

HEMORROIDECTOMIA FECHADA SUBDÉRMICA COMBINADA COM LIGADURA ESCALONADA

EDNA DELABIO FERRAZ - FSBCP
JOÃO DE AGUIAR PUPO NETO - TSBCP
DOMINGOS LOURENÇO PENNA LACOMBE - ASBCP

FERRAZ ED, PUPO NETO JA & LACOMBE DLP - Hemorroidectomia fechada subdérmica combinada com ligadura escalonada.
Rev bras Coloproct, 1999; 19(3): 196-201

RESUMO: É descrita uma variante técnica de hemorroidectomia fechada para o tratamento de hemorróidas mistas. Nesta, a síntese da ferida, após excisão do componente externo, é realizada com uma sutura subdérmica. Os autores chamam a atenção para as vantagens deste fechamento em permitir drenagem da ferida, alcançando os mesmos benefícios, em termos de redução do tempo de cicatrização, que as técnicas fechadas já consagradas. No tratamento dos mamilos internos, associam a "sutura escalonada" (à Obando ou à Farag), sem a excisão dos mesmos, o que tem demonstrado ser de fácil execução. Comentam que a observação clínica dos interessantes resultados, em 50 primeiros casos operados, desde agosto de 1998, motivaram um estudo prospectivo randomizado, no Serviço de Proctologia do H.U. Clementino Fraga Filho - UFRJ.

UNITERMOS: hemorróidas, cirurgia; hemorroidectomia; técnica fechada; síntese

Alusões de toda ordem, inclusive religiosas, são identificadas nas pesquisas sobre a doença hemorroidária, traduzindo o grande temor que a patologia sempre representou para o homem através da história.

Exemplos disto podem ser encontrados nas versões do Velho Testamento⁽¹²⁾, que sugerem conotações tanto punitivas quanto contagiosas à doença hemorroidária. Narrada como uma praga divina imposta ao povo filisteu - "...e a mão do senhor feriu os homens daquela cidade, desde os grandes até os pequenos, com hemorróidas (emerods) nas partes secretas..." (Samuel I, 5:6-9) foi, recentemente, interpretada por Dirckx⁽⁶⁾ como um provável surto de esquistossomose, como razão epidemiológica para esta "praga bíblica".

Outros registros evidenciam um teor místico a respeito da doença, como os da Europa Antiga, onde São Fiacre (600 d.C.) criou fama como o "protetor dos sofrendores de hemorróidas", daí derivando o popular Le mal de St. Phiacre⁽¹³⁾.

Seu tratamento foi alvo de diversos escritos, desde a era pré-cristã, quando Hipócrates, entre outros, já praticava técnicas de ligadura, cauterização e excisão^(11, 12, 13).

Ao final do século XX, o médico proctologista é detentor de um leque de opções terapêuticas não-cirúrgicas, em que se

destaca a consagrada ligadura elástica. No entanto, a cirurgia da doença hemorroidária, quando necessária, constitui o calcanhar de Aquiles da especialidade pela reputação aflitiva de causar dor aterrorizante e prolongado tempo de recuperação.

A evolução das modificações cirúrgicas propostas, em resumo, podem ser categorizadas em duas linhas básicas de conceito tático: a) as que empregam uma ferida de drenagem externa (abertas), sob o argumento de proteger o resultado contra a ocorrência de complicações sépticas; e b) as que aplicam a síntese de toda a mucosa e anoderma (fechadas), objetivando a redução do tempo de cicatrização.

Na virada do século passado a técnica de Whitehead (Manchester, 1887) caiu em descrédito^(11, 13), por induzir à formação de estenose e incontinência com a resultante fibrose do canal anal. Milligan e Morgan (1937) ganharam notoriedade na Grã-Bretanha por defenderem a ligadura baixa, preservando o revestimento mucoso do canal anal, e com isto, tentando evitar a estenose.

Buscando um meio termo entre as duas técnicas (abertas e fechadas), alguns autores sugeriram técnicas "semi-fechadas".

Fidel Ruiz-Moreno (1971), modificou a técnica de Milligan e Morgan propondo a redução da dimensão da ferida externa, através da marsupialização das bordas com ponto Connel.

