
ESTENOSE ANAL PÓS-HEMORROIDECTOMIA COM INDICAÇÃO CIRÚRGICA – EXPERIÊNCIA 75 CASOS

GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ - TSBCP
RENATA MAGALI RIBEIRO SILLUZIO FERREIRA - FSBCP
PETERSON MARTINS NEVES

CRUZ GMG, FERREIRA RMRS, NEVES PM. Estenose Anal Pós-Hemorroidectomia com Indicação Cirúrgica – Experiência 75 Casos. *Rev bras Coloproct*, 2004;24(1):20-32.

RESUMO : O autor apresenta uma casuística de 34.000 pacientes em consulta proctológica, dos quais 9.289 eram portadores de hemorróidas, 2417 dos quais submetem-se à hemorroidectomia, decorrendo 44 casos de estenose anal, aos quais foram acrescentados outros 31 casos de estenose pós-hemorroidectomia de pacientes operados em outros serviços, totalizando 75 casos de estenose anal. O autor estuda os 75 casos de estenose, analisando-os sob os seguintes prismas: incidência, sexo, idade, sintomas, exame proctológico, tempo decorrido entre a hemorroidectomia e o diagnóstico da estenose e o ato cirúrgico corretivo, as técnicas cirúrgicas corretivas usadas e os resultados obtidos.

A opção pelo tratamento cirúrgico das hemorróidas foi de 26,0%, mais comum entre mulheres (55,0%), com a média etária de 41,3 anos. A incidência de estenose anal pós-hemorroidectomia de indicação cirúrgica foi de 1,8%, mais comum entre as mulheres (2,0%) que entre os homens (1,6), com média etária de cirurgia corretiva de 37,3 anos. O exame proctológico revelou ausência de hipertonia anal em 72,0% e ausência de fissura anal em 66,0%, sendo de 72,0% a incidência da forma anatômica de estenose anular. A cirurgia corretiva de estenose mais usada foi a anotomia com e sem esfínterectomia (90,8%), tendo sido de 5,3% o índice de recidiva, independente da técnica cirúrgica usada para correção.

Os resultados de nossa casuística foram comparados com os disponíveis na literatura.

Unitermos: Estenose anal pós-hemorroidectomia; estenose anal; hemorroidectomia; complicações de cirurgia anal.

INTRODUÇÃO

CONCEITO: A estenose anal (EA) é uma das mais desagradáveis complicações da cirurgia anal ou de doenças anais. Entre as primeiras destacam-se as hemorroidectomias, as fissurectomias, as fistulectomias, as ressecções de tumores e condilomas anais e as eletrocauterizações extensas; e entre as segundas merecem citações os tumores, as doenças anais inflamatórias, a doença de Crohn anoperineal, as anomalias congênitas como anus imperfurado e anus ectópico, o uso abusivo de laxativos ou supositórios de paracetamol, as doenças sexualmente transmissíveis como o linfogranuloma venéreo e traumas. Este trabalho enfoca apenas as estenoses anais (EA) pós-hemorroidectomia (EAPH) com indicação cirúrgica (EAPHIC), deixando-se de lado as EA genéricas e as EAPH de indicação de tratamento clínico.

FISIOPATOLOGIA DAS EAPHIC: Há vários fatores que facilitam o desenvolvimento da EAPH, merecendo destaque os seguintes: (a) ressecções de mamilos muito ampliadas com pontes cutâneas estreitas gerando um leito cicatricial amplo, dificultando uma cicatrização normal; (b) dissecação subcutânea de esvaziamento com sofrimento das pontes cutâneas; (c) ressecções circunferenciais totais do anoderma com retração cicatricial (Técnica de Whitehead); (d) trauma operatório leva a desvascularização e necrose das pontes cutâneas, ampliando o leito cicatricial, levando à retração e estenose anal; e (e) espasmo esfínteriano pós-operatório, com fibrose substituindo o espasmo, transformando a estenose funcional em orgânica, de forma permanente.

SINTOMATOLOGIA: Os principais sintomas que os pacientes com EAPH – considerada a realização recente da operação – apresentam são a dificuldade e a dor anal aguda para defecar, dos quais resultam outros sintomas secundários, como sangramento nas fezes, diminuição do calibre das fezes, cólicas abdominais, constipação intestinal, puxos, sensação de evacuação

Trabalho realizado no Serviço de Coloproctologia da Santa Casa de Belo Horizonte e Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.

incompleta, mamilo anal sentinela ou mamilo de Brodie, pressão retal e medo do ato defecatório, fato este que agrava todos os outros sintomas. O medo e a dor levam ao espasmo esfínteriano e induzem o paciente a usar laxativos ou enemas.

EXAME PROCTOLÓGICO: Sendo doloroso ou impossível o toque retal, não há motivo para se tentar retossigmoidoscopia convencional. O exame proctológico corrobora a história clínica do paciente, egresso de uma cirurgia para hemorróidas: canal anal estreito e não elástico, sangue vivo no dedo de luva, com o toque retal muito doloroso e nem sempre permitido pelo paciente em decorrência da dor. Se o proctologista detecta uma estenose franca, com as paredes do canal anal endurecidas e deformadas, a propedêutica está finalizada. Algumas vezes é difícil distinguir uma EAPH de um espasmo esfínteriano associado ou não à fissura anal. Se há dúvidas o proctologista pode tentar dilatação com velas de calibres crescentes, progredindo com as mesmas caso note resposta positiva. Banhos quentes de assento, pomadas antiinflamatórias e analgésicas e administração de medicamentos analgésicos e relaxantes musculares, administração de óleos minerais para lubrificação das fezes, além de uma abordagem psicossomática e ouvir muito o paciente, podem ajudar, e muito, a progressão das tentativas de dilatação com velas de Hegar ou com toques retais. A anestesia local, caso tentada, não tem nenhum efeito sobre o diâmetro anal em um paciente com EAPH. A experiência do médico é extremamente importante: há uma tendência de o médico que operou o paciente de hemorróidas negar a existência da EAPH, gerando atritos entre ambos – médico e paciente – o que, não raro, leva o paciente a se indispor com o médico, transferindo-se para outro profissional que, não comprometido com o resultado da primeira cirurgia, imediatamente faz o diagnóstico correto.

CARACTERÍSTICAS ANATOMOFISIOLOGICAS DA EAPHIC: As EAPHIC apresentam-se sob cinco aspectos morfofuncionais: (a) EAPHIC com hipertonia anal (HA) e sem fissura anal (FA); (b) EAPHIC com HA e com FA; (c) EAPHIC anular com FA; (d) EAPHIC anular sem FA; (e) EAPHIC tubular. Nas quatro primeiras não se caracteriza perda de tecido anodérmico, o que é a característica básica da última. É muito importante esta caracterização, pois as várias técnicas cirúrgicas descritas abordam as EAPHIC de acordo com estas características.

TRATAMENTO PREVENTIVO DA EAPH: Evitar que uma EA se forme após uma cirurgia de hemorróidas

é o mais importante e é neste fato que o médico deve se apoiar, seguindo algumas normas para o ato cirúrgico e após o ato cirúrgico.

Em relação ao ato cirúrgico, evitar ressecções muito ampliadas com pontes cutâneas muito estreitas; deixar apenas 1 ou 2 pontes cutâneas; deixar leito cicatricial de ressecção de mamilo muito amplo; evitar leitos cicatriciais profundos que podem desvascularizar as pontes cutâneas necrosando-as; dissecação subcutânea de esvaziamento vascular com sofrimento das pontes cutâneas; excessos de ligaduras e cauterizações; ressecções circunferenciais do anoderma com retração cicatricial (Whitehead); estabelecimento de espasmo que origina fibrose com conseqüente estenose orgânica.

