
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRÓIDAS INTERNAS E PROLAPSO MUCOSO DO RETO PELA TÉCNICA DE LONGO (GRAMPEAMENTO CIRCULAR)- EXPERIÊNCIA INICIAL

MARISTELA GOMES DE ALMEIDA - TSBCP
DANIELLE CAMPOS SANTIAGO ROLIM
FLÁVIA LEMOS MOURA RIBEIRO
PAULA MOURA MENDONÇA
ANTÔNIO CARLOS.BARAVIERA - TSBCP
TEREZA DE CARVALHO VILARIÑO - TSBCP
RÉGIS MIKAIL ABUD
VINÍCIO FALLEIROS
ENZO FABRÍCIO RIBEIRO NASCIMENTO
JOSÉ ANTÔNIO VOLPIANI - FSBCP

ALMEIDA MG; ROLIM DCS; RIBEIRO FLM; MENDONÇA PM; BARAVIERA AC; VILARIÑO TC; ABUD RM; ALLEIROS VF; NASCIMENTO EFR; VOLPIANI JA. Tratamento Cirúrgico de Hemorróidas Internas e Prolapso Mucoso do Reto Pela Técnica de Longo (Grampeamento Circular)- Experiência Inicial. *Rev bras Coloproct*, 2004;24(3):225-229.

RESUMO: **Objetivo:** Avaliar os resultados cirúrgicos do tratamento de doença hemorroidária e prolapso mucoso do reto pela técnica de Longo, observando-se a altura da sutura em bolsa e do grampeamento, complicações e seguimento pós-operatório. **Casística e Método:** Estudaram-se prospectivamente 30 doentes operados no Serviço de Coloproctologia do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, no período de setembro de 2002 a julho de 2003. A média de idade foi de 47,9 anos, sendo 21 doentes do sexo feminino e 09 do sexo masculino. **Resultados:** O tempo médio de cirurgia foi de 19,1 minutos. A altura do grampeamento ficou em média 2,7 cm acima da linha pectínea, observando-se que, quando o grampeamento situava-se a menos de 2 cm da linha pectínea, a dor referida pelos doentes era significativamente mais frequente. Treze doentes (43,3%) necessitaram de pontos hemostáticos após o grampeamento, com média de 1,6 pontos/doente. Entre o 1º e o 7º dia pós-operatório, três doentes (10%) apresentaram sangramento anal volumoso, havendo necessidade de revisão cirúrgica em 2 casos. Nenhum deles precisou de transfusão sanguínea. Ainda neste período, quatro doentes (13,3%) referiram dor anal intensa, dois (6,6%) evoluíram com trombose hemorroidária externa e dois (6,6%) com fissura anal aguda, com boa resposta ao tratamento clínico instituído. O seguimento pós-operatório médio foi de 8,4 meses, quando 96,7% dos doentes encontravam-se assintomáticos. **Conclusão:** Conclui-se que se trata de técnica eficiente, pouco dolorosa para a maioria dos doentes (86,7%), havendo relação direta da dor com a altura do grampeamento.

Unitermos: hemorróidas, prolapso mucoso retal, grampeamento circular

INTRODUÇÃO

O tratamento cirúrgico da doença hemorroidária tem sido considerado procedimento doloroso, causando sofrimento no pós-operatório e afastamento dos pacientes por tempo prolongado de suas atividades habituais.

A causa mais provável desta dor seria a realização de feridas acometendo a pele perianal e do canal anal, áreas extremamente sensíveis e que desencadeiam dor pelo trauma da passagem do bolo fecal¹. Isto explicaria então, a grande variedade de técnicas cirúrgicas para o tratamento da doença que, em última análise, têm como objetivo diminuir a dor pós-operatória.

