

FISSURA ANAL – MÉTODOS E TÉCNICAS CIRÚRGICAS E SEU TRATAMENTO

Farjalla Catan¹

RESUMO

O autor dá ênfase ao problema da dor e conseqüente incapacitação do portador de fissura anal. Desenvolve sobre a sintomatologia e diagnósticos diferenciais, técnicas terapêuticas e cirúrgicas para sua cura, como a divulgação dos esfíncteres, esfínterectomia interna com ou sem excisão da fissura. Compara os resultados e conseqüências de cada método e conclui que a fissurectomia tradicional de Gabriel com as modificações introduzidas pelo Prof. Silvio D'Ávila. Apresenta bons resultados com recidivas e complicações que se equivalem aos demais métodos. Daí a ênfase pelo método de Gabriel modificado.

Quem fala em fissura anal, fala em dor, e não aquela que sobrepuja os obstáculos da vida como prova de amor e coragem, ou a dor da autoflagelação dos homens santos, ou dos algozes no arrancar confissões, mas daquela dor lancinante que angustia e acovarda para os atos fisiológicos, afetando a psique, afastando o vivente do seu trabalho, diminuindo-o pelo complexo, aos olhos dos companheiros, como fez com o Imperador Francisco José, que teve seu governo severamente criticado, por ficar horas e horas acamado por ser portador de uma fissura anal. É esta entidade que vamos discutir iniciando pelo:

Conceito: Fissura anal é uma úlcera que aparece na região mucocutânea do canal anal, respeitando a linha pectínea.

Sinonímia: Úlcera varicosa, úlcera intratável, úlcera dolorosa, ferida anal.

Freqüência: Idade de freqüência dos 15 aos 45 anos. Muito rara nas crianças por ser o esfíncter e massas musculares muito elásticas e cedendo facilmente a qualquer pressão e dilatando-se com muita facilidade, e nas pessoas de mais idade ou anciãos, pela flacidez muscular sistêmica própria da idade, o que torna os esfíncteres muito permissíveis às dilatações na passagem do bolo fecal ou por introdução de instrumentos nos exames, ou por aparelhos para enemas.

Localização: A região mais freqüente da sede da úlcera é a comissura posterior, sendo nesta região cerca de 90%, mais ou menos. Na comissura anterior cerca de 9%, e na região lateral de 1%. Nos casos de úlceras em comissura anterior no homem, deve-se fazer o diagnóstico diferencial com tuberculose, lues, câncer e doença de Crohn.

Etiopatogenia: Devemos considerar os aspectos importantes na origem da fissura anal, sendo os fatores preponderantes mais freqüentes:

- a) Constipação intestinal (prisão de ventre). Fezes muito duras.
- b) Preponderância das criptas anais na região posterior do canal anal. Criptite.
- c) Espasmo esfínteriano.

1 Professor-Titular do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – Universidade de Caxias do Sul – Disciplina de Colo-Proctologia. Especialista em Proctologia pela A.M.B. Titular pela Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia. Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Titular do Dep. de Colo-Proctologia da AMRIGS.

d) Esforços desusados, esgarçamento da região mucocutânea e ação contrária da massa esfínteriana.

e) Passagem de corpos estranhos (iatrogênicos, acidentais etc), principalmente da comissura anterior.

Rotura da região mucocutânea durante o esforço no parto, lesão do corpo perineal e esgarçamento da parede anal anterior, pelo afastamento brusco da musculatura da parede vaginal posterior.

g) Fissuras provocadas por diarréias (mudança de pH etc.).

h) Uso de papel higiênico de má qualidade, que provocam dermo-abrasão ou micro-sulcos na pele anal.

l) Lesões por hemorroidectomias quando se retira demasiadamente pele da margem anal, por retardamento da cicatrização e inelasticidade regional ou formação de zona enrugada e fibrótica.

As fissuras segundo Rankin, Berger, Buie, com relação ao esfínter, e que justifiquem a formação de lesões na região anal, têm duas modalidades:

– **Tipo elásticas:** Na qual existem somente contrações espasmódicas conhecidas por ânus espástico.

– **Tipo inelástico:** Nesta modalidade a fibrose encontrada entre os feixes musculares caracteriza-se pelo ânus contraído.

