
USO PROFILÁTICO DE AVANÇO DE RETALHO NO TRATAMENTO DE HEMORRÓIDAS

LÊDA TELES CASTRO
MARCOS VINÍCIUS MUNIZ

CASTRO LT; MUNIZ MV. Uso Profilático de Avanço de Retalho no Tratamento de Hemorróidas. *Rev bras Coloproct*, 2004;24(3):247-252.

RESUMO: **Objetivo:** Os autores propõem uso de técnica fechada para tratamento de prolapso hemorroidário na qual realizam a sutura da mucosa retal à pele anal, como é habitual se proceder em cirurgias para estenose anal. O intuito de tal procedimento é de realizar ressecção de grandes mamilos e diminuir o risco de estenose, motivo pelo qual, chamam esta tática de “profilática”. **Pacientes:** No período de Janeiro de 1999 até Julho de 2004, 196 pacientes (62 homens e 134 mulheres) portadores de hemorróidas graus III e IV, foram submetidos a hemorroidectomia por esta técnica. A partir de 2001, hidrocortisona passou a ser utilizada rotineiramente para prevenção de edema local. **Resultados:** Estudamos as complicações locais da cirurgia (32,5%) e verificamos entre elas deiscência (25,5%), dor (13,6%) e sangramento(1%), recidiva (1%) e estenose (1%). No período após o uso do corticóide os pacientes exibiram menos freqüentemente a deiscência. **Conclusões:** a técnica utilizada é de fácil execução, permitiu ressecção de mamilos secundários e obteve resultados semelhantes aos da literatura, mostrando-se eficaz para o tratamento cirúrgico de hemorróidas de terceiro e quarto grau. A hidrocortisona utilizada no período per-operatório relacionou-se a menores taxas de deiscência e tal dado necessita ser interpretado em estudos posteriores para melhor elucidação.

Unitermos: Hemorróidas; Cirurgia colo-retal; Métodos; Complicações Pós-Operatórias

INTRODUÇÃO

A doença hemorroidária constitui uma das patologias mais comuns que afligem a humanidade cuja prevalência foi estimada, segundo Vanheuverzyn²⁴, em 20 a 30% da população adulta em países desenvolvidos. Além disso, ela representa até 50% das consultas ambulatoriais de Coloproctologia¹³. Portanto, devido a sua alta prevalência, a doença hemorroidária é alvo de muitos estudos, principalmente no que diz respeito à sua terapêutica.

Tratamentos conservadores e cirúrgicos foram se aperfeiçoando até os tempos atuais e as experiências pessoais tornam o tema controverso, dado que todos

os métodos oferecem bons e maus resultados e principalmente resultados diferentes conforme os grupos que os utilizam.

De uma maneira geral, as hemorróidas são classificadas em 4 graus, dependendo do prolapso apresentado, e o seu tratamento (clínico ou cirúrgico) é indicado de acordo com esta classificação. Não nos reportaremos aqui àquelas de menor grau tratadas com medidas higieno-dietéticas e métodos de fixação.

Há três táticas operatórias para ressecção de mamilos hemorroidários: a aberta, a semi-aberta e a fechada, e todas apresentam bons resultados no que diz respeito à resolução da patologia. No entanto, tais abordagens não são isentas de complicações, tais como dor, sangramento reacional ou secundário, fissura anal, abscesso ou fístula perianal, plicomas, incontinência e estenose anal¹².

Trabalho realizado na Clínica Telesi Castro - São Paulo - SP.

É de conhecimento amplo que as técnicas abertas possuem maior índice de estenose anal em relação às fechadas, motivo pela qual Ferguson⁴ propôs a técnica fechada. Estudos estimam que sua prevalência oscila entre 3 a 11% das hemorroidectomias⁹. Este trabalho propõe uma adaptação das técnicas de avanço de retalho, normalmente utilizadas para correção da estenose, para tratamento das hemorróidas de terceiro e quarto grau no sentido de “profilaxia” desta complicação.

PACIENTES E MÉTODOS

De janeiro de 1999 a junho de 2004 foram operados 196 pacientes com hemorróidas de terceiro e quarto graus. Os 62 homens e 134 mulheres com idades entre 21 a 72 anos receberam antibioticoterapia

profilática uma hora antes do procedimento – 1g de cefoxitina EV. Foram submetidos a raquianestesia com morfina e operados em posição de litotomia. O ato operatório era iniciado com a inspeção local e avaliação de grau, número e localização dos mamilos hemorroidários. Após toque dilatador, realização de anoscopia com afastador de Pitanga Santos.

A técnica utilizada consiste nos passos descritos a seguir (Figuras-1, 2, 3 e 4):

Incisão em raquete e descolamento do coxim vascular até a linha pectínea

Hemostasia do leito e esfínterotomia (se indicada)

Sutura da mucosa à pele anal (sendo que o vértice da mucosa estará suturado ao meio da incisão cutânea) com polivícril 3-0 ou 4-0.



