

HEMORROIDECTOMIA — EXPERIÊNCIA ADQUIRIDA EM DADOS COMPARATIVOS ENTRE DUAS TÉCNICAS OPERATÓRIAS

Lenita Binelli Catan
Fajalla Catan

RESUMO

Os autores apresentam uma pequena revisão da patologia hemorroidária e comparam a eficácia entre as técnicas operatórias de Ferguson e de Fidel Ruiz Moreno num total de 100 pacientes. Justificam sua preferência pela técnica de Fidel Ruiz Moreno através das conclusões obtidas.

O interesse demonstrado pelos autores a esta patologia não quer ser original, já que existem registros tão antigos quanto o próprio homem.

Entre os relatos históricos podemos citar:

— A inscrição na coluna de IRI no Egito, datada de 3200 A.C., que menciona a existência de um médico oftalmologista, o qual possuía também a função de Guardião do Ânus do Faraó, delineando-se, naquela época, a futura especialidade.

— Uma monografia de Hipócrates, datada de 400 A.C., onde descrevia as patologias anais e as bases do tratamento cirúrgico para elas.

— Na Bíblia encontramos as hemorróidas como tumores anais, sendo citadas como castigo de Jeová aos filisteus.

— Registros médicos da Escola Imperial Austríaca relatam que o Imperador Francisco José tinha dores à evacuação e sangramento.

— No transcorrer da história outros personagens famosos foram portadores de patologia hemorroidária, tais como: Alexandre Magno, Martinho Lutero, Luiz XI, Árrio, o Herético.

Com relação à doença hemorroidária, seus registros constam de 400 A.C., quando Hipócrates a denominou. Do Grego/Haima = sangue e Rhos = fluir. Este significado está de acordo com seu sintoma principal.

Até o século XVIII, a medicina se contentou com o que havia sido escrito por Hipócrates. A Escola de Alexandria, os escritos de Galeno e a medicina árabe propagavam a teoria hipocrática de que as hemorróidas eram válvulas de segurança para a eliminação dos maus humores do organismo.

No início do século XVIII, Stahl, professor da Universidade de Halle, embora conservando a idéia de válvula de segurança, substituiu a teoria dos maus humores pela da *Pletore Sanguinea* — quando havia excesso de sangue em circulação, as hemorróidas automaticamente o eliminavam. Esta idéia permaneceu até o começo do século XX, porém foi sofrendo modificações graduais através dos estudos de Gossilim e Quenu. No século XIX as hemorróidas tiveram as primeiras investigações microscópicas com Wirchow, Reimbach, Payr, Hortunz e os trabalhos de Duret em recém-nascidos.

- 1 Doutoranda do Curso de Medicina do C.C.B.S. da Universidade de Caxias do Sul — RS
- 2 Professor Titular do Dep. de Cirurgia da C.C.B.S. da Universidade de Caxias do Sul. Disciplina de Colo-Proctologia. Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Titular do Dep. de Colo-Proctologia da AMRIGS

Sómente na primeira metade do século XX é que foram definidos com mais precisão os aspectos de etiologia, fisiopatologia e de tratamento da doença que hoje conhecemos como varicosidades das veias do plexo hemorroidário do canal anal e do terço inferior do reto.

Entre os conceitos anatômicos tradicionalmente aceitos, os autores deter-se-ão aos aspectos da vascularização regional.

A artéria retal superior, antes de atingir o reto, divide-se em dois ramos, esquerdo e direito. O ramo direito divide-se em anterior e posterior. Um pouco acima da linha pectínea estes ramos dão origem a uma formação capilar submucosa chamada plexo hemorroidário ou retal superior. A veia ali originária desembocará na veia porta.

O plexo hemorroidário inferior tem origem semelhante a partir da artéria retal inferior, que na linha branca de Hilton, dá origem ao plexo, que se situa abaixo da linha pectínea. A veia aí originada desembocará na veia pudenda interna e conseqüentemente na cava inferior.

Os plexos acima são intimamente anastomosados entre si.

A artéria retal média tem pouca significância na etiopatogenia das hemorróidas.

Pela anatomia vascular se explica a disposição característica dos nódulos hemorroidários internos às 3, 7, 11 horas, dois à direita e um à esquerda. Podemos ter mamilos secundários, que são mais freqüentes à esquerda, um anterior e outro posterior.

