

---

## ESFINCTEROTOMIA LATERAL INTERNA FECHADA NO TRATAMENTO DA FISSURA E CONTRATURA ANAIS

EDUARDO C. R. CORRÊA  
HILDA J. G. R. CORRÊA  
FERNANDO A. R. CORRÊA, TSBCP

---

CORRÊA ECR, CORRÊA HJGR, CORRÊA FAR – Esfincterotomia lateral interna fechada no tratamento da fissura e contratura anais. *Rev bras Colo-Proct*, 1987; 7(3): 99-103

**RESUMO:** Foram estudados, de forma prospectiva, prontuários de pacientes tratados no *Serviço de Proctologia* do Hospital Universitário de Santa Maria-RS (HUSM), com diagnóstico de fissura e contratura anais com indicação de tratamento cirúrgico, no período de novembro de 1985 a outubro de 1986. Comparou-se a Fissurectomia mais Esfincterotomia Aberta e a Esfincterotomia Lateral Interna Fechada, analisando-se os resultados de cada uma delas, concluindo-se sobre as indicações e vantagens dessas formas terapêuticas da fissura e contratura do ânus.

**UNITERMOS:** fissura e contratura anais; tratamento cirúrgico

---

Como a fissura anal é uma das patologias mais frequentes que acomete essa região, e a dor o sintoma mais importante, impedindo o paciente até mesmo de suas atividades habituais, quando muito intensa<sup>5, 8, 10, 12</sup>, pretendeu-se fazer uma revisão de casos tratados pela Esfincterotomia Lateral Interna Fechada, comparando seus resultados com a Fissurectomia com Esfincterotomia Aberta, uma vez que a primeira, conforme seus precursores, apresenta vantagens na terapêutica, especialmente da Fissura Anal Inespecífica. Para tal estudo reuniu-se uma amostra de trinta pacientes tratados cirurgicamente no *Serviço de Proctologia* do Hospital Universitário de Santa Maria-RS (HUSM), pela Esfincterotomia Lateral Interna Fechada e igual número tratados pela Fissurectomia com Esfincterotomia Aberta, analisando-se o sexo, profissão, queixas, patologias associadas, tipo e localização da fissura, dor no pós-operatório, tempo para cicatrização e retorno às atividades habituais, complicações precoces e

tardias, a fim de concluir-se sobre as indicações e vantagens da técnica estudada na terapêutica da fissura e contratura anais.

### MATERIAL E MÉTODOS

Analisou-se uma amostra de sessenta pacientes portadores de contratura e fissura anais, que foram submetidos a tratamento cirúrgico de novembro de 1985 a outubro de 1986, no *Serviço de Proctologia* do Hospital Universitário de Santa Maria-RS (HUSM). Dessa amostra, trinta pacientes foram tratados por Fissurectomia com Esfincterotomia Aberta (Técnica I) e a outra metade, por Esfincterotomia Lateral Interna Fechada (Técnica II). Nesses dois grupos avaliou-se a faixa etária, sexo, profissão, queixas na consulta, patologias associadas com a fissura anal, tipo de fissura, localização, complicações pós-operatórias, tempo para alta hospitalar e ambulatorial, outros procedimentos cirúrgicos associados, relação do sexo feminino com partos e técnica operatória.

As características de cada técnica são descritas a seguir:

- a posição de litotomia foi utilizada;
- a anestesia foi preferentemente o bloqueio peridural.

Técnica I:

- exposição da lesão com auxílio da válvula de Zoriquim;
- reparo, com pinça de Kelly, da papila hipertrofiada, que é o limite interno da ressecção;
- incisão triangular, com a base na margem anal, envolvendo o plicoma sentinela e as bordas da fissura até a papila hipertrofiada. Remoção de toda a área;
- sutura hemostática marsupializante das bordas da incisão, com fio absorvível;
- esfincterotomia na área do leito fissurário delimitada pelo toque retal (*Fig. 1*).