Em relação ao pós-operatório, acompanhar adequadamente o paciente até completa cicatrização dos leitos cruentos, ouvindo-o, trocando idéias sobre seus medos e preocupações e fazendo dilatações sempre que necessárias.

TRATAMENTO CLÍNICO DA EAPH: Todos os fatos considerados no tratamento preventivo devem ser incluídos, sobretudo o acompanhamento do paciente, tanto sob o ponto de vista da cirurgia – o ânus – quanto o paciente como um todo, devendo o médico tomar imediatas providências terapêuticas aos primeiros sinais de EAPH: persistência de dor e dificuldade excessivas para defecar, afilamento das fezes e toque retal pós-operatório dificultado, seja por espasmo esfínteriano (hipertonia anal) seja pela diminuição do calibre do canal anal (EAPH). Em ambos os casos três áreas devem ser abordadas: o paciente enquanto pessoa, os cuidados com o funcionamento intestinal e os cuidados locais.

Em relação ao paciente o médico deve conhecê-lo bem: idade, personalidade, condições econômicas e profissionais, perfil psicológico, estados fisiológicos, vivências de fatos incompatíveis com a cirurgia, etc., evitando que problemas particulares sejam canalizados para a parte orgânica; deve o médico evitar operar o paciente quando considerar que o momento não é oportuno. Em relação aos medos e receios do paciente, ouvir tudo com a maior atenção, pois atrás de um medo ou um receio pode estar escondido um fato médico a ser considerado, incluindo-se neste eixo o relato de ocorrência de estenose anal em um parente próximo, que pode levar a se pensar, e.g., em distúrbios de cicatrização ou metabólicos. Havendo necessidade, podem ser introduzidos ansiolíticos e antidepressivos.

Em relação ao funcionamento intestinal devem ser evitados tanto meios que prendam o intestino quanto

os que o soltam, pois tanto fezes ressecadas quanto fezes liquefeitas prejudicam uma cicatrização fisiológica, as primeiras pelo trauma físico e as segundas pelo trauma químico da acidez. Além da dieta e da administração de fibras naturais e sintéticas, podem ser administrados oleaginosos, agentes higroscópicos e umectantes, além da aplicação de supositórios e mesmo pequenos clisteres visando facilitar o ato defecatório.

Em relação ao ânus o paciente deve ser visto com frequência, sendo a passagem de velas e toques retais o ponto crucial do tratamento não cirúrgico, e é, a partir das observações do médico no tocante a estas duas manobras, que a EA seguida pelo profissional pode ser caracterizada como uma EAPHIC. Quanto mais cedo o médico chegar à conclusão de que a EAPH é uma EAPHIC, tanto mais precocemente deve conversar com o paciente, colocando-o ao par da necessidade de uma intervenção cirúrgica. Esta comunicação deve ser permeada de segurança, cordialidade e disposição de resolver o problema o quanto antes. O paciente está pronto e receptivo ao ato de coragem e de respeito do médico ao reconhecer uma complicação. Todavia, fato contrário – prolongar o sofrimento do paciente com toques e velas, assegurando a ele que está melhorando – somente trará revolta e desconfiança do paciente em relação ao médico. A otimização da relação médico-paciente é fundamental para que a confiança e o respeito não sofram abalo, o que certamente levará o paciente a procurar outro profissional.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA EAPHIC: As EAPHIC totalmente estabelecidas e que se enquadram nas características mencionadas anteriormente por implicarem em perdas acentuadas de tecido cutâneo-mucoso do canal anal – anoderma –, somente respondem aos convenientes tratamentos cirúrgicos, sendo vãs quaisquer tentativas de abordagens clínicas ou através de manobras de dilatação.

Finalidades da cirurgia corretiva de EAPHIC: As várias técnicas disponíveis para abordagem das EAPH têm como escopo:

- (a) aumentar o diâmetro do canal anal;
- (b) aumentar a elasticidade do canal anal, facilitando a defecação e mantendo a continência;
- (c) remover a lesão fissuróide calosa (se presente) e que impede a elasticidade;
- (d) evitar a recidiva da estenose através da cobertura mucosa e/ou cutânea sobre a área operada e cuidados pós-operatórios.

Extensões do ato cirúrgico: Fazer ou não preparo intestinal; internar ou não o paciente na véspera ou no momento da cirurgia; realizar anestesia de bloqueio, local com ou sem analgesia; adotar posição em canivete, ginecológica, de Lloyd-Davies ou lateral de Sims; fazer ou não antibioticoterapia, curativa ou profilática, parenteral ou oral; quando começar as dilatações pós-operatórias, com toques digitais ou velas e por quanto tempo; são questões sem resposta unívoca.

Técnicas cirúrgicas racionalizadas para abordagem das EAPH: São as seguintes as técnicas cirúrgicas racionalizadas para abordagem das EAPH

- (a) Anatomia simples e dupla e excisão de área de fibrose e/ou fissurectomia sem esfínterectomia: pratica-se uma incisão radial lateral no quadrante posterior desde a linha denteada até a margem anal, comprometendo toda a espessura da pele; verificando-se absoluta facilidade para se fazer o toque e anoderma suficiente, a cirurgia pode ser dada por terminada; eventualmente pode-se repetir a mesma incisão do anoderma contralateral; não havendo hipertonia anal é desnecessário fazer esfínterectomia em pacientes jovens e arriscado em pacientes multíparas e pacientes idosos – Corman (1996)⁶, Cruz (2000)⁸, Freeman (1996)¹⁰ e Mallman (2000)¹⁵, Medeiros & Coy 1999)¹⁷ e Rebel (1984)²⁴ - . É uma técnica indicada sobretudo para pacientes que apresentam estenoses semianulares ou anulares distais, que envolvem apenas a pele, não adentrando pelo canal anal e sem hipertonia esfínteriana.
- (b) Anatomia simples e dupla e excisão de área de fibrose e/ou fissurectomia com esfínterectomia anal interna (e da porção subcutânea do esfínter externo): pratica-se uma incisão radial lateral esquerda no quadrante posterior desde a linha denteada até a margem anal, comprometendo toda a espessura da pele, fazendo-se a esfínterectomia lateral ou posterior interna até a linha denteada. A seguir pratica-se dilatação do canal anal com os dedos ou instrumentos, excisando-se o tecido fibroso, e ampliando-se a área cruenta, finalizando-se em um triângulo de base externa de mais ou menos dois centímetros – Corman (1996)⁶, Cruz (2000)⁸, Freeman (1996)¹⁰ -. Não havendo insuficiência de anoderma tornam-se desnecessárias confecções de retalhos cutâneos, dando-se a cirurgia por terminada. É uma técnica indicada sobretudo para pacientes que apresentam estenoses semianulares ou anulares distais, que

envolvem apenas a pele, não adentrando pelo canal anal associadas à hipertonia esfinteriana.

