

# Cirurgias Proctológicas em 3 Anos de Serviço de Coloproctologia: Série Histórica

## Anorectal Surgery: Outcomes of 3 Years After Coloproctology Group

ANA CAROLINA LISBOA PRUDENTE<sup>1</sup>; JUVENAL DA ROCHA TORRES NETO<sup>2</sup>; RODRIGO ROCHA SANTIAGO<sup>3</sup>; DAM RODRIGUES MARIANO<sup>4</sup>; MÁRIO COSTA VIEIRA FILHO<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Médica coloproctologista, mestranda da UFS; <sup>2</sup> Professor, Doutor e Chefe do Serviço de Colo-proctologia; <sup>3</sup> Médico assistente titular do Serviço de Colo-proctologia; <sup>4</sup> Médico residente em colo-proctologia; <sup>5</sup> Acadêmico de medicina. Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe – BRASIL.

---

PRUDENTE ACL; TORRES NETO JR; SANTIAGO RR; MARIANO DR; VIEIRA FILHO MC. Cirurgias Proctológicas em 3 Anos de Serviço de Coloproctologia: Série Histórica. *Rev bras Coloproct*, 2009;29(1): 071-076.

**RESUMO:** Em 2007, 72,5% do movimento cirúrgico do Serviço de Coloproctologia do HU/UFS foi de procedimentos proctológicos. A experiência desse Serviço, em 3 anos, foi compilada e analisada retrospectivamente. Foram 455 pacientes submetidos a hemorroidectomias (40%), fistulectomias (20%) e fissurectomias (13%), sendo os demais, cisto pilonidal, fístula retovaginal, etc. As doenças orificiais prevaleceram em mulheres (54%) e na faixa etária dos 30 a 50 anos. Hemorróidas e fissuras acometeram mais mulheres, enquanto as fístulas, homens. Hemorroidectomia a Milligan e Morgan foi realizada em 53,7% dos casos, com níveis de dor e sangramento comparáveis aos de Ferguson. Ela proporcionou maior número de fissuras residuais e incontinência fecal transitória. Estenose foi igual para as duas técnicas. A técnica de Ferguson tem o tempo de cicatrização inferior, mesmo com elevada taxa de deiscência. A fístula acometeu 4 vezes mais homens. Em 65% dos casos, a fistulectomia foi a técnica de escolha, com melhores resultados em termos de dor e sangramento, e piores índices de incontinência. Houve colocação de sedenho em 14% dos casos, mantidos em média por 20 semanas, e após sua retirada, 36% relataram sinais de incontinência minor. A fissura anal demonstrou uma preferência de cerca de 3 vezes maior pela comissura posterior. As fissuras anteriores ocorreram mais em homens.

**Descritores:** Cirurgias proctológicas, hemorroidas, fístulas, fissura anal, complicações.

---

## INTRODUÇÃO

As cirurgias orificiais correspondem a cerca de 80% do total do movimento cirúrgico na especialidade de coloproctologia, exceto em centros especializados em outras patologias como câncer ou doenças inflamatórias intestinais.

O Serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (SC-HU/UFS) vem crescendo em número de procedimentos ao ano, desde a implantação do programa de residência médica/MEC, há 3 anos. Estruturou-se com protocolos, discussões científicas

e ambulatoriais especializados, a fim de facilitar o aprendizado de acadêmicos e residentes, além de confeccionar trabalhos científicos. Em publicação prévia, foi demonstrado o perfil inicial das cirurgias abdominais realizadas no mesmo período em estudo no HU-UFS.

Assim, o trabalho em questão pretende demonstrar o perfil das cirurgias proctológicas realizadas desde a instalação da residência médica em coloproctologia no período de 2005 a 2007, analisando as técnicas cirúrgicas e suas taxas de morbidade, complicações pós-operatórias e o tempo médio de cicatrização das feridas.

---

*Trabalho realizado no Hospital Universitário da Universidade de Sergipe.*

*Recebido em 31/10/2008*

*Aceito para publicação em 15/11/2008*

## CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo que analisará todos os pacientes submetidos a qualquer tipo de cirurgia proctológica pelo SC-HU/UFS nos anos de 2005, 2006 e 2007.

A coleta de dados foi realizada em prontuários dos pacientes quando internados e em seguimento ambulatorial, buscando as informações existentes em protocolo.