Técnica II:

- introdução do espéculo de Parks, afastando as lâminas no sentido ântero-posterior, tornando o esfíncter interno tenso e palpável digitalmente na porção abaixo da linha pectínea;

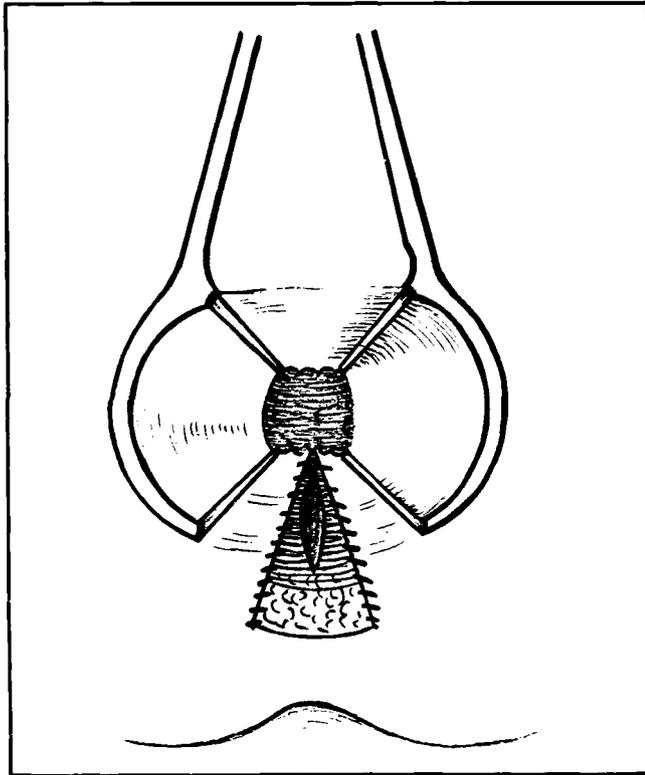


Fig. 1 - Fissurectomia e esfincterotomia aberta.

- injeção subcutânea e interesfínteriana de água destilada para facilitar a dissecção, diminuindo assim o risco de perfuração do tegumento cutâneo-mucoso do canal anal durante a abordagem do esfíncter interno a ser seccionado;

- incisão longitudinal, preferentemente na margem esquerda do ânus, a mais ou menos um centímetro do orifício anal, e dissecção de um segmento com cerca de um ou dois centímetros de espessura do esfíncter interno, isolando-o da pele e do esfíncter externo;

- reparo do músculo, secção entre pinças e ligadura dos cotos com fio absorvível;

- sutura com dois ou três pontos do mesmo fio na incisão da margem anal e compressão digital por alguns minutos para hemostasia (Fig. 2).

## RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a distribuição quanto ao sexo, verificando-se que, entre os pacientes portadores de fissura e/ou contratura anais submetidos às técnicas utilizadas, predominaram os do sexo feminino, notadamente no grupo submetido à Técnica I (Fissurectomia mais Esfincterotomia Interna Aberta).

A Tabela 2 mostra a distribuição de pacientes do sexo feminino em relação à realização prévia de partos em ambos os grupos avaliados, verificando-se que há uma predominância de fissura e/ou contratura anais em mulheres com partos prévios.

Na Tabela 3 pode-se verificar que a quase totalidade dos casos tratados por ambas as técnicas eram fissuras

