hemiorroidário, onde certamente houve falha técnica, pois uma das pontes foi rompida

durante o ato cirúrgico, sendo imediatamente reparada, porém assim não se manteve, conforme verificamos quando do primeiro curativo uma semana após. Neste doente ainda um mamilo secundário foi tratado por ligaduras parceladas por transfixação através pontos separados e equidistantes no mamilo interno (Obando). Com esta área de granulação somada à perda da ponte, veio a operação ao final se comportar praticamente como um método amputativo circular. Depois de cinco curativos na tentativa infrutífera das dilatações forçadas resolverem o caso, foi finalmente reoperado (plastia de alargamento) obtendo a cura.

O outro paciente fez uso abusivo de laxativo contra as recomendações, que somado a um desequilíbrio emocional, o levaram à incontinência leve por 15 dias, findos os quais se deu a normalização.

No grupo B, três doentes apresentaram canal anal rijo, e mereceram dilatação seriada, até que ao toque retal se demonstrasse a maciez do tecido e a passagem da vela nº 18 de Hegar se fizesse sem dificuldades.

Dois outros pacientes tiveram defeitos de cicatrização a merecer desbridamento das feridas durante o período de curativos.

Finalmente, uma paciente apresentou cicatrização demorada com feridas de aspecto perene e fissura anal, o que demandou oito curativos, findos os quais a cicatrização se completou com desaparecimento da fissura. Esta paciente apresentava doença do colágeno (lúpus eritematoso).

**COMENTÁRIOS**

A dor no período pós-operatório na técnica de Milligan & Morgan se deve à incorporação na ligadura, da mucosa anal sensitiva.

As técnicas de ligadura e excisão, dentre outras, deixam ao cabo de alguns dias áreas mais ou menos extensas de granulação no canal anal, cuja altura alcança o limite do anel anorretal, superiormente, havendo lateralmente confluência entre as feridas<sup>2 6</sup>, o que demonstra que as pontes deixadas durante a operação não impedem sempre tal fenômeno. Para Parks, isto seria a causa de espasmos e dor durante a evacuação, podendo chegar à fissura anal<sup>2 0</sup>.

Entende-se portanto que a dissecação da operação clássica de Milligan & Morgan até a zona de transição, respeitando a faixa de maior aderência da mucosa ao esfíncter interno na premissa de evitar a retração do pedículo e manter o canal anal epitelizado, é, segundo alguns, falha<sup>2 1, 2 6</sup>.

Há muito, quando da ligadura do pedículo por

transfixão, incluímos nos ângulos algumas fibras mais superficiais do esfíncter interno, a fim de evitar tal fenômeno, conforme já foi descrito<sup>17</sup>.

Na anorretoplastia setorial, o ancoramento da mucosa superior do canal anal menos sensitiva ao esfíncter interno não oferece dificuldades e a retração não se dá desde que se proceda uma dissecação submucosa adequada. Ligeiro deslizamento desta camada em direção superior pode acontecer sem qualquer inconveniente, pois a mesma foi ancorada frouxamente. A fibrose subsequente não permite o prolapso, e testemunha disso são os inúmeros casos operados pelo método de Granet, desde 1969, sem que em nenhum deles tal tenha acontecido.

### CONCLUSÃO

1) A anorretoplastia nesta série estudada demonstrou ser menos dolorosa no período de pós-operatório mediato do que a operação de ligadura e excisão baixa.

2) O número de complicações locais foi menor no grupo tratado pela anorretoplastia setorial, embora houvesse uma complicação neste grupo que mereceu uma reintervenção, devido à falha técnica.

3) O tempo de recuperação foi significativamente menor com a anorretoplastia, assim como, conseqüentemente, o número médio de curativos.

4) Os resultados reconhecidamente muito bons da operação de Milligan & Morgan, somados ao uso dos analgésicos e antiinflamatórios que hoje dispomos no pós-operatório, sem dúvida, tornaram esta operação melhor tolerada. Tal fato, entretanto, não deve impedir a busca de métodos alternativos que possam por si só trazerem menor desconforto, contribuindo assim para terminar com a fama negativa da hemorroidectomia entre aqueles que dela necessitam.

5) Finalmente, gostaríamos de afirmar que pelos resultados sempre bons obtidos com a operação de Milligan & Morgan esta continua a ser empregada de rotina em nosso Serviço, até porque este estudo prossegue em busca de uma casuística maior para um conceito mais sólido e definitivo.