Trabalho realizado no Serviço de Proctologia do HUCFF - UFRJ - Rio de Janeiro.

Reis Neto (1974), empregou a modificação proposta por Fidel Ruiz-Moreno associada à "plicatura" de Obando, ao tratar o mamilo interno, e seus resultados revelaram menor período de cicatrização e menor sintomatologia dolorosa⁽²¹⁾. Obando (1966) havia sugerido esta sutura dos mamilos internos, ao empregar a técnica aberta proposta pelos ingleses Milligan e Morgan, quando se tratasse de mamilos internos volumosos e objetivando evitar a estenose^(10, 13, 16, 18, 19, 21). Farag (1978), do Egito, propôs tratar os mamilos internos, de forma muito semelhante à plicatura de Obando, posteriormente chamada de "ligadura escalonada", pelo uruguaio Estefan e colab. 1981.

Quanto à técnica fechada, foi Ferguson (1959) quem mais a divulgou, ganhando a simpatia dos norte-americanos. Khubchandani⁽¹⁴⁾ a modificou, adicionando a esfínterectomia interna ao procedimento (excluídos os idosos).

Diversos autores têm publicado estudos comparativos entre as técnicas abertas e fechadas. O emprego da técnica fechada vem revelando incidência mínima de complicações^(3, 14, 20), além de animadores resultados quanto ao tempo de cicatrização associado a maior conforto pós-operatório^(3, 20, 24). Menor secreção e prurido, além de reduzida necessidade quanto aos cuidados locais, são referidos como vantagens adicionais no emprego desta^(5, 14, 20). Nahas, Habr-Gama e colab⁽¹⁷⁾ chamam a atenção para redução do tecido fibrótico no anoderma e a possível influência benéfica deste fator sobre preservação da continência anal, quando empregada a técnica fechada.

As vantagens relatadas no emprego da técnica fechada^(3, 5, 9, 14, 20, 24) e a praticidade da ligadura escalonada^(7, 8, 18, 19, 21) no tratamento dos mamilos internos, nos motivaram a sugerir o emprego de elemento de segurança adicional, o que resultou na modificação técnica que passamos a descrever.

DESCRIÇÃO TÉCNICA

Na síntese da ferida externa empregamos uma modificação técnica a qual denominamos "Fechamento Subdérmico". A este é associado o tratamento menos cruento dos mamilos internos, da forma sugerida por Obando e por Farag, através da "sutura escalonada".

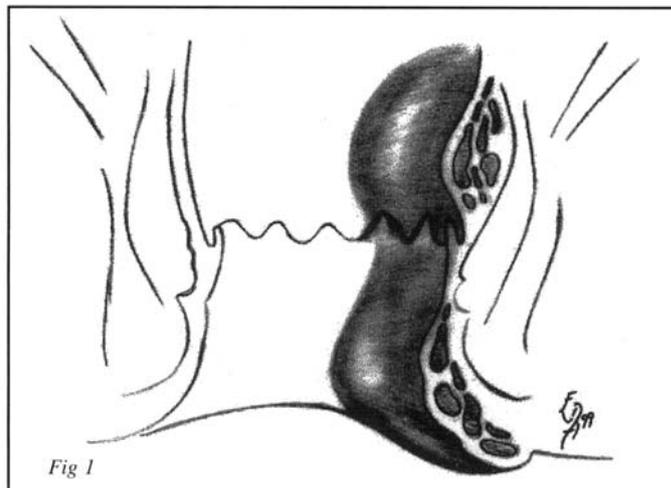
1. Seleção de pacientes

Indicamos a intervenção cirúrgica nos portadores de Hemorroidas Mistas, do primeiro ao quarto grau, ou seja, quando há presença associada de componente externo (Fig. 1).

2. Preparo pré-operatório

Anamnese dirigida e exames pré-operatórios de rotina são executados a fim de excluir doenças associadas impeditivas para a cirurgia. Os pacientes são submetidos a exame pro-

tológico completo, com retossigmoidoscopia rígida, em nível ambulatorial. São orientados para dieta com fibras. Não temos utilizado antibioticoterapia profilática de rotina.