Exame: É realizado pela inspeção da região anal, com o afastamento das nádegas e exposição das rimas anais, com a exposição das fissuras que são: 1, 2 ou múltiplas, de acordo com o caso.

– **Fissura aguda** – Úlcera elíptica típica, pois sempre são superficiais, praticamente não se nota bordos, pois estes são lisos, que se confundem com a pele circunvizinha e de leito de fundo brilhante e avermelhado (**Fig. 1**).

– **Fissura crônica** – Plicoma e úlcera elíptica típica, sendo profundas, bordos elevados, fundo cinzento-branquicento, de aspecto caloso, superfície marmorácea e anacarada. Na sua totalidade visualizando fibras do esfínter anal interno. Algumas vezes pode aparecer supuração. Formação de abscessos, plicoma ou hemorróidas sentinela de Brodie e a papila de Morgani hipertrófica, que com o leito da úlcera faz a tríade patognomônica (**Fig. 2**).

Sintomatologia: Dor aguda, por lesão de canal como úlcera, úlcera maligna etc.

Dor: A queixa principal após evacuação, que surge moderada e vai aumentando de intensidade, durando em certos casos várias horas cedendo até desaparecer vindo a surgir na próxima evacuação.

Sangramento: Do tipo rutilante, após evacuação, que tinge o papel higiênico.

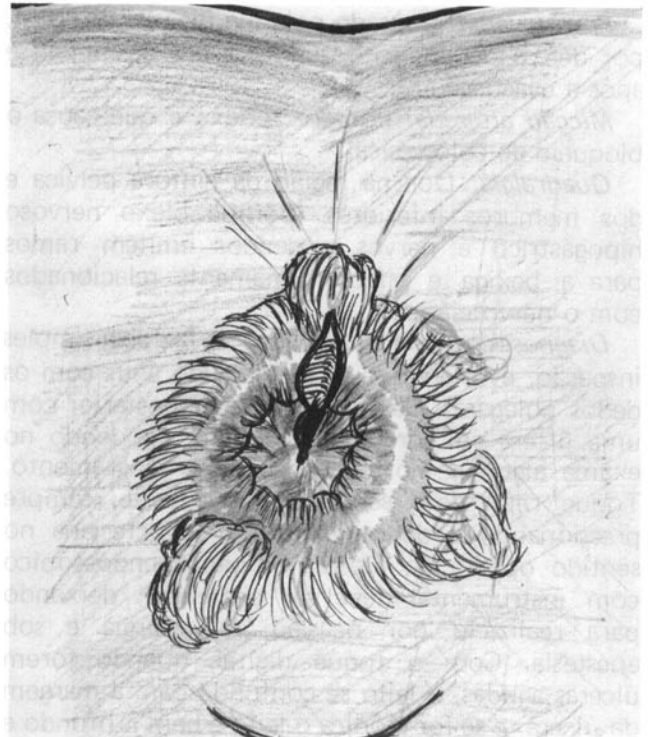


Fig. 1 – Fissura aguda com leito liso e bordas suaves, que se confundem à pele circundante.

