
TRATAMENTO AMBULATORIAL DAS DOENÇAS ANAIS

RAUL RAPOSO DE MEDEIROS, TSBCP
MARCO ANTONIO OLIVEIRA PERES

MEDEIROS RR, PERES MAO – Tratamento ambulatorial das doenças anais. *Rev bras Colo-Proct.*, 1988; 8(4): 133-134.

RESUMO: Os autores relatam sua experiência de 1977 a 1988 com o tratamento ambulatorial das doenças anais. Foram tratados 1.121 pacientes, sendo 906 com hemorroidas, 157 com fissura anal, 31 com fístulas e 27 com abscessos perianais. Tecem considerações sobre a técnica empregada e analisam as complicações verificadas. Saliem as vantagens do tratamento ambulatorial: maior conforto, menor ansiedade diante do ato cirúrgico, diminuição do risco anestésico e de infecção, pós-operatório com menos dor e recuperação no ambiente familiar. Além disso, é método muito mais econômico para os pacientes.

UNITERMOS: cirurgia ambulatorial; cirurgia anorretal

Desde a década de 30 que alguns cirurgiões vêm preconizando a prática de cirurgias a nível ambulatorial, quando antes esta prática era feita sistematicamente com os pacientes internados em hospitais. Assim, *Herzfeld* (1938)⁵ relatou 100 herniorrafias praticadas em crianças a nível ambulatorial.

Herniorrafias realizadas ambulatorialmente em adultos foram relatadas por *Farguharson* (1955)⁴, com resultados satisfatórios. Desde então, vários trabalhos mostram a viabilidade da prática de cirurgias de maior porte^{1, 2}. Inicialmente estas cirurgias eram feitas em departamentos integrados e hospitais. A eficácia destas Unidades foi tão grande que hoje funcionam em Unidades Ambulatoriais independentes, sem pertencerem a nenhum hospital.

Sua realização é possível nas clínicas e consultórios.

A literatura demonstra que em várias especialidades um grande número de cirurgias pode ser realizado em regime ambulatorial. Em relação à Colo-Proctologia, o tratamento das doenças anais pode e deve ser realizado a nível ambulatorial

desde que as Unidades onde estes procedimentos serão efetuados sejam dotadas de condições cirúrgicas e anestésicas, e também de condições de conforto e segurança iguais ou melhores que as encontradas nos hospitais⁶⁻¹².

O objetivo deste trabalho é analisar os resultados obtidos com o tratamento de 1.121 pacientes no período de 1977 a 1988 em regime ambulatorial.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

No período de 1977 a 1988 foram tratados 1.121 pacientes, dos quais 906 (80,9%) apresentavam doença hemorroidária, 157 (14%), fissura anal, 31 (2,7%), fístula anal e 27 (2,4%), abscesso perianal. Dos pacientes com doença hemorroidária, 205 (22,6%) apresentavam hemorroidas internas, 155 (17,1%), hemorroidas externas, 404 (44,7%), hemorroidas mistas e 142 (15,6%), hemorroidas e fissura anal. As hemorroidas internas de segundo grau foram tratadas por ligadura elástica e criocirurgia, e as de terceiro grau e as mistas por ligadura elástica, criocirurgia e hemorroidectomia sob anestesia local. As hemorroidas externas por hemorroidectomia sob anestesia local, e naquelas com fissura anal associada foi feita a esfincterotomia interna.

Assim, a ligadura elástica isolada foi praticada em 90 pacientes (9,9%); a ligadura elástica associada a criocirurgia em 115 pacientes (12,8%); a ligadura elástica, criocirurgia e hemorroidectomia sob anestesia local em 521 pacientes (57,6%), e a ligadura elástica, criocirurgia, hemorroidectomia e esfincterotomia interna em 180 pacientes (19,8%). Dos 157 pacientes com fissura anal, 110 (70,1%) foram tratados por esfincterotomia interna e 47 (29,9%) por esfincterotomia interna e crioterapia. Os 31 pacientes com fístula anal foram tratados por fistulotomia e, dos 27 pacientes com abscesso perianal, nove foram tratados por fistulotomia e 18 por drenagem e curetagem.

Todos os procedimentos foram realizados na clínica do autor. Em 205 pacientes não foi usada anestesia, dos quais 90 foram submetidos a ligadura elástica e 115 a ligadura elástica e

criocirurgia. Os demais pacientes foram operados sob anestesia local, empregando-se como anestésico o Citanest, e todos na posição de SIMS (decúbito lateral esquerdo com flexão da coxa sobre o tronco). A raspagem dos pêlos da região anal foi feita apenas nos casos em que a quantidade de pêlos era muita (91 pacientes - 8,1%), não sendo realizada nos demais.

A ligadura elástica foi feita com aparelho Mc Given e a criocirurgia com criocautério, utilizando-se NO₂, atingindo temperaturas em torno de 104°C negativos. As ressecções foram feitas com bisturi elétrico, marca Valley-Lab, modelo Surgistat, tanto para secção do tecido quanto para a hemostasia, utilizando-se ponteiros finas e delicadas. As ligaduras dos pedículos hemorroidários foi feita com fio de catégute 00 cromado. As hemorroidectomias foram semifechadas. A esfincterotomia praticada foi a póstero-lateral esquerda, sendo a pele suturada com fio de catégute 00 cromado. Empregou-se a iluminação por foco de luz frontal, colocado na cabeça dos cirurgiões.

