

LIGADURA ELÁSTICA – UMA BOA OPÇÃO NO TRATAMENTO HEMORROIDÁRIO

Hugo Bomfim Pinheiro¹

RESUMO

Num período de três anos, 70 pacientes foram submetidos a 167 ligaduras elásticas para cura de patologia hemorroidária. O autor faz um estudo destes casos, focalizando principalmente os problemas dor e complicações pós-ligaduras, bem como os resultados imediatos e a médio prazo obtidos com o método.

Conclui achando ser o método de ligadura elástica uma boa opção no tratamento hemorroidário, desde que seja bem indicado e que se tome algumas precauções a fim de evitar complicações.

A hemorroidectomia constitui o tratamento clássico e mais eficaz na cura da doença hemorroidária.

Tal procedimento data de milênios (cerca de 2250A.C.)⁸. Achados arqueológicos do antigo Egito comprovam a existência e as tentativas de tratamento desta patologia, referindo-se inclusive quão dolorosos e demorados eram os meios empregados².

Através dos anos, numerosas modificações de técnicas têm sido empregadas no sentido de melhorar os resultados e diminuir a morbidade das hemorroidectomias⁸.

A ligadura elástica tem se tornado numa das mais populares opções no tratamento das hemorroidas.

Descrita inicialmente por *Blaisdell* (1958), coube à *Barron* (1963) modificar e popularizar a técnica^{2, 7, 8}.

COMENTÁRIOS

A simplicidade, o baixo custo, os bons resultados e a boa aceitação por parte dos pacientes foram as razões do sucesso desta nova técnica^{2, 7}.

Ela é eficaz apenas no tratamento de hemorroidas internas, de 1º, 2º e 3º grau, podendo também ser um tratamento de escolha para a maioria dos casos de prolapso mucoso retal^{3, 4}.

Nós em particular achamos ser este tipo de tratamento mais indicado para hemorroidas de 1º, 2º e 3º grau, embora tenhamos empregado o método em casos de hemorroidas de 4º grau com bons resultados.

Vários autores, dentre eles *Barron*¹, têm dito que esta técnica é praticamente isenta de dor e complicações, desde que se obedeça alguns critérios de indicação e de técnica, tais como: ligar

Trabalho da Clínica Particular e do Ambulatório de Colo-Proctologia do Hosp. e Maternidade São Camilo de Ourinhos – SP.

1 Responsável pelos Departamentos de Colo-Proctologia do Hosp. e Maternidade São Camilo de Ourinhos, SP e da Soc. Santa Casa de Ourinhos, SP – Membro Titular da Soc. Bras. de Colo-Proctologia

– Proibida a reprodução total ou parcial para fins comerciais

apenas um mamilo por vez; não ligar mamilo edemaciado ou tromboso; fazer ligadura sempre 3 a 4 mm acima da linha pectínea; corrigir antes a constipação intestinal do paciente caso ele a possua e observar um prazo mínimo de 10 dias entre as ligaduras.

Já outros autores, dentre eles *Goligher*⁶, acham que a técnica não é indolor, tanto no ato da aplicação quanto no período pós-ligadura, e também não é isenta de complicações.

No que diz respeito a avaliação do tratamento a longo prazo, também há controvérsias quanto à sua eficácia, havendo autores^{4, 8} que constataram bons resultados, enquanto outros⁵ obtiveram resultados decepcionantes com recidivas em prazos relativamente curtos.

O presente trabalho tem por objetivo estudar os casos por nós tratados num período de três anos, analisando com maior detalhe os problemas dor e complicações pós-ligaduras, bem como validade ou não do tratamento a curto e a médio prazo.

Observações e métodos de tratamento

De dezembro de 1978 a dezembro de 1981 (três anos), estudamos 70 pacientes, dos quais, 73% de nossa clínica particular e 27% do INAMPS, todos tratados ambulatorialmente.

Os do INAMPS, o foram pelo ambulatório de Colo-Proctologia do Hospital e Maternidade São Camilo de Ourinhos, SP.

Executamos 167 ligaduras, variando de um a seis por paciente. Cerca de 80% dos pacientes receberam de uma a três ligaduras para cura de suas patologias.

A necessidade de quatro ou mais ligaduras em certos casos deve-se mais ao fato de que às vezes os anéis elásticos se soltavam espontaneamente.

