
TRATAMENTO DA FÍSTULA ANAL PELO MÉTODO KSHARA SUTRA - REVISÃO E SEGUIMENTO DE 299 CASOS

KENJI TAZAWA, MD PhD
DILSON F. P. DA S, MD
YASUHURU OHNISHI, MD
TOSHIO SAEKI, MD PhD
SHIGERU TAKEMORI, MD PhD
TOMOHIRO SAITO, MD PhD
KATSUYA YAMAMOTO, MD PhD
HIDEO ARAI, MD PhD
MASAO FUJIMAKI, MD PhD

TAZAWA K, PEREIRA F, DILSON da S., OHNISHI Y, SAEKI T, TAKEMORI S, SAITO T, YAMAMOTO K, ARAI H & FUJIMAKI M - Tratamento da fístula anal pelo método Kshara Sutra - Revisão e seguimento de 299 casos. *Rev bras Colo-Proct*, 1996; 16(2):59-63

RESUMO: Experiência clínica no tratamento da fístula anal pelo uso do fio medicamentoso Kshara Sutra em 299 pacientes. Este tratamento Ayurveda consiste na aposição de um fio cirúrgico de algodão preparado com ervas medicinais no trajeto fistuloso. As fistulas tiveram o seu trajeto cortado entre a primeira e a quinta semanas após a aplicação do *seton*. Todos os pacientes foram acompanhados por um período mínimo de um ano. A presença de abscesso foi observada em 14 pacientes enquanto que somente em três pacientes houve discreta deformidade anal. Nenhum caso de incontinência para fezes ou gases foi observado. O índice de recorrência foi de apenas 4%. A técnica de curetagem bioquímica pelo método Kshara Sutra é segura e fácil, além de apresentar baixo índice de recidiva sem a necessidade de realizar grandes mutilações. Este tratamento pode também ser empregado nos pacientes hipertensos, diabéticos ou portadores de cardiopatia.

UNITERMOS: fístula anal; medicina Ayurveda; *seton*; fio medicamentoso

Hipócrates descreveu o uso do *seton* para o tratamento da fístula anal no ano 460 A.C.⁽¹⁾. A primeira cirurgia para fístula anal foi praticada em 1337. Vários tratamentos foram tentados para a cura da fístula anal, dentre eles a fistulectomia com sutura primária e enxerto cutâneo. Algumas modificações na operação clássica, pela técnica aberta, foram instituídas por Parks⁽²⁾, Hanley⁽³⁾ e Goligher⁽⁴⁾.

Atualmente, o tratamento cirúrgico da fístula anal é feito por fistulectomia, fistulotomia e pelo método "coring out" seguido de fistulectomia com preservação esfínteriana⁵. Contudo, apesar de todos os esforços, os principais problemas em relação a esta doença são:

1. Extensa mutilação das áreas anorretal e ísquio-retal, a qual é condição para a cura radical da doença;
2. Hospitalização prolongada e
3. Alto índice de recorrência.

Ou seja, o tratamento cirúrgico vem sendo o mesmo, com poucas modificações. Além de que, os pacientes também sofrem economicamente por estarem ausentes do trabalho, resultado de um prolongado tempo de cicatrização.

A técnica adotada neste presente trabalho é a renovação de um antigo procedimento praticado pelo Dr. Sushruta⁽⁶⁾, eminente cirurgião indiano.

Muitos estudos têm sido publicados pelos cirurgiões *Ayurveda* e recentemente foi introduzido no Japão pelo Dr. U. Pilapitya (Sri Lanka), sendo que mais de 90 pacientes fistulosos foram tratados com sucesso no nosso hospital universitário^(9, 10).

Neste trabalho, nós fazemos uma revisão e análise descritiva dos 299 pacientes tratados por este método, sendo os mesmos acompanhados pelo período mínimo de um ano.

