

ESFINCTEROTOMIA SUBCUTÂNEO-MUCOSA NO TRATAMENTO DA FISSURA ANAL (TÉCNICA ORIGINAL)

MÍLTON CÉSAR RIBEIRO

O Dr. Milton César Ribeiro, nascido em São Paulo, foi Presidente da Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia em 1963.

Escreveu este artigo mostrando uma técnica inédita da esfinterotomia para o tratamento da fissura anal.

Joaquim José Ferreira, TSBCP

RIBEIRO MC - Esfinterotomia subcutâneo-mucosa no tratamento da fissura anal (técnica original). *Rev bras Colo-Proct*, 1993; 13(3): 110-112.

A finalidade deste trabalho é expor uma nova técnica para o tratamento cirúrgico da fissura anal. A base racional desta técnica reside na importância da hipertonia do esfíncter interno na patologia e manutenção da fissura anal. A eliminação desta hipertonia esfinteriana por manobras cirúrgicas é seguida em curto tempo da cura espontânea da fissura anal.

Técnica

Tricotomia e assepsia de rotina. Anestesia local com solução de procaína a 2% mais adrenalina - 1:100.000. Esta solução é injetada apenas na área de manipulação cirúrgica, compreendendo o tecido subcutâneo e massa esfinteriana (Fig. 1). Fazemos uma incisão cutânea de 1 cm mais ou menos, acompanhando o bordo externo do feixe subcutâneo do esfíncter externo ou pouco para fora (Fig. 2). Com pinça anatômica reparamos o bordo proximal da ferida e com tesoura tipo Mayo afastamos (Fig. 3) o tecido subcutâneo até a entrada do ânus. Num segundo tempo dilatamos o ânus com dilatador bivalve (tipo Pitanga Santos) e descolamos, com a mesma tesoura, a mucosa do conduto anal até ultrapassar a zona das papilas anais (Fig. 4).

Feito este descolamento, estamos com o caminho aberto para a penetração de uma lâmina de bisturi bem fina, com ponta afilada ou algo rombuda (Fig. 5). O bisturi irá penetrar até além da zona das papilas. Caso desejarmos, particularmente nas primeiras vezes, poderemos usar uma tentacânula para orientar a penetração da lâmina do bisturi. Isto feito, com a parte cortante voltada para baixo (Fig. 5), estamos em cima do esfíncter interno. Fazemos então secção ampla deste esfíncter, sem receio de estarmos cortando demais, pois sua completa secção não trará qualquer distúrbio para o lado da continência. Uma esfinterotomia econômica não trará a hipotonia necessária para a evolução cicatricial favorável da fissura anal.

Artigo publicado nos Anais do I Congresso Latino-Americano, II Internacional e X Brasileiro de Proctologia, 1960, volume I, págs. 422/426, São Paulo, SP.

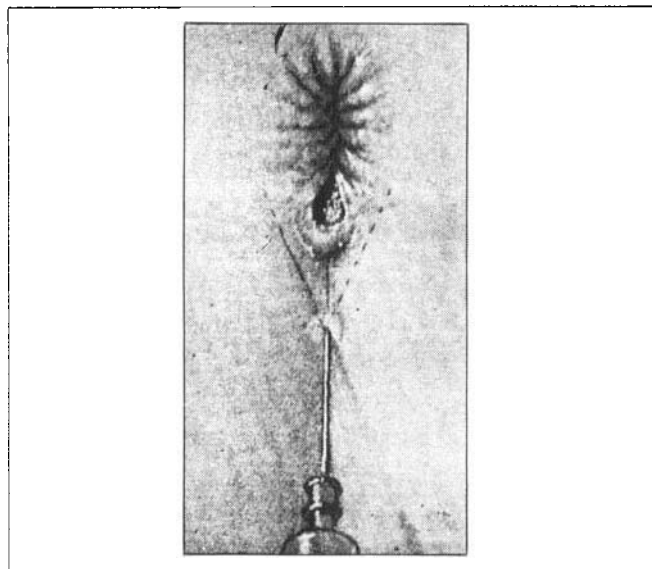


Fig. 1 - Bacon.