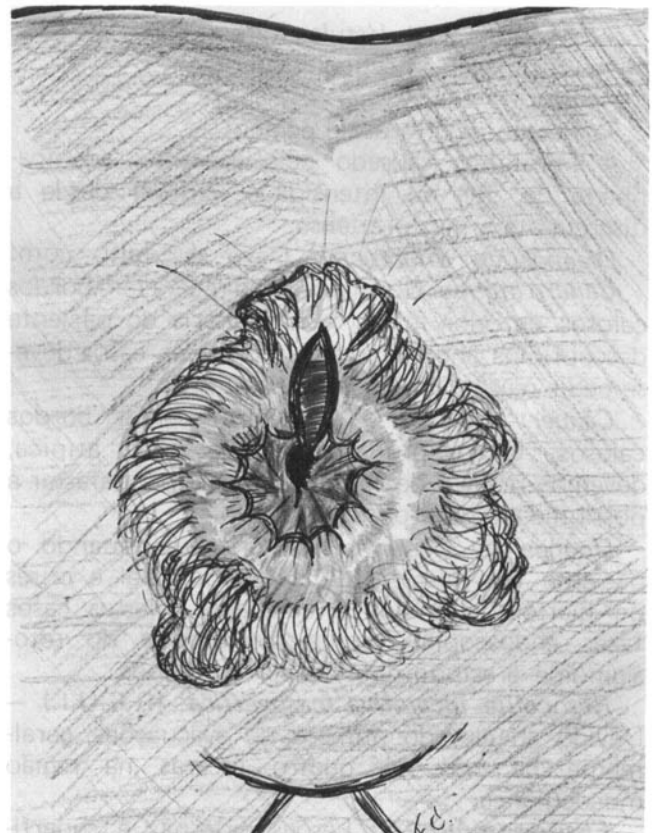


Fig. 2 – Fissura crônica. Bordos nítidos, salientes e endurecidos, com leito fibroso. Notando-se nitidamente a tríade patognomônica. Hemorróidas sentinela, leito da úlcera e papila hipertrófica.

Prurido anal: Causado pela má higiene do local, por defesa do paciente quanto à dor de limpar-se após a evacuação.

Micção alterada: Por dor reflexa e que causa o bloqueio do colo vesical.

Quadralgia: Dor na região da cintura pélvica e dos membros inferiores (porque plexo nervoso hipogástrico e nervos pudendos emitem ramos para a bexiga e estão intimamente relacionados com o nervo ciático).

Diagnóstico: Este diagnóstico se faz pela simples inspeção, evoltando-se as margens do ânus com os dedos polegares. Se vê a comissura posterior com uma úlcera em forma de "raquete", podendo no exame algumas mostrarem pequeno sangramento. Toque retal deve ser feito suavemente, sempre pressionando o dedo na porção esfínteriana no sentido oposto da úlcera. O exame endoscópico com instrumental deve ser protelado, deixando para realizá-lo por ocasião da cirurgia e sob anestesia. Com o toque digital, quando forem úlceras agudas, o leito se confunde com a margem da úlcera, e se for crônica o leito é bem profundo e evidenciado, e os bordos são duros e salientes.

Complicações

- Abscesso anal, fístulas (diretas).
- Obstipação intestinal crônica.
- Prurido anal.
- Pectenose (fibrose e pecten).
- Fecaloma, causado pelo espasmo, acompanhado de dor de intensidade variável desde a discreta até a muito intensa.

Diagnóstico diferencial: Deve ser feito com:

Cancro luético: Normalmente a úlcera tem bordos calosos de odor fétido, e na história do paciente descobrimos anomalias sexuais; nesses casos deve-se pedir reação sorológica para lues.

Câncer: Quando a úlcera apresentar bordos calosos, úlcera profunda e localização atípica, devemos realizar de rotina a biópsia para afastar a possibilidade de processo maligno.

Doença de Crohn: Isto verifica-se quando o paciente tem história de dor abdominal e crises de diarréia alternada e constante. Nesses casos fazer endoscopia, seguida de biópsia do reto-sigmóide e estudo radiológico dos colons.

Retocolite ulcerativa inespecífica: (R.C.U.I.) — Devido ao elevado número de evacuações, geralmente há três ou quatro úlceras na região mucocutânea.

Fissuras múltiplas: Lesões externas e superficiais, na sua totalidade causada pelo coito anal, que por razões psicológicas os pacientes só procuram o médico após alguns dias. Nesta ocasião,

as lesões já estão infectadas, com intensa supuração, sangramento, necrose e muito dolorosas.

Tratamento: Devemos aí distinguir os tratamentos clínicos e cirúrgicos. Distinguir, também, o tratamento adequado para as úlceras múltiplas, agudas ou crônicas. No caso de úlceras em crianças nunca indicamos cirurgia e sim tratamento conservador e clínico.

Fissura aguda: Tenta-se com anestésico superficial e introdução de dilatador (toque) ou uso de velas Hegar nº 23, e infiltrações de soluções de **Gabriel** cuja fórmula é: anestésina + óleo percaína-do. Debaxo da fissura técnica está preconizada por **Bacon**. Semicúpios mornos antiinflamatórios, correção do ritmo intestinal, e higiene adequada.

Tratamento clínico em adultos: Tratamento este indicado iniciando a técnica de Bacon, com infiltração anestésica ou não, semicúpios mornos e terapêutica indicada; mais ou menos nesta técnica. Uso de lubrificantes (Dioctil-sulfocinato de sódio). Não se deve usar laxativos, pois o uso de laxativos aumenta o número de evacuações, tornando dolorosa a passagem das fezes devido à mudança de pH. Evitar alimentos e frutas obstipantes. Em alguns casos podemos usar mucilóides ou associação de sulfato de atropina com salicilato de eserina.