PACIENTES E MÉTODOS

Os pacientes foram atendidos no ambulatório da Toyama Medical and Pharmaceutical University e no Fujikoshi Hospital, com queixa de drenagem purulenta na região anal. Excetuando-se aqueles portadores de trato fistuloso muito extenso ou associado com malignidade, tuberculose ativa ou anemia severa, 299 pacientes foram selecionados para o tratamento pelo método Kshara Sutra. Uma detalhada anamnese dos pacientes e um cuidadoso exame local e sistêmico foram realizados.

O exame proctológico por anuscopia e estilete flexível foram feitos para avaliar a extensão e a direção da fístula, descrevendo o número, o sítio, a distância, a secreção, o local de maior sensibilidade, induração e a posição do orifício interno e externo. As fístulas foram classificadas segundo Goligher.

Estes pacientes foram submetidos a anestesia local ou espinal na primeira aplicação e nas trocas subsequentes do fio.

Foram orientados a usar supositórios analgésicos no primeiro dia da aplicação, lavar-se após cada defecação e realizar banho-de-assento. Depois que o trajeto fistuloso é cortado, resulta uma ferida aberta a qual é tratada com unguentos. Os pacientes também foram orientados a continuar com suas atividades diárias durante o tratamento.

Preparação dos fios

Um fio cirúrgico de algodão era preparado da seguinte maneira: Primeiro, um pó alcalino da planta *Achyranthes aspera* L. é obtido após cortá-la totalmente em pequenos pedaços e queimá-la em uma panela de ferro ou argila semi-tampada. A cinza é dissolvida em água e então filtrada e posta para secar ao sol para só assim resultar num pó alcalino. Depois, um fio de algodão é mergulhado em látex da planta *Euphorbia antiquorum* L. e passado logo a seguir na cinza alcalina da planta *Achyranthes aspera* L., alternadamente por sete vezes. Finalmente é encoberta com um pó amarelo obtido da planta *Curcuma domestica* L. e posto para secar à sombra (Fig. 1)

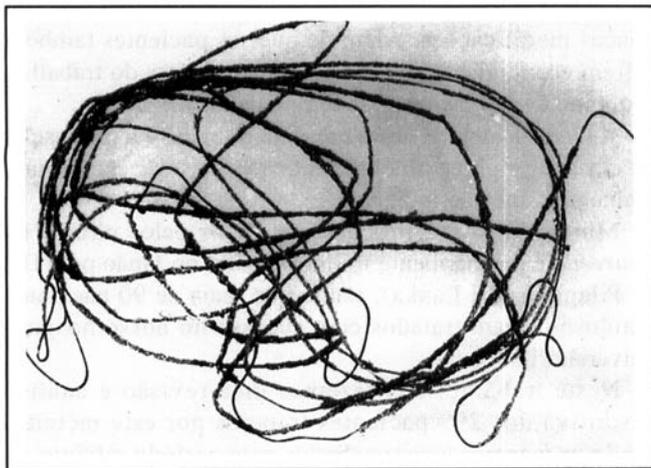


Fig. 1 - Kshara Sutra introduzido no Japão pelo Dr. U. Pilapitya (Sri Lanka).

Aplicação do Kshara Sutra (KS)

Todos os pacientes foram orientados a lavar a região anal e o reto antes da aplicação do KS. Após colocar o paciente na posição de litotomia, o períneo foi preparado com o uso de soluções anti-sépticas. Dependendo da localização da fístula, o dedo indicador da mão direita ou esquerda era introduzido no canal anal enquanto um estilete maleável de prata era introduzido no trajeto fistuloso, gradual e cautelosamente pela mão oposta até ser sentido pelo dedo que se encontrava no canal anal. Após curvar o estilete, conseguia-se exteriorizar a ponta deste através do ânus (Fig. 2a).

O KS foi cortado em comprimento adequado, baseado no comprimento do trajeto fistuloso. Então, uma das extremidades do fio era inserida no orifício do estilete enquanto este era reintroduzido no trajeto fistuloso, deixando o KS no percurso até a exteriorização deste. Finalmente o KS era amarrado e apertado com moderação à margem do anoderme (Fig. 2b).

