

ESTENOSE ANAL. ANÁLISE DE 30 CASOS

RAUL RAPOSO DE MEDEIROS, TSBCP

MEDEIROS RR - Estenose anal. Análise de 30 casos. *Rev bras Colo-Proct*, 1997; 17(1): 24-26

RESUMO: A estenose anal continua a ser um problema na prática colo-proctológica. O autor apresenta 30 casos de estenose anal operados entre 1976 e 1995, com a técnica de anoplastia proposta por Sarner. Atribue os bons resultados a indicação correta de cirurgia, a eficácia da técnica empregada e demonstram ser possível a sua realização com sedação intravenosa e anestesia local.

UNITERMOS: estenose anal; cirurgia de Sarner, anoplastia

A estenose anal é uma das mais desagradáveis complicações da cirurgia anal ou de doenças anais. Pode também ser secundária a várias condições, tais como tumores, doenças inflamatórias, especialmente a doença de Crohn, anomalias congênitas como ânus imperfurado e ânus ectópico, uso abusivo de laxativos ou supositórios de paracetamol, doenças sexualmente transmissíveis como Linfogranuloma venéreo e traumas, especialmente trauma cirúrgico. Entretanto, a hemorroidectomia continua a ser a causa mais freqüente de estenose^(4, 5, 7, 11, 12, 20), geralmente necessitando correção cirúrgica. A eletrocauterização de condilomas anais realizada de maneira extensa e profunda pode também levar a estenose anal.

No período entre 1976 e 1995 foram examinados 36 pacientes com estenose anal, sendo dois casos de ânus ectópico, quatro de doença de Crohn e 30 com estenose pós-hemorroidectomia. O objetivo deste trabalho é analisar a experiência pessoal com 30 pacientes operados com estenose anal pós-hemorroidectomia.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Foram operados 30 pacientes com estenose anal pós-hemorroidectomia. Dezessete eram do sexo feminino, 20 eram brancos e 10 negros. A idade dos pacientes variou de 30 a 54 anos, sendo a média de 36,4 anos. Todos os pacientes haviam sido submetidos a hemorroidectomia, de um a três anos antes da indicação de anoplastia. Apresentavam dificuldade para defecar, obstipação intestinal e diminuição do calibre das fezes, cólicas abdominais e sangramentos ocasionais, e faziam uso de laxativos a fim de tornar possível a evacuação. A estenose era impérvia ao toque retal em

todos os pacientes, devido ao pequeno diâmetro anal e pela presença de dor. Todos os pacientes foram operados sob sedação intravenosa com midazolam e anestesia local com citanest com octapressin 1%. A técnica empregada foi a de Sarner, que basicamente consiste na secção transversa da área fibrosada e anoplastia, avançado um ou mais retalhos de pele.

Dos 30 casos operados, em oito foram necessários dois retalhos e em dois foram feitos três retalhos. Nos demais um retalho foi suficiente para restabelecer o calibre e a elasticidade do canal anal. A sutura da pele à mucosa do canal anal foi feita com pontos separados com fio de catagute 000 cromado (Figs. 1, 2, e 3).

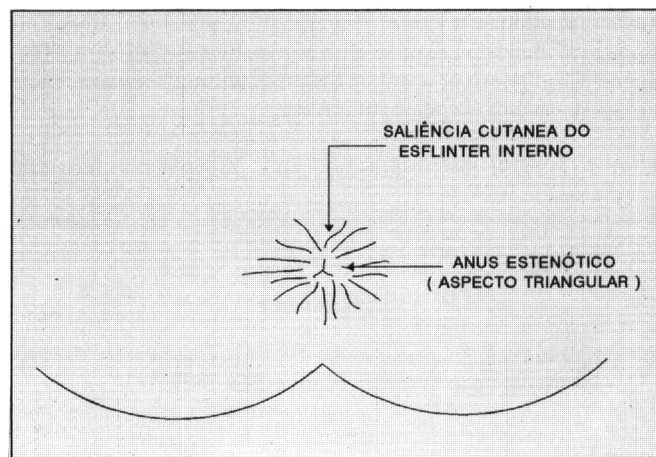


Fig. 1 - Desenho mostrando o aspecto do ânus estenótico (triangular).