— Uso de corticóides, solução ou pomadas.

— Uso de pomadas cicatrizantes (sulfato de zinco) ou similares.

— Vitaminas A e D.

— Uso de dilatações três vezes ao dia, com aplicação de anestésicos em gel ou por aplicação subdérmica de solução de xilocaína a 2%.

— Cauterização do leito com nitrato de prata.

Fissuras múltiplas: Traumatismos acidentais, iatrogênicos ou por sodomia. O tratamento inicial é conservador. Indicamos: repouso, analgesia, calor local, através de banhos de assento (para haver relaxamento muscular), duchas tépidas e freqüentes para a limpeza mecânica da área cruenta, pomadas anestésicas ou com neomicina, e antibioticoterapia sistêmica. Estes pacientes devem ser acompanhados, pois podem ser cirúrgicos mais tarde.

Técnicas terapêuticas cirúrgicas:

- a) Cauterização
- b) Método de divulsão ou dilatação esfínteriana, sob anestesia.
- c) Esfínterotomia interna.
- d) Excisão da fissura com esfínterotomia interna.

1a) **Cauterização:** Esta técnica é antiga e tradicional, praticada por muitos, mas hoje em desuso, para não dizer abandonada, que consistia no

emprego do cautério de Paquelin, para destruir o leito da úlcera até a sua base, e posterior cicatrização.

2b) *O método da divulsão:* Este método foi proposto por Recomier, sendo realizado sob anestesia, consiste na dilatação anal, com a ação dos dedos indicadores introduzidos no ânus (**Fig. 3**) e sendo girados em sentido contrário dos ponteiros do relógio e nesta sistemática fazer ceder as massas esfíncterianas e liberação dos feixes fibrosados. Este método foi muito defendido por *Quenu e Hartman*. Esta dilatação deve ser mantida por cerca de três a quatro minutos, dando a passagem leve e fácil de quatro dedos. Este método foi muito empregado, porém apresenta uma série de complicações e recidivas em um número considerável de pacientes, sendo as principais a incontinência para fezes e gases. É o método usado principalmente para casos de fissura aguda com grande fator alérgico, e rebelde a tratamento de rotina e analgésico, ou naqueles pacientes que não podem ou não querem se submeter à cirurgia radical. As observações de grande número de autores, e nesta também incluímo-nos, por esta técnica o índice de cura é de cerca de 75% e 25% de recidivas, principalmente o defeito de regulação anal, que são

incontinência para fezes líquidas e gases, que melhoram com o decorrer do tempo. Uma porcentagem de 1 a 2% destes problemas permanecem cronicamente. *Duthie e Bennett* afirmam que a dilatação forçada dos esfíncteres impede o espasmo em resposta ao estímulo da defecação, ao invés de diminuir a pressão dos esfíncteres anais.

3c) *O método da esfínterectomia* (esfíncter interno): A esfínterectomia inferior das fibras musculares dos esfíncteres anais internos. Este método foi apresentado e defendido por *Eisenhammer* em 1951. Achando-se que a secção do feixe muscular cutâneo do referido esfíncter seria o suficiente para resolver com esta incisão o problema da fissura (**Fig. 4**), *Goligher* em seus estudos provou que o feixe seccionado era o esfíncter interno que descia o feixe cutâneo e não o esfíncter externo, como muitos antes acreditavam que fosse. Este método também apresentava muitos inconvenientes: tempo decorrido de cicatrização; pela freqüência de infecção e formação de abscessos no local da esfínterectomia, bem como eliminação de secreção pelo ânus com problemas de controle esfíncteriano em certos pacientes. A esfínterectomia posterior produz um sulco muito profundo com todos os inconvenientes já aponta-



Fig. 3 – Introdução dos dedos indicadores, iniciando a divulsão dos esfíncteres.