- (c) Anoplastia com retalho cutâneo: Várias técnicas foram descritas, entre estas podemos citar: plástica em S de Ferguson (1959)⁹; retalho posterior de Sarner (1996)²⁸; plástica em Y-V de Ramanujan et al. (1988)²³ e Gingold & Arvanitis (1986)¹¹; plástica em C de Oh & Zinberg (1982)¹⁹; plástica com avanço de retalho de Rosen (1988)²⁵; plástica do retalho “caseiro” de Christensen et al. (1992)⁴ e Sentovich et al. (1989)³⁰; retalho em “diamante” de Caplin & Kodner (1986)³; e retalho “insular em U” de Pearl et al. (1990)²¹ e Pidala et al. (1994)²². As estenoses variam em extensão e grau, devendo-se utilizar as diferentes técnicas de acordo com as características das lesões individualizadas para cada paciente, devendo portanto o proctologista conhecer estas técnicas para aplicá-las corretamente. São técnicas indicadas sobretudo para pacientes que apresentam estenoses tubulares parciais ou totais de canal anal, casos em que certamente há insuficiência de anoderma; sendo a estenose distal o avanço de retalho em Y-V fornece suficiente pele para aliviar a estenose - Aitola et al. (1997)¹; Ramanujan et al. (1988)²³; entretanto, nos casos de estenoses proximais ou que envolvem toda a extensão do canal anal, o retalho em V não é suficiente, sendo mais indicados os retalhos retangulares, em forma de diamante ou em U, ou em outras formas semelhantes e que ensejam extremidade proximal ampla e não em vértice, promovendo melhores resultados cirúrgicos - Caplin & Kodner (1986)³; Christensen et al. (1992)⁴; Pearl et al. (1990)²¹ e Rosen (1988)²⁶.
- (d) Anoplastia com retalho mucoso, ou abaixamento mucoso: Tem por princípio: corrigir a estenose através da ressecção de tecido cicatricial e esfinterotomia; avanço mucoso de 3 a 5 cm para prevenir recorrência; e diminuição do ectrópio pelo avanço da mucosa até a margem anal - Khubchandani (1985)¹⁴. Nesta técnica faz-se uma incisão na linha média posterior, seguida da excisão do tecido cicatricial, esfinterotomia e o avanço mucoso com esfinterotomia anal lateral sob anestesia local. Promove-se a excisão do tecido cicatricial e a esfinterotomia. A esfinterotomia interna corrige a estenose, ao cobrir a porção distal com mucosa, previne-se a formação cicatricial. O ectrópio mucoso é minimizado pelo avanço até a margem anal. Dependendo da gravidade da estenose pode ser realizada bilateralmente.
- (e) Anoplastia com duplo retalho ou retalho misto ou

retalhos cutâneo e mucoso: Alguns autores preferem associar os retalhos cutâneo e o mucoso, com resultados satisfatórios - Reis Neto (1987)²⁵, Tagliolatto (1989)³¹, Wee & Joseph (1989)³². A anoplastia com duplo retalho foi proposta por Reis Neto et al. (1987)²⁵ que recomendam o formato trapezoidal com a largura mínima de um cm e dissecação criteriosa, mantendo-se a maior quantidade possível de tecido celular subcutâneo, conforme Reis Neto (1987)²⁵ e Tagliolatto (1989)³¹.

As estenoses severas determinadas por causas específicas incluindo-se doenças de Crohn, Paget, Bowen, e condilomas gigantes, podem, segundo Wee & Joseph (1989)³², necessitar de anoplastias com rotação de retalhos, tais como o podendo interno.

A complicação mais comum dos retalhos é a isquemia parcial e necrose seguida de deiscência do retalho, principalmente quando não se realizou esfinterotomia. Complicações adicionais, afirmam Aitola et al. (1997)¹ e Tagliolatto (1989)³¹ incluem hematomas, infecções da ferida operatória e infecção urinária.

Indicações cirúrgicas para diferentes casos de EAPHIC, pelo autor: Em tese são as seguintes as opções cirúrgicas para as respectivas características das EAPHIC seguidas por nós:

EAPHIC semianular com Fissura Anal sem Hipertonia Anal: Anotomia simples e excisão de área de fibrose e/ou fissurectomia sem esfinterotomia

EAPHIC anular com Fissura Anal sem Hipertonia Anal: Anotomia dupla e excisão de área de fibrose e/ou fissurectomia sem esfinterotomia

EAPHIC semianular com Fissura Anal com Hipertonia Anal: Anotomia simples e excisão de área de fibrose e/ou fissurectomia com esfinterotomia anal interna (e da porção subcutânea do esfíncter externo)

EAPHIC anular com Fissura Anal com Hipertonia Anal: Anotomia dupla e excisão de área de fibrose e/ou fissurectomia com esfinterotomia anal interna (e da porção subcutânea do esfíncter externo)

EAPHIC com carência de anoderma principalmente distal com ou sem hipertonia anal: Anoplastia com retalho cutâneo em “V” ou Y com ou sem esfinterotomia interna lateral

EAPHIC com carência de anoderma em quase toda extensão do canal anal com ou sem hipertonia anal: Anoplastia com retalhos cutâneos retangulares, com ou sem esfinterotomia interna lateral

EAPHIC com carência de anoderma principalmente proximal e em quase toda a extensão do canal anal

com ou sem hipertonia anal: Anoplastia com retalho mucoso, ou abaixamento mucoso, com ou sem esfíncterotomia

EAPHIC com carência de anoderma em toda extensão do canal anal com ou sem hipertonia anal Anoplastia com duplo retalho ou retalho misto ou retalhos cutâneo e mucoso, com ou sem esfíncterotomia

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é estudar 75 casos de pacientes que desenvolveram EAPHIC (sexo idade, sintomas, exame proctológico, tempo decorrido entre a hemorroidectomia, cirurgias corretivas, técnicas cirúrgicas empregadas e resultados obtidos) – e que foram abordados por intervenções cirúrgicas.

CASUÍSTICA – PACIENTES E MÉTODOS

No decurso de 36 anos de profissão com prática totalmente centrada em Coloproctologia, tivemos a oportunidade de formar um fichário constituído de 34.000 pacientes, tendo feito diagnóstico de hemorróidas como a doença de fundo e motivo da consulta em 9.289 pacientes (27,32%), tendo 2417 (26,0%) deles sido submetidos à hemorroidectomia por mim, sendo que 44 deles (1,8%) desenvolveram estenose anal pós-hemorroidectomia (EAPH) com indicação cirúrgica e que ficaram comigo para a correção da complicação. Ignoramos quantos pacientes podem ter desenvolvido EAPH e que simplesmente “desapareceram” do meu consultório, da mesma forma que 31 pacientes que amargaram EAPHIC decorrentes de cirurgias praticadas por outros profissionais e que me procuraram para a correção. Destarte, abordamos, no meio de 34.000 pacientes, um total de 75 portadores de EAPHIC, o que significa uma EAPHIC operada por mim a cada 6 meses de profissão O presente trabalho é uma análise dos 75 pacientes que desenvolveram EAPHIC, caracterizando-os por sexo e idade, analisando os sintomas desenvolvidos, os achados do exame proctológico, o tempo decorrido entre a hemorroidectomia e a cirurgia corretiva, as técnicas cirúrgicas empregadas e os resultados obtidos.

RESULTADOS

INCIDÊNCIA ABSOLUTA DE HEMORRÓIDA E DE EAPHIC EM 2417 HEMORROIDECTOMIAS: A incidência de doença hemorroidária como diagnóstico principal entre 34.000 pacientes foi de 27,32% (9.289 pacientes). A incidência de pacientes

submetidos à hemorroidectomia foi de 26,0% (2417 pacientes). A incidência de ocorrências de estenose anal pós-hemorroidectomia de indicação cirúrgica (EAPHIC) foi de (1,8%) (44 pacientes).