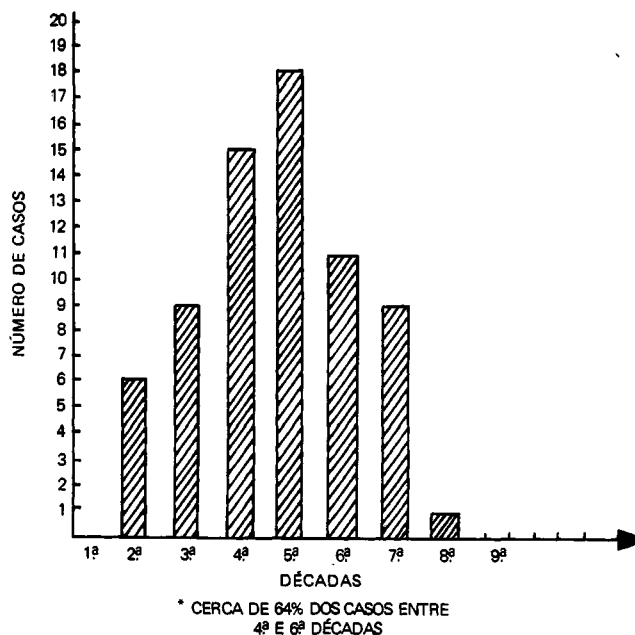
Tabela 1 – Número de ligaduras efetuadas: 167

	Pacientes	
	Nº	%
Uma	24	34
Duas	19	27
Três	13	18
Quatro	8	11
Cinco	2	3
Seis	4	6
Total	70	100

As distribuições quanto às décadas e sexos estão representadas na **Tabela 2**. Os sintomas

Tabela 2

Incidência quanto às idades



Incidência quanto ao sexo

Sexo	Nº	%
♂	52	74
♀	18	26
Total	70	100

antes do tratamento bem como o grau das hemorroides estão representados nas **Tabelas 3 e 4**.

Tabela 3 – Sintomas antes do tratamento

	% de pacientes
Sangramento	66
Dor + sangramento	15,5
Prolapso + sangramento	15,5
Prurido anal	3
Total	100,0

Técnica

O preparo do paciente é feito com um laxante de contato, o Diacetotóxi-difenil-piridilmetano (Dulcolax), aplicando dois supositórios com intervalo de uma hora entre um e outro, três a quatro horas antes do tratamento.

Tabela 4

Critério	Pacientes	
	Nº	%
1.º grau Hemorroidas que sangram mas não prolabam às evacuações	24	34
2.º grau Prolabam após defecação através do orifício anal, retornando espontaneamente ao cessar o esforço de evacuação	35	50
3.º grau As hemorroidas permanecem prolabadas após evacuação e exigem redução digital por parte do paciente	9	13
4.º grau Irredutíveis; permanecem externas ao ânus, mesmo sem esforço defecatório	2	3
Total	70	100

Com o paciente em posição de *Sims*, através de um anuscópio curto introduzimos o aparelho e fazemos a ligadura do mamilo hemorroidário, acima da linha pectínea, sem auxílio de tração do mamilo por pinças e sem necessidade de auxiliares nestas manobras.

Todos os pacientes são previamente submetidos a exame retossigmoidoscópico. Sempre que possível o tratamento é feito em fins de semana, uma vez que recomendamos repouso relativo ao paciente nas primeiras 24 a 48 horas pós-ligadura a fim de evitar complicações ou desconforto tais como, sensação de peso e tenesmo que quase sempre o paciente reclama neste período.

Em geral fazemos uma ligadura por seção, não obstante, houve ocasiões em que fizemos duas por seção, sem maiores problemas. O intervalo entre as ligaduras variou de sete a 21 dias, com intervalo médio de oito dias em 80% das mesmas.

Logo após ligadura praticamos uma incisão com bisturi no mamilo ligado e introduzimos 5 ml de xilocaína geléia a 2% no canal anal. Achamos que tais manobras diminuem a sensação de "peso" e "incômodo" no canal anal referidos pelos pacientes no período imediato pós-ligadura.

A fim de evitar desconforto e evitar complicações passamos a receitar para todos os pacientes, pelo menos nos 3-4 dias que seguem a ligadura, supositórios antiinflamatórios e anestésicos (um supositório três vezes por dia), um sedativo e antiespasmódico suave (ex.: Buscopaxan-1 drágea três vezes por dia) e um antivaricoso por via oral (uma drágea três vezes por dia). Procuramos corrigir a constipação intestinal do paciente caso ele a possua e o instruímos para retornar para revisão sete dias após, ou antes, caso alguma complicação ocorra.

RESULTADOS

Tivemos um pequeno número de morbidades com o método. No tocante à dor, 79% das ligaduras foram indolores (44%) ou com dor mínima (35%); em 18,5% a dor foi moderada e em apenas 2,5% ela foi intensa.

Tabela 5 – Dor pós-ligadura elástica

Intensidade	Nº de ligaduras	%
Ausente	73	44
Mínima	59	35
Moderada	31	18,5
Intensa	4	2,5
Total	167	100,0

Quanto à hemorragia, ela se apresentou de forma mínima em 2% dos casos e em apenas 0,5% (um caso), ela foi intensa, no 7.º dia pós-ligadura, e necessitou hemostasia com internação hospitalar.