Houve o registro de identificação dos pacientes, idade, gênero, registro no hospital, diagnóstico, técnica cirúrgica utilizada e sua morbidade, complicações cirúrgicas, tempo de cicatrização e, posteriormente calculada a taxa de evasão.

Todos os dados foram organizados em planilhas do Microsoft Excell 2003, analisados por sistema de filtro disponível no próprio software e dispostos em forma de gráficos.

Todo o levantamento de dados foi autorizado pela diretoria clínica do HU/UFS.

## RESULTADOS

Foram catalogados 455 casos, com predomínio do gênero feminino, com 54% de pacientes (Gráfico 1).

A faixa etária mais acometida foi de 30 a 50 anos, com cerca de 50% dos casos em ambos os gêneros. No entanto, observou-se 30% de mulheres abaixo de 30 anos (Gráfico 2).

A doença hemorroidária foi responsável por 40% (182) dos casos operados no SC-HU/UFS, seguida por 20% (94) casos de fístula e 13% (56) de fissura anal. A hemorroida associada com outra patologia perfaz mais 10%, sendo mais freqüente a combinação com fissura (Gráfico 3).

Outras patologias também foram contempladas e listadas na tabela 1.

Distribuindo os casos por patologias, observou-se que 44,9% dos pacientes com diagnóstico de he-



Gráfico 1 - Distribuição das cirurgias proctológicas quanto ao gênero.

morroidas e 15,1% com fissuras eram mulheres. No entanto, as fístulas anorretais acometeram homens em 32,4% dos casos. (Gráfico 4).

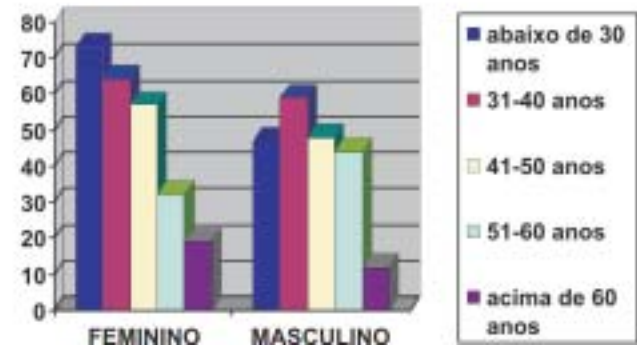


Gráfico 2 - Distribuição das cirurgias proctológicas quanto à idade de X gênero.

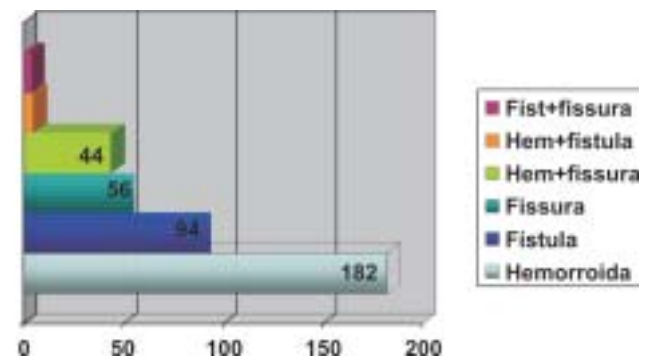


Gráfico 3 - Principais diagnósticos.

Tabela 1 – Outras patologias orificiais.

Outros diagnósticos	Homens	Mulheres	Total
Abscesso + Fístula	4	3	7
Cisto Pilonidal	10	8	18
Condiloma Anal	8	7	15
Estenose	5	1	6
Fístula Retovaginal	0	5	5
Fístula + Fissura	1	3	4
Hemorroidas + Fístula	2	3	5
Hemorroidas + Fissura	12	32	44
Hidroadenite Supurativa	4	0	4
Pólipo Retal	2	1	3
Procidência Reto	0	4	4
Retocele	0	4	4
Tumor margem de ânus	3	1	4

Analisando especificamente hemorróidas, observou-se que em 37% das indicações cirúrgicas foram hemorróidas mistas (Gráfico 5). A média de idade foi de 42 anos (18-88a).

A técnica de Milligan e Morgan (MM) foi a técnica mais executada no serviço. A híbrida refere-se a associação de ligadura elástica de mamilos internos com ressecção do componente externo (Gráfico 6).