Figura 1 – Exposição dos mamilos.



Figura 2 – Dissecção - vista medial.



Figura 3 – Dissecção - vista lateral.



Figura 4 – Aspecto final.

O tempo em cada cirurgia foi de aproximadamente 25 minutos. O uso de laxativos à base de Psyllium diariamente por pelo menos 14 dias foi rotineiro e quando insuficiente, associamos lactulose na dose de 30 a 60 ml/dia.

Todos os pacientes receberam antiinflamatório injetável (Tenoxicam ou Cetoprofeno por via Intramuscular) por 3 dias, seguido da administração oral do mesmo medicamento associado a analgésico à base de dipirona. A partir do final do ano de 2001, passamos a utilizar de rotina hidrocortisona 500mg intravenoso no intra-operatório e de 200 a 300mg intravenoso de 6 em 6 h no primeiro dia de pós operatório, afim de evitarmos o edema local. O tempo médio de internação foi de 24 horas e o seguimento de 3 meses a 5 anos.

RESULTADOS

Estudamos 196 pacientes (62 homens e 134 mulheres) com hemorróidas graus III e IV, de Janeiro de 1999 a Julho de 2004, sob o ponto de vista de complicações locais da hemorroidectomia realizada pela técnica descrita acima.

A morbidade pós-operatória imediata total foi de 35,2% e decorrente de deiscência, dor e sangramento conforme demonstrado na Tabela-1. Recidiva (1%) e estenose (1%) foram as complicações tardias verificadas. Não houve em nossos pacientes incontinência ou infecção.

Na literatura observamos maiores índices de dor nas técnicas fechadas ^{1,5,7}; nossos pacientes enquadram-se entre eles. Oito por cento de nossos pacientes experimentaram dor persistente com necessidade de uso de analgésico adicional ao prescrito.

DISCUSSÃO

A dor após hemorroidectomia é inerente ao próprio procedimento cirúrgico e o seu controle no pós-operatório constitui aspecto relevante no manejo cirúrgico da doença hemorroidária ²². É geralmente atribuída ao espasmo esfinteriano, o que levou muitos a praticarem a esfinterotomia anal interna rotineiramente ⁶. No entanto, tal prática pode levar à incontinência fecal, principalmente em idosos e multíparas, devendo ser praticada somente na associação com fissura anal crônica. No que diz respeito à técnica, apesar da crença de que a técnica aberta cause mais dor, por deixar uma ferida cruenta no canal anal, os trabalhos levantados não mostraram diferença entre a técnica aberta e fechada quanto a dor no pós-operatório imediato ^{3,8,19}. No nosso estudo, nós definimos dor como aquela persistente que necessitou de mais medicações além do protocolado para seu alívio. Obtivemos resultado de 8%, semelhante ao encontrado em literatura.

Keighley relata que o sangramento no período pós-operatório imediato ocorre em aproximadamente 1% dos casos, geralmente é decorrente de erro cirúrgico e não raro necessita de reintervenção para seu controle ¹². Não confirmamos esta estatística entre os autores pesquisados quando verificamos taxas de 2,7 a 10,5%. Com grampeadores a incidência varia de 5 a 21% ^{3,11,14,17}. Entre nossos pacientes a ocorrência foi de 1,52% .

Nas séries revistas os índices de recidiva com técnicas abertas são significativamente maiores. As Tabelas-2 e 3 demonstram a morbidade encontrada na literatura

A região anorretal, apesar de muito contaminada, não é local onde se instale com frequência

Tabela 1 – Morbidade pós-operatória imediata

Ano	N	Deiscências	Dor	Dor +Deiscência	Sangramento
1999	39	10	4	3	1
2000	39	8	2	2	1
2001	29	7	1	3	
2002	41	7	5	1	
2003	32	6	3	1	
2004	16	2	1	0	
	196	40	16	10	3
	100%	20%	8%	25%	1,52%

Tabela 2 – Morbidade nas técnicas abertas.

Autor	Série	Sangramento	Dor	Incontinência	Recidiva	Outras Complicações	Total
Oya (16)	17		11,8%		23,5%	17,6% Edema	52,9%
Pavlidis(18)	40	5,0%		5,0%			10,0%
Palimento(17)	37	2,7%					2,7%
Geçosmanoglu(5)	40						0,0%
Arbman(1)	39	7,7%		2,0%	15,4%	2,6% Infecção	27,6%

Tabela 3 – Morbidade nas técnicas fechadas.

