

FERNANDO CORDEIRO, TSBCP
VIRGINIO CÂNDIDO TOSTA DE SOUZA, TSBCP
FRANCISCO SERGIO PINHEIRO REGADAS, TSBCP
KLAUS REBEL, TSBCP
GERALDO MILTON DA SILVEIRA, TSBCP

CORDEIRO F - Tribuna livre: como eu faço. *Rev bras Colo-Proct*, 1994; 14(4): 253-255

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.

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 DOENÇA HEMORROIDÁRIA e contamos com a colaboração de quatro membros da nossa sociedade:

1. Virgínio Cândido Tosta de Sousa, (Pouso Alegre)
2. Francisco Sergio Pinheiro Regadas (Fortaleza)
3. Klaus Rebel (Rio de Janeiro)
4. Geraldo Milton da Silveira (Salvador)

1. Você trata clínica ou cirurgicamente a doença hemorroidária? Em qual momento a sua conduta passa a ser cirúrgica? Alguma relação com o grau de acometimento? Em tratando clinicamente, qual a sua terapêutica?

(Virgínio Cândido Tosta de Souza) - O tratamento da doença hemorroidária baseia-se na sua etiopatogenia, no aspecto anatomopatológico e na sua classificação (interna, externa ou mista) no momento do exame.

Embora a padronização seja generalizada, cada caso é um caso, exigindo do médico um aprimoramento científico e profissional que lhe permita a conduta mais coerente no caso em tela.

O tratamento clínico é indicado nas hemorróidas internas do primeiro grau, assim como nos casos de indicação cirúrgica, mas que por concomitância de outras patologias exige um tratamento que minimize a morbidade e mesmo o risco de mortalidade.

Com frequência tratamos a trombose hemorroidária externa e o pseudo-estragulamento hemorroidário clinicamente, mas não raramente a cirurgia é indicada para aliviar a dor apresentada pelo paciente.

O tratamento clínico consiste em regime dietético, abolição do uso de papel higiênico e uso de substâncias farmacológicas. O regime dietético requer durante o tratamento a abolição do álcool e alimentos condimentados (frituras, pimentas, carne de porco e chocolate). A abolição do papel higiênico na higiene local é importante, pois o mesmo atua como causa irritativa, sendo aconselhado o banho de assento (semicúpio) para higiene e também por duas vezes ao dia (manhã e noite) durante cinco a 10 minutos com água morna precedendo o uso de pomadas ou supositórios.

Quanto à medicação, rotineiramente prescrevemos o uso tópico de pomadas ou supositórios com a finalidade de diminuir a estase venosa e o processo inflamatório nas hemorróidas internas e o hematoma perianal nas trombozes hemorroidárias externas. No primeiro caso a composição tópica deve conter corticóide, óxido de zinco, benzoato de benzila e galato básico de bismuto e no segundo caso heparina ou ácido mucopolissacárido-polissulfúrico.

Os antiinflamatórios por via oral estão indicados na presença de dor. A nossa preferência é para os produtos de fácil administração (uma ou duas vezes por dia), sempre após as refeições.

(Francisco Sergio Pinheiro Regadas) - Adotamos o tratamento clínico da doença hemorroidária como primeira opção nos casos de hemorróidas de primeiro grau com processo inflamatório associado ou na vigência de complicações tais como o prolapso hemorroidário trombosado (pseudo-estragulamento) e a trombose hemorroidária externa pequena.

A terapêutica instituída consiste em normalizar o hábito intestinal através de maior ingestão de fibras e evitando o uso de condimentos, abolir o uso de papel higiênico, realizar três a quatro banhos de assento morno ao dia e uso tópico de medicação antiinflamatória e analgésica.

Indicamos o tratamento cirúrgico nas situações seguintes:

a. *Forma aguda*: nos pacientes acometidos de hemorragia profusa, prolapso hemorroidário trombosado ou trombose hemorroidária externa que não apresentaram adequada remissão clínica.

b. *Forma crônica*: nos pacientes portadores de hemorróidas de III e IV graus.

(Klaus Rebel) - Em primeiro lugar seria importante caracterizar o que vem a ser o tratamento clínico da doença

hemorroidária. Incluiria no tratamento clínico medidas tais como banhos de assento, uso local de pomadas ou supositórios e analgésicos sistêmicos que prescrevo em casos de trombos externos e em certos pacientes com pseudo-estragulamento hemorroidário, impossibilitados de tratamento definitivo no momento.

Este tipo de terapêutica tem como finalidade aliviar o desconforto do paciente, até que o tratamento definitivo possa ser iniciado.

Chamo de tratamento local as variantes já conhecidas de abordagem da doença hemorroidária quais sejam, esclerose, ligadura elástica e coagulação por raios infravermelhos. Estas são ao meu ver modalidades cirúrgicas de tratamento, embora não operatórias, que uso em pacientes com hemorróidas internas de 1º, 2º e 3º graus, ficando o tratamento cirúrgico-operatório, reservado para as hemorróidas de 4º grau.

Nas hemorróidas de 1º, 2º e 3º graus opto inicialmente pela coagulação por raios infravermelhos, em duas sessões semanais para cada mamilo e complemento, se necessário, com a ligadura elástica nos casos de mamilos mais protrusos, o que não é freqüente. Uso cada vez menos a escleroterapia.