A dor é sempre uma complicação esperada e presente, independentemente do grau da doença. Notou-se uma redução importante de relatos de dor com a técnica híbrida (Gráfico 7).

Não houve sangramento importante que necessitasse de reintervenção cirúrgica. Outras complicações tardias foram evidenciadas: tivemos como des-

vantagens para MM: maior taxa de fissura residual, incontinência e estenose anal. desvantagens para Ferguson: índices de plicomas elevados e deiscência de ferida (Gráfico 8).

Na tabela 2, compara-se o período de cicatrização das feridas.

A fístula anorretal afetou homens na proporção 4:1, com média de idade de 39 anos. A distribuição quanto aos orifícios externos foi igualitária, evidenciando 23% de fístula anterior em mulher (Gráfico 9).

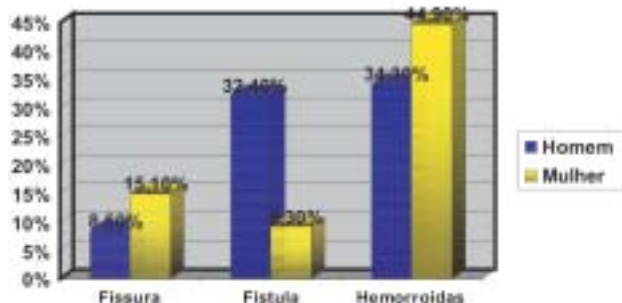


Gráfico 4 - Distribuição de patologias orificiais X gênero.

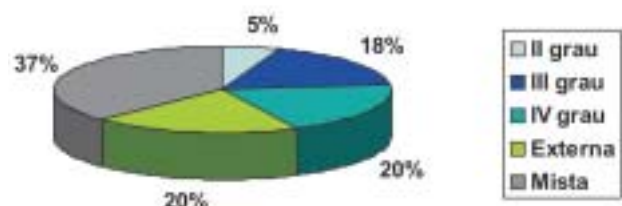


Gráfico 5 - Distribuição da doença hemorroidária.

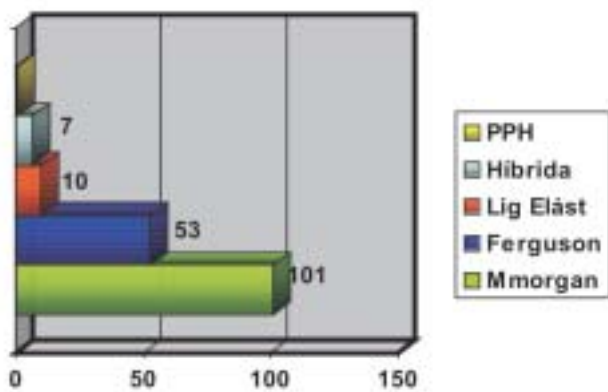


Gráfico 6 - Abordagem cirúrgica da doença hemorroidária.

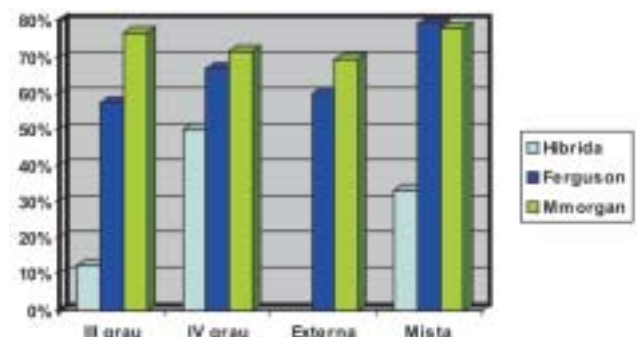


Gráfico 7 - Comportamento da dor em pós-operatório de hemorroidectomia.

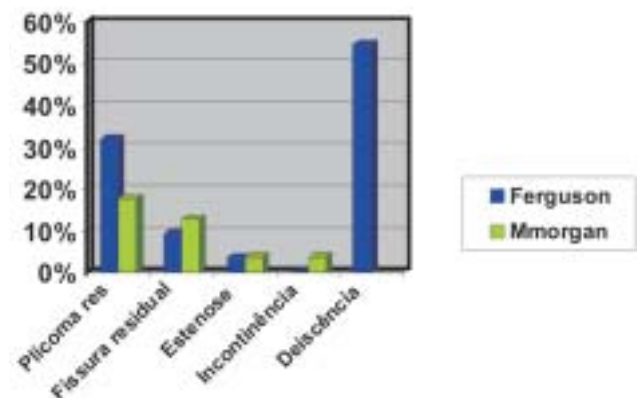


Gráfico 8 - Outras complicações no pós-operatório de hemorroidectomia.