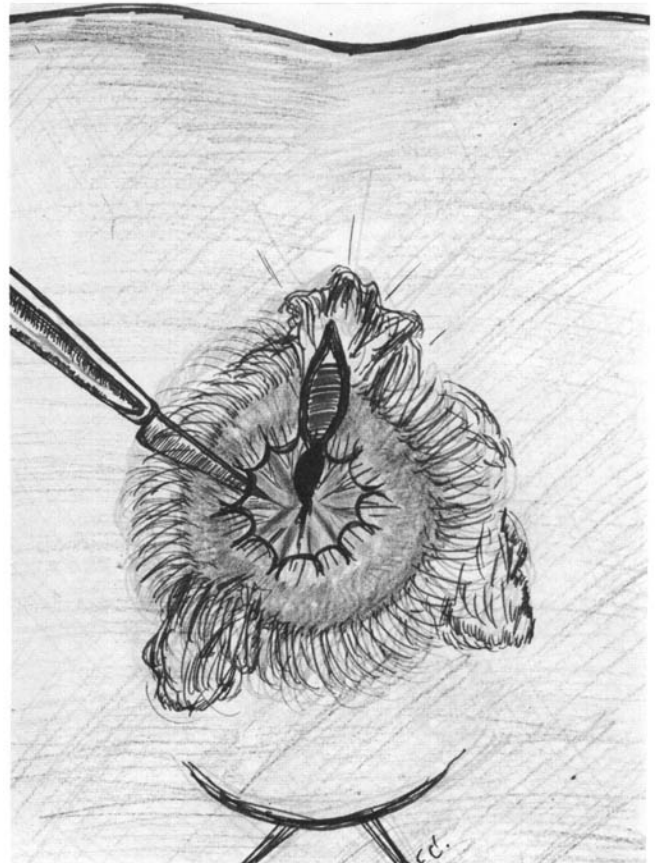


Fig. 4 – Bisturi indicando o local látero-posterior para a esfínterectomia puntiforme.

dos. O próprio *Eisenhammer* sugeriu a feitura da esfincaterectomia lateral. Esta ganhou a simpatia da maioria dos especialistas, e é executada sob visão direta, por uma incisão de cerca de 2 a 3 cm, na região lateral esquerda, identificando o esfíncter da mucosa; este é reparado com uma pinça hemostática, ao nível da linha pectínea, sendo distanciado do esfíncter externo e seccionado com bisturi, a seguir a hemostasia por pressão ou pinçamento e fechamento da incisão com Categute cromado "000". Porém este método também apresenta seus inconvenientes, pois deixa também um sulco lateral, com recidivas e incontinência anal na observação de *Goligher* de até 2 anos após a cirurgia.

O método da esfincaterectomia interna lateral subcutânea proposta por *Notaras*, realizada com bisturi de cirurgia oftalmológica, muito mais simples, ausência de lesão do canal anal, pouca recidiva e índice muito baixo de problemas da continência. Por esta técnica o paciente pode ser atendido em regime ambulatorial, dispensando hospitalização, que se for por anestesia local receberá alta logo após a cirurgia, e se for com anestesia geral ou epidural logo após sua recuperação da anestesia (**Fig. 5**).

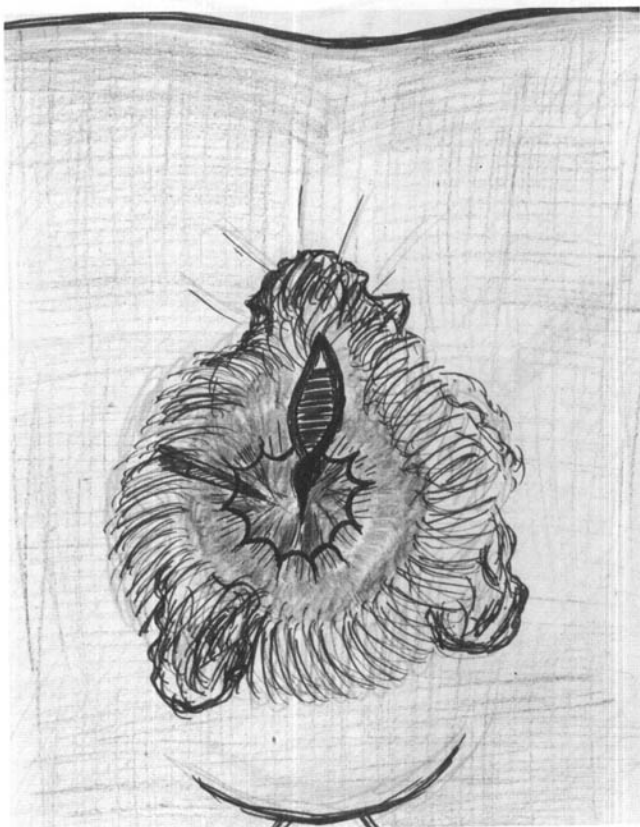


Fig. 5 – Local onde foi executada a esfincaterectomia lateral interna.