Os curativos foram feitos utilizando-se pomadas anestésicas. No pós-operatório administraram-se antiinflamatórios (Voltaren 75 mg ou Profenid 100 mg) por via intramuscular a cada 12 horas e analgésicos a cada seis horas.

RESULTADOS

Dos 906 pacientes com doença hemorroidária, 153 (16,8%) apresentaram complicações. Nove pacientes (1%) apresentaram hemorragia, sendo necessário reintervir para refazer a hemostasia. Retenção urinária ocorreu em 14 casos (2%), sendo necessário cateterismo vesical de alívio. Sessenta pacientes (6,6%) apresentaram edema local no pós-operatório e 40 (4,4%) tiveram secreção perianal nos dois primeiros dias de pós-operatório. Trinta pacientes tiveram cicatriz fissurária, sendo necessário praticar a esfincterotomia interna para curá-los.

Dos 157 pacientes operados devido a fissura anal, três (1,9%) apresentaram equimose local. Nove pacientes (5,8%) tiveram deiscência de sutura do fechamento da pele pós-esfincterotomia e quatro (2,5%) tiveram edema local. Todos os pacientes tiveram boa evolução com tratamento conservador. Dos 58 pacientes portadores de abscessos e fístulas anais, cinco (8,6%) apresentaram complicações, sendo três (5,2%) em recidiva de abscesso e dois (3,4%) com sangramento, sendo necessário refazer a hemostasia.

DISCUSSÃO

A análise dos resultados verificados nesta casuística permite algumas considerações. É perfeitamente viável o tratamento das doenças anais por procedimentos ambulatoriais; sem comprometer a técnica cirúrgica ou a segurança do paciente, desde os mais simples como a ligadura elástica, até os mais complexos como a associação de ligadura elástica, criocirurgia e hemorroidectomia, com ou sem esfincterotomia, obedecendo a um protocolo previamente estabelecido. As complicações que ocorreram

(16,84%) foram de pouca gravidade e de fácil tratamento, além de serem de igual ou menor frequência do que aquelas verificadas quando estes procedimentos são feitos a nível hospitalar, de acordo com os resultados de vários autores^{2, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 12}.

Os pacientes apresentam menor ansiedade em relação à cirurgia, devido à possibilidade de sua recuperação ser feita em sua residência, no ambiente familiar. A dor no pós-operatório foi, na maioria dos casos, de pequena intensidade, sendo perfeitamente controlável com antiinflamatórios e analgésicos. A recuperação destes pacientes foi bastante rápida, o que possibilitou a volta precoce às suas atividades.

Tais procedimentos são também vantajosos do ponto de vista econômico, pois eliminam despesas hospitalares desnecessárias.

MEDEIROS RR, PERES MAO - Treatment of anal diseases in the ambulatory unit.

SUMMARY: The authors relate yours experience since 1977 to 1988 with the out-patient treatment of the anal diseases. Eleven hundreds twenty-one patients were treated, 106 with haemorrhoids, 157 with anal fissura, 31 with fistula and 27 with perianal abscess. It was discussed about technical considerations and morbidity and emphasized the advantages of the out-patient treatment: more comfortable, less anxiety with the surgical procedure, decreased anesthetic risc and lower incidence of infection, less pain in the postoperative period and recovery at home. Besides, the method is considered much more economic to the patients.

KEY WORDS: ambulatory surgery; anorectal surgery

REFERÊNCIAS

1. Alexander-Williams J. Out patient operations, I. The surgeons view. Br Med 1969; 1: 174.
2. Davis J - Major ambulatory surgery. Baltimore Wilkie, J Williams, 1986.
3. Fillman E, Medeiros RR, Carvalho FS. Tratamento da doença hemorroidária. Rev bras Colo-Proct 1987; 7: 36.
4. Farguharson EL. Early ambulation with special reference to herniorrhaphy as an out patient procedure. Lancet 1955; 2: 517.
5. Herzfeld G. Hernia in infancy. Am J Surg 1938; 39: 422.
6. Lloyd Williams, Haq IV, Elem B. Cryodestruction of haemorrhoids. Brit Med Journal 1973; 1: 666.
7. Quilici FA, Battagin GA. Tratamento ambulatorial das hemorroidas. Apresentado no 7º Congresso Latino-Americano de Proctologia e 28º Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, RS, 1978.
8. Medwell SJ, Friend WG. Out patient anorectal surgery. Dis Col Rectum 1979; 22: 480.
9. Pinho M. Cirurgia anorretal ambulatorial. Uma evolução necessária. Revta Brasil Colo-Proctologia 1987; 7: 5.
10. Ramos JR, Pinho M, Valory E, Nascimento ML, Souza PCT. Cirurgia Ambulatorial em Colo-Proctologia. Rev bras Colo-Proct, 1988; 8: 11.
11. Reis Neto JA. Tratamento ambulatorial das hemorroidas. Apresentado no 27º Congresso Brasileiro de Proctologia, Goiânia, 1977.
12. Smith LE. Ambulatory surgery for anorectal diseases. Southern Med J 1986; 79: 163.