3. Posição e anestesia na cirurgia

Adotamos a posição de litotomia forçada, conforme rotina do serviço para as cirurgias orificiais. São tomados cuidados contra a compressão das panturrilhas, através do apoio dos tornozelos em pernas acolchoadas, a fim de evitar complicações trombo-embólicas.

De acordo com o volume e extensão da doença (tempo operatório estimado), é decidido pela anestesia peridural, raqui-anestesia ou sedação venosa com benzodiazepínicos e anestesia local. A infiltração local com marcaína a 0,5% com adrenalina a 1/200.000 é feita de rotina em todos os casos.

4. Cirurgia

São realizadas a degermação, antissepsia da região perianal e colocados os campos operatórios. Procede-se à lubrificação anal com toque e dilatação suave por três minutos. Um exame minucioso do canal anal é realizado antes da introdução de um anuscópio cirúrgico tipo Faensler, o qual é posicionado para apresentar o maior dos mamilos, por onde a cirurgia é iniciada.

4.1. Tratamento do Mamilo Interno

Com uma pinça Kelly reparamos e tracionamos o ponto mais proeminente do mamilo externo (ou plicoma). Esta irá auxiliar na apresentação do mamilo, ao realizar a sutura escalonada.

Dois ou mais pontos são aplicados no mamilo interno, no eixo longitudinal do canal anal e em sentido caudo-cefálico, separados e equidistantes (0,5 cm) envolvendo apenas mucosa e submucosa. O primeiro deles deve estar cerca de 2-3 mm acima da linha pectínea (Fig. 2).

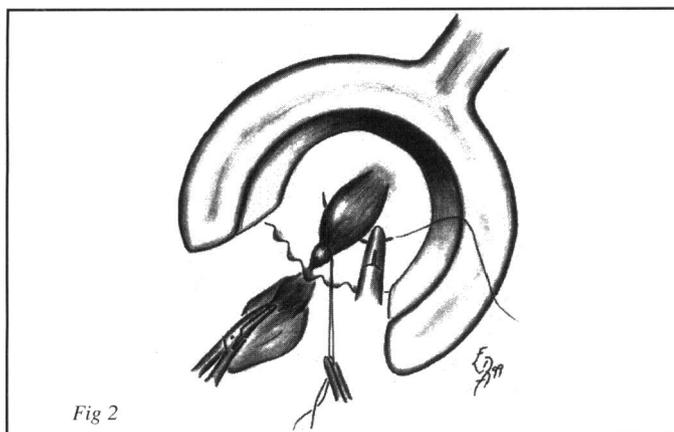


Fig 2

Em nossa rotina, temos empregado o catgut cromado-00 ou simples-0, nesta plicatura. Reparamos o primeiro ponto com uma pinça Halsted reta, de forma a auxiliar a fase posterior de ressecção e fechamento da ferida externa (Fig. 2).

4.2. Tratamento do Mamilo Externo

O tratamento da doença externa (mamilo ou plicoma) é iniciado logo após o término da plicatura de cada mamilo.

O ângulo distal da incisão é delimitado com uma pinça Kelly que irá auxiliar na tração do retalho. Uma incisão elíptica é realizada com bisturi frio, interessando a pele imediatamente abaixo da linha pectínea, até o ponto distal já previamente demarcado. Esta excisão deve ser econômica, de forma a não levar tensão ao fechamento (Fig. 3).

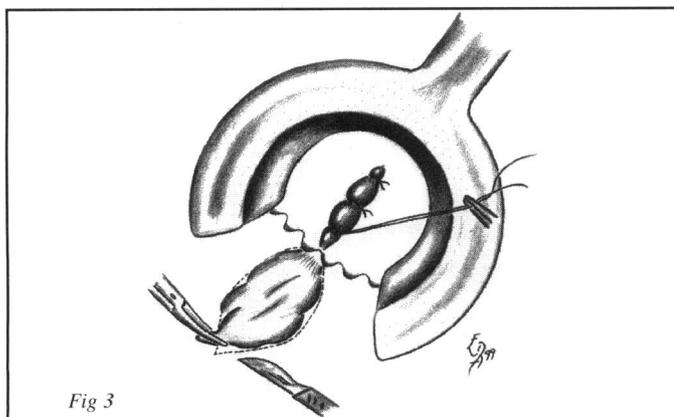


Fig 3

A ressecção deste retalho em elipse é completada com diatermia monopolar, o que inclui a excisão do plexo vascular externo subjacente, respeitando o plano esfinteriano, mas sem a necessidade de esqueletizá-lo (Fig. 4).