Como o tempo de exercício profissional em que foram inseridos os 34.000 pacientes foi de 38 anos, significa que o autor atendeu 894 consultas por ano, ou 74 pacientes ao mês ou 16 pacientes por semana. Significa, ainda, que o autor diagnosticou um caso de hemorróidas em cada 3,6 pacientes atendidos. Significa, ainda, que o autor praticou uma hemorroidectomia em cada 3,8 pacientes em que fez o diagnóstico de hemorróidas. E significa, finalmente, que de cada 55 pacientes operados de hemorróidas resultou uma EAPHIC como complicação.

SEXO: Foram os seguintes os achados relacionados aos pacientes operados de hemorróidas e os que desenvolveram a EAPHIC:

INCIDÊNCIA RELATIVA DE EAPHIC AOS 2417 PACIENTES OPERADOS PELO AUTOR:

Preponderou, de forma estatisticamente significativa, a incidência da doença hemorroidária operada entre as mulheres, com 55,0% dos casos (1330 pacientes), em comparação com os homens, que responderam com 1087 casos (45,0%) (Tabela-1). Observa-se na mesma tabela que a incidência de EAPHIC decorrente destas cirurgias foi mais elevada entre as mulheres operadas de hemorróidas (27 casos de EAPHIC em 1330 hemorroidectomias, ou seja, 2,0%) que entre os homens (17 casos de EAPHIC em 1087 hemorroidectomias, ou seja, 1,6%), para a média geral de 1,8%.

Incidência absoluta de EAPHIC relacionados aos 44 casos do autor, aos 31 casos de operados por outros profissionais e à somatória de 75 pacientes: Como se pode constatar na Tabela-2 dos 44 pacientes operados pelo autor 27 (61,4%) eram do sexo feminino e 17 do sexo masculino (38,6%); dos 31 pacientes operados por outros profissionais 17 (54,8%) eram do sexo feminino e 14 do sexo masculino (45,2%); da somatória dos 75 pacientes, 44 (58,7%) eram do sexo feminino e 31 do sexo masculino (41,4%).

IDADE: A doença hemorroidária operada foi mais comum entre pacientes da terceira (502 casos ou 20,8%), quarta (688 casos ou 28,5%) e quinta décadas (543 casos ou 22,5%), que nas demais, respondendo a primeira década com 137 pacientes (5,6%), a sexta década com 274 pacientes, a sétima década com 110 pacientes (4,5%) e a oitava década com 11 pacientes (4,5%), sendo a média etária de 41,3 anos. A EAPHIC

Tabela 1 - Incidência, por sexo, de 2417 casos de hemorroidectomia e de 44 casos de estenose anal pós-hemorroidectomia de indicação cirúrgica (EAPHIC) decorrentes.

Sexo	Hemorroidas		EAPHIC	
	N	%	N	%
Feminino	1330	55,0	27	2,0
Masculino	1087	45,0	17	1,6
Total	2417	100,0	44	1,8

Tabela 2 - Incidência absoluta, por sexo, 44 casos de EAPHIC em pacientes operados pelo autor, 31 casos de EAPHIC em pacientes operados por outros profissionais e soma dos 75 casos de EAPHIC.

Sexo	44 casos de EAPHIC em pacientes operados pelo autor		31 casos de EAPHIC em pacientes operados por outros profissionais		Soma dos 75 casos de EAPHIC	
	N	%	N	%	N	%
Feminino	27	61,4	17	54,8	44	58,7
Masculino	17	38,6	14	45,2	31	41,4
Total	44	100,0	31	100,0	75	100,0

ocorreu em 75 pacientes (3,1%), mostrando a Tabela-3 as incidências por faixas etárias: segunda década, 2,9%; terceira década, 3,8%; quarta década, 3,8%; quinta década, 2,8%; sexta década, 2,2%; sétima década, 2,0%; oitava década, 1,8%; e nona década, 0%. A média etária de incidência de EAPHIC entre os 75 pacientes foi 37,3 anos.

SINTOMAS DESENVOLVIDOS: Sem exceção todos os 75 pacientes portadores de EAPHIC apresentaram três queixas comuns: afilamento de fezes, dificuldade para defecar, dor anal às evacuações, além do achado ao exame proctológico do estreitamento anal, na maioria dos casos impossibilitando o toque retal. Sintomas secundários e corolários, como sangramento nas fezes, cólicas abdominais, constipação intestinal, puxos, sensação de evacuação incompleta, mamilo anal sentinela ou mamilo de Brodie, pressão retal e medo do ato defecatório, o uso de laxantes e enemas, constituíram sintomas apresentados aleatoriamente pela maioria dos pacientes.

ACHADOS DO EXAME PROCTOLÓGICO: O exame proctológico encontrou (Tabela-4) hipertonia anal em 21 pacientes (28,0%) que desenvolveram EAPHIC, dos quais 16 (21,3%) apresentavam fissura anal e apenas 5 (6,7%) não apresentavam a doença fissurária; enquanto isto 54 pacientes (72,0%) tinham

estenose sem hipertonia anal, mas mesmo assim, 33 deles (44,0%) apresentavam fissura anal. Ao exame proctológico, ainda, no tocante à extensão do processo estenótico, foram os seguintes os achados (Tabela-4): a grande maioria das EAPHIC – 54 casos, 72,0% era constituída de estenoses anulares, enquanto as estenoses tubulares, mais graves, responderam com 13 casos (17,3%), restando apenas 8 casos (10,7%) de estenoses semianulares.

TEMPO DECORRIDO ENTRE A HEMORROIDECTOMIA E O DIAGNÓSTICO DA EAPH:

A Tabela-5 mostra os períodos de tempo decorridos, em dezenas, entre a cirurgia para hemorroidas e o diagnóstico da EAPH – não à indicação cirúrgica -: Vê-se, na Tabela-5 que 12 pacientes (16,0%) tiveram o diagnóstico da EAPH feito antes de 10 dias após a hemorroidectomia; 33 pacientes (44,0%) entre 11 e 20 dias; 17 pacientes (22,7%) entre 21 e 30 dias; 4 pacientes (5,3%) com mais de 30 dias; sendo impossível determinar-se este período em 9 pacientes (12,0%).

TEMPO DECORRIDO ENTRE A HEMORROIDECTOMIA E A CIRURGIA CORRETIVA PARA A EAPHIC:

A Tabela-6 mostra os períodos de 30 dias (meses), o tempo decorrido entre a cirurgia para hemorroidas e a cirurgia corretiva para a EAPHIC: Vê-se na Tabela-6 que 22 pacientes (29,3%) tiveram a

Tabela 3 - Incidência, por décadas etárias, de 2417 casos de hemorróidas e de 75 casos de estenose anal pós-hemorroidectomia de indicação cirúrgica (EAPHIC).

Faixas etárias	Hemorróidas		EAPHIC	
	N	%	N	%
1 – 10	000			
11 – 20	137	5,6	04	2,9
21 – 30	502	20,8	19	3,8
31 – 40	688	28,5	26	3,8
41 – 50	543	22,5	15	2,8
51 – 60	274	11,3	06	2,2
61 – 70	152	6,3	03	2,0
71 – 80	110	4,5	02	1,8
81 – 90	011	0,5	00	
91 – 100	000			
Total	2417	100,0	75	3,1

Tabela 4 - Resultados de exame proctológico em 75 pacientes portadores de estenose anal pós-hemorroidectomia de indicação cirúrgica (EAPHIC).