Tabela 2 - Perfil de cicatrização das hemorroidectomias.

	III grau	IV grau	Externa	Mista
Ferguson	4,8	7,3 (+/-1,81)	6,85 (+/-3,13)	7,36 (+/-5,28)
MMorgan	8,5	9,69 (+/-2,12)	8,64 (+/-4,62)	10,75 (+/-4,74)
Híbrida	5	4		3

A fistulectomia foi realizada em 65% dos casos. O avanço mucoso foi adequado a um caso de recidiva de fístula complexa. Colocaram-se 14 sedenhos em fístulas complexas. Desses, já foram retirados 11, com relato de incontinência para gases em 36% dos casos nos primeiros três meses (Gráfico 10).

Como complicações, o estudo constatou que a fistulotomia apresentou um pouco mais de relatos de dor e sangramento, 65 e 50%. No entanto, em 2 casos de fistulectomias, houve necessidade de revisão cirúrgica. A incontinência *minor* foi evidenciada em 6(10%) das fistulectomias em um tempo (Gráfico 11).

O perfil de cicatrização foi de 8,2 semanas para fistulotomias e 12 semanas para fistulectomias. Com relação ao sedenho, o tempo médio de permanência foi de 20 semanas e, após a sua retirada, foi de 12 semanas ao tempo médio para total fechamento da ferida.

Por fim, a fissura anal acometeu 68% de mulheres e a média de idade foi de 34 anos. Houve predomínio das fissuras em comissura posterior em ambos os gêneros, numa proporção de 3:1 em relação à anterior. As fissuras anteriores esteve presente em 22% dos homens (Gráfico 12). A técnica preconizada pelo serviço é fissurectomia com esfínterectomia lateral esquerda. As complicações pós-operatórias foram 62,5% de dor, 48,2% sangramento, 10,7% fissuras residuais, e 3,5% de incontinência para gases.

## DISCUSSÃO

Na rotina da especialidade, as doenças orificiais são responsáveis por cerca de 50 a 80% das consultas<sup>1, 2</sup>, acometendo em geral as mulheres jovens, como foi demonstrado no perfil deste trabalho, com cifras de 72,3% e 54%, respectivamente.

Na experiência do Hospital Roberto Santos – BA, foram catalogados 580 pacientes em 5 anos, no entanto, 52,3% eram do gênero masculino, com média de idade de 39,2 anos. Nela, a doença hemorroidária foi a prevalente, com 42,6% dos casos operados<sup>3</sup>. No SC-HU/UFS, 50 % das cirurgias deveu-se a hemorroidas isoladas ou combinadas, seguidas por 20% dos casos de fístula anorretal e 13% de fissura anal, o que condiz com a literatura, onde o tratamento cirúrgico das fissuras tende a diminuir, permanecendo a doença hemorroidária como a principal causa de intervenção cirúrgica na especialidade. No estudo em questão, hemorroidas mistas foram a principal indicação, em 37% dos casos e, a técnica de Milligan e Morgan (MM) foi

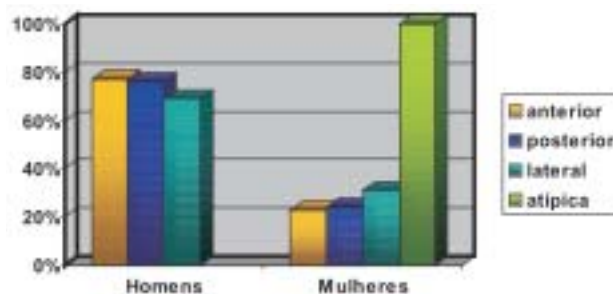


Gráfico 9 - Distribuição quanto à localização das fístulas.