Recentemente, Longo² descreveu técnica cirúrgica para doença hemorroidária interna e prolapso mucoso do reto, que consiste em realizar grampeamento mecânico circular da mucosa retal acima dos mamilos

Trabalho realizado no Serviço de Coloproctologia do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo.

hemorroidários, restabelecendo a anatomia do canal anal, recolocando os plexos hemorroidários em sua posição habitual e ressecando o excesso de mucosa retal acima dos mesmos. Por não atingir a pele perianal, o procedimento seria indolor e permitiria retorno mais rápido ao trabalho.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar os resultados cirúrgicos da doença hemorroidária, tratada pela técnica de Longo (PPH), descrevendo as indicações mais freqüentes, complicações e evolução no pós-operatório com relação a dor, altura do grampeamento e uso de analgésicos.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Casuística

Foram operados 30 doentes, utilizando-se a técnica de Longo, no Serviço de Coloproctologia do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, no período de setembro de 2002 a julho de 2003, sempre pelo mesmo cirurgião e equipe cirúrgica.

Destes pacientes, 21 eram do sexo feminino e 09 do sexo masculino, com média de idade de 47,9 anos (27 a 77 anos). As indicações cirúrgicas foram prolapso mucoso em 9 pacientes (30%), hemorróidas internas de terceiro grau com prolapso e sangramento em 11 pacientes (36,6%) e sangramento anal em 10 pacientes (33,3%).

Método

Todos os pacientes, previamente ao ato cirúrgico, foram submetidos à limpeza mecânica do reto com enema de fosfato de sódio. Realizou-se raquianestesia e antibioticoprofilaxia (dois gramas de cefalotina por via endovenosa, após realização da anestesia). O doente era colocado em posição de litotomia, de acordo com a técnica preconizada. Para a sutura em bolsa utilizou-se fio monofilamentar inabsorvível 2.0 e agulha circular de 2 cm, incluindo mucosa e submucosa do reto, realizada entre 3 e 6 cm acima da linha pectínea.

Em seguida introduziu-se o grampeador aberto, fazendo a ogiva ultrapassar a sutura circular, fixando-se a mucosa sobre a ogiva pela amarradura do fio. As pontas do fio foram passadas pelos orifícios laterais do grampeador para tração da mucosa enquanto se fechava progressivamente o aparelho. Nas pacientes do sexo feminino, a parede posterior da vagina foi pinçada e tracionada com pinça de Allis para evitar

seu acometimento durante o grampeamento. Utilizou-se o Kit Ethicon PPH01® (Ethicon Endosurgery). Após a retirada do grampeador, caso fossem encontrados pontos de sangramento na linha de grampos, os mesmos eram submetidos a hemostasia com pontos de prolene 3.0. Finalmente, realizava-se curativo hemostático com gelatina especial. Todos os pacientes ficaram internados por 24 horas, recebendo alta no dia seguinte ao da cirurgia.

No pós-operatório imediato a analgesia foi feita com dipirona sódica (2cc endovenoso de 6/6 horas) e diclofenaco sódico (75 mg intramuscular de 12/12 horas). Antibióticos foram prescritos por um período de oito dias após a cirurgia. Os doentes foram examinados nos 1º, 7º, 15º, 30º dias de pós-operatório e entre dois meses a um ano após a cirurgia. Durante a consulta foram questionados quanto à intensidade de dor no respectivo dia de pós-operatório, sendo agrupados em uma escala de dor que ia de zero a dez, na qual zero correspondia a ausência de dor e dez correspondia a dor intensa. Os doentes foram divididos em três grupos, de acordo com a dor referida: ausente ou leve (0-3), moderada (4-6) e intensa (7-10).

