

FISSURA ANAL

Francisco Aprilli¹

Poucas patologias causam tanto sofrimento como a fissura anal. Nas fases iniciais a fissura é apenas uma pequena rachadura no epitélio do canal anal e, dada sua dificuldade em sarar, com muita freqüência torna-se crônica.

Aparece mais freqüentemente na linha média posterior. Em nossa casuística a distribuição das fissuras quanto à localização foi: posterior, 82,5%; anterior, 13,5%; anterior e posterior, 3% e lateral, 1%.

Embora a fissura seja inicialmente uma lesão superficial, restrita ao canal anal, ao tornar-se crônica transforma-se em verdadeira úlcera que se aprofunda, não raras vezes, até expor a musculatura do esfíncter anal interno. Nessa fase apresenta forma elíptica, com bordas nítidas, quase sem exsudação. Com o tempo o processo inflamatório da pele e do tecido subcutâneo junto à fissura determina a formação de um pequeno nódulo fibroso, *plicoma sentinela*. O processo inflamatório crônico também pode atingir uma papila anal junto ao vértice da fissura, o que determina sua hipertrofia. Essa papila hipertrofiada – *papilite crônica hipertrófica* – é também conhecida com o nome de *pólipo anal*.

Hipertonía do esfíncter anal interno, em maior ou menor intensidade, é praticamente uma constante nos pacientes portadores de fissura.

Etiologia

Ainda é assunto onde há muita especulação. Deve-se admitir, no entanto, que o traumatismo

do canal anal por fezes calibrosas parece ser responsável pelo início do processo. O uso prolongado de laxantes também tem sido apontado como tendo alguma importância, pois as fezes líquidas resultantes dessa prática não solicitam o aparelho esfíncteriano e isso faz com que o canal anal se torne menos elástico e mais propenso a rachaduras quando franqueado por fezes calibrosas ou por outro agente que produza sua brusca distensão.

A maior freqüência da localização posterior da fissura talvez se deva à pequena mobilidade do epitélio do ânus em sua porção posterior, e à própria disposição em "V" das fibras do esfíncter externo nesse local, o que acarretaria menor suporte para o esfíncter interno.

Sabe-se que muitas fissuras rasas curam-se em uma ou duas semanas enquanto outras são rebeldes ao tratamento e tornam-se crônicas. Esse fato, muito provavelmente se deve a um reflexo reto-esfíncteriano anormal, caracterizado por um espasmo do esfíncter interno, após seu relaxamento normal induzido pela distensão da ampola retal (*Nothmann e Schuster, 1974*). Estudos de *Arabi e*

Trabalho realizado na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – SP.

1 Professor-Assistente Doutor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – SP. Disciplina de Proctologia

– Proibida a reprodução total ou parcial para fins comerciais

col. (1977) e de *Hancock* (1977) mostraram maior pressão do esfíncter interno em pacientes portadores de fissura anal quando comparados aos normais. A melhor evidência de que a hipertonia do esfíncter interno é responsável pela cronicidade da fissura é a cura que ocorre após adequada correção da hipertonia.

As fissuras descritas até agora são chamadas primárias ou idiopáticas. Fissuras secundárias ocorrem, por exemplo, após cirurgias anais como hemorroidectomias e fistulotomias. São também secundárias as que aparecem na doença de *Crohn*, retocolite ulcerativa e tuberculose.

Manifestações clínicas

Dor — É o principal sintoma. É de intensidade variável, às vezes tão forte que causa pânico ao paciente, principalmente durante as evacuações. A dor persiste por minutos ou horas após as dejeções, podendo não desaparecer completamente. É interessante notar que a dor pode persistir mesmo nos casos em que ocorre epiteliação das fissuras crônicas.

Sangramento — Muito comum, porém pouco intenso. Raramente atinge maiores proporções.

Exsudação — Quando presente é de pequena intensidade.

Prurido — Achado comum. Neste caso é consequência da fissura. Não deve ser confundido com o quadro de prurido anal primário com as escoriações anais resultantes da coçagem.

Exame

Inspeção — É a parte mais importante do exame, embora nem sempre seja fácil sua visualização devido à hipertonia do esfíncter interno. As fissuras rasas e recentes apresentam pouca fibrose, as mais antigas são mais profundas, podendo chegar até ao esfíncter anal interno que adquire coloração esbranquiçada devido à maior fibrose local. As fissuras atípicas, com maior inflamação, mais exsudativas ou que ultrapassam os limites do canal anal, ou a existência de duas ou mais fissuras em um mesmo paciente requerem melhor investigação porque podem ser secundárias à doença de *Crohn*, retocolite ulcerativa, tuberculose e sífilis anal.

Toque — Deve ser feito com delicadeza devido à hipertonia e à dor. Pode haver alguma induração ao redor conseqüente à fibrose. Quando presente, a papila hipertrofiada pode ser sentida ao toque.

Anuscopia — Sempre deve ser tentada, porém às vezes torna-se difícil, em virtude da dor referida pelo paciente.