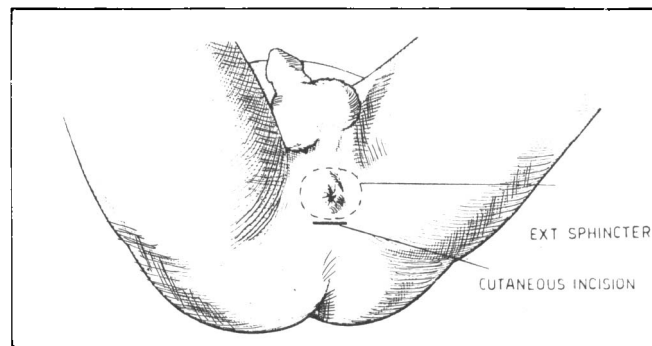


Fig. 2 - Incisão cutânea.

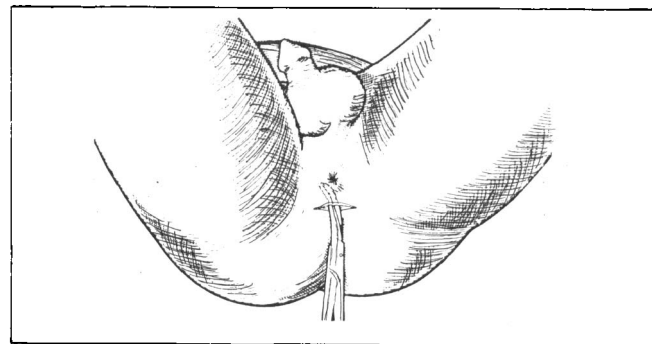


Fig. 3 - Dissecção cutânea.

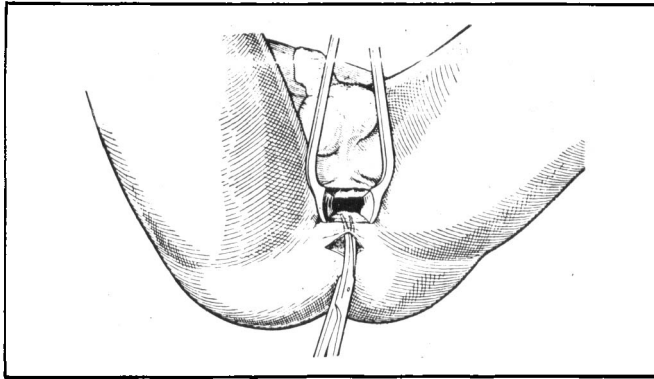


Fig. 4 - Dissecção mucosa.

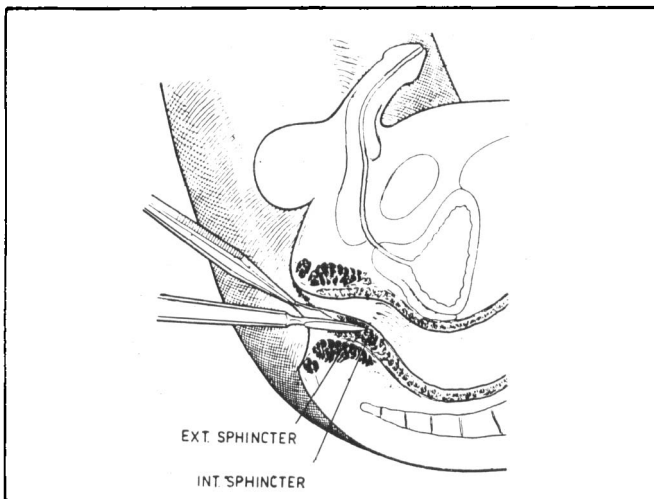


Fig. 5

Como mostra a Figura 6, com a lâmina do bisturi voltada para cima repetimos a manobra a fim de seccionarmos, com manobra bem delicada, as fibras do esfíncter interno, que ficam aderentes à mucosa do conduto anal. Uma vez terminada a esfínterectomia, sentimos com o dedo indicador o grau de tonicidade alcançado. Após uma boa condição de hemostasia suturamos a ferida cutânea com pontos separados, usando fio de algodão bem fino (Fig. 7).