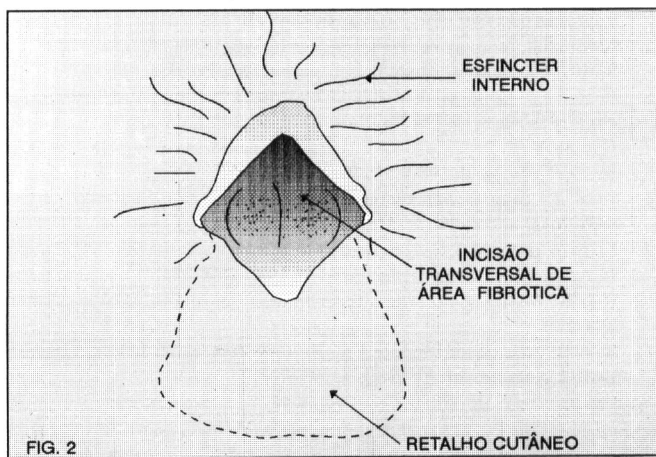


Fig. 2 - Desenho mostrando a incisão transversal da área fibrótica e as dimensões do retalho cutâneo.

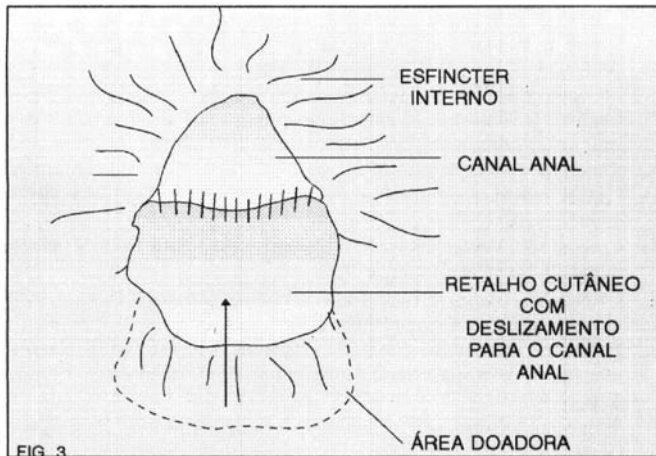


Fig. 3 - Desenho mostrando a operação de Sarnier pronta, com a sutura do retalho cutâneo à mucosa do canal anal. @

RESULTADOS

Os pacientes receberam no pós-operatório recomendação de dieta rica em fibras e medicação com a mesma finalidade, à base de mucilagem.

Observou-se alívio rápido dos sintomas de dificuldade para defecar logo no pós-operatório imediato. As principais queixas no pós-operatório foram de ardor e secreção sero-sangüinolenta, que cessaram entre as terceira e quarta semanas.

A cicatrização se completou na quarta semana de pós-operatório. O diâmetro das fezes referido pelos pacientes era semelhante ao normal, antes de terem a cirurgia que provocou a estenose.

A avaliação do diâmetro e elasticidade foi realizada em todos os pacientes, através do toque retal, realizado somente após a cicatrização completa. Não realizamos rotineiramente toque retal antes da cicatrização completa em todas as cirurgias de ânus e canal anal.

COMENTÁRIOS

Existem vários fatores que atuam na etiologia das estenoses anais pós-hemorroidectomias. Quando, durante as hemorroidectomias, as ressecções são ampliadas exageradamente, as pontes cutâneas ficam estreitas e insuficientes para garantir cicatrização normal. A técnica de Whitehead em que o anoderma é ressecado em toda a circunferência anal, leva a retração cicatricial e alta incidência de estenose^(4, 5, 7, 11, 12, 20).

Ocasionalmente, o trauma operatório leva a desvascularização e necrose das pontes cutâneas, o que agrava mais a situação. Algumas vezes desenvolve-se no pós-operatório espasmo da musculatura esfíncteriana. Pode ocorrer fibrose substituindo o espasmo, transformando a estenose funcional em orgânica, de forma permanente. Nestes casos está indicado o toque retal pós-operatório periódico.

Algumas vezes é difícil distinguir uma estenose verdadeira com tecido lesado, daquelas com espasmo esfíncteriano as-

sociadas a fissura anal. A aplicação de anestésico local reduz o espasmo secundário à fissura e não tem nenhum efeito sobre o diâmetro anal em um paciente com verdadeira estenose.