4d) *Excisão da fissura anal com ou sem esfincaterectomia interna*: Este é o método tradicional, e que sofreu algumas modificações que foram introduzidas por inúmeros especialistas de renome, mas basicamente é assentado nas fissurectomias preconizadas por *Gabriel*, em 1930, e que consistia em retirar maciçamente um bloco de pele e tecido celular subcutâneo englobando, também, as hemorróidas sentinelas e da papila hipertrófica. *Gabriel* descreveu detalhadamente esta operação, consistindo na excisão da fissura e da pele anal endurecida circundante e depois praticar a esfincaterotomia interna. Este procedimento tem a finalidade de revolver o anel plástico do canal anal e prevenir espasmos e/ou recidivas. A pele é retirada em forma triangular invertida, e com a ponta da tesoura a pele é liberada e os feixes ou fibras esfincaterianos (**Fig. 6**). As fissuras anteriores são tratadas da mesma forma, tendo que ter o cuidado em não retirar pele em excesso, o que irá retardar a cicatrização fatalmente. A esta técnica básica muitas modificações são introduzidas. O Professor *Silvio D'Ávila* usa (**Fig. 7**) retirar pele em forma de "borboleta", que formam cada lado um triângulo com o vértice da base voltado para a linha pectínea. Praticamente com isto se quer

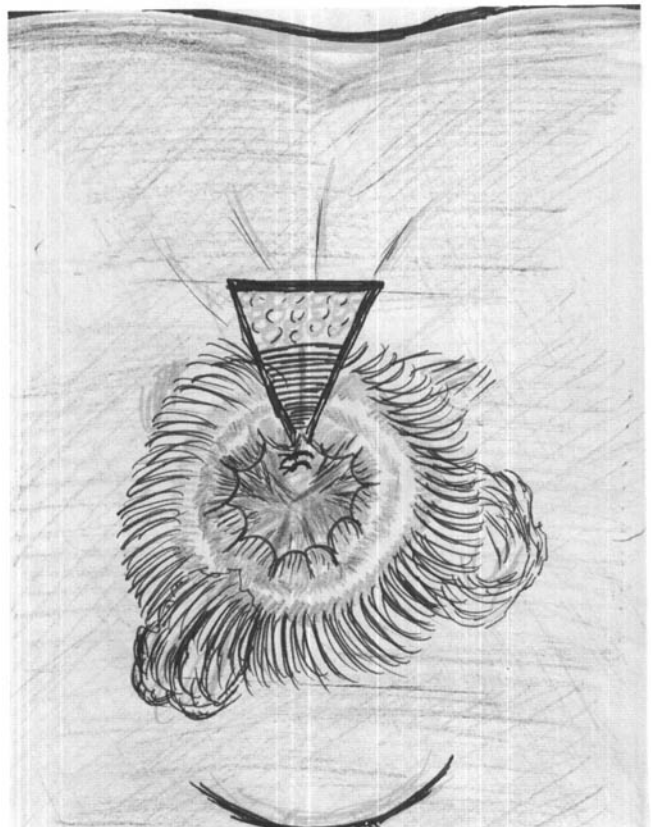


Fig. 6 – Fissurectomia tradicional à Gabriel, incisão de pele triangular e fissurectomia mediana no leito da ferida.



Fig. 7 – Fissurectomia em asa de “borboleta”, modificação idealizada pelo prof. Silvio D’Ávila, englobando toda a fissura e pele redundante.