Etiopatogenia

Aceita-se como fatores predisponentes: posição ereta, hereditariedade, distúrbios no trânsito intestinal, estase venosa por esforços físicos prolongados ou temporários, processos que levem ao aumento da pressão venosa como gravidez, insuficiência cardíaca congestiva, cirrose, trombose de veia porta.

Sobre o fator desencadeante, há muita discussão quanto a sua aceitação. Seria basicamente a infecção anal que evoluiria como criptite, periflebite, flebite, diminuição da resistência da parede venosa, dilatação, estase. Este elemento, somado aos fatores predisponentes, promoveria a doença hemorroidária.

Classificação

A classificação mundialmente aceita é a que se relaciona com o vaso comprometido: interna/externa/mista.

As hemorróidas internas podem ser classificadas quanto ao grau de prolapso: primeiro grau – não há prolapso; segundo grau – se prolavam no esforço e se reduzem espontaneamente e terceiro grau – prolavam sem reduzirem-se espontaneamente.

As hemorróidas externas têm classificação discutida:

Aguda – trombo (única manifestação retal)

Crônica – plicoma (seqüela)

Pequenas dilatações venosas abaixo da linha pectínea (é raro encontrá-las como entidade clínica).

Porém o Departamento de Proctologia da Associação Médica do R. S. adota a seguinte classificação:

Hemorróidas Externas: são aquelas que formam um lago venoso sob o epitélio do canal anal até a margem anal.

Trombo – T – forma aguda

Plicoma – S – forma resquicial

Hemorróidas Internas: subdividem-se em:

IA – Capilares – não se identificam mamilos, há congestão da área. Notam-se pequenos vasos por transparência. O sintoma dominante é o sangramento.

IB – Diferenciadas – há mamilos formados que fazem saliência no reto, nas três posições clássicas.

IC – Diferenciadas com Prolapso Temporário – é o mesmo caso anterior, mas estes mamilos descem com o esforço evacuatório e após retornam, espontaneamente, à sua posição dentro do reto.

ID – Diferenciadas com Prolapso Permanente – o prolapso só é reduzível por meio de manobras e recorre a qualquer esforço.

IE – Internas Trombosadas – quando os vasos tortuosos e dilatados sofrem rupturas, levando à formação de coágulos, sem comprometimento do plexo externo.

Hemorróidas Mistas: é o comprometimento simultâneo do plexo interno e do plexo externo.

MA – Externa mais IA

MB – Externa mais IB

MC – Externa mais IC

MD – Externa mais ID

ME – Crise hemorroidária ou pseudo-estrangulamento hemorroidário – na qual ocorre tromboflebite com edema e mesmo necrose das hemorróidas internas, que ficam em prolapso permanente. As hemorróidas externas acompanham o processo com edema e até com tromboflebite. É um quadro agudo e avançado da moléstia.

TRATAMENTO

Existem vários métodos terapêuticos, cuja escolha vai depender do tipo e do grau da patologia encontrada.

Com relação à hemorróida interna e mista temos:

Tratamento clínico – É indicado para hemorróidas do primeiro grau ou quando a cirurgia está contra-indicada. Consiste do regime alimentar, cuidados higiênicos, fármacos (corticóides, anti-flogísticos, heparínicos + analgésicos).

Escleroterapia – Indicado em hemorróidas do primeiro grau ou quando a cirurgia está contra-indicada. Pode ser usada em hemorróidas do segundo grau, mas os resultados são menos efetivos. Está contra-indicada durante ou logo após a ocorrência de trombose ou prolapso, ou na presença de outras patologias anorretais associadas.

Técnica – Injeta-se uma solução composta de ácido fênico, mentol e azeite de oliva na base de cada mamilo hemorroidário, acima da linha pectínea.

As complicações que podem ocorrer são: úlcera pela injeção, dor intensa, trombose mais prolapso em hemorróidas de terceiro grau, abscesso submucoso, formação de granuloma oleoso e até lesão esfinteriana.

Ligadura elástica – A indicação formal é nos casos em que temos um ou dois mamilos hemorroidários do segundo grau. Pode ser usada em hemorróidas do terceiro grau, mas os resultados são menos definitivos. As contra-indicações são as mesmas já referidas.

Técnica – Coloca-se os anéis elásticos numa pinça com um mecanismo de gatilho, pinça-se o mamilo, traciona-se levemente e dispara-se o anel na base do mamilo, fazendo-se a ligadura do pedículo. Também acima da linha pectínea.

As complicações que podem surgir são: dor intensa, edema e trombose das hemorróidas externas, prolapso, ulceração e hemorragia secundárias.