Trocas subsequentes do KS

A cada sete dias realizava-se a substituição do KS pela técnica da "linha de ferro", até que o último fio tivesse cortado o trajeto fistuloso, deixando apenas uma pequena úlcera de cicatrização na margem anal (Fig. 2c). Isto porque o KS é passado várias vezes pelo trajeto fistuloso e gradualmente promove a cicatrização da ferida.

As trocas subsequentes foram feitas sob anestesia local. Cada KS retirado teve o seu comprimento medido. O encurtamento do fio, a cada troca, indicava a redução do trajeto fistuloso.

Foram administrados analgésicos intra-retais em todos os casos e antibióticos por três a quatro dias por apresentarem significativa drenagem purulenta.

RESULTADOS

Os pacientes do sexo masculino foram os mais acometidos, 91,3% (273/299).

A maioria dos casos apresentava-se com dor, drenagem, induração e/ou tumorção na região perianal. Aproximadamente 20% das fístulas foram subcutâneas e submucosas (59/299); 64,5%, interesfinctéricas (193/299); 14,3%, transesfinctéricas ou fístulas altas (43/299) e 1,3%, extraesfinctéricas (4/299).

Na Tabela 1, podemos comparar o método cirúrgico convencional com o KS baseado no tempo de internação hospitalar (em dias) e de cicatrização (em semanas), nos vários tipos de fístulas encontradas na presente casuística.

A duração média do tempo de corte foi de 7, 11,9, 21,4 e 32,8 para as fístulas tipo I, II, III e IV respectivamente (Tabela 2).

Dos 299 casos, 96% (287/299) apresentaram cura; enquanto, 4% (12/299) apresentaram recorrência após o tratamento com o KS (Tabela 3). A incontinência para fezes e gases não foi encontrada em nenhum dos pacientes. A primeira aplicação do KS foi fácil na maioria dos casos mas em alguns casos de fístula alta houve certa dificuldade.