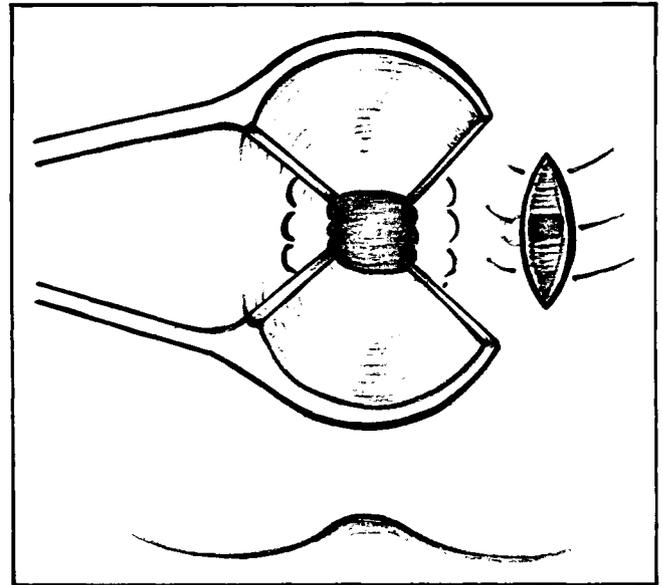


Fig. 2 - Esfincterotomia lateral interna fechada.

Tabela 1 - Distribuição, quanto ao sexo, dos dois grupos de 30 pacientes portadores de fissura e/ou contratura anais submetidos à Fissurectomia mais Esfincterotomia Interna Aberta (Técnica I) e à Esfincterotomia Lateral Interna Fechada (Técnica II). HUSM - novembro/1985 a outubro/1986.

Sexo	Técnica I		Técnica II	
	Frequência		Frequência	
	Absoluta (n.º)	Relativa (%)	Absoluta (n.º)	Relativa (%)
Masculino	4	13,3	11	36,7
Feminino	26	86,7	19	63,3
Total	30	100,0	30	100,0

Tabela 2 - Distribuição quanto à realização de partos prévios, das pacientes portadoras de fissura e/ou contratura anais submetidas à Fissurectomia mais Esfincterotomia Interna Aberta (Técnica I) e Esfincterotomia Lateral Interna Fechada (Técnica-II). HUSM à novembro/1985 a outubro/1986.

Partos prévios	Técnica I		Técnica II	
	Frequência		Frequência	
	Absoluta (n.º)	Relativa (%)	Absoluta (n.º)	Relativa (%)
Nulípara	6	23,0	5	26,3
Primípara	3	11,5	1	5,3
Múltipara	17	65,5	13	68,4
Total	26	100,0	19	100,0

Tabela 3 - Incidência, com relação ao aspecto macroscópico, das fissuras anais nos dois grupos de 30 pacientes submetidos à Fissurectomia mais Esfínterectomia Interna Aberta (Técnica I) e à Esfínterectomia Lateral Interna Fechada (Técnica II). HUSM - novembro/1985 a outubro/1986.

Tipo de fissura	Técnica I		Técnica II	
	Frequência		Frequência	
	Absoluta (n.º)	Relativa (%)	Absoluta (n.º)	Relativa (%)
Aguda	2	6,7	6	23,0
Crônica	28	93,3	20	77,0
Total	30	100,0	26	100,0

crônicas. Quatro pacientes submetidos à Esfínterectomia Lateral Interna Fechada eram portadores somente de contratura anal.

Os dados contidos na Tabela 4 mostram que, em relação à localização da fissura anal nos pacientes de ambos os grupos, predominou a localização na comissura posterior das fissuras anais tratadas nos dois grupos de pacientes estudados.

Em relação ao tempo de pós-operatório para alta hospitalar, a Tabela 5 mostra que as altas hospitalares predominaram no segundo dia pós-operatório, independentemente da técnica cirúrgica utilizada para o tratamento da fissura e/ou contratura anais.

Quanto ao tempo de pós-operatório para alta ambulatorial, pode-se observar na Tabela 6 que, embora variável o tempo necessário para alta ambulatorial em ambos os grupos, os pacientes tratados pela Técnica II obtiveram alta mais precoce, isto é, enquanto 76,6% dos pacientes operados pela Técnica I tiveram alta em mais de vinte e cinco dias de pós-operatório, 80% do grupo tratado pela Técnica II tiveram alta antes desse período.

Analisando-se os dois grupos estudados em relação ao tempo para alta hospitalar e ambulatorial (Tabela 7), verifica-se que não houve diferença estatisticamente signifi-

Tabela 4 - Localização da fissura anal nos dois grupos de 30 pacientes submetidos à Fissurectomia mais Esfínterectomia Interna Aberta (Técnica I) e à Esfínterectomia Lateral Interna Fechada (Técnica II). HUSM - novembro/1985 a outubro/1986.

