
CIRURGIAS ANAIS AMBULATORIAIS SOB ANESTESIA LOCAL

VICTOR ASSAD BUFFARA Jr., TSBCP
NEMER NAJAR
RITA DE CÁSSIA FRARE
JOÃO BATISTA MARCHESINI

MATERIAL E MÉTODOS

BUFFARA Jr. VA, NAJAR N, FRARE RC, MARCHESINI JB -
Cirurgias anais ambulatoriais sob anestesia local. *Rev bras
Colo-Proct*, 1991; 11(2):67-69

RESUMO: Para avaliar a segurança da anestesia local, 134
pacientes foram submetidos a cirurgias anais ambulatoriais.
Os resultados encorajam e apóiam o uso mais freqüente desta
alternativa.

UNITERMOS: cirurgia anal; anestesia local; complicações
cirúrgicas

Atualmente um dos problemas enfrentados pelos cirurgiões é a manutenção da qualidade do tratamento cirúrgico, diante das necessidades de conter custos. Uma das maneiras para contenção de despesas seria a realização das cirurgias anais sob anestesia local em regime ambulatorial. Smith (5) relata que mais de 90% das cirurgias anorretais podem ser realizadas em regime ambulatorial, sem necessidade de hospitalização, diminuindo com isso as despesas e o afastamento familiar.

O objetivo do presente estudo é o de demonstrar a experiência, em nosso serviço, do emprego da anestesia local em cirurgias anais, bem como avaliar os resultados quanto à efetividade analgésica, complicações anestésicas, resultados do tratamento cirúrgico e a relação custo/benefício.

No serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital Santa Cruz, no período de maio de 1989 a novembro de 1990, foram estudados 134 pacientes com afecções anais cirúrgicas, sendo 69 pacientes do sexo masculino e 65 do sexo feminino; a idade variou entre 16 e 64 anos, com uma idade média de 31,4 anos. As afecções anais incluídas neste grupo foram: 75 casos (56%) de hemorróidas, 41 casos (30,6%) de fissuras anais, 14 casos (10,4%) de fístulas anais e quatro casos (3%) de condilomas anais (Tabela 1). Além do exame físico geral e de rotina laboratorial, todos os pacientes foram avaliados pré-operatoriamente quanto ao seu perfil psicossocial e classificados quanto ao risco anestésico segundo os critérios da American Society of Anesthesiologists (ASA), objetivando esclarecer vantagens e desvantagens do método.

Tabela 1

Patologia	Nº casos	%
Hemorróida	75	56,0
Fissura anal	41	30,6
Fístula anal	14	10,4
Condiloma anal	4	3,0
Total	134	100

Os 134 pacientes foram submetidos a procedimentos cirúrgicos de acordo com a afecção anal apresentada (Tabela 2). As técnicas cirúrgicas utilizadas foram: técnica de Milligan-Morgan para as hemorróidas, técnica de Sedenho para as fístulas anorretais, esfínterectomia in-

terna para as fissuras anais e eletrocauterização para os condilomas anais.

Tabela 2

Cirurgia	Nº casos	%
Milligan-Morgan	75	56
Esfínterectomia int.	41	30,6
Técnica de Sedenho	14	10,4
Eletrocauterização	4	3,0
Total	134	100

Não foi utilizada medicação pré-anestésica, sendo, no entanto, utilizada a lidocaína 2% sem vasoconstritor como agente anestésico. Com o paciente em decúbito ventral, fez-se um botão anestésico num ponto 2 a 3 cm posterior e medialmente à tuberosidade isquiática e introduziu-se uma agulha de 3,5 polegadas, calibre 22, até obter-se contato com a proeminência óssea da tuberosidade isquiática. Injetaram-se de 5 a 10 ml do anestésico local, lateral e inferiormente à tuberosidade, no intuito de bloquear o nervo pudendo inferior. Foram injetados mais 10 ml, após o que avançou-se a agulha cuidadosamente 2 a 3 cm, guiada através do toque retal. A seguir injetou-se novamente cerca de 10 ml do anestésico local. Tal procedimento deve levar à introdução do anestésico local na fossa isquirretal, que é limitada pela espinha isquiática e pela tuberosidade isquiática. Repetiu-se todo o procedimento, agora na região contralateral (3) (8). Durante o ato cirúrgico e pós-operatório imediato os paciente foram monitorizados através dos dados vitais e da cardioscopia, e interrogados quanto à presença de dor, permanecendo, em média, por 2 horas em observação.

Para avaliação da efetividade anestésica empregamos uma escala visual de representação gráfica de cor, segundo Scott e Huskisson (12). Para cálculo comparativo de custos usamos como referência o dólar oficial.