Quando as hemorróidas são de 4º grau ou quando o tratamento local não se mostra eficaz, opto pela cirurgia. Por outro lado, em pacientes com indicação cirúrgica precisa, mas impossibilitados de operar no momento, faço o tratamento local com intuito paliativo, amenizando os sintomas, até a oportunidade de tratamento definitivo.

(Geraldo Milton da Silveira) - O tratamento vai depender de cada caso: hemorróidas de 1º grau, de 2º grau não sangrante e sem sintomas, o tratamento será clínico. A terapêutica da doença hemorroidária de 2º grau sangrante, 3º e 4º graus será cirúrgica.

2. Como você trata cirurgicamente a doença hemorroidária?

a. Ambulatorial puro, em regime hospitalar ou dependente do caso?

b. O tratamento ambulatorial diferencia-se do hospitalar? Qual o tipo de anestesia para ambos os casos?

c. Hemorroidectomia aberta, semifechada, fechada ou dependente do caso?

(Virginio Cândido Tosta de Souza) - De modo geral a cirurgia é sempre feita no Centro Cirúrgico, sendo a conduta anestésica dirigida para os bloqueios, sendo que nos pacientes adultos e jovens a preferência é pela peridural e nos idosos pela raqui-anestesia, entretanto, nas tromboes hemorroidárias externas que não respondem ao tratamento clínico ou com muita dor, realizamos a trombectomia com anestesia local a nível ambulatorial.

A hemorroidectomia padronizada é a aberta pela técnica de Milligan e Morgan.

(Francisco Sergio Pinheiro Regadas) - O paciente é internado e submete-se a intervenção cirúrgica sob anestesia peridural, recebendo alta hospitalar após 24 horas.

Como técnica operatória, adotamos a aberta, a fechada, a semifechada e Obando; a escolha depende do tipo de mamilo a ser ressecado, podendo serem utilizadas todas as técnicas num único procedimento.

Nos mamilos internos, preferimos a técnica de Obando porquanto nos pequenos prolapsos adotamos a fechada, reservando-se a aberta para os grandes mamilos prolapsados. Fazemos ainda reconstituição de pontes muco-cutâneas sempre que necessária.

(Klaus Rebel) - Com exceção de trombos externos isolados, tratados por excisão simples com anestesia local, no consultório, a doença hemorroidária com indicação cirúrgica, ao meu ver, deve ser tratada em regime hospitalar com anestesia, de preferência, peridural, e a técnica por mim utilizada é a hemorroidectomia aberta, conhecida entre nós como técnica de "St Marks".

(Geraldo Milton da Silveira) - Novamente o tratamento cirúrgico vai depender de cada caso:

a. Em quase todos os casos realizamos o tratamento ambulatorial sem necessidade de anestesia.

b. Quando o procedimento é hospitalar, a preferência é pela técnica semifechada.

3. Utiliza-se de técnicas como escleroterapia, infravermelho, crioterapia, ligadura elástica ou alça diatérmica? Em caso positivo qual a sua preferência e em que grau da doença?

(Virginio Cândido Tosta de Souza) - A escleroterapia com solução de fenol a 5% é indicada nas hemorróidas internas do primeiro grau que não respondem satisfatoriamente ao tratamento clínico e a ligadura elástica para casos selecionados de hemorróidas internas do segundo grau.

Nas hemorróidas internas do terceiro grau, desde que não haja contra-indicação, optamos sempre pela cirurgia.

(Francisco Sergio Pinheiro Regadas) -

a. Hemorróidas grau I - Escleroterapia

b. Hemorróidas grau II - Escleroterapia + Ligadura elástica

Abandonamos a crioterapia e ainda não utilizamos o infravermelho.

(Klaus Rebel) - Nas hemorróidas de 1º, 2º e 3º graus, que apresentam sintomatologia, uso, como já descrito acima, a técnica de coagulação por raios infravermelhos e, o que é raro, complemento com ligadura elástica, quando existem mamilos mais protrusos.

Na minha experiência a coagulação se mostra extremamente eficiente no sangramento, elimina os mamilos exteriorizados, evitando sua protrusão e apresenta menos desconforto que a escleroterapia e a ligadura elástica, sendo muito bem tolerada pelos pacientes.

(Geraldo Milton da Silveira) - Utilizei a crioterapia sem bons resultados, pelo que foi abandonada. Já a ligadura elástica, a utilizamos no 2º e 3º graus pouco desenvolvidas. Devemos levar ainda em consideração que às vezes fica imprescindível o estabelecimento do grau de doença hemorroidária.

Nas hemorróidas de 3º e 4º graus so tratamento é cirúrgico.

4. Alguma técnica ou comentário diferente?

(Virginio Cândido Tosta de Souza) - O Serviço vem desenvolvendo um protocolo para avaliar procedimentos em amostras selecionadas:

a. A ligadura elástica está sendo avaliada em comparação com a hemorroidectomia à Milligan-Morgan em hemorróidas internas do segundo grau.

b. A técnica de Ferguson está sendo indicada em casos selecionados para um estudo prospectivo comparativamente à técnica padronizada de Milligan-Morgan.

(Geraldo Milton da Silveira) - Não usamos nenhuma técnica especial e gostaríamos de observar que utilizamos a classificação proposta por Goligher.

Com relação ao tratamento clínico referido, corresponde à correção da obstipação intestinal, investigação e tratamento da diarreia e orientação quanto a hábitos incorretos.

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

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

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

Fernando Cordeiro