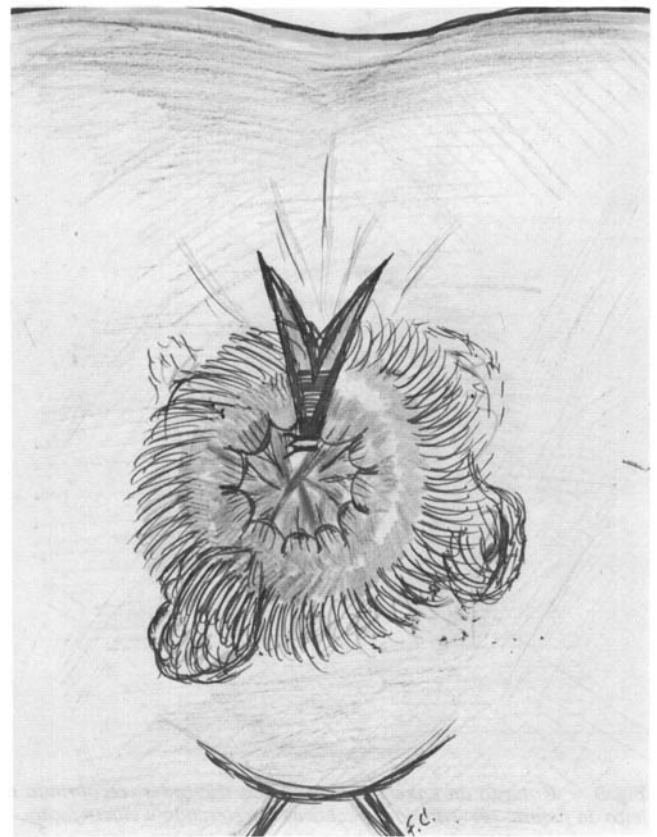


Fig. 8 – Resultado imediato da fissurectomia, com ferida bem reduzida pela incisão em “borboleta”.

justificar que esta modificação facilita a cicatrização, pela característica da região posterior e de fácil convergência, que se torna plástica e completada com a esfínterectomia no leito da úlcera (**Fig. 8**).

Outros tentam a técnica da mobilização de fragmento da pele por rotação que cobre o leito da fissura original, facilitando assim a cobertura da região fissular crônica e deixando o leito do retalho sem fibrose ou infecção crônica, que caracterizará, funcionando como uma fissura aguda que tem resolução rápida por suas próprias características de inocuidade, sendo tratada convenientemente, e dando possibilidade de elasticidade à sutura do retalho do enxerto, evitando assim a tensão sobre a sutura e mantendo a tradicional superfície cruenta ou triângulo de drenagem. Esta sutura é feita com pontos separados, usando mercilene ou multinylon “000” (vide **Fig. 9**). Este método leva a uma hospitalização mais demorada e com maior cuidado pós-operatório, e assim mesmo é grande o número de deiscências do enxerto.

Buie propôs fissurectomia, que após a excisão se faz uma sutura com pontos festonados dos

bordos da ferida operatória. Atualmente é de muita voga a técnica proposta pelo St. Mark’s Hospital, que consiste na relatada fissurectomia com esfínterectomia lateral subcutânea.

Continuamos executando a fissurectomia proposta pelo **Gabriel** e modificada pelo Prof. **D’Ávila** e os nossos resultados não têm sido piores dos apresentados pelas outras técnicas e confrontados por processo comparativo. Sempre temos o cuidado de realizar uma inspeção e abertura das criptas suspeitas e suas sondagens com o estilete recurvado de **Martin**, no intuito de proceder uma toailete da linha pectínea e prevenção de nova infecção pelas criptas.

Em nossas observações 5% dos operados apresentam transtornos pós-operatórios de recidivas, porém não observamos nenhum caso de traumatismo anal por incontinência para fezes ou gases, grave e persistente, além daqueles que normalmente acompanham o pós-operatório tardio. Isto talvez ocorra porque usamos de muita parcimônia ao incisar as fibras esfínterianas; temos usado a superficialidade de acordo com o grau de esportividade apresentada pelo paciente. Lembramos aqui que nenhum dos defeitos podem ser relacio-