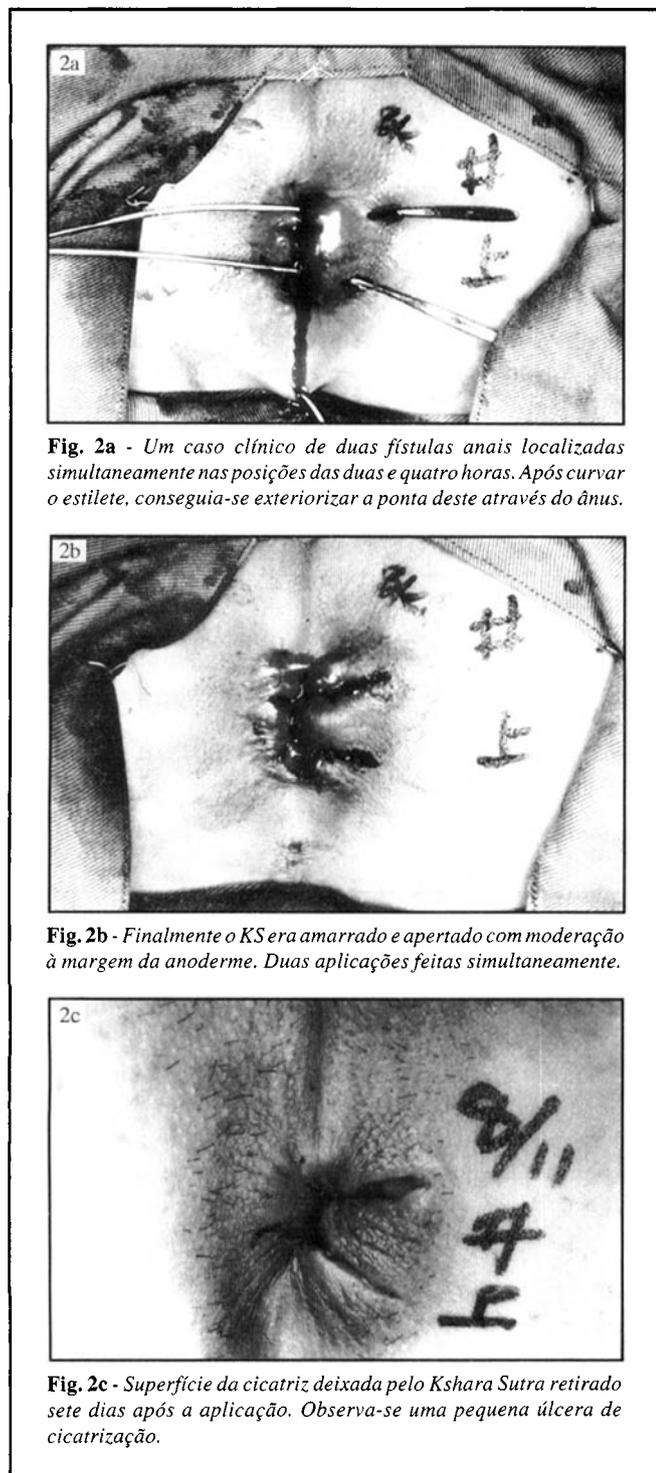


Fig. 2a - Um caso clínico de duas fístulas anais localizadas simultaneamente nas posições das duas e quatro horas. Após curvar o estilete, conseguiu-se exteriorizar a ponta deste através do ânus.

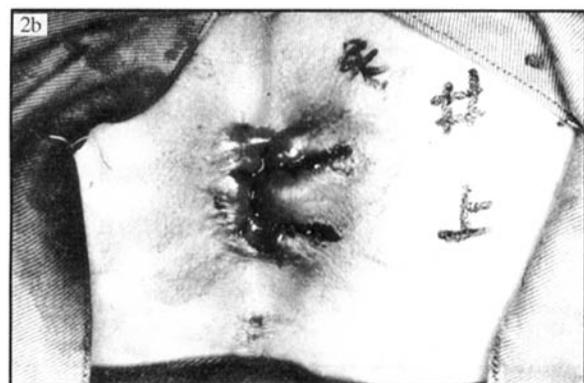


Fig. 2b - Finalmente o KS era amarrado e apertado com moderação à margem da anoderme. Duas aplicações feitas simultaneamente.

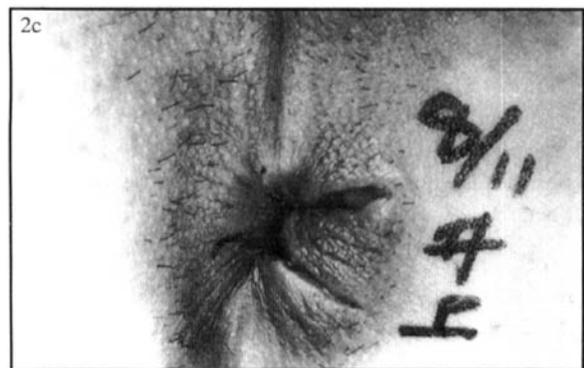


Fig. 2c - Superfície da cicatriz deixada pelo Kshara Sutra retirado sete dias após a aplicação. Observa-se uma pequena úlcera de cicatrização.

Fig. 2 - Aplicação do Kshara Sutra.

Entretanto, a aplicação do KS foi possível em todos os casos.

As subseqüentes trocas do KS foi dolorosa em poucos casos.

Seguimento

Todos os casos foram examinados mensalmente no primeiro trimestre. A partir do segundo trimestre, apenas uma vez a cada três meses.

Os defeitos anais e as recorrências foram relatados quando presentes. O método atualizado do KS no Japão, foi aplicado em 299 pacientes com fístula anal desde junho de 1992.

Todos os 299 casos foram acompanhados por mais de um ano, possibilitando o estudo de vários aspectos com a finalidade de encontrar a melhor resposta quanto a este tratamento em uma determinada amostra de pacientes.

Tabela 1 - Tempo de hospitalização e cicatrização de acordo com o método terapêutico utilizado.