Autor	Série	Sangramento	Dor	Deiscência	Estenose	Incontinência	Recidiva	Total
Guala(7)	28	7,1%	10,7%	10,7%	3,6%	7,1%		39,3%
Geçosmanoglu(5)	40		7,5%		2,5%			10,0%
Arbman(1)	38	10,5%				2,0%	18,4%	30,9%

infecção pós-operatória. A incidência de complicação infecciosa após hemorroidectomia gira em torno de 1,1%, segundo Nahas e col¹⁴. Em nossa casuística não tivemos nenhum caso de infecção.

Entre as complicações tardias, a estenose não deve ocorrer em mais que 1%²², porém alguns estudos referem incidências de 3 a 11% em serviços especializados, sendo a hemorroidectomia a principal causa²⁹. Sua ocorrência relaciona-se ao tamanho dos mamilos ressecados e às pontes cutâneo-mucosas insuficientes. Com intuito de evitá-la, a melhor opção para o cirurgião muitas vezes é deixar mamilos intocados, entretanto, condena seu paciente a reintervenção.

Seus principais sintomas são dificuldade evacuatória, dor, e diminuição do calibre das fezes; também podendo ocorrer cólicas abdominais, puxos, tenesmos, sensação de evacuação incompleta, pressão retal e o medo do ato evacuatório que agrava todos os outros sintomas². Seu tratamento, na fase inicial, quando ainda a cicatriz é inflamatória, consiste em dilatações anais e mais tardiamente, após instalada cicatriz fibrosa, sua correção é cirúrgica. Os resultados mais satisfatórios são obtidos com técnicas de avanço de retalhos cutâneo mucosos.

A interposição de retalho mucoso e/ou cutâneo, a exemplo das cirurgias corretivas de estenose, seria então uma antecipação à possibilidade de sua ocorrência. Guala⁷ em 1990 realizou estudo semelhante, utilizando a técnica de Sarner com resultados satisfatórios. O uso “profilático” é uma tática

que permite a ressecção de mamilos que, respeitando-se os princípios técnicos habituais, seriam abandonados para correção em segundo tempo nas técnicas convencionais. Utilizando esta técnica operatória obtivemos a incidência de 1% desta complicação (2 casos). Uma das pacientes necessitou reintervenção após 72 dias e outro respondeu bem ao tratamento dilatador. No paciente que foi reoperado utilizamos a técnica de V-Y com bom resultado.

As hemorroidectomias fechadas oferecem a vantagem de cicatrização mais eficiente e precoce; entretanto, taxas de deiscência algumas vezes muito elevadas desencorajam a utilização do método. A média de deiscência nos 5,5 anos de nosso estudo atingiu 26% que é um valor bastante elevado; entretanto, observando o período de 1999 a 2001, quando não utilizávamos corticóide, tivemos esta morbidade em 31% dos casos contra 19% no período em que o utilizamos rotineiramente (Tabela-4) A análise estatística pelo método do χ^2 demonstrou que o uso rotineiro de hidrocortisona diminuiu significativamente a taxa de deiscência ($p < 0,05$). Ao contrário do que seria de se imaginar, a dor estatisticamente não se modificou com ou sem a medicação ($p > 0,5$).

CONCLUSÃO

O uso de avanço de retalho na cirurgia de hemorróidas é tática facilmente exequível e permite

Tabela 4 – Incidência das deiscências com e sem corticóide.

	Sem Deiscência	Com Deiscência	Total	
Sem Hidrocortisona	74	33	107	31%
Com Hidrocortisona	72	17	89	19%
	146	50	196	

ressecar maior número de mamilos com taxas de complicações bastante baixas. Os achados nos estimulam a continuar indicando técnicas que interponham retalhos com intuito profilático, diminuindo o risco de estenose após as cirurgias

oficiais. A análise estatística de nossos dados demonstra significativa diferença do índice de deiscências com o uso de corticoterapia endovenosa. Estudos posteriores serão necessários para compreender melhor este resultado.

SUMMARY: Background: The authors display a technique in hemorrhoidectomy with the rectal mucosa isutured to anoderm like is usual to do in the stricture correction. **Patients:** Over a period of five years, from 1999 January to 2004 July, a total of 196 patients (62 male and 134 female) with grade III and IV hemorhoidal disease were submitted to surgery using this technique. From 2001, we started to use hidrocortisona routinely to prevent local edema. **Patients were monitored for postoperative local complications: pain, wound healing, infection, anal stricture, recurrence and incontinence. Results:** The postoperative local complications were seen in 35,2% of pacientes. We observed pain (13,6%), bleeding(1%), dehiscence(25,5%), recurrence (1%) and anal stricture (1%). The group of patients who received hidrocortisona showed less dehiscence than the other group. **Conclusions:** This study shows that this is a good technique to perform in patients who have grade III and IV hemorhoidal disease and hidrocortisona is related to less dehiscence.