Localização	Técnica I		Técnica II	
	Frequência		Frequência	
	Absoluta (n.º)	Relativa (%)	Absoluta (n.º)	Relativa (%)
Anterior	9	30,0	4	15,3
Posterior	21	70,0	21	80,7
Anterior e posterior	-	-	1	4,0
Total	30	100,0	26	100,0

Tabela 5 - Tempo de pós-operatório para alta hospitalar dos dois grupos de 30 pacientes portadores de fissura e/ou contratura anais, submetidos à Fissurectomia mais Esfínterectomia Aberta (Técnica I) e Esfínterectomia Lateral Interna Fechada (Técnica II). HUSM - novembro/1985 a outubro/1986.

Alta hospitalar (dia pós-operatório)	Técnica I		Técnica II	
	Frequência		Frequência	
	Absoluta (n.º)	Relativa (%)	Absoluta (n.º)	Relativa (%)
1.º	2	6,7	1	3,3
2.º	13	43,3	17	56,7
3.º	10	33,3	5	16,7
4.º	4	13,4	3	10,0
5.º	1	3,3	3	10,0
6.º	-	-	-	-
7.º	-	-	1	3,3
Total	30	100,0	30	100,0

Tabela 6 - Tempo de pós-operatório para alta ambulatorial nos dois grupos de 30 pacientes submetidos à Fissurectomia mais Esfínterectomia Interna Aberta (Técnica I) e à Esfínterectomia Lateral Interna Fechada (Técnica II). HUSM - novembro/1985 a outubro/1986.

Alta ambulatorial (dias)	Técnica I		Técnica II	
	Frequência		Frequência	
	Absoluta (n.º)	Relativa (%)	Absoluta (n.º)	Relativa (%)
0 - 10	-	-	2	6,7
10 - 15	2	6,7	11	36,7
15 - 20	2	6,7	5	16,6
20 - 25	3	10,0	6	20,0
25	23	76,6	6	20,0
Total	30	100,0	30	100,0

Tabela 7 - Estudo comparativo das técnicas de Fissurectomia mais Esfínterectomia Interna Aberta (Técnica I) e Esfínterectomia Lateral Interna Fechada (Técnica II) no tratamento da fissura e/ou contratura anais, em 60 pacientes do HUSM, no período novembro/1985 a outubro/1986, analisando-se o tempo para alta hospitalar e ambulatorial.

Técnica	Número de casos	Tempo para alta			
		Hospitalar		Ambulatorial	
		Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão
I	30	2,80	0,96	51,53	29,81
II	30	2,80	1,32	33,42	28,16

ficativa quanto à alta hospitalar. No entanto, ao analisar-se ambos os grupos quanto à alta ambulatorial, verificou-se uma diferença estatística importante em relação à média de dias ( $p < 0,01$ ) através do teste "t" de Student.

## DISCUSSÃO

A patologia que mais se caracteriza pelo sintoma "dor anal" é a fissura do ânus, sendo por isso a que mais motiva essa queixa. Tal é a conclusão de um estudo de Corrêa et alii.<sup>5</sup>, revisando a dor como queixa nas consultas proctológicas.

Há uma variedade de regimes terapêuticos para a fissura anal.

A secção de fibras do esfíncter interno para tratamento da fissura anal crônica foi sugerida inicialmente por Eisenhammer (apud Abcarian<sup>1</sup>).

No tratamento cirúrgico da fissura anal não basta a secção do anel subcutâneo do esfíncter, como foi recomendado por Gabriel<sup>8</sup>; é necessário complementar a técnica pela miotomia do esfíncter interno, conforme demonstrou Eisenhammer, refere Morson<sup>10</sup>.