### SUMMARY

*The purpose of this initial paper was to study if the method used by the Author would be really capable of minimizing two of the considered negative aspects in the Milligan and Morgan's surgery, which are: the postoperative pain, consi-*

*dered severe by most of the patients, and local complications that affect a reduced number of these patients, needing, however, take care of the operated area.*

*The later 60 patients with compatible surgical indications were selected and divided into two groups of 30 patients each one. The group A was treated by the setorial anorectoplasty and the group B by the excision with low ligation technique. The results show that in this initial studied serie, the setorial anorectoplasty demonstrated significant vantages compared with the excision and low ligation technique.*

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ATKINSON KG & BAIRD RM – Modified Buie amputation for extensive hemorrhoidal disease. *Am J Surg*, 135: 861, 1978.
2. BUIE LA – Practical proctology. Philadelphia and Lond. W.B. Saunders, 1937.
3. CORMAN ML – Classic articles in colonic and rectal surgery. Walter Whitehead 1840-1913. The surgical treatment of haemorrhoids. *Dis Col Rect*, 23: 125, 1980.
4. D'AVILA S – Fissura anal (etiopatogenia, sintomatologia, diagnóstico e tratamento). *Salus Populi*, 11: 1, 1934.
5. D'AVILA S – Hemorróidas (etiopatogenia, classificação, sintomatologia, diagnóstico e tratamento). *Salus Populi*, 3: 3, 1936.
6. FANSLER WA & ANDERSON JKA – A plastic operation for certain types of hemorrhoids. *JAMA*, 101: 1064, 1933.
7. FERGUSON JA & HEATON JR – Closed hemorrhoidectomy. *Dis Col Rect*, 2: 176, 1959.
8. FERGUSON JA, MAZIER WP, GANCHROW MI & FRIEND WG – The closed technique of hemorrhoidectomy. *Surgery*, 70: 480, 1971.
9. FERGUSON JA – Whitehead deformity of anus, S-plasty repair. *Dis Col Rect*, 22: 286, 1979.
10. GRANET E – An anorectoplasty for extensive and complicated hemorrhoids. *Surgery*, 34: 72, 1953.
11. GRANET E – Hemorrhoidectomy failures: causes, prevention and management. *Dis Col Rect*, 11: 45, 1968.
12. GOLIGHER JC – Cirugía del ano, recto y colon. Salvat Ed. Barcelona (versión de 1 a 3ª ed. orig. ingl.), 1979.
13. LAIRD DR, CAMPBELL NJ, HARDWICK CE, McMAHON WA & PARKINSON ED – Anoplasty – what, when, how, why. Symposium. *Dis Col Rect*, 12: 179, 1969.
14. LAURENCE AE – Actas del 5º Congreso Argentino e Internacional de Proctologia, Mar del Plata, Argentina. Tomo II, p. 34, 1973.
15. MARINO AW Jr., MAZIER WP, MORGAN B, SALVATI E & SMITH LE – Anorectal surgery – hemorrhoids. Symposium *Dis Col Rect*, 23: 211, 1980.
16. MAZIER WP, NIEVES PM, MORENO FR, BAUTISTA LI, RUDD WWH, SAVIN S & THOMSON JPS – Hemorrhoidectomy – how I do it. Symposium. *Dis Col Rect*, 20: 173, 1977.
17. McINTYRE JM – Hemorrhoidectomy. *J Ind Stat Med Ass*, 54: 23, 1961.
18. MILLIGAN ETC, MORGAN CN, JONES LE & OFFICER R – Surgical anatomy of the anal canal, and the operative treatment of haemorrhoids. *Lancet*, 2: 1119, 1937.
19. O'CONNOR J – The radical cure of haemorrhoids: modified Whitehead's operation. *Lancet*, 2: 946, 1910.
20. PARKS AG – Surgical treatment of haemorrhoids. *Brit J Surg*, 43: 337, 1956.
21. PARKS AG – Haemorrhoidectomy. *Surg Cl N Am*, 45: 1305, 1965.

22. RAND AA – Whitehead's radical circumferential hemorrhoidectomy – modified by sliding skin flap grafts. *Surg Clin Am*, 52: 1031, 1972.
  23. SHAFIK A – A new concept of the anatomy of the anal sphincter mechanism and the physiology of defecation. Treatment of hemorrhoids: report of a Technique. *Am J Surg*, 148: 393, 1984.
  24. SODERLUND S – Results of haemorrhoidectomy according to Milligan: a follow-up of 100 patients. *Acta Chir Scand*, 124: 444, 1962.
  25. TURELL R – Hemorrhoidectomy with special reference to open versus closed technics. *Surg Clin Am*, 32: 667, 1952.
  26. WATTS JM, BENNETT RC, DUTHIE HL & GOLIGHER JC – Healing and pain after haemorrhoidectomy. *Brit J Surg*, 51: 808, 1964.
  27. WHITE JE, SYPHAX B & FUNDERBURK WW – Modification of the Whitehead hemorrhoidectomy. *Surg Gyn Obst*, 134: 103, 1972.
  28. WOLF JS, MUNOZ JJ & ROSIN JD – Survey of hemorrhoidectomy practices: open versus closed techniques. *Dis Col Rect*, 22: 536, 1979.
-