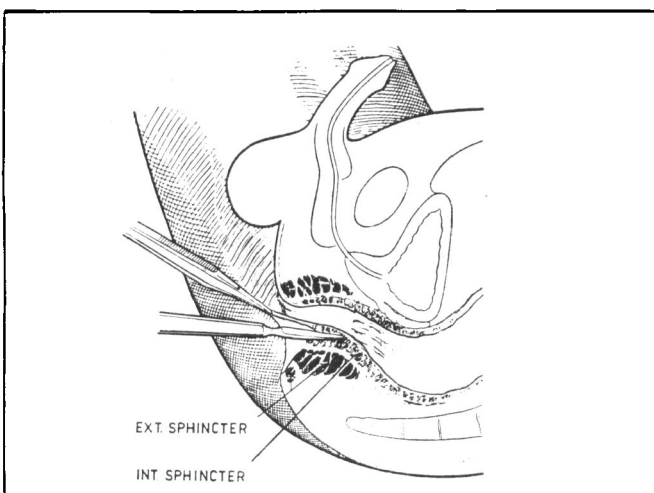


Fig. 6 - Esfínterectomia.

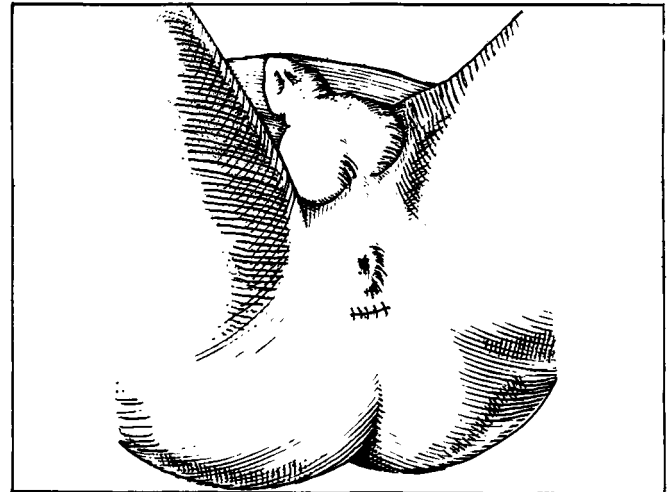


Fig. 7 - Fechamento da ferida.

Finalmente, retiramos o plicoma satélite, caso haja, e retiramos os bordos fibrosos da fissura, o mínimo necessário. Havendo papila hipertrofiada satélite, esta será retirada com um simples corte de tesoura, fazendo-se ligadura posterior em caso de sangramento de importância.

Note-se que nesta técnica os cuidados a serem tomados seriam apenas dois: fazer-se a esfínterectomia ampla, satisfatória, e evitar-se de perfurar a mucosa, em qualquer ponto, nas manobras de descolamento e penetração da lâmina de bisturi. Este último detalhe obrigaria o cirurgião a retirar o retalho cutâneo-mucoso, evitando a formação de uma fístula. Seria assim a técnica transformada na clássica fissu-rectomia pelo processo de Gabriel (Hospital São Marcos de Londres).

Preparo do paciente e pós-operatório

Não costumamos preparar previamente o paciente com lavagem intestinal. O paciente vai ao hospital na manhã da operação, sem jejum e sem pré-operatório. Uma vez terminada a operação o paciente recebe, ainda na mesa, 5 cc de Novalgina na veia e uma injeção de 1 ampola de Cibalena misturada com 1 cc de Novalgina no músculo. A maioria dos pacientes retira-se para sua residência após o término da operação ou repousa no hospital durante meia a 1 hora. Como analgésico o paciente habitualmente usa 1 ou 2 comprimidos em caso de dor que possa sobrevir mais tarde.

Após 24 ou 48 horas são retirados os pontos da pele e feito um toque para controle da tonicidade. Este toque é geralmente muito bem tolerado. Para facilitar as evacuações recomendamos o uso de laxantes suaves durante uns 10 dias. Após 7 dias ou mais é feita nova visita para controle final, com alta definitiva do paciente.

Casos estudados

Foi feita a esfínterectomia subcutâneo-mucosa em 112 pacientes, 36 homens e 76 mulheres, com idades entre 17 e 61 anos, a maioria entre 20 e 35 anos. Fissura posterior em 93 casos e anterior em 19.