EAPHIC	N	%
Com Hipertonia Anal e sem Fissura Anal	05	6,7
Com Hipertonia Anal e com Fissura Anal	16	21,3
Com Hipertonia Anal	21	28,0
Sem Hipertonia Anal e com Fissura Anal	33	44,0
Sem Hipertonia Anal e sem Fissura Anal	21	28,0
Sem Hipertonia Anal	54	72,0
Total	75	100,0

EAPHIC	N	%
Semi-anulares	08	10,7
Anulares	54	72,0
Tubulares	13	17,3
Total	75	100,0

Tabela 5 - Tempo decorrido entre a hemorroidectomia e o diagnóstico da EAPH.

Tempo decorrido	N	%
Menos de 10 dias	12	16,0
11 - 20 dias	33	44,0
21 – 30 dias	17	22,7
Mais de 30 dias	4	5,3
Ignorado	9	12,0
Total	75	100,0

Tabela 6 - Tempo decorrido entre a hemorroidectomia e a cirurgia corretiva para a EAPHIC.

Tempo decorrido	N	%
Menos de 1 mês	22	29,3
Entre 1 e 2 meses	23	30,7
Entre 2 e 3 meses	17	22,7
Mais de 3 meses	13	17,3
Ignorado	0	0
Total	75	100,0

cirurgia corretiva da EAPHIC realizada antes de 1 mês após a hemorroidectomia; 23 pacientes (30,7%) entre 1 e 2 meses; 17 pacientes (22,7%) entre 2 e 3 meses; 13 pacientes (17,3%) com mais de 3 meses. A média de dias decorridos entre a hemorroidectomia e a cirurgia corretiva para a EAPHIC foi de 56 dias, com os extremos de 18 dias e 143 dias.

TÉCNICAS CIRÚRGICAS EMPREGADAS E

RESULTADOS: A Tabela-7 mostra as várias técnicas cirúrgicas empregadas na abordagem dos 75 pacientes portadores de EAPHIC: em 12 pacientes (16,0%) foi feita anotomia simples e excisão de área de fibrose sem esfínterectomia; em 20 pacientes (26,7%), anotomia dupla e excisão de área de fibrose sem esfínterectomia; em 8 pacientes (10,7%), anotomia simples e excisão de área de fibrose com esfínterectomia anal interna (e da porção subcutânea do esfínter externo); em 14 pacientes (18,7%), anotomia dupla e excisão de área de fibrose com esfínterectomia anal interna (e da porção subcutânea do esfínter externo); em 14 pacientes (18,7%), anoplastia com retalho cutâneo em “V”; em 7 pacientes (9,2%), anoplastia com retalho cutâneo retangular; e nenhum caso de anoplastia com retalho mucoso, ou abaixamento mucoso e anoplastia com duplo retalho ou retalho misto ou retalhos cutâneo e mucoso. A mesma Tabela-7 mostra os níveis de recidiva da estenose anal relacionados às técnicas usadas: uma

recidiva (8,3%) com o uso da “anotomia simples e excisão de área de fibrose sem esfínterectomia”; duas recidivas (10,0%) com o uso da “anotomia dupla e excisão de área de fibrose sem esfínterectomia”; e uma recidiva (7,1%) com o uso da “anoplastia com retalho cutâneo em “V”; com o percentual de recidiva de 5,3% (4 pacientes em 75 operados).

DISCUSSÃO

INCIDÊNCIA ABSOLUTA DE HEMORRÓIDAS EM 34.000 PACIENTES ATENDIDOS E INCIDÊNCIA DE EAPHIC EM 2.417 HEMORROIDECTOMIAS: A incidência de doença hemorroidária como diagnóstico principal entre 34.000 pacientes foi de 27,32% (9.289 pacientes), o que fala, por si só, como hemorróidas constituem a doença mais comum em consultórios de proctologistas. A incidência de pacientes submetidos à hemorroidectomia foi de 26,0% (2.417 pacientes), certamente em decorrência de dois motivos: a possibilidade de tratamentos não cirúrgicos e o medo, por parte de muitos pacientes, pelo ato cirúrgico. A incidência de ocorrências de estenose anal pós-hemorroidectomia de indicação cirúrgica (EAPHIC) foi de (1,8%) (44 pacientes), o que mostra a segurança da cirurgia, pois esta incidência corresponde a um caso de estenose cirúrgica para cada 55 pacientes submetidos à hemorroidectomia.

Tabela 7 - Técnicas cirúrgicas empregadas na abordagem de 75 pacientes portadores de estenose anal pós-hemorroidectomia de indicação cirúrgica (EAPHIC) e recidivas.

Técnica cirúrgica	N	%	Recidiva (%)
Anotomia simples e excisão de área de fibrose e/ou fissurectomia sem esfínterectomia	12	16,0	1 (8,3)
Anotomia dupla e excisão de área de fibrose e/ou fissurectomia sem esfínterectomia	20	26,7	2 (10,0)
Anotomia simples e excisão de área de fibrose e/ou fissurectomia com esfínterectomia anal interna (e da porção subcutânea do esfínter externo)	8	10,7	0 (0)
Anotomia dupla e excisão de área de fibrose com esfínterectomia anal interna (e da porção subcutânea do esfínter externo)	14	18,7	0 (0)
Anoplastia com retalho cutâneo em “V”	14	18,7	1 (7,1)
Anoplastia com retalho cutâneo retangular	7	9,2	0 (0)
Anoplastia com retalho mucoso, ou abaixamento mucoso	0		
Anoplastia com duplo retalho ou retalho misto retalhos cutâneo e mucoso	0		
Total	75	100,0	4 (5,3)

À primeira vista estes números parecem ser exorbitantes, mas, na verdade, não são: como o tempo de exercício profissional em que foram inseridos os 34.000 pacientes foi de 38 anos, significa que o autor atendeu 894 consultas por ano, ou 74 pacientes ao mês ou 16 pacientes por semana. Significa, ainda, que o autor diagnosticou um caso de hemorróidas em cada 3,6 pacientes atendidos. Significa, ainda, que o autor operou um paciente de hemorróidas de cada 3,8 pacientes em que fez o diagnóstico, com um ritmo de 63 cirurgias ao ano ou uma hemoroidectomia por semana durante a vida profissional. E significa, finalmente, que de cada 55 pacientes operados de hemorróidas resultou uma EAPHIC como complicação, ou seja, uma estenose anal operada em cada 8,3 meses de exercício profissional.

Em sua dissertação de Mestrado, em 1986, sobre “Análise dos Resultados do Tratamento Cirúrgico da Estenose Anal Pós-Operatória”, Quilici (1986)²⁰ mostra, em uma tabela, bem elaborada, composta por vários autores, em detalhes, que a incidência média de estenose anal pós-operatória de cirurgias anais situa-se entre 3% e 12%. Como nossa casuística de estenoses anais se refere apenas às decorrentes de hemoroidectomias (1,8% ou 44 pacientes em 2417 hemoroidectomias), uma tentativa de comparação com os relatos da literatura (3% a 12% de estenoses em cirurgias orificiais) pode cair em erro grosseiro. Todavia, mesmo com tal disparidade qualitativa, nosso achado de 1,8% destoa dos relatos da literatura.

