

---

Brunetti Netto C, Oliveira PG, Oliveira Jr. O., Campos FGCM, Gomes da Cruz GM. - Tribuna livre: Como eu faço. **Rev bras Coloproct**, 2000; 20(2): 126-127

---

Como sempre, gostaríamos de agradecer aos nossos colegas a participação nesta seção pois, sem eles, ela não existiria. Lembramos sempre que o nosso objetivo é favorecer a participação de todos, permitindo assim que emitam suas opiniões livremente.

Além destes agradecimentos, gostaríamos de lembrar aos colegas que esta é uma **TRIBUNA LIVRE** e não há necessidade de convites para que sua opinião seja discutida. Enquanto houver distintos posicionamento dos apresentados, o tema será mantido ou retomará à discussão, porém não serão publicados os textos considerados contestatórios.

Gostaríamos ainda de solicitar aos colegas que queiram participar, que enviem sugestões de novos temas ou perguntas, bem como suas condutas nos casos discutidos.

Aqueles interessados em colaborar, manteremos sempre um canal aberto pelo **fax 019.2543839** ou **E.mail: scut@lexxa.com.br**.

---

O tema desta edição será: **“Cirurgia orificial e infecção”** e para desenvolvê-lo contaremos com a colaboração de 5 membros da nossa Sociedade:

**Dr. Carlos Brunetti (SP)**

**Dr. Paulo Gonçalves de Oliveira (DF)**

**Dr. Olival de Oliveira Jr. (PR)**

**Dr. Fábio Guilherme C.M. de Campos (SP)**

**Dr. Geraldo Magela Gomes da Cruz (MG)**

---

**1. Nas cirurgias orificiais não infectadas, hospitalar ou ambulatorialmente, você recomenda o uso de antibioticoterapia profilática ou terapêutica? Em caso afirmativo qual medicamento e posologia?**

**Dr. Carlos Brunetti** - Uso rotineiramente antibioticoprofilaxia por 12 a 24 horas com cloranfenicol ou cefoxitina conforme o caso. Nos pacientes com algum tipo de imunossupressão, utilizo antibioticoterapia por 7 a 10 dias, independente do procedimento.

**FERNANDO CORDEIRO - TSBCP**

**CARLOS BRUNETTI NETTO - TSBCP**

**PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA - TSBCP**

**OLIVAL DE OLIVEIRA JR. - TSBCP**

**FÁBIO GUILHERME C.M. DE CAMPOS - TSBCP**

**GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ - TSBCP**

**Dr. Paulo Gonçalves de Oliveira** - Não prescrevemos de rotina, recomendamos apenas em casos especiais como por exemplo pacientes portadores de próteses valvares cardíacas.

**Dr. Olival de Oliveira Jr.** - Sim, nós usamos antibioticoterapia profilática em pacientes portadores de diabetes, imunodeprimidos e com prótese valvular cardíaca, pois é sabido que aproximadamente 6% dos pacientes submetidos à cirurgia orificial desenvolvem bacteremia transitória no pós-operatório imediato. Contudo, após analisarmos um trabalho realizado pelo Serviço de Colo-Proctologia do Hospital de Clínicas da UFPR, onde um percentual bem maior de pacientes submetidos a cirurgia orificial desenvolver bacteremia transitória no pós-operatório imediato, estamos fazendo antibioticoterapia profilática em todos os indivíduos que serão submetidos à cirurgia orificial com cefalosporina de segunda geração, dois gramas na indução anestésica.

Além da questão profilática devemos lembrar que existe a questão legal do assunto.

**Dr. Fábio Guilherme C.M. de Campos** - Nas cirurgias orificiais não infectadas eu recomendo SEMPRE a utilização de antibioticoterapia profilática, tendo em vista a possibilidade, mesmo que pequena, da ocorrência de infecção de caráter grave, como a Síndrome de Fournier. Esta grave complicação está associada a fatores como má técnica cirúrgica, desnutrição, diabetes, alcoolismo e condições precárias de higiene, dentre outros. Normalmente utilizo como antibiótico de escolha a cefoxitina sódica, na dose de 1 grama por via endovenosa (dose única) 1 hora antes do procedimento cirúrgico.