Eisenhammer<sup>6</sup> descreve que introduziu o uso da esfincterotomia anal interna em 1951, para correção cirúrgica da "contratura crônica do esfíncter anal interno". Isto foi considerado como a "dilatação livre" - um termo proposadamente usado em contraste com o procedimento da "dilatação forçada". As indicações para a operação eram: 1) síndrome fissurária crônica; 2) hemorroidas associadas com contratura; 3) estenose senil, simpática e estenose pós-operatória; 4) para prevenir espasmo pós-operatório que se associa à dor na ligadura ou excisão das hemorroidas.

O uso prolongado de laxantes para tratar a constipação e fissura também tem sido apontado como importante no desenvolvimento e manutenção da lesão, pois as fezes líquidas resultantes não solicitam o aparelho esfincteriano e isso faz com que o canal anal se torne menos elástico e mais propenso a rachaduras, quando franqueado por fezes calibrosas ou outro agente que produza brusca distensão<sup>3</sup>.

A localização da fissura anal inespecífica é principalmente comissural, sendo a comissura posterior a mais frequentemente comprometida<sup>4, 14</sup>. Isso se explica pela pequena mobilidade do epitélio do ânus em sua porção posterior; pela disposição elíptica das fibras do esfíncter externo não circulares, mas convergentes nas comissuras; pela angulação existente no canal anal e pela quase ausência das fibras musculares longitudinais, que acarretaria menor suporte para o esfíncter interno<sup>1, 3, 11</sup>. A maior incidência de fissuras na linha média anterior em mulheres é atribuída à deficiência de proteção do quadrante anterior pelo esfíncter externo, muito solicitado nos partos<sup>1, 2</sup>.

O estabelecimento de uma alteração da estrutura orgânica do esfíncter interno foi chamado "Contratura Crônica do Esfíncter Interno Anal". Clinicamente, esta condição é semelhante ao quadro doloroso da fissura anal crônica. O estímulo irritativo dos purgantes, criptites, congestão hemorroidária, disenteria e proctites simples, e

superestimulação simpática são as principais causas dessas alterações da estrutura esfincteriana, levando a uma permanente contratura.

Hunter<sup>9</sup> realizou a esfincterotomia lateral subcutânea em 90 pacientes, concluindo ser a operação de resultados mais satisfatórios para o tratamento da fissura anal.

A Esfincterotomia Lateral Interna Fechada é também indicada no tratamento da dor pós-hemorroidectomia, hemorroidas associadas à contratura anal e estenose senil<sup>6</sup>.

Das complicações relatadas por Abcarian<sup>2</sup>, sobre o uso da Esfincterotomia Lateral Interna Fechada, são citados o hematoma subcutâneo, granulomas, infecção e formação de abscesso e, ocasionalmente, fístula anal causada por perfuração inadvertida da mucosa retal. Somente esta última ocorreu em um caso, sendo necessária a fistulotomia. Houve também, neste estudo, um caso de ruptura da área sobre a dissecação do esfíncter, provavelmente em decorrência de ter sido dissecada muito junto à pele, com isquemia do local, fazendo-se, assim, uma cicatrização por segunda intenção.

A indicação para o tratamento cirúrgico da fissura anal consiste naqueles casos de fissura anal aguda mais dolorosa e que não respondem aos tratamentos higieno-dietéticos, e fissuras crônicas. Ribeiro<sup>13</sup> confirma a opinião da maioria dos autores, relatando que o tratamento cirúrgico da fissura anal cerca-se hoje de tanta simplicidade e inoquidade que somente se tenta o tratamento clínico em casos bem selecionados, principalmente em crianças. Todas as técnicas operatórias propostas para o tratamento repousam na indicação de uma esfincterotomia do músculo esfíncter interno do ânus, transformando a hipertonia em normotomia.

