
CIRURGIA AMBULATORIAL EM COLO-PROCTOLOGIA

JOSÉ REINAN RAMOS, TSBCP
MAURO PINHO, TSBCP
EDUARDO VALORY, FSBCP
MÁNOEL LEITE NASCIMENTO, FSBCP
PAULA CRISTINA TEIXEIRA DE SOUZA, FSBCP

RAMOS JR, PINHO M, VALORY E, NASCIMENTO ML, SOUZA PCT – Cirurgia ambulatorial em colo-proctologia. *Rev bras Colo-Proct.*, 1988; 8(1): 11-13.

RESUMO: Num período de três anos (dezembro/1984 a dezembro/1987) 172 pacientes portadores de doenças colo-proctológicas (doença pilonidal, fissura anal, fístula anal, condiloma perianal etc.) foram operados no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital do Andaraí-RJ, em regime ambulatorial. Todos os pacientes foram operados sob anestesia local e em 12 doentes (7%) foi associada sedação. A maioria dos pacientes (98%) teve alta uma hora após o término da operação e a volta às atividades habituais ocorreu em média três dias após a operação (1-15 dias). Um paciente (0,6%) apresentou como complicação sangramento na ferida operatória. Concluímos que a Cirurgia Ambulatorial em Colo-Proctologia traz enormes benefícios para os pacientes, médicos e hospitais e deveria ser considerada como primeira opção para o tratamento, especialmente das doenças anorretais.

UNITERMOS: cirurgia proctológica no ambulatório; cirurgia ambulatorial; unidade de cirurgia ambulatorial

A prolongada e apreensiva espera dos pacientes nas filas para internação, a carga burocrática desproporcional ao pequeno porte da operação e, sobretudo, o elevado custo do leito-dia evidenciam a necessidade da cirurgia ambulatorial.

Denominamos Cirurgia Ambulatorial (“*Day Surgery*”, “*Outpatient Surgery*”) aos procedimentos cirúrgicos realizados nas unidades de pacientes ambulatoriais. Os pacientes são operados e têm alta no mesmo dia, sem necessidade de internação hospitalar.

Cirurgia ambulatorial em Colo-proctologia tem grande aplicação nas operações anorretais. Enquanto cerca de 20 a 40 por cento de todas as operações podem ser realizadas

em unidades ambulatoriais, nas operações anorretais este número pode chegar a 90%^{1, 2} (*Tabela 1*).

O objetivo deste trabalho é apresentar a experiência do Serviço de Colo-Proctologia do Hospital do Andaraí-RJ com o tratamento das doenças colo-proctológicas em regime ambulatorial.

MATERIAL E MÉTODOS

A idade e as condições clínicas dos pacientes, assim como o risco anestésico, devem ser cuidadosamente avaliados quando indicamos operações anorretais em regime ambulatorial. Pacientes com doenças cardíacas ou pulmonares graves, abscessos extensos com infecção severa foram considerados como algumas das contradições para a realização da cirurgia anorretal ambulatorial. Os pacientes com doenças clínicas controladas (hipertensão arterial, asma, doença renal, cardíaca, pulmonar, e diabetes mellitus) foram operados, já que a unidade de cirurgia ambulatorial (UCA) do Hospital do Andaraí-RJ é bem estruturada e equipada³.

Tabela 1 – Procedimentos realizados nas UCA

-
- Drenagem de abscesso
 - Excisão de plicoma
 - Colonoscopia
 - Revisão de colostomia
 - Exame sob anestesia
 - Fistulectomia, Fistulotomia
 - Retirada de corpo estranho
 - Hemorroidectomia
 - Laparoscopia
 - Biopsia retal
 - Polipectomia
 - Dilatação retal
 - Excisão de cisto pilonidal
 - Fístula retovaginal
 - Excisão de lesões perianais
 - Excisão de lesões retais
 - Excisão de condilomas
 - Esfincterotomia interna
-

A história clínica, exame físico completo, hemograma, EAS são realizados rotineiramente em todos os pacientes no pré-operatório.