Após revisão da hemostasia com eletrocautério, as bordas da ferida são aproximadas com um "chuleio subdérmico" com Monocryl 4-0 ou 5-0 *. Esta síntese é iniciada em seu ângulo superior, onde é fixado com um ponto invertido e sepultamento do nó (Fig. 5).

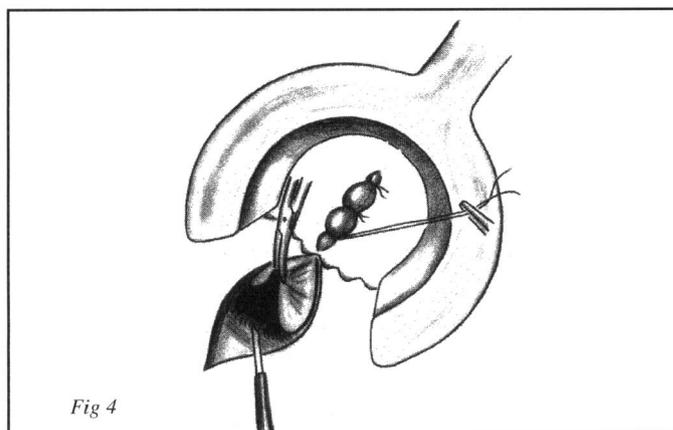


Fig 4

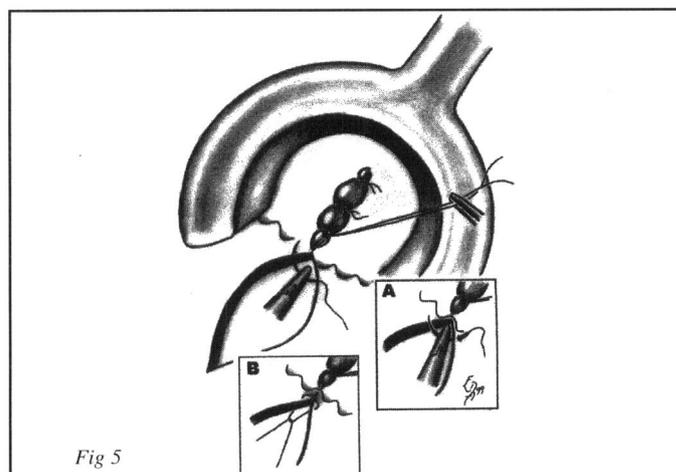


Fig 5

Partindo do ângulo proximal da ferida, o chuleio helicoidal contínuo deverá interessar apenas plano subdérmico, evitando transfixar o esfíncter. Os vasos aparentes do plexo externo, nas bordas da incisão, devem ser incluídos neste chuleio (Figs. 6A e B).

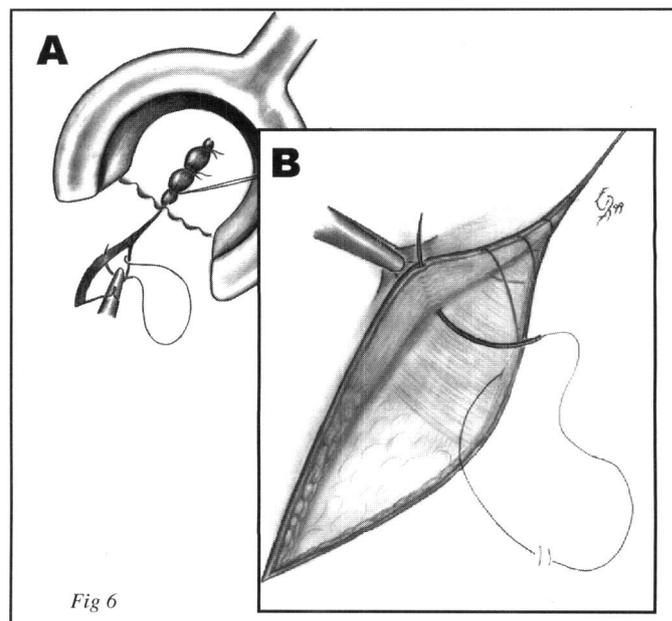


Fig 6

* Monocryl® = polyglecaprone 25 - Ethicon (Johnson & Johnson)

O encerramento do chuleio é realizado com a safda do ponto, distante da ferida cerca de 3 cm. Um nó livre, com folga de fio, completa este fechamento (**Fig. 7A**), objetivando sua retirada parcial, de forma mais fácil e menos dolorosa, no pós-operatório.