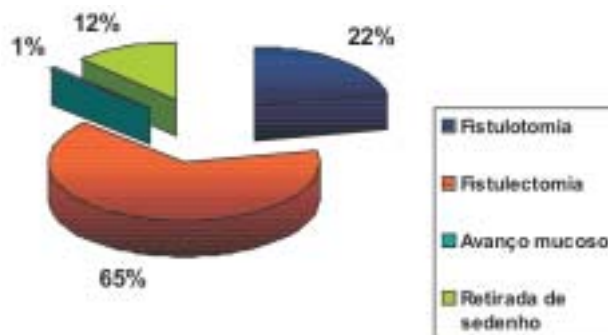


Gráfico 10 - Abordagens cirúrgicas das fístulas.

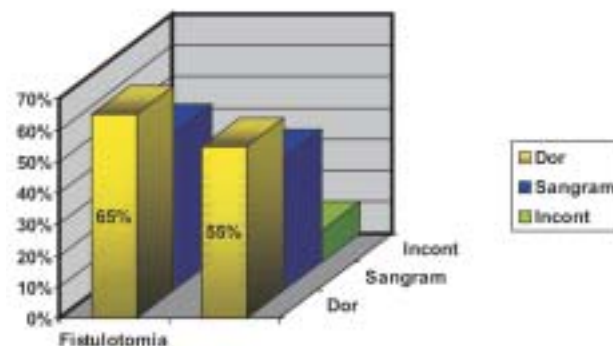


Gráfico 11 - Complicações pós-operatórias das cirurgias para fístulas.

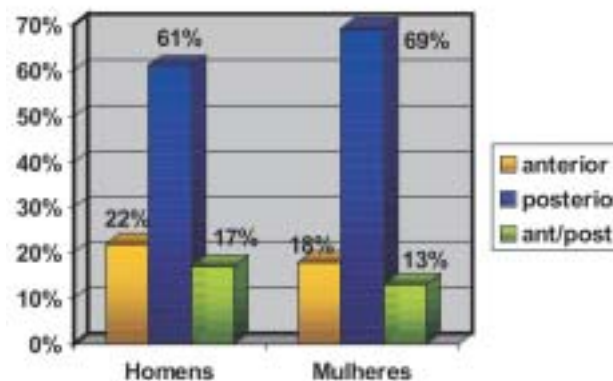


Gráfico 12 - Distribuição quanto à localização das fissuras.

adotada em 53,7% das cirurgias, por ser uma técnica de fácil execução, rápida, e atraente aos residentes. A técnica de Ferguson (FG) exige maior delicadeza, habilidade técnica, e fios especiais.

Em relação às complicações pós-operatórias, as principais e mais temidas são a dor e o sangramento, o que ocorreu em mais da metade dos casos em ambas as técnicas, como já era esperado. Atualmente, a técnica híbrida e a macroligadura têm sido muito utilizadas, com excelentes resultados em termos de dor e sangramento, o que tem nos levado a diminuir consideravelmente as feridas no canal anal. Outras complicações importantes: incidência de plicomas residuais foi o dobro nas FG, devido ao edema pós-operatório, mesmo com taxas elevadas de deiscência de sutura. As fissuras residuais foram mais encontradas nas MM, alongando o período de recuperação. Taxas de estenoses anais idênticas, em torno de 1,8%, foram tratadas nos primeiros 30/60 dias com dilatações seriadas. Interessante observar que todos os casos de incontinência transitória (3,9%) foram dos casos submetidos à MM, diferente da estatística apresentada pelo Prof Magela (0,4% em FG) <sup>4</sup>. O período de cicatrização das feridas de FG foi menor independentemente da extensão da ressecção tecidual. Os demais índices foram condizentes com a literatura.

A fístula anal foi a segunda patologia mais frequente, ocorrendo especialmente em homens, sem uma predileção de posicionamento dos orifícios externos. Nota-se, porém, que 23% das fístulas em mulheres foram anteriores, o que torna a continência preocupante, uma vez que a musculatura perineal é mais escassa. Os trajetos atípicos acometeram apenas mulheres portadoras de Doença de Crohn. Não foi possível classificar as fístulas segundo critérios de Parks, por ausência de dados em prontuários. A fistulectomia foi realizada em 65% dos casos, e fistulotomia em 22%, por opção do profissional.

Hernandez e cols realizaram fistulectomia em dos 70% dos seus 595 pacientes, fistulomia em 18,15%, sedenho em 3,69% e avanço mucoso em 0,84% <sup>5</sup>.