Embora o estudo realizado tenha demonstrado uma média de 2,8 dias para alta hospitalar, nos casos operados pela Técnica I, devido à rotina do serviço estabelecer que o paciente tenha alta após a primeira evacuação pós-operatória, para os submetidos à cirurgia orificial, acredita-se, pela prática da Esfincterotomia Fechada e controle pessoal dos pacientes no pós-operatório, que a alta possa ser dada no dia seguinte à cirurgia, a menos que haja outro procedimento associado, como é a opinião também de Ferreira et alii<sup>7</sup>, demonstrando que os pacientes tratados pela Esfincterotomia Lateral Interna Fechada podem voltar às suas atividades habituais em 48 horas, enquanto que os submetidos à Fissurectomia mais Esfincterotomia Aberta necessitam um afastamento de cerca de 16,7 dias. A alta ambulatorial não deixa dúvidas quanto às vantagens da Esfincterotomia Lateral Interna Fechada sobre a Fissurectomia mais Esfincterotomia Aberta.

## CONCLUSÃO

Os pacientes tratados pela Esfincterotomia Lateral Interna Fechada recuperam-se mais rapidamente, com condições de alta ambulatorial mais precoce e retorno às atividades habituais.

Na Esfincterotomia Lateral Interna Fechada há um alívio imediato da dor, quebrando o círculo vicioso dor-contratura-constipação, enquanto na Fissurectomia Aberta a dor persiste ainda por alguns dias, no pós-operatório, como foi confirmado neste estudo.

---

CORRÊA ECR, CORRÊA HJGR, CORRÊA FAR – Lateral internal sphincterotomy in the treatment of anal fissure.

**SUMMARY:** This report had been done prospectively from charges of the patients treated in the Proctology Service at the University Hospital of Santa Maria (HUSM) with diagnosis of anal fissure and contrature in the period from november, 1985 to october 1986. It was made a comparison between fissurectomy plus open sphincterotomy and lateral internal sphincterotomy in the treatment of these pathologies. The best results were obtained with internal sphincterotomy.

**KEY WORDS:** anal fissure; surgery

---

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abcarian H. Lateral internal sphincterotomy – a new technique for treatment of chronic fissure-in-ano. *Rev Srg Clin of North America* 1975; 55(1): 143-9.
2. Abcarian H. Surgical correction of chronical anal fissure. *Dis Col & Rect.*, 1980; 1(23): 31-6.
3. Aprilli F. Fissura anal. *Rev Bras Colo-Proct.*, 1982; 2(1): 25-7.
4. Bacon HE. *Ânus-Reto-Cólon Sigmóide*. 2º ed. americana. Rio de Janeiro, Livraria Freitas Bastos, 1941; p. 808.
5. Corrêa ECR, Corrêa FAR, Scherer A. Dor anal na infância. *Rev bras Colo-Proct*, 1983; 3(3): 98-103.
6. Eisenhammer S. Internal anal sphincterotomy plus free dilatation versus anal stretch with special criticism of the anal stretch procedure for hemorrhoids. *Dis Col & Rect.*, 1974; 17(4): 493-507.
7. Ferreira CAB, Lacombe DLP, Miguel W. Tratamento cirúrgico da fissura anal. Esfincterotomia ou Fissurectomia. *Rev Bras Colo-Proct.*, 1981; 3(1): 161-7.
8. Gabriel WG. *The principles and practice of rectal surgery*. 5th ed. London, H.K.Lewis & Co. Ltd., 1963; p.1080.
9. Hunter A. Anorretal problems: lateral subcutaneous anal sphincterotomy. (Symposium) *Dis Col & Rect.*, 1975; 18(3): 665-8.
10. Morson BC. *Enfermedades del colon, reto y ano*. Barcelona, Editorial JIMS, 1972; 23: 390.
11. Nunes W. *Doenças do reto e ânus*. 1º ed., São Paulo, Manole, 1981; 4: 397.
12. Rebel K. Anoplastia semifechada. Uma nova maneira de tratamento cirúrgico da fissura anal crônica e estenose anal. *Rev Bras Colo-Proct.*, 1984; 4(2): 80-6.
13. Ribeiro MC. Como eu trato fissura anal. *Rev AM*, 1974; 86-7.
14. Souza VCT. *Manual de proctologia*. II ed. Rio de Janeiro, Edit. Interamericana, 1981; 253.