Infelizmente, desde a tese de Quilici - Quilici (1986)²⁰ - não encontramos trabalhos enfocando incidências relativas de estenoses anais decorrentes de hemoroidectomias e diversificações de técnicas corretivas de estenose usadas, embora Reis Netto - Reis Netto et al. (1987)²⁵ - informe que dos seus 115 casos de estenose anal em pacientes operados de doenças do ânus, em 107 (92,1%) a doença abordada tinha sido hemorróidas. Literalmente os trabalhos revistos referem-se ao uso de uma determinada técnica cirúrgica (e não das várias técnicas existentes, de forma a se traçarem dados comparativos), ora aplicada a um número variável de pacientes portadores de estenoses anais de várias etiologias (e não apenas cirúrgicas), ora aplicada a um número variável de estenoses anais decorrentes de várias doenças anais operadas (e não apenas de hemorróidas). Este fato dificulta um estudo comparativo de nossa casuística com a de outros autores, o que faz, em parte, com que este enfoque dado ao trabalho seja original, uma vez que ele se refere às várias técnicas cirúrgicas empregadas na abordagem terapêutica de estenoses exclusivamente decorrentes de hemoroidectomias.

SEXO: Incidência relativa de EAPHIC aos 2417 pacientes operados pelo autor: Observa-se na mesma tabela que a incidência de EAPHIC decorrente destas cirurgias foi mais elevada entre as mulheres operadas de hemorróidas (27 casos de EAPHIC em 1330 hemoroidectomias, ou seja, 2,0%) que entre os homens (17 casos de EAPHIC em 1087 hemoroidectomias, ou seja, 1,6%), para a média geral de 1,8% (Tabela-1). Não encontramos dados na literatura alusivos às incidências de estenoses pós-operatórias, relacionadas e corrigidas em relação ao número de homens e mulheres operados de hemorróidas.

INCIDÊNCIA ABSOLUTA DE EAPHIC RELACIONADOS AOS 44 CASOS DO AUTOR, AOS 31 CASOS DE OPERADOS POR OUTROS PROFISSIONAIS E À SOMATÓRIA DE 75 PACIENTES: A incidência absoluta de EAPHIC de nossa casuística inclui 44 pacientes operados pelo autor, 27 (61,4%) eram do sexo feminino e 17 do sexo masculino (38,6%); dos 31 pacientes operados por outros profissionais 17 (54,8%) eram do sexo feminino e 14 do sexo masculino (45,2%); da somatória dos 75 pacientes, 44 (58,7%) eram do sexo feminino e 31 do sexo masculino (41,4%) (Tabela-2). Literalmente todos os autores afirmam ser a estenose anal pós-operatória mais comum entre as mulheres, chegando Reis Netto - Reis Netto et al. (1987)²⁵ - a relatar 81 casos (70,4%) de mulheres e apenas 34 casos (29,6%) de homens em uma casuística de 115 pacientes portadores de estenose anal de várias causas cirúrgicas.

IDADE: A doença hemorroidária operada foi mais comum entre pacientes da terceira (502 casos ou 20,8%), quarta (688 casos ou 28,5%) e quinta décadas (543 casos ou 22,5%), que nas demais, respondendo a primeira década com 137 pacientes (5,6%), a sexta década com 274 pacientes, a sétima década com 110 pacientes (4,5%) e a oitava década com 11 pacientes (4,5%), sendo a média etária de 41,3 anos. A EAPHIC ocorreu em 75 pacientes (3,1%), mostrando a Tabela-3 as incidências por faixas etárias: segunda década, 2,9%; terceira década, 3,8%; quarta década, 3,8%; quinta década, 2,8%; sexta década, 2,2%; sétima década, 2,0%; oitava década, 1,8%; e nona década com 0%. A média etária de incidência de EAPHIC entre os 75 pacientes foi 37,3 anos. Em seus 115 pacientes portadores de estenoses anais de várias etiologias, Reis Netto - Reis Netto et al. (1987)²⁵ - afirma uma maior incidência entre 30 e 49 anos, com o mais jovem contando 19 anos e o mais idoso contando 75 anos de idade. Nossos achados diferem dos de Reis Netto - Reis

Neto et al. (1987)²⁵ - e de outros autores – Freeman & Corman (1996)¹⁰, Gonzalez et al. (1995)¹³, Medeiros & Coy (1999)¹⁷, Rasmujan et al. (1988)²³, Shouten et al. (1996)²⁹ - pois as incidências mais elevadas de nossos pacientes foram na terceira (21 a 30 anos) com 19 casos, 3,8%, e quarta décadas (31 a 40 anos) com 26 casos, 3,8%, totalizando 45 em um universo de 75, o que equivale a uma incidência absoluta de 60,0% de todos os casos de EAPHIC.

SINTOMAS DESENVOLVIDOS: Os 75 pacientes portadores de EAPHIC apresentaram três queixas comuns: afilamento de fezes, dificuldade para defecar, dor anal às evacuações, além do achado ao exame proctológico do estreitamento anal, na maioria dos casos impossibilitando o toque retal. Sintomas secundários e corolários, como sangramento nas fezes, cólicas abdominais, constipação intestinal, puxos, sensação de evacuação incompleta, mamilo anal sentinela ou mamilo de Brodie, pressão retal e medo do ato defecatório, uso de laxantes e enemas, constituíram sintomas apresentados aleatoriamente pela maioria dos pacientes. Estes achados qualitativos coincidem com os de outros autores^{10, 13, 17, 23, 29} estudados, embora que também não eles caracterizem suas amostras quantitativamente.

ACHADOS DO EXAME PROCTOLÓGICO: Como se pode ver na Tabela-4, o exame proctológico encontrou hipertonia anal em 21 pacientes (28,0%) que desenvolveram EAPHIC, dos quais 16 (21,3%) apresentavam fissura anal e apenas 5 (6,7%) não apresentavam a doença fissurária; enquanto isto 54 pacientes (72,0%) tinham estenose sem hipertonia anal, mas mesmo assim, 33 deles (44,0%) apresentavam fissura anal. Ao exame proctológico, ainda, no tocante à extensão do processo estenótico, foram os seguintes os achados (Tabela-4): a grande maioria das EAPHIC – 54 casos, 72,0% era constituída de estenoses anulares, enquanto as estenoses tubulares, mais graves, responderam com 13 casos (17,3%), restando apenas 8 casos (10,7%) de estenoses semianulares. Não encontramos, na literatura pesquisada, referências quantitativas relacionadas ao exame proctológico.

TEMPO DECORRIDO ENTRE A HEMORROIDECTOMIA E O DIAGNÓSTICO DA EAPH: Vê-se na Tabela-5 que 12 pacientes (16,0%) tiveram o diagnóstico da EAPH feito antes de 10 dias após a hemorroidectomia; 33 pacientes (44,0%) entre 11 e 20 dias; 17 pacientes (22,7%) entre 21 e 30 dias; 4

pacientes (5,3%) com mais de 30 dias; sendo impossível determinar-se este período em 9 pacientes (12,0%). Nota-se, destarte, um intervalo muito curto entre a hemorroidectomia e o diagnóstico de estenose, o que permite a concepção que esta complicação é muito precoce, ocorrendo logo após a cirurgia causadora. Não encontramos, na literatura pesquisada, referências quantitativas relacionadas a este item.