Tratamento

Muitas fissuras agudas saram espontaneamente em uma ou duas semanas, principalmente as que ocorrem em crianças. No entanto, outras tornam-se crônicas mesmo na vigência de tratamento. Vários tipos de tratamento são propostos.

As fissuras agudas podem ser tratadas clinicamente. O objetivo desse tratamento é reduzir a dor e diminuir o traumatismo local produzido por fezes calibrosas. É, portanto, perfeitamente justificável a utilização de laxantes bojantes, que aumentam o bolo fecal e deixam as fezes mais hidratadas, sem provocar diarreia. Banhos de assento com água morna de 4 a 6 vezes ao dia promovem algum relaxamento no esfíncter interno com melhora da dor. Também tem alguma utilidade o uso de pomadas anestésicas aplicadas várias vezes ao dia. Analgésicos e antiinflamatórios administrados por via oral não se mostram de grande valia. Basicamente essa é a orientação que seguimos para o tratamento da fissura aguda. Não utilizamos o tratamento feito com dilatações anais nem com infiltrações anestésicas locais, condutas muito difundidas há algumas décadas, porém ainda utilizadas por muitos cirurgiões. Quando os sintomas são muito intensos e sem tendência à remissão optamos pela esfínterectomia anal interna lateral subcutânea, e os resultados têm sido muito bons.

O tratamento da fissura crônica é feito desde há muito, empregando-se algum tipo de intervenção, nem sempre fundamentada em conhecimentos de fisiopatologia. Merecem destaque pela popularidade que tiveram, os seguintes métodos:

a) **Dilatação anal forçada**, proposta por *Récamier* (1929). Consiste em dilatação lenta e gradual, sob anestesia, até que o cirurgião consiga introduzir quatro dedos no canal anal. Na casuística de *Watts* e col. (1964) houve 84% de bons resultados e 16% de insucessos. Também foram altos os índices de distúrbios da continência, principalmente para gases.

b) **Exérese da fissura anal**. Método popularizado principalmente por *Gabriel* (1930). Consiste na retirada de amplo retalho triangular de tecido constituído de pele e do revestimento do canal anal englobando, além da fissura, o plicoma sentinela e papila hipertrofiada, quando presentes. O esfíncter interno, assim exposto, é a seguir seccionado parcialmente na linha média posterior. A ferida anal relativamente grande, a cicatrização

demorada e o razoável desconforto do paciente no pós-operatório representam suas principais desvantagens.

c) **Excisão da fissura com enxerto de pele imediato.** Proposta por *Hughes* (1953). É cirurgia demorada, requerendo vários dias de internação e apresentando freqüentes deiscências do enxerto.

d) **Esfincterotomia anal interna.** Vários métodos de esfincterotomia interna são propostos e todos visam à resolução da hipertonia, responsável pela cronicidade da fissura.

Miles (1939) realizava a "pectenotomia" posterior para o tratamento da fissura; *Milligan* e *Morgan* (1934) propunham a secção do feixe subcutâneo do esfíncter externo. *Eisenhammer* (1951) e *Goligher* e col. (1955) demonstraram que o que os referidos autores faziam, sem que o soubessem, era a esfincterotomia anal interna.

O primeiro a fazer conscientemente a esfincterotomia interna foi *Eisenhammer* (1951, 1953). A divisão do esfíncter era feita na linha média posterior, sobre o leito da fissura, cicatrizando a ferida por segunda intenção. *Bennett* e *Goligher* (1962) com esse tipo de esfincterotomia tiveram 7% de recidivas e 22% de incontinência três anos após a operação (13% para gases e 9% para fezes).

Parece que tais distúrbios de continência deviam-se ao sulco que se forma na parede posterior do canal anal resultante da esfincterotomia.

Eisenhammer (1959) sugeriu que a esfincterotomia lateral poderia causar menos distúrbios que a posterior, apesar de também deixar um sulco no canal anal, pois esse autor fazia a divisão do esfíncter interno seccionando o epitélio do canal anal e a ferida cicatrizava por segunda intenção. *Parks* (1967) propôs a sutura da ferida lateral para diminuir a dor pós-operatória.

Notaras (1969, 1971) propôs a esfincterotomia anal interna lateral subcutânea, realizada com bisturi de catarata, com anestesia local ou geral. Esse método mostrou resultados melhores que os descritos anteriormente. Suas principais vantagens são: simplicidade de execução, ausência de lesão cirúrgica no canal anal — do que resulta menor dor no pós-operatório —, baixo índice de recidivas e baixa incidência de distúrbios de continência.