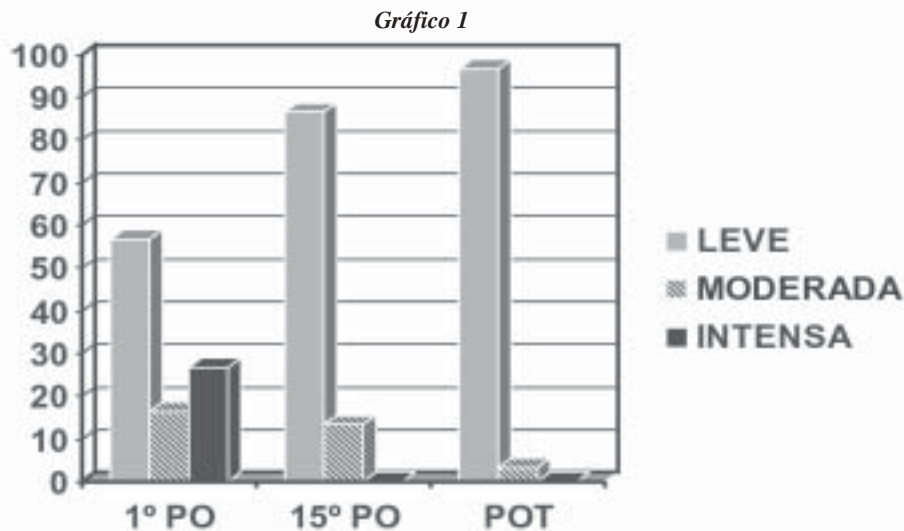
RESULTADOS

A altura do grampeamento ficou, em média, 2,7 cm acima da linha pectínea e o tempo médio de cirurgia foi de 19,1 minutos (variando de 15 a 35 minutos). Treze doentes (43,3%) necessitaram de pontos hemostáticos (em média 1,6 pontos/doente) após o grampeamento e retirada do aparelho.

No primeiro dia pós-operatório, 73,3% dos doentes apresentaram dor, variando de leve a moderada e 26,7% referiram dor intensa. Nos retornos seguintes, o percentual de pacientes assintomáticos aumentou significativamente, observando-se que a maioria dos doentes não apresentava dor ou esta era de leve intensidade após o 15º dia pós-operatório (Tabela e Gráfico-1).

Tabela e Gráfico 1 – Escala de dor referida pelos doentes até 30 dias após a cirurgia.

Escala da Dor	1º PO	15º PO	POT
Ausente/Leve (0-3)	56,7	86,6	96,7
Moderada (4-6)	16,6	13,4	3,3
Intensa (7-10)	26,7	0	0



Sintomas dolorosos foram significativamente mais frequentes ($p=0,05$) naqueles doentes cuja linha de grampeamento estava até 2 cm acima da linha pectínea (55,6 % dos casos) (Tabela-2).

O estudo anatomo-patológico das peças mostrou que em 27 casos a camada muscular própria estava presente nos espécimes estudados.

No pós-operatório precoce (até 7 dias após a cirurgia), quatro doentes (13,3%) necessitaram de analgesia complementar devido a dor persistente. Dois doentes apresentaram trombose hemorroidária externa aguda (6,6%) e dois (6,6%) fissura anal aguda, todos tratados clinicamente, com boa evolução.

Sangramento anal volumoso ocorreu em três doentes (10%), havendo necessidade de revisão cirúrgica em dois casos. Nenhum deles precisou de transfusão sanguínea.

O seguimento pós-operatório médio foi de 8,4 meses, quando 94,7% dos doentes encontravam-se

assintomáticos e apenas um deles referia persistência de discreto sangramento anal às evacuações dois meses após a cirurgia.

DISCUSSÃO

A hemorroidectomia convencional através de técnicas excisionais, tais como Milligan-Morgan³ ou Ferguson⁴, são aceitas como as mais efetivas para o tratamento das hemorróidas de 3º e 4º graus, em comparação a outras técnicas como ligadura elástica, coagulação com infravermelho, crioterapia e excisão a laser⁵. A anopexia por grampeamento representa uma nova opção no tratamento de hemorróidas e prolapso mucoso retal, restaurando a anatomia normal do canal anal e diminuindo o trauma cirúrgico endoanal e da pele perianal. O método foi primeiramente descrito por Longo em 1993, sendo largamente utilizado no continente europeu, onde, até o ano 2000, já haviam

Tabela 2 – Correlação entre altura do grampeamento e dor no 1º dia pós-operatório.

			Dor		Total
			Ausência	Presença	
Altura do Grampeamento	Até 2,0cm acima da linha pectínea	Casos	8	10	18
		%	44,4%	55,6%	100,0%
	Mais de 2,0cm acima da linha pectínea	Casos	11	1	12
		%	91,7%	8,3%	100,0%
Total		Casos	19	11	30
		%	63,3%	36,7%	100,0%

Teste de Fischer ($p= 0,018$)

sido realizadas 50.000 cirurgias⁶. Na América Latina, até julho de 2002, 1180 doentes foram operados por esta técnica⁽⁷⁾.