TEMPO DECORRIDO ENTRE A HEMORROIDECTOMIA E A CIRURGIA CORRETIVA PARA A EAPHIC: Vê-se na Tabela-6 que 22 pacientes (29,3%) tiveram a cirurgia corretiva da EAPHIC realizada antes de 1 mês após a hemorroidectomia; 23 pacientes (30,7%) entre 1 e 2 meses; 17 pacientes (22,7%) entre 2 e 3 meses; 13 pacientes (17,3%) com mais de 3 meses. A média de dias decorridos entre a hemorroidectomia e a cirurgia corretiva para a EAPHIC foi de 56 dias, com os extremos de 18 dias e 143 dias. Referência específica sobre este item somente vimos no trabalho de Reis Neto - Reis Neto et al. (1987)²⁵ -, que relata um período de 6 meses a 1 ano decorrido entre a primeira cirurgia anal e a cirurgia corretiva da estenose anal. Verifica-se, assim, que nossos dados discordam dos dados de Reis Neto - Reis Neto et al. (1987)²⁵ -.

TÉCNICAS CIRÚRGICAS EMPREGADAS E RESULTADOS: Como mostra a Tabela-7, em 12 pacientes (16,0%) foi feita anotomia simples e excisão de área de fibrose sem esfínterectomia; em 20 pacientes (26,7%), anotomia dupla e excisão de área de fibrose sem esfínterectomia; em 8 pacientes (10,7%), anotomia simples e excisão de área de fibrose com esfínterectomia anal interna (e da porção subcutânea do esfínter externo); em 14 pacientes (18,7%), anotomia dupla e excisão de área de fibrose com esfínterectomia anal interna (e da porção subcutânea do esfínter externo); em 14 pacientes (18,7%), anoplastia com retalho cutâneo em “V”; em 7 pacientes (9,2%), anoplastia com retalho cutâneo retangular; e nenhum caso de anoplastia com retalho mucoso, ou abaixamento mucoso e anoplastia com duplo retalho ou retalho misto ou retalhos cutâneo e mucoso. Atentando-se para os resultados dos exames proctológicos caracterizando os tipos de EAPHIC (Tabela-4) e das cirurgias executadas (Tabela-7), verifica-se que todos os 13 pacientes (17,3%) portadores de EAPHIC do tipo “tubular” foram submetidos a anoplastia com retalhos em “V” ou “retangular”; mas como estes retalhos foram executados em 21 pacientes (27,9%), conclui-se que

mais 8 pacientes foram submetidos a anoplastia com retalhos, certamente entre os 54 pacientes portadores de EAPHIC do tipo “anular”. Certamente nos 13 pacientes portadores de EAPHIC do tipo “tubular” e em 8 dos 54 portadores de EAPHIC do tipo “anular”, submetidos a anoplastia com retalhos em “V” (14 casos) e “retangular”, foi constatado, durante as cirurgias, que havia carência de anoderma, pois a finalidade dos retalhos é suprir o canal anal do tecido em falta. Não encontramos relatos na literatura de experiências de autores com EAPHIC independentemente das técnicas cirúrgicas utilizadas. Encontramos relatos de uso de uma única técnica, visando estenoses independentes das etiologias, como as anoplastias com retalhos cutâneos, como anoplastia com retalho cutâneo “em S” (Ferguson, 1959⁹), anoplastia com retalho cutâneo “de Sarner” (Sarner, 1996²⁸), anoplastia com retalho cutâneo “Y-V” (Ramanujan et al., 1988)²³ e Gingold & Arvanitis, 1986¹¹), anoplastia com retalho cutâneo em “C” (Oh & Zinberg, 1982¹⁹), anoplastia com avanço de retalho cutâneo “de Rosen” (Rosen, 1988²⁵), anoplastia com retalho cutâneo “caseiro” (Christensen et al., 1992⁴ e Sentovich et al., 1989²⁹), anoplastia com retalho cutâneo em “diamante” (Caplin & Kodner, 1986³), anoplastia com retalho cutâneo “insular em U” (Pearl et al., 1990²¹ e Pidala et al., 1994²²); as anoplastias com retalhos mucosos (Khubchandani, 1985¹⁴); e as anoplastias com retalhos cutâneo-mucosos (Reis Neto et al. 1987²⁵, Tagliolatto, 1989³⁰ e Wee & Joseph, 1989³¹); todos eles admitindo bons resultados com as técnicas de preferência de cada um. Relatam tempo de cicatrização em um período de 4 a 6 semanas, à exceção de (Reis Neto et al. 1987²⁵), que observou um tempo menor (média de 18 dias). Recidivas são assinaladas em números muito baixos, como Reis Neto et al. 1987²⁵, que informam uma única recidiva (0,8%) com os retalhos trapezóide cutâneo-mucoso em 115 pacientes portadores de estenose anal.

Os níveis de recidiva da estenose anal relacionados às técnicas usadas foram de uma recidiva (8,3%) com o uso da “anatomia simples e excisão de área de fibrose sem esfínterectomia”; duas recidivas (10,0%) com o uso da “anatomia dupla e excisão de área de fibrose sem esfínterectomia”; e uma recidiva (7,1%) com o uso da “anoplastia com retalho cutâneo em “V”; com o percentual de recidiva de 5,3% (4 pacientes em 75 operados). Da mesma forma não encontramos referências, na literatura, de níveis de recidivas em casuística não relacionada com uma única técnica.

CONCLUSÕES

A observação de nossa casuística (34.000 pacientes; 9.289 casos de hemorróidas; 2417 casos de hemorroidectomia; 75 casos de EAPHIC (estenose anal pós-hemorroidectomia de indicação cirúrgica), dos quais 44 decorrentes da casuística) permite-nos concluir que:

1. A incidência de doença hemorroidária em consultório de Coloproctologia foi de 27,32% (9.289 pacientes), e a opção pelo tratamento cirúrgico foi de 26,0% (2.417 pacientes), mais comum entre mulheres (55,0%, 1.330 pacientes) que entre homens (45,0%, 1.087 pacientes), sendo a média etária de 41,3 anos, tendo sido mais comum em pacientes da terceira (502 casos ou 20,8%), quarta (688 casos ou 28,5%) e quinta décadas (543 casos ou 22,5%).
2. A incidência de EAPHIC foi de 1,8%, tendo sido esta complicação mais comum entre as mulheres (2,0%) que entre os homens (1,6) e entre pacientes mais jovens, com média etária (37,3 anos) inferior à média etária por ocasião da hemorroidectomia (41,3 anos).
3. A EAPHIC foi mais comum em pacientes sem hipertonia anal (54 pacientes, 72,0%) e sem fissura anal (42 pacientes, 66,0%), sendo a forma anatômica de estenose anular a mais comum (54 pacientes, 72,0%).
4. O tempo decorrido entre a hemorroidectomia e o diagnóstico da EAPHIC foi inferior a um mês em 82,7% dos casos; e o tempo decorrido entre a hemorroidectomia e a cirurgia corretiva da estenose foi inferior a 3 meses em 82,7%.
5. A cirurgia corretiva mais usada foi a anatomia simples e dupla, com e sem esfínterectomia (54 casos, 72,1%), realizada em todos os casos de EAPHIC sem falta de anoderma, ou seja, em 8 casos de “semianulares” e em 46 de 54 casos de “anulares”.
6. As cirurgias corretivas de EAPHIC com falta de anoderma usadas foram a anoplastia com retalho em “V” (14 casos, 18,7%) e a anoplastia com retalho “retangular” (7 casos, 9,2%), em 13 casos de EAPHIC “tubulares” e em 8 dos 54 casos de EAPHIC “anulares”.

O índice de recidiva foi de 5,3% (3 casos), independente da técnica cirúrgica usada para correção (2 recidivas em 54 casos de anatomia e 1 recidiva em 21 casos de anoplastia com retalhos).