Quadro 1

Homens	36 casos	{	Fissura anterior	1
			Fissura posterior	35
Mulheres	76 casos	{	Fissura anterior	18
			Fissura posterior	58
Total	112 casos	{	Fissura anterior	19
			Fissura posterior	93

A incisão e esfínterotomia foram sempre feitas no pólo posterior, mesmo nos casos de fissura anterior.

RESULTADOS

Em 110 pacientes houve cura total, havendo insucesso em dois casos. Um foi reoperado pela técnica de Gabriel, quando constatamos ter havido uma esfínterotomia insuficiente. O outro caso melhorou acentuadamente da sintomatologia, porém rejeitou nova intervenção. Também neste caso houve secção insuficiente de fibras do esfíncter interno.

Não tivemos fístulas ou abscessos. Nos casos em que há presença de grandes plicomas satélites, após a esfínterotomia os mesmos deverão ser retirados superficialmente a fim de evitar comunicação à via de acesso usada para a esfínterotomia.

Nos casos de fissura de 3º grau usamos um detalhe de técnica a fim de evitar o leito da fissura; fazemos a esfínterotomia parafissural à direita e depois à esquerda, deixando a fissura no meio, entre as duas excisões laterais do esfíncter interno. Nossa estatística inclui apenas cinco casos de fissura de 3º grau, pois somente no fim de nosso trabalho resolvemos aplicar esta técnica também para as fissuras deste tipo.

Contra-indicações

Contra-indicamos a técnica nos casos de fissuras fistulizadas e nos casos de abscessos contíguos. Havendo concomitância de hemorróidas internas de 2º grau, após a esfínterotomia haverá um prolapso muito mais fácil e talvez permanente. Por esse motivo também fazemos no ato cirúrgico a retirada do mamilo ou mamilos hemorroidários.

Acidentes

Como único acidente registrado devemos referir em três casos a formação de coágulos que se acumularam na cavi-

dade subcutâneo-mucosa. Após 24 horas foram retirados os pontos e feita a eliminação dos coágulos por manobra digital. Em um caso houve necessidade de se proceder à mesma manobra duas vezes mais. Este acidente em nada alterou a evolução final do caso para a cura completa da fissura. Tiveram, isto sim, um tempo mais longo para se proceder à cicatrização final da ferida cutânea.

CONCLUSÕES

1. A fissura anal funciona em condição da hipertonia do esfíncter interno.
2. A hipotonia esfínteriana favorece a cicatrização de qualquer ferida anal, em tempo o mais curto possível.
3. A esfínterotomia subcutâneo-mucosa corrige a hipertonia exclusivamente e favorece a cicatrização da fissura.
4. A simples criação da hipotonia anal irá favorecer a cicatrização da fissura, como acontece muitas vezes espontaneamente.
5. A esfínterotomia é sempre feita posteriormente.
6. Pós-operatório muito bom, sem internação e com evolução curta (10 dias).
7. Uma vez criada a hipotonia anal, não só se obtém a cicatrização da fissura como fica afastada a condição que favoreceria o aparecimento de nova fissura.
8. Dos 112 casos operados 110 ficaram curados. Esfínterotomia inadequada condicionou dois casos de insucesso.
9. A esfínterotomia econômica será sempre de resultados duvidosos ou desastrosos.

RIBEIRO MC - Subcutaneous submucous sphincterotomy in the treatment of anal fissure (original technique)

SUMMARY: The author presents a new technique for the surgical treatment of anal fissure. The rationale for this technique is the role of the sphincter hypertony in the pathogenesis and maintenance of the process. The elimination of this condition by surgical procedures is followed in short time by spontaneous healing of the ulcerated area. After a cutaneous incision and subcutaneous submucous dissection the internal sphincter muscle is cut with the edge of the scalpel. Results were satisfactory in 110 of the 112 operations performed. Inadequate sphincterotomy was the cause of failure in the two remaining cases. Post-operative healing is rapid (about 10 days) and hospitalization is not necessary. The subcutaneous submucous sphincterotomy corrects hypertonicity and favours fissure healing.