Na pesquisa, colocaram-se 14 sedenhos em fístulas complexas; já foram retirados 11, em média após 20 semanas, com relato de incontinência para gases em 36% dos casos nos primeiros 3 meses. O índice de incontinência *minor* após fistulectomias em um só tempo foi de 10%, com período de cicatrização alongado. Theerapol e cols usaram sedenho em 47 pacientes de rotina, com tempo médio de permanência de 15 semanas (2-67sem), sem casos de incontinência fecal <sup>6</sup>.

Por fim, a terceira patologia mais comum foi a fissura anal, a qual foi tratada por fissurectomia com esfínterectomia lateral, com sucesso. Houve predomínio da úlcera na comissura posterior em ambos os gêneros (3:1). Ao contrário da literatura, as fissuras anteriores nesta casuística não foram mais frequentes em mulheres. A dor e o sangramento são as complicações de fácil manejo, embora fissuras e plicomas residuais tornam o pós-operatório de difícil entendimento. A taxa de incontinência foi de 3,5%, aceitável pela literatura.

O índice de evasão ambulatorial no período foi de 16% (74 pacientes, que foram excluídos).

Outras cirurgias proctológicas foram realizadas no SC\_HU/UFS: cisto pilonidal, fístulas retovaginais, eletrocauterização de HPV, porém em menor escala, tendo apenas efeito descritivo no estudo.

## CONCLUSÃO

Esse estudo focalizou as cirurgias orificiais por sua representatividade no universo cirúrgico da Coloproctologia. Numa retrospectiva de 3 anos (2005-2007), foram coletados e estudados 455 casos no SC-HU/UFS, dando ênfase ao papel da instituição enquanto formadores de generalistas e especialistas na área de cirurgia colorretal.

---

**ABSTRACT:** In 2007, 72,5% of all surgeries of Coloproctology Department were from anal procedures. Three years experience of the Medical post-graduation were resumed and analyzed in this study retrospectively. Total 455 patients were submitted to hemorrhoidectomy (40%), fistulectomies (20%) and fissurectomies (13%) and others like pilonidal disease, rectovaginal fistulas. In general, these pathologies are more prevalent in women (54%) from 30 to 50 years old. Hemorrhoids and fissure affected more women, while fistulas affected men. Milligan and Morgan's hemorrhoidectomy was realized in 53,7% of the cases with pain and bleeding patterns comparable to Ferguson technique. It had provided a bigger number of residual fissure and fecal incontinence. Stenosis was the same in both methods. Ferguson technique had lowest repair time, even with high tax of dehiscence. Fistula affects four times more men than women. In 65% of the cases, fistulectomy was the technique choice, with better results in terms of pain and bleeding and worse tax of incontinence. Seton was inserted in 14% of the cases, and it was used in average for 20 weeks, and after its withdrawal, 36% referred minor incontinence. The anal fissure showed preference to posterior place. The anterior fissures occurred more in men.

**Key words:** Anorectal surgery, hemorrhoids, anal fissure, anorectal fistula, complications.

---

## REFERÊNCIAS

- 1 CASTRO LT; MUNIZ MV. Uso Profilático de Avanço de Retalho no Tratamento de Hemorróidas. Rev bras Coloproct, 2004;24(3):247-252.
- 2 MATOS D, SAAD SS et al. Coloproctologia – Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar / UNIFESP. 1a ed, Ed Manole, 2004.
- 3 SOUZA JVS, CARVALHO FR et al. Patologias orificiais: Experiência de 580 casos. Rev bras Coloproct, 2003; vol 23: 34.
- 4 CRUZ GMG; SANTANA JL et al. Hemorroidectomia: Estudo de 2.417 Pacientes Submetidos à Cirurgia para Tratamento da Doença Hemorroidária. Rev bras Coloproct, 2006;26(3): 253-268.
- 5 HERNANDEZ O, NAVARRETE C et al. Surgical management of anal fistula. Rev Gastroenterol Mexico, 2004; 4a ed, vol 69:230-235.
- 6 THEERAPOL A, SO BY et al. Routine use of setons for the treatment of anal fistulae. Singapore Med J, 2002; 6a ed, vol43, 305-307.

### **Endereço para correspondência:**

ANA CAROLINA LISBÔA PRUDENTE  
Av Francisco Porto, 239 ap 1201 – Cd. Villa D’Oro  
Tel: (79) 3217-7771 / 9977-9151  
E-mail: aclprudente@uol.com.br