SUMMARY: The author had the opportunity to attend 34,000 patients being 9,289 cases of hemorrhoids, having 2,417 of them undergone hemorrhoidectomy, having 44 patients developed anal stenosis as an important complication due to the surgery. The author added 31 more cases of patients operated on by other surgeons totaling 75 cases of anal stenosis.

The main purpose of this study was to collect data concerning 75 patients who underwent surgical treatment for anal stenosis as far as gender, age, symptoms, proctologic examination, elapsing time between hemorrhoidectomy and diagnosis of stenosis and the corrective surgery for anal stenosis, surgical techniques carried out and results of the surgical treatment.

26.0% of the patients underwent surgical treatment for their hemorrhoids, mainly women (55.0%), being 41.3 years the mean age. The incidence of post hemorrhoidectomy anal stenosis requiring surgical approach was 1.8%, more common among women (2.0%) than men (1.6%) and the mean age was 37.3 years. Absence of hypertonic anal sphincter was found in proctologic examination in most of the patients (72.0%) and anal fissure was present only in 66.0% of the patients. The most used surgical procedure for anal stenosis was anotomy with and without sphincterotomy, being 5.3% the recurrence rate despite the surgical technique carried out. All data and results were analyzed and comparison with reports of several authors in the world literature was discussed.

Key words: anal stenosis, hemorrhoidectomy, anal complications

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aitola P, Hiltunen KM, Matikainen MJ. Y-V anoplasty combined with internal sphincterotomy for stenosis of the anal canal. **Eur J Surg**, 1997;163:839-842.
2. Angelchik PD, Harms BA, Starling JR. Repair of anal stricture and mucosal ectropion with Y-V or pedicle flap anoplasty. **Am J Surg**, 1993;166:55-59.
3. Caplin DA, Kodner IJ. Repair of anal stricture and mucosal ectropion by simple flap procedures. **Dis Colon Rectum**, 1986;29:92-4.
4. Christensen MA, Pitsch RM Jr, Cali RL, Blatchford GJ, Thorson AG. "House" advancement pedicle flap for anal stenosis. **Dis Colon Rectum**, 1992;35:201-203.
5. Corman ML, Veldenheimer MC, Coller JA. Anoplasty for anal stricture. **Surg Clin North Am**, 1976;56:727.
6. Corman ML. Anoplasty for stenosis. VII Annual Colorrectal Disease in 1996 Cleveland Clinic Florida, 1996;657.
7. Cruz GMG. Livro Texto "Coloproctologia", Volume II – "Coloproctologia – Propedêutica Nosológica", Editora Revinter, Rio de Janeiro, RJ, 1999.
8. Cruz GMG. Livro Texto "Coloproctologia", Volume III – "Coloproctologia – Terapêutica", Editora Revinter, Rio de Janeiro, 2000.
9. Ferguson JA. Repair of "Whitehead deformity" of the anus. **Surg Gynecol Obstet**, 1959;108:115-116.
10. Freeman, apud Corman ML. Anoplasty for stenosis. VII Annual Colorrectal Disease in 1996 - Cleveland Clinic Florida, 1996;657.
11. Gingold BS, Arvanitis M. Y-V anoplasty for treatment of anal stricture. **Surg Gynecol Obstet**, 1986;162:241-242.
12. Gonzalez AR, Oliveira O Jr, Verzaro R, Nogueiras J, Wexner SD. Anoplasty for stenosis and other anorectal defects. **Am Surg**, 1995;61:526-529.
13. Habr-Gama A, Alves PRA, Corsi A, Jatobá P, Teixeira MG, D'Albuquerque LAC, Gama-Rodrigues JJ. Plástica da estenose anal pós-hemorroidectomia. **Rev Ass Med Brasil**, 1980;26:100-102.
14. Khubchandani IT. Mucosal advancement anoplasty. **Dis Colon Rectum**, 1985;28:194-196.
15. Mallman ACM, Carvalho LP, Koshimizu RT. Tratamento da Fissura Anal. In: Cruz GMG. Livro Texto "Coloproctologia", Volume III – "Coloproctologia – Terapêutica", Editora Revinter, Rio de Janeiro, 2000; 165: 2161 - 2168.
16. Maria G, Brisinda G, Civello IM. Anoplasty for the treatment of anal stenosis. **Am J Surg**, 1998;175:158-160.
17. Medeiros RR & Coy CSR. Estenose Anal. In: Cruz GMG. Livro Texto "Coloproctologia", Volume II – "Coloproctologia – Propedêutica Nosológica", Editora Revinter, Rio de Janeiro, 1999; 82: 1201 - 1202.
18. Milson JW, Mazier WP. Classification and management of post surgical anal stenosis. **Surg Gynecol Obstet**, 1986;163:60-64.
19. Oh C, Zinberg J. Anoplasty for anal stricture. **Dis Colon Rectum**, 1982;25:809-810.
20. Quilici FA. Análise dos Resultados do Tratamento Cirúrgico da Estenose Anal Pós-Operatória. Dissertação de Mestrado, 1986. Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
21. Pearl RK, Hooks VH, Abcarian H, Orsay CP, Nelson RL. Island flap anoplasty for the treatment of anal stricture and mucosal ectropion. **Dis Colon rectum**, 1990;33:581-583.
22. Pidala MJ, Slezak FA, Porter JA. Island flap anoplasty for anal canal stenosis and mucosal ectropion. **Am Surg**, 1994;60:194-196.
23. Ramanujan PS, Venkatesh KS, Cohen M. Y-V anoplasty for severe anal stenosis. **Continence Surg**, 1988;33:62-68.
24. Rebel K. Anoplastia semifechada. Uma nova maneira de tratamento cirúrgico para a fissura anal crônica e estenose anal. **Rev Bras Colo-Proct**, 1984;4:80-86.
25. Reis Neto JA, Quilici FA, Reis Junior JA. Classification and treatment of postoperative anal stenosis. **Rev Bras Colo-Proct**, 1987;7:7-12.
26. Rosen L. Anoplasty. **Surg Clin North Am**, 1988;68:1441-1446.

27. Safatle NF & Ribeiro Jr U. Tratamento das Estenoses Anais. I: Cruz GMG. Livro Texto “Coloproctologia”, Volume III – “Coloproctologia – Terapêutica”, Editora Revinter, Rio de Janeiro, 2000; 168: 2183 –2186.
28. Sarner JB. Plastic relief of anal stenosis. **Dis Colon Rectum**, 1969;12:277.
29. Schouten WR, Briel JW, Boerma MO, Auwerda JJ, Wilms EB, Graatsma BH. Pathophysiological aspects and clinical outcome of intra-anal application of isosorbide dinitrate in patients with chronic anal fissure. **Gut** 1996;39:465-9.
30. Sentovich SM, Falk PM, Christensen MA, Thorson AG, Blatchford GJ, Pitsch RM. Operative results of house advancement anoplasty. **Br J Surg**, 1996;83:1242-1244.
31. Tagliolatto Jr L. Estenose anal cicatricial: anoplastia por deslizamento de duplo retalho. **Rev Bras Colo-Proct**, 1989;9:146-150.
32. Wee JT, Joseph VT. A new technique of vaginal reconstruction using neurovascular pudendal-thigh flaps. A preliminary report. **Plast Reconstr Surg** 1989;83:701-709.

Endereço para correspondência:

Geraldo Magela Gomes da Cruz
Rua Rio de Janeiro, 2017 ap 1401
Lourdes
30160-042 - Belo Horizonte - MG