Ganio et al.⁽¹⁾, em estudo randomizado, comparando a hemorroidectomia por grampeamento com as realizadas pela técnica de Milligan-Morgan, mostraram que ambas foram igualmente efetivas no tratamento das hemorróidas de 3º e 4º grau. O número de complicações pós-operatórias foram comparáveis, bem como a satisfação dos pacientes após um ano de acompanhamento. Com relação à dor, observaram que o PPH oferece maior bem estar pós-operatório e, como conseqüência, retorno mais rápido às atividades habituais.

Khalil et al.⁽²⁰⁰⁰⁾⁵ observaram menor tempo cirúrgico, menor necessidade de analgesia pós-operatória e retorno precoce às atividades habituais na técnica com grampeador, comparando o grampeamento com a técnica de Ferguson.

Fibras musculares foram encontradas na maioria dos espécimes submetidos a exame histopatológico, semelhante ao que também foi relatado por outros autores^{5,8}. Entretanto, nenhum dos pacientes referiu incontinência anal no período observado.

Ho et al.⁹ referiram que o uso do dilatador anal aumentou o risco de injúrias esfinterianas, evidenciadas por ultrassonografia endoanal, podendo levar a futuras alterações de continência anal.

No presente estudo, observou-se que a altura do grampeamento influenciou decididamente na intensidade de dor pós-operatória, fato também descrito por Habr-Gama et al (2003)⁷ que relataram a experiência inicial de um grupo da América Latina com 177 doentes operados por esta técnica.

As complicações pós-operatórias que ocorreram neste estudo são semelhantes às descritas na literatura^{7,10-15}, sendo na maioria de fácil resolução.

Dois doentes apresentaram hemorragia volumosa no 7º dia pós-operatório, sendo submetidos a exame sob narcose, com identificação de vários pontos de sangramento, um deles apresentando distúrbio de coagulação, não existente no pré-operatório. Esta é sem dúvida a complicação mais temida, cuja incidência tende a ser minimizada pela revisão rigorosa da linha de grampeamento, experiência adquirida e mais recentemente pelo uso de aparelhos com grampos vasculares.

Alguns fatores podem dificultar a realização desta técnica. No presente estudo, considerou-se a realização de hemorroidectomia prévia como fator limitante, que dificulta ou não permite a colocação do dilatador anal. Nos casos iniciais desta série, a não colocação do dilatador impedia a realização da cirurgia. Com a experiência adquirida, percebeu-se que é possível realizar a sutura em bolsa apenas com o afastador meia-cânula interno, o que amplia a possibilidade de utilização do procedimento. Outro fator limitante seria a presença de mamilos hemorroidários internos volumosos, dificultando a realização da sutura em bolsa. Pode-se contornar este empecilho pela tração ou afastamento dos mesmos pelo auxiliar da cirurgia, melhorando a visualização da mucosa retal. No geral, são limitações que necessitam de uma curva de aprendizado para superá-las.

CONCLUSÃO

Conclui-se neste estudo que a técnica de Longo é eficaz quando bem indicada, sendo bem tolerada e dispensando analgesia complementar na maioria dos doentes. Observou-se ainda que trata-se de técnica segura, com baixa incidência de complicações e que a dor referida está relacionada com a altura do grampeamento.

SUMMARY: Aim: The aim of this study was to evaluate the surgical outcome on the treatment of third degree internal hemorrhoids and rectal mucosal prolapse by Longo technique. The level of suture and stapler on the rectum, complications and postoperative follow-up were observed. Patients and Method: 30 patients treated by Longo operation were prospectively studied from September 2002 to July 2003, at the Coloproctology Department of Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo. The mean age was 47.9 years, 21 patients were female and 9 were male. Results: The average time of surgery was 19.1 minutes. The average level of the stapler line was 2.7 cm above the dentate line. It was also observed that pain was more frequent when the stapler line was lower than 2.0 cm above the dentate line. Thirteen patients (43.3%) additionally required sutures for hemostasis; the average was 1.6 sutures per patient. Between the first and the seventh postoperative day, 3 patients (10%) had severe anal bleeding, and in two cases a surgical revision of hemostasis was performed. None of them required blood transfusion. Four patients (13.3%) presented severe anal pain; two (6.6%) presented thrombosis of the external hemorrhoidal plexus and two (6.6%) had an acute anal fissure. The average postoperative follow-up was 8.4 months. 96.7% of the patients are asymptomatic. Conclusion: This study supported that Longo operation was an efficient method, not much painful for majority of patients (86.7%), and that there was a significant correlation between pain and the level of the stapler line.