RESULTADOS

Quanto à efetividade anestésica, observamos que a intensidade da dor foi decrescente, sendo severa no momento da infiltração. Durante o ato cirúrgico encontramos dor leve em 96,7%, dor moderada em 3,3%, e nenhum paciente referiu dor severa. Quanto aos custos, observamos que uma cirurgia anal realizada em regime ambulatorial teve um custo de aproximadamente 277 dólares. Quando esta mesma cirurgia foi realizada em regime não ambulatorial, custou aproximadamente 583 dólares, e nestes cálculos foram incluídos somente as despesas hospitalares, excluindo-se os honorários médicos.

Nosso índice de morbidade operatória foi de 2 (1,5%)

casos: um abscesso pós-hemoroidectomia e uma recidiva de fístula perianal.

A morbidade anestésica foi de 3 (2,3%) casos: um caso de hematoma perianal, um caso de hipotensão arterial e um caso de bradicardia.

DISCUSSÃO

A execução de cirurgias em cateter ambulatorial, sem hospitalização, não é um procedimento novo. Contudo, sua redescoberta e utilização em cirurgia anorretal tiveram início há duas décadas (6, 9-11).

É importante analisarmos as vantagens e desvantagens deste procedimento. Não necessitando de hospitalização a rotina de vida do paciente sofre pequena mudança, o impacto emocional e a ansiedade em relação à cirurgia diminuem, os custos são reduzidos, há menor risco de infecção nosocomial, e o período de inatividade é reduzido pelo retorno mais cedo ao trabalho. Como desvantagens devemos considerar a não-aderência de alguns pacientes às instruções pré-operatórias e a dificuldade de uma assistência pós-operatória domiciliar adequada (4).

É de responsabilidade do cirurgião fazer uma avaliação individual dos pacientes que serão submetidos à cirurgia ambulatorial em relação à idade, condições físicas e mentais, risco anestésico, situação social e familiar. Estes fatores estes devem ser considerados em conjunto para uma adequada seleção dos pacientes. A idade é um fator muito importante. Exceto em crianças prematuras, pois necessitam de cuidados intensivos, em todas as idades devemos considerar condições gerais dos pacientes, não usando somente a idade para exclusão (7). Outro fator que deve ser lembrado é o risco anestésico. Os pacientes selecionados para cirurgia ambulatorial devem ser da classe I (ASA), ou seja, pacientes hígidos que não apresentem doenças sistêmicas associadas. Porém os pacientes da classe II (apresentam doenças sistêmicas de leve a moderadas intensidades) podem ser aceitos quando suas patologias são bem controladas (11).

CONCLUSÃO

Nossas taxas de morbidade operatória são comparáveis aos índices nacionais (13) e internacionais (1). A morbidade anestésica, além de baixa, teve tratamento clínico eficaz. Portanto, concluímos que a realização de cirurgias anais sob anestesia local, em regime ambulatorial, tem morbidade operatória semelhante às realizadas sob bloqueios raqui-medulares ou sob anestesia geral, está associada a uma diminuta morbidade anestésica, é segura e eficiente quanto à analgesia e finalmente seu custo é de aproximadamente 50% em relação às cirurgias anais realizadas em pacientes hospitalizados sob bloqueios raquimedulares ou anestesia geral.

BUFFARA Jr. VA, NAJAR N, FRARE RC, MARCHESINI JB - Anal surgery under local anesthesia in out-patients.

SUMMARY: In order to evaluate the safety of local anesthesia, one hundred thirty four out-patients were submitted to anal surgery. The results encouraging and support the more frequent use of this alternative.

KEY WORDS: anal surgery; local anesthesia; surgical complications

REFERÊNCIAS

1. Block IR. Obliterative suture technique for internal hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 679-80.
2. Corman ML, Bonardi RA. Hemorróidas. *Aparelho Digestivo. Clínica e Cirurgia*, 1990: 672-81.
3. Carron H. Bloqueios Abominais. *Anestesia Regional: técnicas e aplicações clínicas*, 1987: 79-91.
4. Davis JE. The major ambulatory surgical center and how it is developed.

5. Davis JE. Major ambulatory surgery of the general surgical patient. *Surg Clin North Am* 1987; 67: 761-78.
6. Davis JE. The future of major ambulatory surgery. *Surg Clin North Am* 1987; 67: 893-901.
7. Davis JE. Selecting the patient for major ambulatory surgery. *Surg Clin North Am* 1987; 67: 721-32.
8. Dodi G. An improved technique of local anal anesthesia. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 71.
9. Laht PT. Ambulatory surgery continues to prove itself. *Mich Med* 1981; 80: 109.
10. Medwell SJ, Friend WG. Out patients anorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 1979; 22: 480-2.
11. Smith LE. Ambulatory surgery for anorectal diseases. *An upalate. South Med J* 1986; 79: 163-66.
12. Scott J, Huskisson EC. Graphic representation of pain. *Pain* 1986; 2: 175-84.
13. Ghezzi W. Abscessos e fístulas anais. *Aparelho digestivo. Clínica e Cirurgia* 1990: 682-6.

Endereço para correspondência:

Victor Assad Buffara Jr.
Rua Comendador Araújo, 143 - 11º andar, cj. 113
80420 - Curitiba - PR