

FISSURA ANAL CRÔNICA

CORDEIRO F, CHAVES JM, SOUZA IS, ALVES PRA, MALINCONICO S, FILLMANN EEP, FELÍCIO F & NOGUEIRA LAL - Fissura anal crônica. *Rev bras Colo-Proct*, 1994; 14(3): 188-191

Gostaríamos primeiramente de agradecer aos nossos colegas a participação nesta sessão, o que tem facilitado em muito o nosso trabalho. Lembramos sempre que o nosso objetivo é favorecer a participação de todos, permitindo assim que emitam suas opiniões livremente.

Como nosso intuito não é o de esgotar o assunto, mas promover junto aos nossos amigos um debate salutar, antes de iniciarmos o tema desta edição apresentaremos a contribuição do **Dr. Jayme Santos Souza (Salvador/BA)**.

Abscesso pilonidal. Drenagem ou Cirurgia definitiva?

A doença pilonidal foi descrita inicialmente por Anderson, em 1847, sendo mais tarde denominada de Sinus Pilonidal, por Hodges, em 1880.

Ocorre mais comumente entre homens numa proporção de 4:1. É sabido que sua maior incidência ocorre entre a puberdade e os 40 anos.

O abscesso pilonidal pode ser a manifestação inicial da doença. Clinicamente cursa com dor intensa e endureção localizada na região pré-sacra, podendo se estender até o períneo.

O tratamento convencional pode ser realizado em consultório, sob anestesia local, e consiste na drenagem do abscesso. Dados de literatura nos mostram que a simples drenagem resolve completamente a sintomatologia e erradica a doença em cerca de 50% dos casos. De 20 a 40% destes, quando seguidos por mais de um ano, apresentam recorrência da doença. Baseados nestes dados e pela simplicidade da técnica, achamos que o tratamento ideal, além da drenagem, deverá ser a marsupialização no mesmo ato operatório, a qual realizamos após o esvaziamento da secreção purulenta, retirada de retalho elipsóide de pele e posterior fixação à cápsula, que na vigência do processo inflamatório é facilmente identificada. Utilizamos fio de nylon 00, em pontos separados, que serão retirados após 15 dias. A antibioticoterapia não é usada na rotina e a alta hospitalar poderá ocorrer no mesmo dia da cirurgia. O retorno do paciente às atividades é precoce e a analgesia é feita de preferência pela via oral.

Nos últimos dois anos, operamos 22 pacientes portadores de abscesso pilonidal, sendo 72,72% do sexo masculino, entre 21 e 30 anos (50% dos casos). O tempo máximo de seguimento foi de 48 meses e não observamos recidiva e, no nosso entender, a realização de procedimento cirúrgico em um só tempo, sem aumentar a morbidade, é fator importante na decisão operatória do abscesso pilonidal.

As Figuras A, B e C apresentam a forma de fixação para a marsupialização.

FERNANDO CORDEIRO, TSBCP
JOSÉ MARIA CHAVES, TSBCP
JAYME SANTOS SOUZA, TSBCP
PAULO ROBERTO ARRUDA ALVES, TSBCP
STEFANO MALINCONICO, TSBCP
ERICO E. P. FILLMANN, TSBCP
FELIPE FELÍCIO, TSBCP
LUIZ AMÉRICO L. NOGUEIRA, TSBCP