Criocirurgia – Pode ser utilizada em qualquer grau da patologia. É a técnica da congelação dos tecidos humanos vivos. Para haver congelação a temperatura deve atingir no mínimo 20°C negativos. Após a congelação há reaquecimento da área. Segue-se intumescimento celular, edema, aumento da vascularização, trombose e infarto da área congelada, que evolui para necrose. Há reparação tecidual sem formação de cicatriz detectável. As complicações são raras.

Cirúrgico – A hemorroidectomia é, tradicionalmente, o único tratamento radical e definitivo da doença hemorroidária, sendo, portanto, o trata-

mento de eleição. É indicado nas hemorróidas de segundo e terceiro graus e nas formas complicadas (trombosadas e pseudo-estrangulamento).

Consiste na ressecção dos mamilos hemorroidários e ligadura de seus pedículos. Tal procedimento pode ser realizado através de várias técnicas operatórias. Entre elas, citamos Técnica de Milligan e Morgan, Técnica de Fidel Ruiz Moreno, Técnica de Obando, Técnica de Ferguson, Técnica de Von Langenbeck. Estas técnicas deixam de ser descritas por serem do conhecimento geral dos que se dedicam à especialidade.

Objetivos do trabalho

Inúmeros métodos e técnicas operatórias têm sido propostos e empregados através dos tempos, na tentativa de encontrar a melhor maneira de resolver a patologia hemorroidária. Em virtude da morbidade e recidivas, alguns foram abandonados e outros consagrados.

Entre as técnicas consagradas, a de Milligan e Morgan ou técnica aberta é a mais difundida e utilizada no mundo todo.

Embasados nestes fatos, os autores realizam um trabalho buscando comparar duas técnicas menos utilizadas. São elas a de Fidel Ruiz Moreno e a de Ferguson (Stone, Schochelford).

No decorrer do trabalho os autores demonstrarão pranchas estatísticas das experiências adquiridas no manejo destas duas técnicas.

Informações básicas sobre o trabalho

Técnicas empregadas

Técnica fechada – Esta técnica foi popularizada por Ferguson nos E.U.A. e consiste na conservação da derme anal, ressecção do tecido hemorroidal e a recolocação da derme anal em sua posição normal. A sua vantagem é que no pós-operatório não é preciso dilatações e a cicatrização, por primeira intenção, se faz mais rapidamente. Está indicada nos casos de prolapso da mucosa retal associado com hemorróidas mistas prolapsadas ou em casos com outras patologias anorretais associadas.

Técnica semifechada – Esta técnica foi amplamente divulgada a partir de 1971 por Fidel Ruiz Moreno, consistindo na ressecção tradicional do plexo hemorroidário, com formação de área cruenta elíptica, ligadura dos pedículos e sutura contínua do bordo da ferida ao leito da mesma. Com esta técnica temos uma menor área cruenta e conseqüentemente um menor tempo de cicatrização com relação à técnica aberta. Outras vanta-

Tabela 1 - Cem pacientes foram submetidos à hemorroidectomia da seguinte maneira:

| Técnica | N.º de casos |
|---------------------------------|--------------|
| Fechada (Ferguson) | 50 pacientes |
| Semifechada (Fidel Ruiz Moreno) | 50 pacientes |

Tabela 2 - Os pacientes submetidos à cirurgia apresentavam os seguintes dados quanto a:

| Dados | Técnica fechada N.º de casos | % | Técnica Semifechada N.º de casos | % |
|----------------|--|----|--|----|
| Sexo masculino | 27 | 54 | 29 | 58 |
| Sexo feminino | 23 | 46 | 21 | 42 |
| Cor branca | 46 | 92 | 47 | 94 |
| Cor preta | 4 | 8 | 3 | 6 |
| Idade | Faixa de 20 a 68 anos Incidência entre 30 e 50 anos | | Faixa de 17 a 70 anos Incidência entre 28 e 49 anos | |

Tabela 3 - As queixas apresentadas pelos pacientes, antes de serem submetidos à cirurgia, foram assim coletadas quanto à maior significância

| Sintomatologia | Número de pacientes | | | |
|----------------------------------|---------------------|----|---------------------|----|
| | Técnica fechada | % | Técnica semifechada | % |
| Obstipação intestinal | 13 | 26 | 11 | 22 |
| Prurido anal | 8 | 16 | 12 | 24 |
| Desconforto anal | 7 | 14 | 15 | 30 |
| Dor anal | 15 | 30 | 21 | 42 |
| Protrusão com redução espontânea | 9 | 18 | 16 | 32 |
| Protrusão com redução manual | 41 | 82 | 34 | 68 |
| Hemorragia | 34 | 68 | 39 | 78 |