Tipo	Nº casos		Hospitalização (em dias)		Cicatrização (em semanas)	
	KS	OP	KS	OP	KS	OP
I*	59	34	8,3	26,3	3,4	8,2
II**	193	38	14,7	29,1	4,4	8,2
III***	43	6	28,1	53,7	7,3	13,2
IV*'	4	0	41,3	0	5,8	0
Total	299	78	média 15,4	29,8	média 4,6	8,6

*I: fístula submucosa ou subcutânea
**II: fístula interesfinctérica
***III: fístula transesfinctérica ou Alta
*IV: fístula extraesfinctérica

KS: Kshara Sutra
OP: cirurgia

Tabela 2 - Método Kshara Sutra na fístula anal.

Tipo	Nº casos	Nº trocas do KS	T. de corte (em dias)	Hospitalização (em dias)	T. cicatrização (em semanas)
I*	59	0,59	7,0	8,3	3,4
II**	193	1,33	11,9	14,7	4,4
III***	43	2,6	21,4	28,1	7,3
IV*'	4	4,0	32,8	41,3	5,8
Total	299	média 1,4	média 12,9	média 15,4	média 4,6

*I: fístula submucosa ou subcutânea
**II: fístula interesfinctérica
***III: fístula transesfinctérica ou Alta
*IV: fístula extraesfinctérica

DISCUSSÃO

O tratamento cirúrgico de rotina para as fístulas anais é, também no Japão, por fistulectomia ou fistulotomia. A incontinência fecal e a estenose do canal anal são achados freqüentes nos casos de fístula anal alta. O elevado índice de recorrência da fístula anal é outro problema comum.

Neste estudo todos os casos tornaram-se ambulatoriais após aplicação inicial do KS e assim como as suas trocas subseqüentes.

Em virtude da dor, poucos casos ficaram confinados ao leito por um ou dois dias. Todos os casos foram tratados com os pacientes hospitalizados; contudo, alguns pacientes não foram porque necessitavam regressar ao trabalho.

A duração média do tratamento pelo KS foi meia semana mais rápida quando comparado com a cirurgia convencional para o tratamento da fístula anal; assim como nos casos de fístulas altas e transesfincterianas, o tempo de hospitalização foi também inferior.

Deshpande et al.⁽⁸⁾ instituíram a aplicação do KS sem anestesia. Todavia, baseado neste estudo, admitimos que é muito difícil aplicar o KS sem o uso da anestesia local ou espinal.

Os resultados do tratamento neste presente estudo quando comparado aos de Deshpande et al.⁽⁷⁾ são na sua maioria similares quanto a evolução clínica. Estes autores relataram um índice de cura de 96,5% e 96%, enquanto no nosso estudo foi de 96%.

O índice de recorrência depois do tratamento convencional da fístula relatado por Bennet⁽¹¹⁾ foi de 8,8% (10/118) enquanto Sumikoshi relatou um índice de 12,4% (418/3370). Deshpande et al. e Kothia⁽¹²⁾ reportaram um índice de 3,5% (7/200) e 0,8% (4/498) com a aplicação do KS, respectivamente, após um seguimento de 2 a 9 anos, enquanto o nosso foi de 4%.

CONCLUSÃO

O tratamento da fístula anal pelo KS é muito simples, fácil e seguro. As chances de recorrência são muito pequenas nos casos de fístula anal piogênica, devidamente selecionados, excluindo as fístulas em ferradura.

O tratamento pode ser empregado em vários tipos de pacientes mesmo que sejam hipertensos, diabéticos, cardiopatas ou portador de doença de Cröhn.

Mecanismo de ação do KS (Fig. 3)

1. O KS corta suave e gradualmente o trajeto fistuloso da base para a superfície. Existe uma sincronização entre o corte e a cicatrização, não permitindo desta maneira a formação de coleção purulenta residual.