**Dr. Geraldo Magela Gomes da Cruz** - Nunca.

**2. No caso de fissura anal crônica infectada, você utiliza a esfínterectomia lateral subcutânea, fissurectomia segundo a técnica de Gabriel ou outra alternativa cirúrgica? Com ou sem o uso de antibióticos?**

**Dr. Carlos Brunetti** - Não classifico a fissura anal crônica em infectada ou não, e portanto seu tratamento é seme-

lhante ao descrito na pergunta anterior ou será respondido a seguir. Nos casos de fissura anal crônica fistulizada, com ou sem abscesso, uso sim antibióticoterapia.

**Dr. Paulo Gonçalves de Oliveira** - Utilizamos esfínterectomia lateral subcutânea sem o uso de antibióticos. Se houver abscesso este deverá ser drenado.

**Dr. Olival de Oliveira Jr.** - No tratamento da fissura crônica infectada optamos pela fissurectomia com ressecção da papila anal hipertrófica e plicoma sentinela, e se necessário a ressecção da pectinose da borda inferior do esfínter interno. Não usamos esfínterectomia pois acreditamos que a hipertonia é secundária à fissura. Antibióticoterapia usamos conforme respondido na pergunta anterior.

**Dr. Fábio Guilherme C.M.de Campos** - Na fissura anal crônica infectada, utilizo a esfínterectomia lateral aberta (técnica de Parks) associada à fissurectomia, exérese do plicoma sentinela e da papila hipertrófica. Nas fissuras não infectadas, realizo somente a esfínterectomia lateral pela técnica fechada (Notaras). Nunca realizo a técnica de Gabriel (fissurectomia + esfínterectomia posterior no leito da fissura) pelo fato de que esta técnica pode levar à formação do chamado “ânus em buraco de fechadura” (*keyhole deformity*), deformidade associada a maior ocorrência de escapes fecais no pós-operatório. Como em todas as cirurgias orificiais, utilizo antibióticoterapia profilática conforme relatado anteriormente.

**Dr. Geraldo Magela Gomes da Cruz** - Realizo esfínterectomia lateral subcutânea sem antibióticoterapia.

**3. Em pacientes portadores de abscesso perianal associado com enfermidade hemorroidária com grandes prolapsos, você realiza um procedimento por ato operatório, ou os dois associados no mesmo procedimento? Utiliza antibióticoterapia?**

**Dr. Carlos Brunetti** - Em pacientes com abscesso perianal procuro tratar em primeira instância o abscesso e se localizável o trajeto fistuloso. Normalmente não trato a doença hemorroidária neste mesmo tempo afim de evitar a abertura de novas portas de entrada. Sempre com antibióticoterapia por 7 a 10 dias, variando entre cloranfenicol, cefoxitina, ciprofloxacina e flagyl, conforme o caso.

**Dr. Paulo Gonçalves de Oliveira** - O abscesso deverá ser drenado em caráter de urgência, eventualmente com fistulotomia primária, enquanto o tratamento das

hemorroidas será realizado eletivamente. Utilizamos antibióticos no tratamento de abscessos anorretais apenas quando o paciente apresenta sinais locais de extensa celulite e a síndrome da resposta inflamatória sistêmica, com leucocitose, febre e taquicardia. As exceções seriam alguns casos como imunodeficiências e portadores de próteses valvares cardíacas em que utilizamos antibióticoterapia de rotina.

**Dr. Olival de Oliveira Jr.** - Se o abscesso for superficial e pequeno, faço os dois procedimentos no mesmo ato cirúrgico; caso seja um abscesso grande, supra-elevador, isquirretal, inter-esfínteriano minha escolha cirúrgica é tratar o abscesso antes e tratar a doença hemorroidária em outro ato operatório. Utiliza antibióticoterapia profilática como já descrito.