Key words: hemorrhoids, rectal mucosal prolapse, circular stapler.

Agradecimentos:

À Superintendência do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, por disponibilizar permanentemente os instrumentos necessários (PPH) para a realização desta técnica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ganio E, Altomare DF, Gabrielli F, Milito G & Canuti S. Prospective randomized multicentre trial comparing stapled with open haemorrhoidectomy. **British Journal of Surgery** 2001; 88: 669-674.
2. Longo A. Treatment of haemorrhoids disease by reduction of mucosa and haemorrhoidal prolapse with circular suturing device: a new procedure. **6th World Congress of Endoscopic Surgery**. Rome, 1998:777-784.
3. Milligan ETC, Morgan CN. Surgical anatomy of the canal anal and the operative treatment of hemorrhoids. **Lancet** 1937; 2: 1119-24.
4. Ferguson JA, Heaton JR. Closed hemorrhoidectomy. **Dis Colon Rectum** 1959;2:176-9.
5. Khalil KH, O'Bichere A & Sellu D. Randomized clinical trial of sutured versus stapled closed haemorrhoidectomy. **British Journal of Surgery** 2000; 87: 1352-1355.
6. Cheetham MJ, Mortensen NJM, Nystrom PO, Kamm MA & Phillips RKS. Persistent pain and faecal urgency after stapled haemorrhoidectomy. **Lancet** 2000; 356:730-733.
7. Habr-Gama A, Souza AH, Rovelto JM, Souza JV, Benicio F, Regadas FS, Wainstein C, Cunha TM, Marques CF, Bonardi RA, Ramos JR, Pandini LC & Kiss, DR. Stapled hemorrhoidectomy: initial experience of a Latin American group. **J Gastrointest Surg** 2003; 7:809-813.
8. Orrom W, Hayashi A, Rusnak C & Kelly J. Initial experience with stapled anoplasty in the operative management of prolapsing hemorrhoids and mucosal rectal prolapse. **The American Journal of Surgery** 2002; 183: 519-524.
9. Ho YH, Seow-Choen F, Tsang C & Eu KW. Randomized trial assessing anal sphincter injuries after stapled haemorrhoidectomy. **British Journal of Surgery** 2001; 88: 1449-1455.
10. Araki Y, Ishibashi N, Kishimoto Y, Matono K, Nakagawa M, Nozoe Y, Sasatomi T, Ogata Y & Shirouzu K. Circular stapling procedure for mucosal prolapse of the rectum associated with outlet obstruction. **Kurume Medical Journal** 2001; 48: 201-204.
11. Mehigan BJ, Monson JRT, Hartley JE. Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomized controlled trial. **Lancet** 2000; 355: 782-785.
12. Goulimaris I, Kanellos I, Christoforidis E, Mantzoros I, Odiseos C & Betsis D. Stapled haemorrhoidectomy compared with Milligan-Morgan excision for the treatment of prolapsing haemorrhoids: a prospective study. **Eur J Surg** 2002; 168: 621-625.
13. Rowsell M, Bello M & Hemingway DM. Circumferential mucosectomy (stapled haemorrhoidectomy) versus conventional haemorrhoidectomy: randomized controlled trial. **Lancet** 2000; 355: 779-781.
14. Johnson DB, DiSiena MR & Fanelli RD. Circumferential mucosectomy with stapled proctopexy is a safe, effective outpatient alternative for the treatment of symptomatic prolapsing hemorrhoids in the elderly. **Surg Endosc** 2003; 17: 1990-1995.
15. Dixon MR, Stamos MJ, Grant SR, Kumar RR, Ko CY, Williams RA & Arnell TD. Stapled hemorrhoidectomy: a review of our early experience. **Am Surg** 2003; 69: 862-865.

Endereço para correspondência:

Maristela Gomes de Almeida
Rua Dr. Bacelar, 173- Conj. 103 - Vila Clementino
04.026-000 - São Paulo (SP)
Fone/Fax: (11) 5083-3964
E-mail: dramgalmeida@uol.com.br