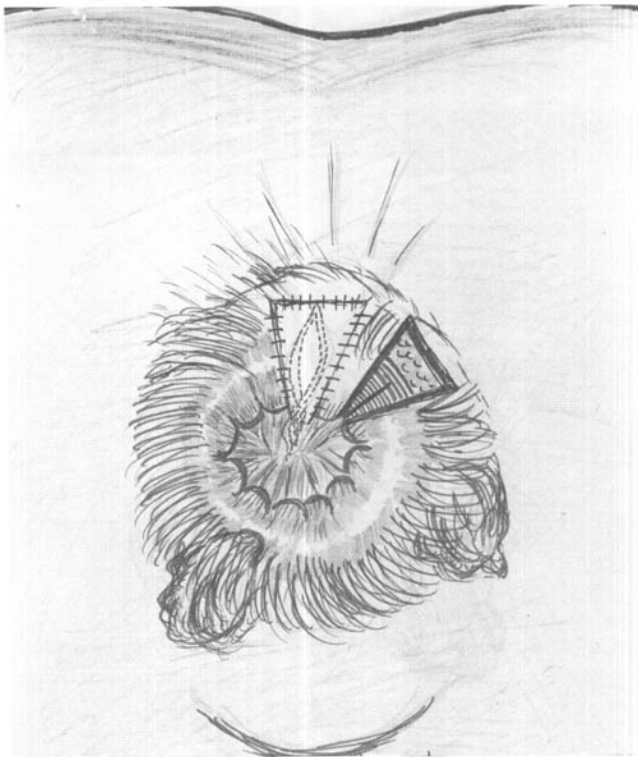


Fig. 9 — Rotação do enxerto, com incisão triangular, recobrimo o leito da fissura, prevenindo as recidivas e acelerando a cicatrização.

nados com o número de feixes do esfíncter interno seccionado (Natts e col., 1964). A permanência hospitalar tem sido em média de três dias. Usamos no pós-operatório, no 1.º dia, dieta líquida e pastosa e a seguir dieta livre compensada com líquidos e sucos de frutas. Normalmente usamos poucos analgésicos (dipirona ou similares), não prescrevemos antibióticos. Prescrevemos curativos que se fizerem necessários e banhos tépidos (semicúpios), durante a hospitalização, com curativos à base de mercurocromo sem álcool e pomadas emolientes. Após a alta hospitalar, insistimos junto aos pacientes, que os curativos devem ser diários, principalmente após a evacuação, pois aconselhamos em média 3 a 4 semicúpios e seguidos de curativos com pomadas cicatrizantes, em consultório ou ambulatório. Após o 5.º dia controlamos o andamento da cicatrização e a elasticidade esfínteriana com toques e dilatações, até a cura definitiva.

O tempo de retorno ao trabalho tem sido de 15 a 40 dias dando uma média de 18 dias.

O tempo de cicatrização das feridas operatórias regulam de 15 a 35 dias, e um tempo médio de 17 dias.

A criatividade não tem limites, outras modificações provavelmente serão induzidas à técnica na tentativa de melhorar o método, evitar recidivas e diminuir as complicações, e proporcionando assim alívio e cura total dos pacientes.

SUMMARY

The author emphasizes the pain problem and consequent incapacitation of holder of the anal fissure. He develops about symptomatology and differential diagnosis and surgical therapeutical technics for one's cure such as sphincters division, internal sphincterotomy with or without excision. Compares the results and consequences of each method and concludes that the traditional Gabriel's fissurectomy with modifications introduced by the Teacher Silvio D'Avila, presents good results with reincidences and complications which are equivalent to the other methods. For that reason, the emphasis for the Gabriel's method modified.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. EISENHAMMER S — The evolution of the internal anal sphincterotomy operation with special reference to anal fissure. Surg Gynec Obst, 1959.
2. GABRIEL WB — Rectal surgery. London, 1963.
3. GOLIGHER JC — Surgery of the anus, rectum anal colon. London, 1980.
4. HUGHES ESR — Surgery of the anus, anal canal and rectum. Edinburg, London, 1957.
5. NOTARAS WJ — The treatment of anal fissure by lateral subcutaneous internal sphincterotomy. Br J Surg, 1971.
6. NUNES V — Doenças do reto e ânus. São Paulo, 1981.
7. PONTES J — Fístulas ano-retais, sem problema cirúrgico. In: PINOTTI HW — Ed. Atualização Cirúrgica, 1966.
8. RIBEIRO MC — Importância do esfíncter interno. Técnica original para a esfínterectomia interna do tratamento da fissura anal. Trib Méd, 1967.
9. SILVA J & HYPOLITO — Cap. 76 — Rumos modernos de cirurgia. Ed. S. Bastos. São Paulo, 1969.
10. SLACK WW — Fissuras anais. Enfermidades do cólon, reto e ânus. London, 1972.