Ao final do fechamento, mucosa e submucosa do mamilo (entre os pontos de ligadura) são incisados com tesoura Metzenbaun, objetivando drenagem (**Fig. 7B**).

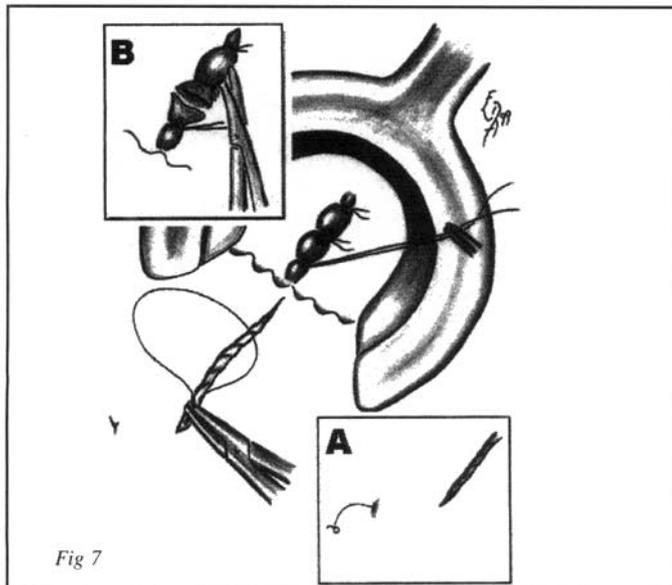


Fig 7

5. Curativo, Cuidados Pós-operatórios e Alta Hospitalar

Após limpeza do campo operatório com soro fisiológico, uma única compressa de gaze dobrada é aplicada sobre a ferida.

No primeiro dia de pós-operatório, o paciente recebe prescrição regular de Diclofenaco venoso, iniciado ao término da cirurgia. Dipirona venosa é adicionada para administração de acordo com a solicitação. Assim que possível, de acordo com a anestesia empregada, é iniciada a dieta oral rica em resíduos. Óleo mineral via oral é administrado na primeira noite de pós-operatório.

No dia seguinte à cirurgia, os pacientes recebem alta hospitalar com prescrição de dieta laxativa, além de cuidados de higiene local, antiinflamatório não hormonal e dipirona.

6. Revisão Pós-operatória

Os pacientes são examinados no ambulatório, em média, ao 7º, 15º, 30º dias e aos três meses de pós-operatório.

No sétimo dia pós-operatório (DPO) é retirado o nó externo da sutura subdérmica e avaliadas as condições da ferida. Através de tração delicada, a porção exteriorizada do fio é cortada. Nenhum toque é feito nesta primeira avaliação, sendo o exame restrito à palpação suave externa à procura de fleimão ou entumescimentos, que possam traduzir infecção das feridas. No 15º DPO o paciente é reavaliado e, havendo aspecto

cicatricial satisfatório, o paciente apenas retorna ao completar 30 dias de cirurgia quando o toque é realizado.

7. Retorno ao Trabalho e Alta Ambulatorial

No 15º DPO, havendo boa evolução da ferida, o paciente é liberado para o retorno gradual às atividades profissionais (exceção feita às atividades desportivas e profissionais que exigem esforço físico). A alta ambulatorial só é dada após revisão de 3 meses, não havendo complicações tardias.