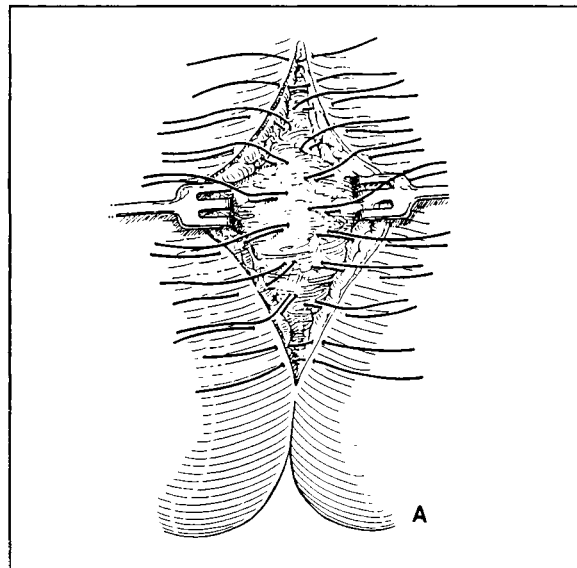


Fig. A

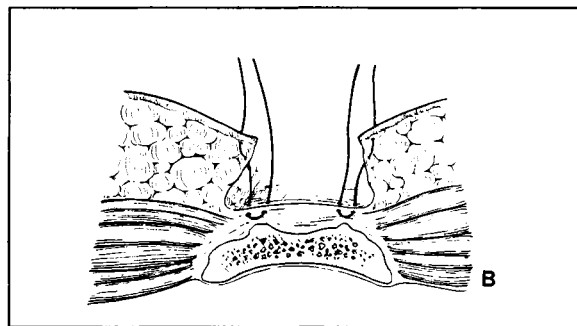


Fig. B

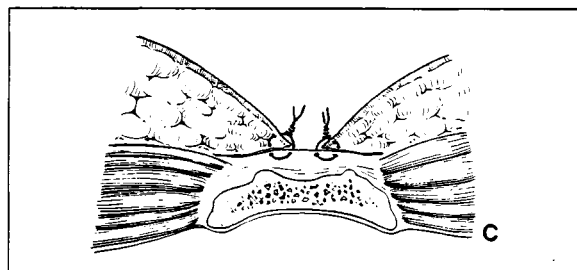


Fig. C

Esta continua sendo uma TRIBUNA LIVRE e enquanto houver opiniões distintas das apresentadas, o tema será mantido ou retornará à discussão, porém não serão publicados os textos considerados contestatórios.

Àqueles interessados em colaborar manteremos sempre um canal aberto pelo fax número 0192.543839.

O tema desta edição será FISSURA ANAL CRÔNICA e contamos com a colaboração de sete membros da nossa sociedade:

1. Dr. José Maria Chaves (Fortaleza)
2. Dr. Jayme Santos Souza (Salvador)
3. Dr. Paulo Roberto Arruda Alves (São Paulo)
4. Dr. Stefano Malinconico (Recife)
5. Dr. Érico E. P. Fillmann (Porto Alegre)
6. Dr. Felipe Felício (Florianópolis)
7. Dr. Luiz Américo L. Nogueira (Campinas)

1. Você trata cirúrgica ou clinicamente as fissuras anais crônicas? Dor e lesão fissurária já são o suficiente para indicar um tratamento cirúrgico ou você vê também necessidade do aparecimento da hipertonia esfinteriana, da papila hipertrófica e do plicoma sentinela, de maneira isolada ou associadas? Em tratando clinicamente, qual a sua terapêutica?

(Dr. José Maria Chaves) - As fissuras anais crônicas são tratadas cirurgicamente. É óbvio que somente a sintomatologia dolorosa, acompanhante da Lesão Fissurária, desde que esta se cronifique, já é suficiente para a indicação cirúrgica (*"Sedare dolorum opus divinum est"*).

(Dr. Jayme Santos Souza) - Trato as fissuras anais crônicas preferencialmente com cirurgia. A caracterização da cronicidade é fator preponderante na indicação cirúrgica. A presença de plicoma, fissura e papila hipertrófica constituem a tríade anatômica clássica da patologia. A ausência de hipertonia não contra-indica a cirurgia.

(Dr. Paulo Roberto Arruda Alves) - Considero uma fissura anal crônica a que desenvolveu um componente de fibrose nos bordos da fissura e tecidos circunjacentes, ainda que nem sempre se encontre um plicoma sentinela volumoso ou típico, ou a papila hipertrófica. Indico o tratamento cirúrgico baseado na sintomatologia que persista durante ou após um curto curso de tratamento clínico que inclui a regularização de hábito intestinal, pomada anestésica local aplicada antes e após a evacuação e o uso criterioso de antiinflamatórios não hormonais por via oral.

(Dr. Stefano Malinconico) - Indico para as fissuras anais crônicas, sistematicamente, cirurgia. Justifico a conduta, porque na maioria dos casos ela é resistente ao tratamento clínico e, nos raros casos em que se observa alguma melhora, segue-se logo uma recidiva.

Valorizo muito as queixas do paciente. E já indico cirurgia com a presença da lesão fissurária e da dor, principalmente quando a mesma é de grande intensidade. A presença

da papila hipertrófica e do plicoma sentinela apenas reforça a indicação cirúrgica. A fissuração acompanhada de dor já é indicativo da hipertonia esfinteriana.