**Dr. Fábio Guilherme C.M. de Campos** - Nos abscessos infectados com grande prolapso hemorroidário, costumo tratar as duas enfermidades no mesmo ato operatório, principalmente nos abscessos superficiais. Realizando-se a hemorroidectomia simultaneamente (neste caso específico pela técnica de Milligan-Morgan -aberta, ao contrário do que faço normalmente no tratamento da doença hemorroidária, que é a técnica de Ferguson -fechada), poderemos eventualmente expor a cripta infectada (ou o orifício interno de origem do abscesso), facilitando a drenagem da sépsis ano-retal. Em pacientes com abscesso, utilizo antibióticoterapia terapêutica com cefoxitina ou metronidazol associado a aminoglicosídeo. Entretanto, nos abscessos profundos com provável comprometimento esfínteriano, ou quando há repercussão sistêmica do foco infeccioso, nunca realizo hemorroidectomia simultaneamente.

**Dr. Geraldo Magela Gomes da Cruz** - Realizamos um procedimento por ato operatório com uma única dose peroperatória de antibiótico (lg.de Metronidazol e 120 mg.de aminoglicosídeo IV).

**4. Caso você realize procedimentos outros no tratamento da enfermidade hemorroidária como crio-hemorroidectomia, infrared ou esclerose, você faz uso de antibióticoterapia profilática?**

**Dr. Carlos Brunetti** - Utilizo a ligadura elástica e o Infrared, e não tenho nunca associado antibióticos ao procedimento.

**Dr. Paulo Gonçalves de Oliveira** - Utilizamos como método não cirúrgico a ligadura elástica e não utilizamos antibióticoprofilaxia via de regra.

**Dr. Olival de Oliveira Jr.** - Nós como tratamento não cirúrgico da doença hemorroidária usamos a ligadura elástica e não utilizamos antibióticos de rotina.

**Dr. Fábio Guilherme C.M.de Campos** - Dos procedimentos citados, utilizo somente o infrared nas hemorróidas internas graus I e II, e nesses casos não utilizo antibióticos.

**Dr. Geraldo Magela Gomes da Cruz** - Novamente nunca. 5. Comentários adicionais?

**Dr. Paulo Gonçalves de Oliveira** - Utilizamos antibióticos apenas, basicamente, nos casos em que o paciente apresenta a chamada síndrome da resposta inflamatória sistêmica. Estamos, entretanto, interessados em avaliar o uso de metronidazol no pós-operatório de hemorroidectomias com a finalidade de reduzir a dor

pós-operatória, conforme estudo publicado na revista Lancet em 1999.

**Dr. Fábio Guilherme C.M.de Campos** - Gostaria de enfatizar que o tratamento cirúrgico das principais doenças ano-retais depende das características específicas de cada caso, não havendo uma regra geral. As repercussões de uma cirurgia mal conduzida poderão ser graves, variando da recidiva ou piora da doença em questão até a ocorrência de incontinência fecal de variados graus. Assim, cabe ao cirurgião conduzir o tratamento cirúrgico com base em sua experiência e em conhecimentos teóricos sólidos. Como o tema foi focado em algumas das perguntas, gostaria de enfatizar que não gosto de realizar cirurgias orificiais sob anestesia local ou em sistema ambulatorial, por acreditar que a segurança e o conforto do paciente e do médico são maiores em pacientes internados, operados sob bloqueio.

---

Esta rodada de perguntas e respostas encerra esta seção da **TRIBUNA LIVRE: COMO EU FAÇO**. Agradecemos novamente a inestimável colaboração dos colegas que prontamente responderam à nossa solicitação e tornaram possível a realização de mais uma tribuna.

Este tema é amplo e nossa intenção é a de dar um rápido enfoque do tratamento da enfermidade em vários locais alcançados por nossa Sociedade.

Se você tem alguma opinião divergente ou gostaria de completar aquilo que foi aqui referido, escreva-nos.

Gostaríamos de ter sua participação efetiva independente de sua titulação dentro da sociedade e mais uma vez agradecer àqueles que de maneira tão rápida, gentil e extremamente concisa colaboraram para manter acesa conosco a chama desta TRIBUNA.

Novamente, o nosso fax é: (19) 254-3839 e E.mail:scut@lexxa.com.br. Participe.

*Fernando Cordeiro*

---