Tabela 4 - Distribuição dos casos quanto à tradicional classificação patológica da doença e sua forma clínica:

| Técnica | Classificação | N.º | % |
|-------------|---------------|-----|----|
| Fechada | Segundo grau | 9 | 18 |
| | Terceiro grau | 41 | 82 |
| Semifechada | Segundo grau | 16 | 32 |
| | Terceiro grau | 34 | 68 |

Tabela 5 - As técnicas anestésicas preferentemente empregadas nos pacientes submetidos à cirurgia foram a raquianestesia e a epidural, na seguinte distribuição:

| Técnica | Anestesia | N.º de casos | % |
|--------------|-----------|--------------|----|
| Fechada | Raquiana | 46 | 92 |
| | Epidural | 4 | 8 |
| Semi-fechada | Raquiana | 45 | 90 |
| | Epidural | 5 | 10 |

Tabela 6 - As patologias anorretais de maior frequência encontradas associadas à patologia em estudo apresentaram os índices abaixo:

| Achados | Técnica fechada | % | Técnica semifechada | % |
|------------------------|-----------------|----|---------------------|----|
| Fístulas | 2 | 4 | - | - |
| Fissura | 3 | 6 | 4 | 8 |
| Papilas hipertrofiadas | 4 | 8 | 5 | 10 |
| Plicomas exuberantes | 5 | 10 | 2 | 4 |

Tabela 7 - No pós-operatório imediato ou tardio, os pacientes que apresentaram como complicação a hemorragia de pequeno porte, foram assim catalogados, de acordo com cada técnica:

| Técnica | N.º de casos | % |
|-------------|--------------|---|
| Fechada | 4 | 8 |
| semifechada | 3 | 6 |

Tabela 8 - As complicações como a dificuldade miccional e a retenção urinária* foram observadas em número significativo de pacientes como podemos constatar:

| Técnica | Resolução nas 1 ^{as} 12 horas sem sondagem N.º de casos | % | Resolução nas 24 horas sem sondagem N.º de casos | % | Resolução com sondagem vesical N.º de casos | % |
|-------------|---|----|---|----|--|---|
| Fechada | 32 | 64 | 16 | 32 | 2 | 8 |
| Semifechada | 41 | 82 | 9 | 18 | - | - |

* A retenção urinária foi justificada por tenesmo, por edema das pontes cutâneas, hipertrofia prostática, patologias ginecológicas, que conseqüentemente levam à disúria. Procuramos resolver estes incômodos de maneira persuasiva e domiciliar, evitando a sondagem vesical ou o uso de medicamentos. Quando estes métodos falhavam, tentava-se o uso de analgésicos e antiespasmódicos, com o uso endovenoso de substâncias à base de fenildimetilpirazolona-metilamino-metano-sulfonato de sódio e soluto de glicose a 25%. Quando isto também falhava, antes de surgir edema do triângulo vesical, indicava-se a sondagem de alívio e usávamos o encorajamento e prescrevendo novamente analgésicos e antiespasmódicos até o êxito. Raríssimos foram os casos de necessidade de sondagem vesical de demora.

gens são o menor sangramento pós-operatório e a menor formação de plicomas residuais.

Total de pacientes analisados: 100 pacientes

Total de pacientes operados em cada técnica: 50 pacientes

Tempo de acompanhamento pós-operatório: 2 a 12 meses

Dados analisados: sexo/idade/cor/sintomas/grau de patologia/patologias associadas/ tipo de anestesia/complicações pós-operatórias/tempo de cicatrização.

Analgesia pós-operatória: não foram utilizados opiáceos.

Preparo pré-operatório: enema de soro fisiológico isotônico morno.

Tabela 9 – Com relação à dor apresentada por nossos pacientes observamos:

| | |
|---------------------|---|
| Técnica fechada | Presente em todos os pacientes Variando quanto aos pacientes |
| Técnica semifechada | Relevante em grande número de pacientes |

A analgesia pós-operatória foi sempre com uso de produtos à base de compostos de brometo de hemotropina, dipirona, diazepam e compostos de metamizol, adifenina e prometazina. Não usamos opiáceos ou produtos análogos sintéticos, devido aos seus efeitos secundários, sendo o principal a dificuldade miccional ou retenção urinária.