Key words: Hemorrhoids; Colorectal Surgery; Methods; Postoperative Complications

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arbman G, Krook H & Haapaniemi S. Closed vs open hemorrhoidectomy- Is there any difference? **Dis.colon Rectum**; 2000, 43: 31-34.
- Cruz GMG & al. Estenose anal pós hemorroidetomia com indicação cirúrgica- experiência de 75 casos. **Rev bras de coloproct**; 2004, 24(1):20-32.
- Domenico P & al. Stapled and Open Hemorrhoidectomy: Randomized Controlled trial of Early Results. **World Journal Surgery**;2003, 27, 203-207.
- Fergusson J.A. & al. The closed technique for hemorrhoidectomy. **Surgery**;1971, 70: 480-484.
- Gençosmanoglu R, Sad O, Koç D & Inceoglu R. Hemorrhoidectomy: open or closed technique? A prospective, randomized clinical trial. **Dis Colon Rectum**; 2002, Jan 45(1):70-5.
- Goligher J. Surgery of the Anus, Rectum and Colon. 5ª edition. London: bailieri-Tindall; 1984.
- Guala A, Medina S & Francia H. Anoplastia de Sarner / Sarner's anoplasty. **Exp. Med** 1990; 8(1):16-9, ene.-mar
- Gunnar A. & al. Closed vs. Open hemorrhoidectomy- Is There Any Difference?. **Disease Colon and Rectum**; 2000, 43: 31-34.
- Habr Gama A, Alves PR, Rodrigues LV & Vieira MJF. Anoplastia para tratamento da estenose anal. **Rev. bras. coloproctol**;1991,11(1):15-8, jan.-mar.
- Habr-Gama A & col. Plástica da estenose após hemorroidetomia. **Rev. Ass. Med. Bras.** 1980;26:100-102.
- Jongen JH & Bock JU. Pain after stapled haemorrhoidectomy. Comment On:**Lancet**. 2000 Aug 26;356(9231):730-3.
- Keighley M. Cirurgia do ânus reto e colo, 1ª edição brasileira, São Paulo, **Manole**, 1998.
- Matos D & al. Guia de Medicina ambulatorial e hospitalar de Coloproctologia. 1ª edição, São Paulo, **Manole**, 2004.
- Nahas S, Borba C, Rodrigues M, Brochado MC & Al. Stapled Hemorrhoidectomy For The Treatment Of Hemorrhoids. **Arq. Gastroenterol.**, Jan./Mar. 2003,40 (1): 35-39.
- Noburo M. & al. A prospective randomized comparison between open hemorrhoidectomy and semi-closed (semi-open) hemorrhoidectomy. **Surg Today**; 2002, 32: 40-47.
- Oya M, Mikuni N, Komatsu J & Yamana T. A prospective

- randomized comparison between an open hemorrhoidectomy and a semi-closed (semi-open) hemorrhoidectomy. **Surg Today**; 2002. 32(1):40-7.
17. Palimento D, Picchio M, Attanasio U, Lombardi A, Bambini C & Renda A. Stapled and open hemorrhoidectomy: randomized controlled trial of early results. **World J Surg**; 2003 Feb 27(2):203-7.
 18. Pavlidis T. & col. Modern stapled longo procedure vs. Conventional Milligan Morgan hemorrhoidectomy: a randomized controlled trial; **Int Colorectal Disease**; 17: 50-53, 2002.
 19. Rassim G. & al. Hemorrhoidectomy: Open or Closed Technique? A prospective, randomized clinical trial. **Dis Colon and Rectum**; 2002, 45: 70-75, 2002.
 20. Reis Neto & cols. New Trends in Coloproctology: **Anal Stenosis**. Revinter-RJ 2000; Cap 6 : 235-242.
 21. Reis Neto J A, Quilici FA; Reis Jr J A . Classificação e tratamento das estenoses anais cicatriciais. **Rev. bras. coloproctol**; 1987,7(1):7-12, jan.-mar.
 22. Silva J H. Manual de Coloproctologia, 1ª edição, São Paulo, **Associação Paulista de Medicina**, 2000.
 23. Ui Y. Anoderm-preserving, completely closed hemorrhoidectomy with no mucosal incision. **Dis Colon Rectum**; 1997 Oct. 40(10 Suppl):99-101.
 24. Vanheuverzyn & al. Hemorrhoids Review. **Acta Gastroenterology Belg**; 1995, 58: 452-464.
 25. Yukata U. Anoderm-Preserving Completely Closed hemorrhoidectomy with no mucosal incision. **Dis Colon and Rectum**; 1997,40(suppl): S99-101, october.

Endereço para correspondência:

Lêda Telesi Castro
Rua Dr. Francisco Eugênio 78 - Mooca
03.184-110 – São Paulo (SP)
PABX: 6601-1929
telesi@terra.com.br