Nos pacientes que não podem submeter-se à cirurgia o tratamento clínico consiste de: a) uso de emolientes nos casos de constipação ou fezes endurecidas; b) uso de pomadas à base de corticóides, vitamina A, vitamina D, substâncias analgésicas e cicatrizantes; c) antiinflamatórios; d) calor úmido (banhos de assento).

(Dr. Érico E. P. Fillmann) - Fissuras anais crônicas são tratadas cirurgicamente. Presença de fissura anal com dor muito importante pode ser suficiente para indicarmos o tratamento cirúrgico, independente de hipertonia, hipertrofia de papila e de presença de mamilo sentinela. Não é a atitude usual. A conduta é reservada àqueles pacientes com dor intolerável, muita ansiedade e bloqueio evacuatório.

A base da nossa terapêutica clínica para fissura anal é a indução ao relaxamento muscular, através de medidas fisioterápicas e medicamentosas.

(Dr. Felipe Felício) - Faço um tratamento clínico de três semanas com antiinflamatório oral, analgésico e pomada de corticóide com lidocaína. Depois a cirurgia.

Dor e lesão fissurária merecem um tratamento clínico, que pode resolver o quadro. Sou de opinião de que há necessidade do aparecimento de hipertonia esfinteriana, da papila hipertrófica e do plicoma sentinela. Desde que haja a hipertonia esfinteriana indico a cirurgia. Só o plicoma sentinela ou a papila hipertrófica, desde que tenha havido a epitelização do leito fissurário, deixo a critério do paciente. Conforme o incômodo causado por um ou outro, levo à cirurgia.

(Dr. Luiz Américo L. Nogueira) - Apesar do tratamento clínico melhorar os sintomas de dor e sangramento das fissuras anais crônicas, após o seu término esses sintomas frequentemente retornam, sendo raros os pacientes que apresentam cura completa.

O tratamento eficaz é, sem dúvida, o cirúrgico. Este segue os princípios diagnósticos, onde se caracteriza como fissura anal crônica a úlcera anal, associada ao plicoma sentinela e à papila hipertrófica, estes em maior ou menor grau, sendo possível haver ausência de um deles. Porém a dor e o sangramento são responsáveis pela ida do paciente ao médico.

A meu ver, dor e lesão fissurária não são o suficiente para se indicar o tratamento cirúrgico, podendo se tratar de lesão aguda, e nestes casos o tratamento clínico poderá ser suficiente para resolver o problema.

Este tratamento consiste em suprimir o uso do papel higiênico e diminuir a consistência das fezes com um laxativo que funcione por mucilagem. Nos casos em que a lesão fissurária for mais externa (junto ao anoderma) pode-se usar uma pomada ou creme à base de colágeno, duas vezes ao dia, após uma higiene adequada.

Poucos porém são os pacientes com fissura anal crônica que se beneficiam com o tratamento clínico.

2. Como você trata cirurgicamente a fissura anal crônica?

a. Ambulatorial ou com internação hospitalar?

b. Em que posição ficam os seus pacientes? Canivete (decúbito ventral), ginecológico ou Simms (lateral esquerdo)?

c. Esfincteromia póstero-lateral interna? Ou esfínterectomia à Gabriel? Alguma outra técnica interessante?

(Dr. José Maria Chaves) - a. Cada vez mais cresce a tendência de diminuir a permanência hospitalar do paciente que se submete ao tratamento cirúrgico da fissura anal. Corremos, celeremente, para a "radical" indicação de cirurgia ambulatorial. Todavia, comigo, pesam muito outros fatores para a decisão de hospitalização, tais como existência de associação mórbida (orifical ou sistêmica, isto é: hemorróidas, diabetes, carências, doenças hepatorenais, etc.).

b. Permita-me transcrever o ato cirúrgico, constante na minha Tese (Livre-Docência) "Fissura Anal e Estresse":

A posição cirúrgica escolhida é a de litotomia ou ginecológica forçada.

Iniciamos por tracionar a chamada hemorróida sentinela com pinça de Allis, a fim de uma melhor exposição, por planificação, da porção orifical a incisar.