Exames adicionais (Raio-X de tórax, eletrocardiograma) dependerão das condições clínicas dos pacientes e do tipo de anestesia (local, peridural, geral) que será realizada. É importante esclarecer bem o paciente sobre o tipo de operação, e de anestesia, os cuidados pré e pós-operatórios e as eventuais complicações (hemorragia, retenção urinária). O paciente deve vir à UCA de preferência acompanhado e em jejum; raramente é necessário preparo de cólon. Os sinais vitais e dados clínicos recentes são checados pela enfermagem na UCA, antes da operação. Qualquer alteração importante (febre, gripe, hipertensão) é comunicada ao cirurgião e o procedimento pode ser suspenso. A tricotomia foi realizada, quando necessária, após a anestesia. Antibióticos não foram usados. Uma linha venosa para hidratação e sedação às vezes foi disponível. A posição de litotomia foi utilizada para a maior parte das operações. Para os pacientes com doença pilonidal a "posição em canivete" foi a escolhida.

A orientação pós-operatória variou de acordo com a operação realizada e foi simples e por escrito. O analgésico utilizado na maioria dos casos foi o Tylex® (codeína-paracetamol). Repouso nas primeiras 24 horas é aconselhado. O acompanhamento pós-operatório é semanal até a cicatrização completa.

RESULTADOS

No período de dezembro de 1984 a dezembro de 1987, cento e setenta e dois pacientes portadores de patologias colo-proctológicas foram operados no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital do Andaraí-RJ, em regime ambulatorial (Tabela 2). Todos os pacientes, com exceção dos submetidos à polipectomia endoscópica, foram operados sob anestesia local (lidocaína a 1 ou 2%). Em 12 casos (7%) sedação (diazepam ou midazolam) associada foi utilizada. A maioria dos pacientes (98%) foi liberada uma hora após o término da operação. A volta às atividades habituais foi precoce e variou em função da operação realizada (1-15 dias, média de três dias).

Tabela 2 - Doenças tratadas na UCA do Hospital do Andaraí-RJ

Doenças	Número
Cisto pilonidal	80
Fissura anal	51
Fístula anal	15
Polipo retal	14
Condiloma anal	6
Hemorroidas	4
Tumor retal	1
Estenose colostomia	1
Total	172

Tabela 3 - Cisto pilonidal. Resultados (80 pacientes)

Operação	Número	Recidiva	Complicação
Excisão			
Aberta	8	1	1
Fechada	1	0	0
Incisão	8	0	0
Op. Bascom	63	5	0
		6 (7%)	1 (1%)

42 masc-39 fem; 15 a 64 anos (80% c/menos de 30 anos)

Tabela 4 - Fissura anal. Resultados (51 pacientes)

Localização	Operação	Complicação
Posterior 44	ELIS 49	Deiscência 4
Anterior 6	EIP 2	Fístula 1
Dupla 1	R. plicoma 20	N. cicatriz. 1
	E. papila 6	

31 fem-20 masc; 18 a 77 anos (82% com menos de 40 anos).

Tabela 5 - Fístula anal. Resultados (15 pacientes)

Tipo	Localização	Operação	Complicação
Interesfin. 12	Anterior 2	Fistulotomia 15	0
Transesfin. 3	Posterior 12		
	Lateral 1		

8 masc-7 fem; 20 a 77 anos

A técnica de Bascom^{4, 5}, excisão dos folículos pilosos doentes e drenagem lateral, foi utilizada na maioria dos pacientes portadores de doença pilonidal na fase crônica (Tabela 3). Quase todos os portadores de fissura anal foram tratados pela técnica de esfínterectomia interna lateral subcutânea (Tabela 4). Os com fístulas anais foram submetidos a fistulotomias (Tabela 5) e os condilomas foram excisados com bisturi elétrico.

Um paciente (0,6%) apresentou como complicação pós-operatória imediata sangramento na ferida operatória, após excisão de cisto pilonidal pela técnica aberta, necessitando revisão na própria UCA. Nenhum paciente necessitou cateterismo vesical.

DISCUSSÃO

Os procedimentos e operações anorretais mais simples e/ou de menor porte (excisão de plicoma, drenagem de abscesso anal, biopsia retal, polipectomia retal etc.), quando bem selecionados e utilizando técnicas adequadas, são normalmente realizados a nível de ambulatório (Consultório); já as outras operações anorretais são, na maioria das vezes, realizadas nas unidades de cirurgia ambulatorial.