DISCUSSÃO

Os estudos publicados sobre o emprego da técnica fechada, têm mostrado vantagens^(3, 5, 9, 14, 16, 20). Entre elas, destacamos:

- 1 - o menor tempo de cicatrização (cerca de 50% comparado com a técnica aberta)^(5, 9, 20);
- 2 - maior conforto pós-operatório (menos secreção, prurido e menor exigência de cuidados locais prolongados)^(5, 14, 20);
- 3 - menor incidência de sangramento^(9, 20);
- 4 - menor tempo de afastamento das atividades laborativas^(3, 5, 9, 20);
- 5 - risco mínimo quanto aos processos sépticos^(5, 9, 20).

A observação clínica dos 50 primeiros casos operados (desde agosto de 1998) no Serviço de Proctologia do H.U. Clementino Fraga Filho, tem apontado para uma interessante redução do tempo de recuperação e mais rápida reintegração ao trabalho, como resultado do menor tempo de cicatrização e cuidados locais necessários.

Dentre os fatores que levam à dor pós-operatória na hemorroidectomia, acredita-se que a causa mais importante deva-se à manipulação inevitável junto à linha pectínea. Nos portadores de hemorróidas mistas, seja qual for a técnica aplicada, isto resulta em espasmo esfinteriano. Reservamo-nos a comentar, nesta observação inicial, que a não transfixação do anoderma e pele perianal pode contribuir para a redução da intensidade da dor pós-operatória.

Além disto, esta síntese nos parece minimizar a exposição às complicações sépticas, é menos isquêmica aos tecidos, mais hemostática, não hermética, além de reduzir o espaço morto. Consideramos a possibilidade de manter drenagem da ferida com a síntese subdérmica (ao contrário das feridas fechadas com chuleio transfixante de pele) como elemento favorável e de segurança (**Fig 8 e Fig 9**).

Outro fato observado é que este tipo de sutura contribui para a redução dos plexos residuais entre as pontes de anoderma, especialmente nos casos de congestão externa importante.

Ao propor um fechamento com sutura subdérmica, acreditamos que o emprego de fios multifilamentares absorvíveis (ex: polyglactin-910=Vicryl®), não nos parece ser o mais indicado, pois parece levar a risco adicional de infecção⁽²⁾. O fio empregado (Monocryl®) foi escolhido pelo fato de ser

absorvível, monofilamentar e por seu fácil manuseio, havendo referências de mínima reatividade tecidual⁽²⁾. Por conta da escolha deste fio, sepultar o nó de ancoramento se faz necessário, a fim de evitar desconforto ao paciente.



Figura 8 - Paciente portador de hemorróidas mistas operado pela técnica apresentada

O tratamento dos mamilos internos, na forma de "sutura escalonada", mostrou ser de fácil execução. Vários autores vêm referindo o emprego desta técnica com entusiasmo^(7, 8, 10, 13, 17, 18, 19, 21).



Figura 9 - Resultado ao final da cirurgia. A síntese subdérmica aproxima minimizando o dano aos tecidos. Promove melhor hemostasia, reduzindo o espaço morto e permitindo o status de drenagem

Nos primeiros 50 casos, não observamos dor adicional como resultado do emprego da ligadura escalonada. Apenas duas feridas evoluíram com deiscência, até o momento. Nenhuma complicação séptica ou hemorrágica ocorreu. Temos observado um tempo médio de reintegração às atividades laborais, de 2 semanas.

Pelos motivos anteriormente expostos, iniciamos um estudo prospectivo randomizado a fim de estabelecer as melhores vantagens que a técnica pode oferecer.

FERRAZ ED, PUPO NETO JA & LACOMBE DLP -

SUMARY: Two technical variables have been usually used in doing haemorrhoidectomy, laying the wounds open or making a primary suture in the external wound. The internal piles also can be excised (Milligan, Morgan) or tied (Obando and Farag). A new technique by ligation of the internal pile and a continuous inverted intradermal suture of the wound is showed. It looks for the advantages of the sutured technique and the easiness of the ligation. The inverted suture permits some drainage of the wound and reduces the time of healing. The work shows the results of 50 patients and these observations will be analysed in a future prospective and randomized research in HUCFF^o (UFRJ, Rio de Janeiro, Brazil).