Ladeando a lesão fissurada, fazemos duas incisões de cima para baixo e inclinadas de dentro para fora, distantes 1,5 cm da borda da ferida até 2 cm abaixo da hemorróida sentinela tracionada. Completamos a incisão trapezoidal unindo os dois pólos inferiores.

Com as pontas da tesoura deslocamos a pele e o escasso tecido frouxo superficial logo abaixo.

Continuamos a dissecação para os lados, acompanhando as incisões laterais, no mesmo plano de debridamento.

Cuidamos de fazer o máximo de hemostasia, por fulguração, sem queimadura extensa e desnecessária.

Logo atingimos o plano muscular. Uma cinta de músculo liso (porção inferior do esfíncter interno) se expõe. Fazemos a apreensão da porção muscular que desejamos seccionar com outra pinça tipo Allis.

Com duas pinças de Kocher, a cada lado da Allis, marcamos e fixamos a porção de esfíncter. Fazemos a secção esfínteriana e procedemos à imediata retirada do cubo muscular.

Com um ponto de Sertix 000 cromado ou, na falta deste, fio de algodão 6-0, amarramos as porções musculares pinçadas, os dois cotos, e os libertamos ao retirarmos as pinças de Kocher. Está constituído o que convencionamos denominar *Canal de Alívio*, que será atapetado pela mucosa do canal anal, delicadamente ancorada (fixada) por pontos separados de Dexon 3-0 ou Sertix 4-0, sem nenhuma tensão, correspondente à borda cutânea.

(Dr. Jayme Santos Souza) - a. Na maioria dos casos em caráter ambulatorial, ficando a internação hospitalar para os casos de exceção.

b. Operamos sempre em posição ginecológica modificada.

c. Realizamos a esfínterectomia lateral interna, pela técnica aberta.

(Dr. Paulo Roberto Arruda Alves) - Ainda que a técnica seja perfeitamente realizável ambulatorialmente, usualmente interno o paciente e realizo o procedimento sob uma combinação de sedação, realizada pelo anestesista, e anestesia local com vasoconstritor, com o paciente em posição de litotomia. Na ausência de um grande plicoma, prefiro a esfínterectomia lateral subcutânea, mesmo quando se faz necessária a retirada de uma papila hipertrófica associada. Quando há plicoma grande, faço sua ressecção e abordo o esfíncter interno por sob a borda da área de ressecção, a fim de seccionar o esfíncter interno tão lateralmente quanto possível.

(Dr. Stefano Malinconico) - Adoto ainda a técnica de excisão da fissura anal com esfínterectomia na base e marsupialização dos bordos da ferida.

a. Internação hospitalar por 24 horas.

b. Posição de canivete (decúbito ventral)

c. Esfínterectomia posterior através da ferida cirúrgica (fissurectomia).

(Dr. Érico E. P. Fillmann) - a. Temos feito fissurectomia anal tanto em regime ambulatorial como hospitalar. Ambos são satisfatórios, mas o último é indispensável para pacientes muito ansiosos e com dor importante.

b. Salvo contra-indicação específica, todos os nossos pacientes de cirurgia orifical são operados em posição ginecológica. Nas fissurectomias ambulatoriais feitas em consultório, usamos a posição genupeitoral.

c. Esfínterectomia póstero-lateral interna.

(Dr. Felipe Felício) - Trato cirurgicamente a fissura anal crônica:

a. Com internação hospitalar de dois a três dias.

b. Posição de litotomia.

c. Esfínterectomia posterior preferencialmente com fissurectomia e ressecção do plicoma e da papila hipertrófica.

(Dr. Luiz Américo L. Nogueira) - a. Tratamento ambulatorial de preferência. A internação está reservada a casos selecionados, como infecção do leito fissurário, plicomas e papilas gigantes, associação à doença hemorroidária e a outras doenças orificiais.

b. Posição de Simms quando ambulatorial e ginecológica modificada quando hospitalar. Apesar da posição de canivete (decúbito ventral com elevação do glúteo) ser excelente para o cirurgião, considero extremamente desconfortável para o paciente e de difícil manejo pelos anestesistas.

c. Uso freqüentemente a esfínterectomia interna posterior esquerda. A técnica de Gabriel pode ser usada nos casos onde se necessita fazer a fissurectomia como em plicomas sentinelas e papilas hipertróficas gigantes, infecção do leito

fissurário, fístulas associadas, hemorroidas muito próximas à úlcera anal, e outras situações onde a ressecção se faz imperativa. A curetagem do leito fissurário e seu fechamento com pontos separados de fio absorvível poderão diminuir o desconforto na primeira evacuação nos pacientes submetidos à esfínterotomia anal interna posterior esquerda.