É muito importante ter certeza da etiologia da estenose para indicar a terapêutica adequada. Se o paciente não tinha sintomas antes da hemorroidectomia ou da eletrocauterização de condilomas anais, certamente é um caso que será adequadamente tratado por anoplastia.

O tratamento clínico da estenose inclui o uso de fibras vegetais e laxativos, supositórios, que na realidade não tratam a estenose e dilatações digitais ou instrumentais e enemas e suspensão do agente causal como o paracetamol. Estas medidas podem fazer com que o paciente evacue, mas nunca resolverá a causa do problema, a diminuição do diâmetro do canal anal. A dilatação pode rasgar o canal anal e esta complicação pode precipitar a necessidade de intervenção cirúrgica.

O tratamento cirúrgico clássico da estenose anal é a lise e excisão da cicatriz, sutura no sentido transversal da mucosa do canal anal à pele recobrando o esfíncter e esfíncterotomia interna lateral esquerda.

É difícil interpretar se os excelentes resultados referidos na literatura são realmente bons ou se os pacientes tinham um importante componente de espasmo associado a fissura anal.

Acreditamos, como Corman⁽⁵⁾, que o termo anoplastia deve ser limitado aos procedimentos que reconstruem o canal anal com pele nova, com deslizamento de retalhos cutâneos. Com estas operações é criado um novo canal anal, como nova sensibilidade na região. Este procedimento, com ou sem esfíncterotomia freqüentemente é necessário para corrigir um grau importante de diminuição de calibre do canal anal.

Anoplastia pode ser realizada em estenoses mínimas, simplesmente avançando um retalho de pele e suturando-o à mucosa do canal anal, após secção da área fibrosada. Algumas vezes a pele desliza até 2 ou 3 cm para dentro do canal. Nas estenoses moderadas, podem ser necessários dois retalhos de pele, um do lado direito e outro do lado esquerdo. Isto geralmente permite ampliar 50% do diâmetro do canal anal. Nas estenoses severas, que ocorrem após hemorroidectomia com técnica de Whitehead, podem ser necessários três retalhos cutâneos grandes. Sarnier⁽²⁰⁾ (1969) relatou 21 pacientes operados, usando um a quatro retalhos cutâneos para pacientes com estenose anal sintomática. Considerou satisfatórios os resultados em todos os casos. Outros autores Corman⁽⁵⁾ (1996) e Ferguson e col.⁽⁷⁾ (1959) e Pearl e col.⁽¹⁶⁾ (1990) e Habr-Gama⁽¹¹⁾ (1980) apresentaram resultados igualmente satisfatórios.

Uma interessante operação foi descrita por Freeman⁽⁸⁾ para o tratamento da estenose anal em homens, utilizando a pele de prepúcio para realizar a anoplastia. Este procedimento obviamente depende da viabilidade do prepúcio para ser usado como enxerto no canal anal.

Não existem estudos controlados comparando as vantagens e desvantagens das várias técnicas da anoplastia, todavia nenhum dos autores refere o retorno dos sintomas em seus casos^(1-3, 9, 10, 13-15, 17-19). Na experiência de Corman⁽⁵⁾ (1966) em mais de 300 anoplastias, nenhum paciente deixou de apre-

sentar melhora, todavia os métodos descritos para reconstrução plástica do canal anal com deslizamentos de pele podem ser empregados somente em casos selecionados. Nossos resultados são igualmente satisfatórios. Alguns cuidados técnicos na preparação dos retalhos de pele são essenciais para obtenção de bons resultados^(5, 11). Assim, o retalho deve ter pelo menos 1,5 cm de largura, para manter a irrigação e prevenir a necrose; dissecação cuidadosa e suficiente para que o retalho deslize para dentro do canal anal; a sutura cutâneo mucosa deve ser delicada e sem tensão; a hemostasia deve ser cuidadosa para não termos edema ou hematomas no pós-operatório. A operação de Sarner permite a confecção de até quatro retalhos, um anterior, um posterior e dois laterais. Dos 30 casos por nós operados, em oito foram necessários dois retalhos e em dois foram feitos três retalhos. Nos demais apenas um retalho foi suficiente para restabelecer o calibre e a elasticidade do canal anal.