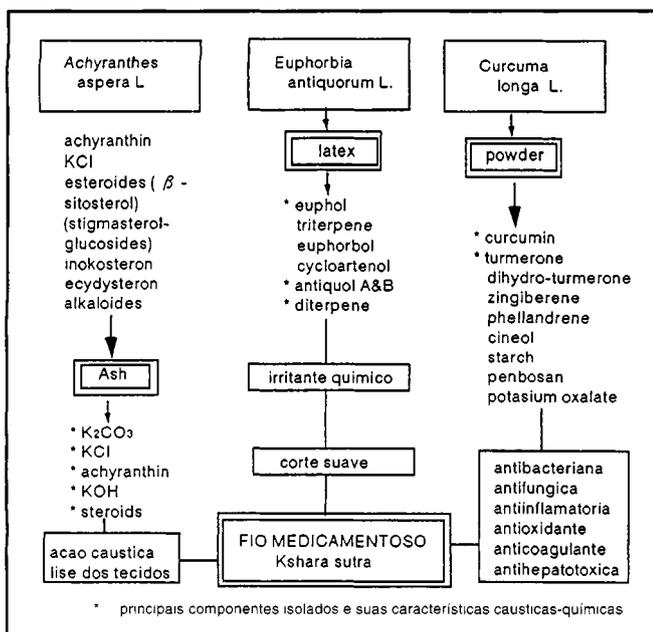


Fig. 3 - Cauterização química pelo fio medicamentoso Kshara Sutra.

2. A substância cáustica^(10, 13) aplicada no preparo do fio tem propriedade química abrasiva e, cura por um corte suave, além de que possui as ações antibacteriana, antifúngica, antiinflamatória e “antislough” (Tabela 3). O KS mantém-se em contato direto com o trajeto fistuloso e portanto, cureta quimicamente de dentro para fora e favorecendo o revestimento epitelial. Desse modo, permite o fechamento da fístula e sua completa cicatrização.

Tabela 3 - Relação entre os tipos de fístula e a incidência de complicações e recorrência nos 299 casos tratados pelo método KS.

Tipo	I*	II**	III***	IV**	
Nº casos	59	193	43	4	
Complicações	30 (10%)	2 (3,3%)	13 (6,7%)	11 (25,6%)	4 (100%)
Abscesso	14	2	5	5	2
Dor anal	7	0	4	1	2
Deformidade anal	3	0	1	2	0
Inflamação local	2	0	1	1	0
Sangramento	2	0	1	1	0
Prolongado tempo de corte	2	0	1	1	0
Recorrência	12 (4%)	0 (0%)	7 (3,6)	4 (9,3%)	1 (25%)

*I: fístula submucosa ou subcutânea

**II: fístula interesfinctérica

***III: fístula transesfinctérica ou Alta

**IV: fístula extraesfinctérica

3. Por ter ação antibacteriana, não ocorre multiplicação bacteriana na presença da *Haridra*.

4. O valor do pH do KS (Fig. 4) foi alcalino⁽⁹⁾ e, portanto, não permitiu a invasão de patógenos retais na cavidade fistulosa.

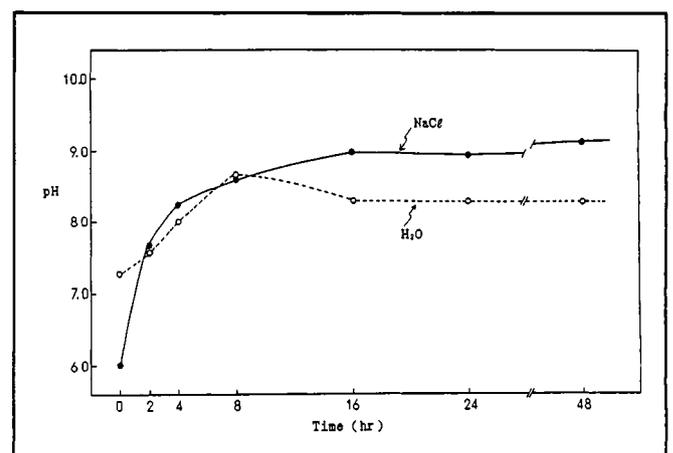


Fig. 4 - Variação do pH do Kshara Sutra em relação ao tempo imerso em água destilada e solução isotônica de cloreto de sódio, a 5°C.