As unidades de cirurgia ambulatorial, geralmente no complexo hospitalar, devem ser dotadas de condições cirúr-

gicas, anestésicas, e de cuidados básicos capazes de oferecerem níveis de qualidade e segurança semelhantes às das unidades de internação. Nas instalações destas unidades, além das salas de operações, uma sala de admissão e salas de recuperação são necessárias para maior conforto e segurança dos pacientes. Pessoal médico e de enfermagem, treinados e dedicados para cuidar do pré e pós-operatório, é de grande importância para o bom funcionamento da unidade.

A cirurgia anorretal ambulatorial traz reais benefícios não só aos pacientes como também aos médicos e aos hospitais. Do ponto de vista do paciente a ansiedade diante do ato cirúrgico reduz consideravelmente, minimizada pela perspectiva de retorno à residência no mesmo dia. A recuperação é melhor e mais confortável em ambiente familiar, longe do contato com pacientes portadores de doenças mais graves. Para o médico a vantagem da diminuição da pressão na unidade de internação, diminuição no número de histórias e preenchimento de altas permite maior disponibilidade de tempo para os casos mais complexos. Finalmente, beneficia-se muito os hospitais, pela maior agilidade de atendimento, com aumento dos leitos hospitalares disponíveis, além de uma enorme queda dos custos de tais procedimentos. *Smith*² relatou uma economia estimada de 200 milhões de dólares no ano de 1982, nos Estados Unidos da América, se todas as operações anorretais fossem realizadas nas unidades de cirurgia ambulatorial.

A taxa global de complicação imediata de 0,6% encontrada nesta série é menor do que a relatada por vários autores quando realizam estas operações em regime hospitalar. A recidiva de 7% encontrada nos pacientes operados com a doença pilonidal e de 2% nos pacientes tratados com fissura anal é semelhante à relatada por *Notaras*⁶ e *Keighley* e cols.⁷, respectivamente.

Concluimos que a internação hospitalar não é necessária para o tratamento da maioria das patologias anorretais e a cirurgia anorretal em regime ambulatorial é extremamente útil e bem aceita pelos pacientes, principalmente se a

indicação (seleção dos pacientes) e a técnica operatória utilizada forem adequadas.

RAMOS JR, PINHO M, VALORY E, NASCIMENTO ML, SOUZA PCT - Ambulatory colo-proctologic surgery

SUMMARY: From december/1984 to december/1987 one hundred and seventy two patients with coloproctologic diseases (pilonidal disease, anal fissure, anal fistula, anal condyloma etc.) were treated in the ambulatory surgical unit of the Andaraí Hospital-RJ. All the patients were operated on under local anesthesia and in 12 patients (7%) sedation were used. The majority of the patients (98%) were discharged one hour after the operation and were back to work or to school in average three days (1-15 days) following the operation. Postoperative hemorrhage occurred in one patient (0.6%). We conclude that ambulatory coloproctologic surgery benefits not only the patients but also the doctors and the hospitals. Ambulatory surgery should be considered for the majority of coloproctologic surgery patients.

KEY WORDS: outpatient anorectal surgery; ambulatory surgery; ambulatory surgical unit

REFERÊNCIAS

1. Medwell SJ, Friend WG. Outpatient anorectal surgery. *Dis Colon rectum* 1979; 22: 480.
2. Smith LE. Ambulatory surgery for anorectal diseases: An update *Southern Med J*, 1986; 79: 163.
3. Natof HE. Complications associated with ambulatory surgery. *JAMA* 1980; 244: 1116-1118.
4. Bascom JU. Pilonidal disease: origin from follicles of hairs and results of follicle removal as treatment. *Surgery* 1980; 87: 567-72.
5. Ramos JR, Pinho M, Petrosomolo RH, Valory E e Correa JCO. Tratamento Ambulatorial da doença pilonidal - Técnica de Bascom. *Rev Col Bras Cir* 1986; 8: 277-280.
6. Notaras MJ. A review of three popular methods of treatment of Postnatal (pilonidal) sinus disease. *Br J Surg* 1970; 57: 886.
7. Keighley MRB, Greca F, Nevah E, Hares M, Alexander-Williams J. Treatment of anal fissure by lateral subcutaneous sphincterotomy should be under general anaesthesia. *Br J Surg* 1981; 68: 400-401.

Endereço para correspondência:

José Reinan Ramos
Rua Visconde de Silva, 52 - Sala 701
Botafogo - Rio de Janeiro - RJ
22281