Acreditamos que a sua indicação rotineira em hemorroidectomias não complicadas, cirurgia de fissuras anais, ou reparo de fístula como recomendam Pino e col.⁽⁶⁾ (1966) é inadequada. Todavia, quando existe estenose anal, a anoplastia está indicada e tem grande chance de dar excelentes resultados.

Os bons resultados verificados nesta casuística demonstram que a indicação de anoplastia foi correta, que a técnica de Sarner atende perfeitamente à maioria dos casos de estenose anal e que é perfeitamente possível a sua realização em regime ambulatorial com sedação intravenosa e anestesia local.

MEDEIROS RR - Anal stenosis. Analysis of the 30 cases.

SUMMARY: Anal stenosis is still a practic problem in coloproctology. The authors present 30 cases of anal stenosis operated on between 1976 and 1995, using anoplasty as proposed by Sarner. It has been noted that the best of results is related to the good indication for the surgery and the correct use of the technique. Also is pointed out the possibility to perform this operation on ambulatory basis under local anesthesia.

KEY WORDS: anal stenosis; Sarner surgery; anoplasty

REFERÊNCIAS

1. Angelchik PD, Harms BA, Starling JR. Repair of anal stricture and mucosal ectropion with Y-V or pedicle flap anoplasty. *Am J Surg* 1993; 166: 55.
2. Caplin DA, Kodner IJ. Repair of anal stricture and mucosal ectropion by simple flap procedures. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 92.
3. Christensen MA, Pitsch RM Jr., Call RL, Blatchford GJ, Thorson AG. "House" advancement pedicle flap for anal stenosis. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 201.
4. Corman ML, Veidenheimer MC, Collier JA. Anoplasty for anal stricture. *Surg Clin North Am* 1976; 56: 727.
5. Corman ML. Anoplasty for stenosis. VII Annual Colorectal Disease in 1996 - Cleveland Clinic Florida 1996; 657.
6. Del Pino A, Nelson RL, Pearl RK, Abcarian H. Island flap anoplasty for treatment of transsphincteric fistula-in-ano. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 224.
7. Ferguson JA. Repair of "Whitehead deformity" of the anus. *Surg Gynecol Obstet* 1959; 108: 115.
8. Freeman, apud Corman ML. Anoplasty for stenosis. VII Annual Colorectal Disease in 1996 - Cleveland Clinic Florida 657: 1996.
9. Gingold BS, Arvanitis M. Y-V anoplasty for treatment of anal stricture. *Surg Gynecol obstet* 1986; 162: 241.
10. Gonzalez AR, De Oliveira O Jr., Verzaro R et al. Anoplasty for stenosis and anorectal defects. *Am Surg* 1995; 61: 526.
11. Habr-Gama A, Alves PRA, Corsi A, Jatobá P, Teixeira MG, D'Albuquerque LAC, Gama-Rodrigues JJ. Plástica da estenose anal pós-hemorroidectomia. *Revta Ass Med Brasil* 1980; 26(3): 100.
12. Khubchandani IT. Mucosal advancement anoplasty. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 194-196.
13. Malgieri JA. Anoplasty to correct anal stricture. *Dis Colon Rectum* 1961; 4: 289.
14. Milson JW, Mazier WP. Classification and management of postsurgical anal stenosis. *Surg Gynecol Obstet* 1986; 163: 60.
15. Oh C, Zinberg J. Anoplasty for anal stricture. *Dis Colon Rectum* 1982; 25: 809.
16. Pearl RK, Hooks VH III, Abcarian H, et al. Island flap anoplasty for the treatment of anal stricture and mucosal ectropion. *Dis Colon Rectum* 1990; 33: 581.
17. Pidala MJ, Slezak FA, Porter JA. Island flap anoplasty for anal canal stenosis and mucosal ectropion. *Am Surg* 1994; 60: 194.
18. Rand AA. The sliding skin-flap graft operation for hemorrhoids: A modification of the Whitehead procedure. *Dis Colon Rectum* 1969; 12: 265.
19. Rosen L. Anoplasty. *Surgical Clinics of North America* 1988; 68: 1441.
20. Sarner JB. Plastic relief of anal stenosis. *Dis Colon Rectum* 1969; 12: 277.

Endereço para correspondência:

Raul Raposo de Medeiros
Rua Coronel Silva Telles, 423
13024-000 - Campinas - SP