Desde 1976 temos utilizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Rib. Preto, a esfincterotomia anal interna lateral subcutânea com algumas modificações técnicas. Atualmente a cirurgia é realizada com anestesia local ou geral de reversão rápida. Na vigência da anestesia geral o paciente é colocado em posição de litotomia. Após delicada dilatação anal introduz-se o afastador de *Parks* que é posicionado de tal modo a

expor a parede lateral esquerda do canal anal. Seguindo-se à infiltração da região a ser operada com 2-3 ml de solução de adrenalina a 1:100000, o afastador de *Parks* é tracionado ligeiramente, o que torna muito fácil a identificação do esfíncter interno. Com o bisturi de lâmina 11 ou 15 faz-se pequena incisão (de 0,3 a 0,5 cm) na pele perianal, à esquerda, distante 1 cm da margem do ânus e paralela a esta, através da qual o esfíncter interno é separado tanto do revestimento do canal anal como de suas relações com o esfíncter externo. Essa dissecação é feita com tesoura delicada e deve ser o menos ampla possível; cranialmente deve chegar até a altura da linha pectínea e nesse local muito cuidado deve ser tomado para não haver perfuração da mucosa. O esfíncter interno assim dissecado é seccionado com tesoura. Havendo sangramento comprime-se o local durante 5 minutos. A alta hospitalar é dada algumas horas depois, isto é, após haver completa recuperação da anestesia. Quando a anestesia local é empregada o paciente é colocado em decúbito lateral ou em posição de canivete, neste último caso a esfincterotomia é feita à direita. Não havendo sangramento, cerca de 30 minutos após a esfincterotomia o paciente recebe alta.

Foram operados com essa técnica, pelo grupo da Proctologia da Faculdade de Medicina de Rib. Preto, 96 pacientes portadores de fissura anal, sendo 72 do sexo feminino e 24 do sexo masculino. Os resultados foram muito bons, pois apenas um paciente não apresentou melhora dos sintomas nem cura da fissura. Nesse caso foi aventada a hipótese de tratar-se de úlcera tuberculosa, porém o diagnóstico não pôde ser confirmado pois o paciente não compareceu a retornos subseqüentes. Houve duas complicações pós-operatórias: um pequeno hematoma perianal e um abscesso perianal posterior, sob o leito da fissura. Não houve distúrbios da continência em nossa casuística.

Acreditamos que nossos bons resultados, bem como os observados na literatura, justificam o uso da esfincterotomia anal interna lateral subcutânea para o tratamento da fissura anal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARABY Y, ALEXANDER-WILLIAMS J & KEIGHLEY MRB — Anal pressures in hemorrhoids and anal fissure. *Am J Surg*, 134: 608, 1977.
2. BENNETT RV & GOLIGHER JC — Results of internal sphincterotomy for anal fissure. *Br Med J*, 2: 1500, 1962.
3. EISENHAMMER S — The surgical correction of chronic internal anal (sphincteric) contracture. *S Afr M J*, 25: 486, 1951. Citado por Eisenhammer, 1959.

4. EISENHAMMER S – The internal anal sphincter; its surgical importance. *S Afr M J*, 27: 266, 1953. Citado por Eisenhammer, 1959.
5. EISENHAMMER S – The evaluation of the internal anal sphincterotomy operation with special reference to anal fissure. *Surg Gynec Obst*, 109: 583, 1959.
6. GABRIEL WB – The treatment of pruritus ani and anal fissure. *Br Med J*, 2: 311, 1930.
7. GOLIGHER JC, SEACOCK AG & BROSSY JJ – Surgical anatomy of the anal canal. *Br J Surg*, 43: 51, 1955.
8. HANCOCK BD – The internal sphincter and anal fissure. *Br J Surg*, 64: 92, 1977.
9. HUGHES ESR – Anal Fissure. *Br Med J*, 2: 803, 1953.
10. MILES EW – Rectal surgery. London: Cassel, 1939. Citado por Bennett RC & Goligher JC, 1962.
11. MILLIGAN ETC & MORGAN CN – Surgical anatomy of the anal canal with special reference to ano-rectal fistulae. *Lancet*, 2: 1213, 1934. Citado por Goligher JC: Surgery of the anus, rectum and colon. Fourth Edition. London, 1980.
12. NOTARAS MJ – Lateral subcutaneous sphincterotomy for anal fissure – A new technique. *Proc R Soc Med*, 62: 713, 1969.
13. NOTARAS MJ – The treatment of anal fissure by lateral subcutaneous internal sphincterotomy – A technique and results. *Br J Surg*, 58: 96, 1971.
14. NOTTHMANN BJ & SHUSTER MM – Internal anal sphincter derangement with anal fissures. *Gastroent*, 67: 216, 1974.
15. PARKS AG – The management of fissure in ano. *Hosp Med*, 1: 737, 1967. Citado por Crapp AR & Alexander-Williams J: Fissure-in-ano and anal stenosis. *Clin Gastroent*, 4: 619, 1975.
16. RÉCAMIER N – Citado em Goligher JC: Surgery of the anus, rectum and colon. Fourth edition. London, 1980.
17. WATTS JM, BENNETT RC & GOLIGHER JC – Stretching of the anal sphincters in the treatment of fissure-in-ano. *Br Med J*, 2: 342, 1964.