3. No caso da esfínteromia póstero-lateral interna, você fecha a incisão cirúrgica, drena o local ou algum tipo de hemostasia local?

(Dr. Jayme Santos Souza) - Fazemos a secção do esfíncter após o pinçamento prévio, e a hemostasia por diatermia. Não drenamos e deixamos sempre a incisão aberta.

(Dr. Paulo Roberto Arruda Alves) - A incisão da esfínterotomia subcutânea mede 3 mm e sistematicamente a deixo aberta. A hemostasia é resultado da ação do vasoconstritor e compressão digital por 3 minutos do local da secção, que tem a função complementar de romper aquelas poucas fibras do esfíncter interno que eventualmente não foram seccionadas. Não tenho problemas com sangramento no pós-operatório, ainda que em alguns casos se observam equimoses maiores ou menores junto ao local de secção do esfíncter.

(Dr. Stefano Malinconico) - Quando realizamos esfínterotomia póstero-lateral interna, fechamos a incisão cirúrgica e não drenamos.

(Dr. Érico E. P. Fillmann) - Deixamos a ferida cirúrgica aberta. A hemostasia convencional com catgut ou cautério.

(Dr. Felipe Felício) - Frequentemente fixo a mucosa na base esfínteriana com pontos separados de catgut cromado 00 ou 000, ou ainda Dexon, que dá uma boa hemostasia, parece diminuir sobremaneira a dor pós-operatória, além de diminuir o tempo de cicatrização.

(Dr. Luiz Américo L. Nogueira) - Fecho sempre a incisão quando opto pela esfínterotomia interna posterior esquerda.

4. Alguma técnica ou comentário diferente?

(Dr. Paulo Roberto Arruda Alves) - Existem pelo menos duas situações específicas que merecem comentário:

a. As fissuras pós-hemorroidectomias que se cronificam não respondem bem aos tratamentos que objetivam reduzir a pressão esfínteriana. Exigem que se amplie a elasticidade do canal anal, usualmente com o deslizamento de um pequeno retalho cutâneo para o canal anal, por exemplo, pela técnica de Sarner.

b. As fissuras crônicas no indivíduo idoso se acompanham de fibrose e não hipertonia do esfíncter, sendo interessante o estudo clínico e funcional nestes pacientes para estabelecer as disfunções evacuatórias e alterações anatômicas, associadas à fissura. A simples esfínterotomia no idoso pode produzir incontinência sem corrigir de forma completa os sintomas.

(Dr. Érico E. P. Fillmann) - Exame anatomopatológico sistemático do material removido. Acompanhamento do paciente duas vezes por semana até a cicatrização completa da ferida anal.

(Dr. Felipe Felício) - Em alguns casos, associados à estenose do canal anal, procedo a um deslocamento de retalho cutâneo, atapetando o canal anal.

Em fissuras pós-operatórias de cirurgia orificial, que ficam crônicas, geralmente sem estarem acompanhadas de papila hipertrófica ou plicoma sentinela, procedo a cauterização com nitrato de prata (três sessões). O resultado tem sido muito bom, mas saliento que é um tratamento de exceção.

(Dr. Luiz Américo L. Nogueira) - Gostaria apenas de lembrar que a esfínterotomia anal interna deve se estender até 0,5 cm acima da linha pectínea para ser eficiente.

Esta rodada de perguntas e respostas encerra nossa sessão da **TRIBUNA LIVRE: COMO EU FAÇO**.

À proximidade com o período de jogos da Copa e as férias escolares aumentamos o nosso número de convidados e, como pudemos notar, todos os questionados nos responderam prontamente, e como não poderia deixar de ser, de maneira tão inteligente e agradável que mantivemos todos os comentários.

Mais uma vez gostaríamos de agradecer àqueles que, de maneira tão rápida e gentil, colaboraram de maneira inestimável para manter acesa conosco a chama desta **TRIBUNA**.

Novamente, o nosso fax: **0192.543839**.

Fernando Cordeiro