Quatro pacientes apresentaram trombose hemorroidária, sendo que um deles a apresentou na 3.ª seção de ligadura, após ter viajado cerca de 300 km de ônibus pós-ligadura, contrariando nossa orientação. Três destes pacientes necessitaram tratamento cirúrgico e um curou-se com tratamento clínico.

Finalmente, 0,5% (um caso) apresentou fissura anal que exigiu tratamento cirúrgico. As complicações observadas com o método compõem a Tabela 6.

Tabela 6 – Complicações

Tipo	Nº de ligaduras	%
Dor intensa	4	2,5
Hemorragia	1	0,5
Fissura	1	0,5
Trombose	4	2,5
Total	10	6,0

Se excluirmos os quatro pacientes por nós operados (três por trombose hemorroidária e um por fissura anal), decorrentes de complicações imediatas pós-ligadura elástica, ficamos com 66 pacientes para estudo quanto aos resultados do tratamento a curto e a médio prazo.

Dos 66 pacientes, 56 deles (85%) nos responderam pessoalmente ou por telefone, informan-

do-nos como estavam após tratamento. Destes 56, 47 pacientes (84%) disseram estar sem sintomas após tratamento e foram portanto considerados como bons resultados; oito pacientes (14%) disseram ter obtido grande melhora dos sintomas persistindo entretanto pequenas queixas, e foram por nós classificados como resultados regulares; em apenas um paciente (2%) os sintomas persistiram após tratamento e aí consideramos o resultado do tratamento como ruim.

Se, por outro lado, incluirmos, em nosso seguimento de 0 a 36 meses pós-tratamento, os quatro pacientes que necessitaram de cirurgia devido a complicações imediatas pós-ligadura, e os considerarmos como resultados ruins teremos um seguimento de 60 pacientes com os seguintes resultados.

Tabela 7 — Seguimento pós-tratamento de 0 a 36 meses

	Resultados	Pacientes	
		Nº	%
Sem sintomas	Bons	47	79
Grande melhora com sintomas residuais	Regulares	8	13
Necessitaram cirurgia pós-tratamento ou sintomas permaneceram inalterados	Ruins	5	8
Total		60	100

CONCLUSÃO

Sem dúvida a hemorroidectomia é o tratamento mais eficaz e radical no tratamento das hemorróidas. As morbidades inerentes ao método são seus óbices.

Já o tratamento da patologia hemorroidária pelo sistema de ligaduras elásticas, desde que bem indicado, corretamente executado e, desde que se tome ainda certas precauções tais como: repouso relativo nas primeiras 24 a 48 horas pós-ligadura; uso pelo paciente de sedativos e analgésicos suaves por via oral, supositórios analgésicos e anti-inflamatórios, bem como, medicamentos anti-

varicosos por via oral nos três a quatro dias pós-tratamento, dá bons resultados, com pouca morbidade e bons resultados a curto e médio prazo. É também conveniente tratar a constipação intestinal caso ela exista.

Concluindo, achamos que o método é uma boa opção no tratamento da patologia hemorroidária, não só por sua boa aceitação por parte dos pacientes, bem como por seu baixo custo, pouca morbidade e bons resultados obtidos com o mesmo.

SUMMARY

In a period of three years, 70 patients were submitted to 167 rubber ring ligations to cure hemorrhoidal disease.

The author makes a study of these cases focusing specially the problems pain and complications after ligations, as well as the immediate and medium term results obtained through this method.

Concludes finding the rubber ring ligation method a good option for hemorrhoidal treatment, once it is well indicated and some precautions be taken in order to avoid complications.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARRON J *In*: TURELL R — Diseases of colon and anorectum, 2 ed., Philadelphia, W.B. Saunders. Chapt, 43: 948-954, 1969.
2. BRAVO FP — Tratamento de hemorróidas — vantagens da ligadura elástica. *J Bras Med*, 36(3): 85-90, mar. 1979.
3. BULS JG & GOLABERG SM — Tratamento moderno das hemorróidas. *Clin Cir Am Norte*, 471, junho 1978.
4. CUTHBERTSON AM & HUGHES ESR — Anorectal surgery. London, Chapman & Hall Ltd, 1974.
5. DUHAMEL J — Proctologia, Barcelona (Espanha), Salvat Editores S.A. Mallorca, 152, 1974.
6. GOLIGHER JC — Surgery of the anus, rectum and colon, 3a ed, London, Baillière Tindal, 1975.
7. MOREIRA CAX — Tratamento de hemorróidas pelo método de ligadura elástica. *Rev Bras Colo-Proct*, 2: 95-99, 1981.
8. WROBLESKI DE, CORMAN ML, VEIDENHEIMER MC & COLLIER JA — Long-term evaluation of rubber ring ligation in hemorrhoidal disease. *Dis Colon Rectum*, 23: 478-482, 1980.