Tabela 10 – Os índices de deiscência da sutura da ferida operatória foram:

| Técnica | Ocorrência | Nº de casos | % |
|-------------|--------------------|-------------|---|
| Fechada | Deiscência total | 1 | 2 |
| | Deiscência parcial | 3 | 6 |
| Semifechada | Deiscência total | — | — |
| | Deiscência parcial | 1 | 2 |

Tabela 11 – Relação do tempo de cicatrização global com as técnicas utilizadas:

| | |
|---------------------|---|
| Técnica fechada | Variou de 8 a 12 dias – média 10 dias |
| Técnica semifechada | Variou de 14 a 22 dias – média 18 dias |

Tabela 12 – A estenose relativa pós-operatória foi assim observada:

| Técnica | Ocorrência | Nº de casos | % |
|-------------|--------------------------|-------------|----|
| Fechada | Necessidade de cirurgia* | 1 | 2 |
| | Resolução ambulatorial | 5 | 10 |
| Semifechada | Necessidade de cirurgia | — | — |
| | Resolução ambulatorial | 1 | 2 |

* A maioria das estenoses foram resolvidas em atendimento ambulatorial. Somente um caso foi submetido à cirurgia sob anestesia local.

Tabela 13 – O prurido anal pós-operatório, queixa relativamente freqüente, teve os seguintes índices:

| Técnica | Nº de casos | % |
|---------------|-------------|----|
| Fechada* | 4 | 8 |
| Semifechada** | 11 | 22 |

* O prurido nos pacientes submetidos à cirurgia pela técnica fechada justifica-se pelas deiscências e pelos casos de micro-hemorragias surgidas no decorrer do pós-operatório.

** Os casos de prurido nos pacientes submetidos à técnica de Fidel Ruiz Moreno justificam-se pela presença de granulação exuberante no leito da ferida operatória.

CONCLUSÕES

Após a exposição dos dados, cabe relatarmos o que constatamos com o presente trabalho.

Nesta experiência verificou-se que no emprego da técnica fechada é necessário um maior cuidado na manipulação dos pedículos vasculares e na sutura em si, visto que, por inexistir uma área de drenagem pós-operatória, a ocorrência de micro-hemorragias favorecia a formação de hematomas, abscessos, supuração, com provável deiscência de sutura, total ou parcial. Do mesmo modo, uma sutura com tensão favoreceria a necrose dos bordos da ferida, levando à deiscência também.

Na técnica semifechada a preocupação com tal aspecto é atenuada pela presença de áreas de drenagem no pós-operatório.

Pode-se dizer, ainda, que os pacientes operados pela técnica fechada apresentaram: mais dor no pós-operatório, mais sangramentos, um maior índice de sondagem vesical para alívio da retenção urinária pós-operatória, mais casos de deiscência de sutura, maior índice de estenose cicatricial. Observou-se, ainda, um menor tempo de cicatrização das feridas operatórias e um menor índice de prurido anal como queixa pós-cirúrgica.

Com relação à técnica semifechada, observou-se índices menores em todos os itens analisados, com exceção do prurido pós-cirúrgico. Além disso, o tempo cicatricial foi maior.

Finalmente nota-se que pouca diferença existe para o paciente, em termos práticos, com o emprego de ambas as técnicas. É certo que as complicações pós-operatórias foram mais relevantes na técnica fechada, mas a inatividade dos pacientes foi menos significativa na técnica semifechada.

Embasados nas conclusões acima é que os autores, até o presente momento, demonstram preferência pela técnica semifechada.

SUMMARY

The authors present a short revue of pathology of hemorrhoids and compare the efficacy between operatory techniques by Ferguson and by Fidel Ruiz Moreno, in a total of 100 patients. Justify their preference for Fidel's Technique by getting the conclusions.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CORRÉA NETO A – Clínica cirúrgica, 1966.
2. GABRIEL WB – The principles and practice of rectal surgery, 1963.
3. GOFFI F – Técnica cirúrgica, 1983.
4. GOLIGHER JP – Diseases of the colon, rectum and anus, 1970.
5. REIS NETO JA – Hemorroidectomias: tese docência-livre de clínica cirúrgica, 1974.
6. SCHWARTZ SI – Princípios de cirurgia, 1985.
7. TODD I – Cirugía del colon, recto y ano, 1983.
8. TURELL R – Enfermedades del ano, recto y colon, 1962.