UNITERMS: haemorrhoid; haemorrhoidectomy; closed haemorrhoidectomy; pile ligation; subdermal sintesis

REFERÊNCIAS

1. Awojobi OA. Modified pile suture in the outpatient treatment of hemorrhoids. A preliminary report. Dis Colon Rectum 1983; 26(2):95-7.
2. Bezwada RS e cols. - Monocryl suture, a new ultra-pliable absorbable monofilament suture. Biomaterials 1995; 16(15):1141-8.
3. Borba MR, Sobrado Jr. CW, Sokol S. Hemorroidectomia pela técnica fechada (Técnica de Sokol). Rev Bras Colo-Proct 1997; 17(2): 98-100.
4. Barone B. Hemorroidectomia com uso de diatermia sem ligadura. Rev Goiana Med 1992; 38: 11-14.
5. Catan LB, Catan F. Hemorroidectomia: Experiência adquirida em dados comparativos entre duas técnicas operatórias. Rev Bras Colo-Proct 1985; 5(3): 155-160.
6. Dirckx JH. The biblical plague of "hemorrhoids". Am J Dermatopathol 1985; 7: 341-346.
7. Estefan A, Grezzi R, Esperon R, Cardozo T, Perez Penco E. La ligadura escalonada de las hemorroides. Nuestra experiencia. Comunicacion preliminar. Cir Urug 1981; 51(5): 436-439.
8. Farag EM. Pile Suture: a new technique for the treatment of hemorrhoids. Br J Surg 1978; 65: 293-295.
9. Ferguson JA, Heaton JR. Closed hemorrhoidectomy. Dis Colon Rectum 1959; 2: 176-179.
10. Goffi F. Técnica Cirúrgica. 1983.
11. Goligher J. Cirurgia do Ânus, Reto e Colo. 5a ed. Brasileira. São Paulo, Manole, 1990.
12. Holley CJ. History of hemorrhoidal surgery. South Med J 1946; 39: 536-541.
13. Keighley MRB, Williams NS. Cirurgia do Ânus, Reto e Colo. 1ª ed. Brasileira, São Paulo, Manole, 1988.
14. Khubchandani IT. Operative hemorrhoidectomy. Surg Clin North Am 1988; 6: 1411-1416.
15. Milligan ETC, Morgan CN, Nauton LE, Officier R. Surgical anatomy of the anal canal and the operative treatment of haemorrhoids. Lancet 1937; 2: 1119-1124.
16. Murua BA. Hemorroidectomia com la técnica de Michtell modificada. Rev Chil Cir 1991; 43(1): 18-25.
17. Nahas SC, Sobrado Jr. CW, Araújo SEA, Imperiale AR, Habr-Gama A, Pinotti HW. Resultados do tratamento cirúrgico da doença hemorroidária em 475 doentes. Rev Hosp Clín Fac Med S Paulo 1997; 53(4): 175-179.

18. Obando R. Alternativas en la técnica de la hemorroidectomia (Mesa Redonda) IX Congreso Latino-americano de Proctología. I Congreso Chileno de Colo-Proctología 1984; 52-64. Apud Murua BA
19. Obando R. Hemorróides. An ALAP 1966; 110. - apud Reis Neto JA.
20. Ramirez-Santos J, Peñalver M, Ruíz PR, Paredes W. Hemorroidectomia Abierta y hemorroidectomia cerrada: Estudio comparativo em 43 pacientes. Rev Venez Cir 1990; 43(1): 23-26.
21. Reis Neto JA, Quilici FA, Oliveira LAR, Cordeiro F. Hemorroidectomia semi-fechada. Rev Bras Colo-Proct 1988; 8(1): 25-27.
22. Ruiz-Moreno F. Hemorrhoidectomy - how to do it: semiclosed technique. Dis Colon Rectum 1977; 20: 177-182.
23. Salvati EP. Hemorrhoids (symposium). Dis Colon Rectum 1980; 23: 211-222.
24. Tagliolato Júnior L. Detalhes Técnicos na execução das hemorroidectomias. Rev bras Cir 1989; 79(2): 101-104.
25. Wippel A. Hemorroidectomia: Técnica de Milligan-Morgan ou do Hospital São Marcos. J Bras Med 1994; 66(6): 229-237.

Endereço para correspondência:

Edna Delabio Ferraz
Rua Vaz de Toledo, 204/502
20780-150 - Rio de Janeiro - RJ