TAZAWA K, PEREIRA F, DILSON da S., OHNISHI Y, SAEKI T, TAKEMORI S, SAITO T, YAMAMOTO K, ARAI H & FUJIMAKI M - Treatment of anal fistula by Kshara Sutra method - Sequence and revision of the 299 cases.

SUMMARY: Treatment of 299 cases of anal fistula by application of Kshara Sutra, one of the Ayurvedic treatment from July 1985 to December 1994 in Japan. Kshara Sutra is a cotton surgical thread impregnated with milk of *Euphorbia antiquorum*, powder of Rhizomes of *Curcuma domestica* and alkaline powder of *Achyranthis aspera*. Of the 299 cases over 1 year follow-up, the youngest patient was 1 year old and the oldest was 83 years of age. The fistulous tract was cut through between 1 and 5 weeks in average depending upon the initial length of tracts. The average of cutting was 11 mm every week. There have been 12 patients (4%) with recurrence, 14 patients with pus pocket formation and 3 patients with slightly anal deformity in follow-up. Clinical experience with 299 patients indicates that fistula in ano can be safely treated by this technique of biochemical curatting with excellent results. Furthermore the recurrence and morbidity are practically negligible. Our uniformly good results suggest that biochemical medicated caustics of Kshara Sutra may be responsible for the drug delivery system of chemical fistulectomy. This treatment can also be employed to severally ill patients of hypertension, diabetes and heart disease.

KEY WORDS: anal fistula; Ayurveda treatment; *seton*; chemical fistulectomy

REFERÊNCIAS

1. Perrin WS. President's address: Some landmarks in history of rectal surgery. Proc Roy Soc Med 1932; 25: 338-346.
2. Parks AG. The pathogenesis and treatment of fistula in ano. Brit Med J 1961; 1: 463-469.
3. Hanley PH. Conservative surgical correction of horseshoe abscess and fistula. Dis Colon Rec 1965; 8: 364-368.
4. Goligher JC. Surgery of Anus, Rectum and Colon, First edition, Bailliere, Tindall and Cassell, London, 1961, pp. 11 and 174-208.
5. Yoshikawa N, Sasai T. Operation for anal fistulae. Gastroenterological Surgery 1982; 5: 1291-1299.
6. Deshpande PJ. A review of 40 cases of fistula-in-ano treated with Kshara Sutra. Nagarjun, 1966; 10: 160-168.
7. Deshpande PJ, Sharma KR. Treatment of fistula-in-ano by new technique - Review and follow-up of 200 cases. Amer J Proctol 1973; 24: 49-60.
8. Deshpande PJ, Sharma KR. Successful non-operative treatment of high rectal fistula. Amer J Proctol 1976; 27: 39-47.
9. Tazawa K, Yamamoto K, Pilapitiya U et al. Kshara Sutra - Its attempt and results, studies on Ayurveda in Japan, 1986; 16: 1693-1699.
10. Yamamoto K, Tazawa K, Yamashita I et al. Clinical study of anal fistula treated by Shara Sutra: Its result and composition analysis. Studies on Ayurveda in Japan, 1988; 18: 1900-1904.
11. Bennet RC. A review of the results of orthodox treatment for anal fistulae. Proc Roy Soc Med 1962; 55: 756-757.
12. Kothia MB. Bhagandara - A study of Kshara Sutra therapy. Studies on Ayurveda in Japan, 1987; 17: 1790-1797.
13. Gewali MB, Pilapitiya U, Hattori M, Namba T. Analysis of thread used in the Kshara Sutra treatment in the Ayurvedic medicinal system. J Ethnopharmacol 1990; 29: 199-206.

Endereço para correspondência:

Angelita Habr-Gama
Rua Tucumã,
01455-010 - São Paulo - SP