

## TRATAMENTO DA FISSURA ANAL CRÔNICA PELA ESFÍNCTEROTOMIA INTERNA LATERAL

Ronaldo Antonio Borghesi<sup>1</sup>  
Álvaro Augusto Germano Gutierrez<sup>2</sup>  
Nelson Boccato Júnior<sup>3</sup>  
William Abrão Saad<sup>4</sup>

### RESUMO

Os autores apresentaram 543 casos de fissura anal crônica tratados pela esfínterectomia interna lateral subcutâneo-mucosa, a partir de 1973. A técnica operatória empregada consistiu da secção com tesoura, do esfínter interno do ânus, através de uma incisão mínima de pele. Foram analisadas as complicações pós-operatórias e após um tempo de seguimento médio de dois anos, os resultados plásticos e funcionais se mostraram excelentes, com um tempo médio de cicatrização da ferida fissurária de dezenove dias.

UNITERMOS: úlcera anal; fissura ana-cirurgia; ânus-esfínter interno

A esfínterectomia interna lateral subcutâneo-mucosa tem sido recomendada como tratamento de escolha para a fissura anal crônica<sup>5, 8, 9, 12, 14, 15</sup>. Sabe-se que a par de sua elevada frequência e do indiscutível sofrimento que causa aos pacientes na ocasião das evacuações, a secção do esfínter interno do ânus alivia o espasmo esfínteriano e reduz a pressão do canal anal<sup>6</sup> com melhora sintomática imediata e subseqüente cura da fissura.

Preende-se neste estudo avaliar os resultados, a recidiva e as complicações decorrentes deste tipo de procedimento cirúrgico indicado para o tratamento da fissura anal crônica.

### PACIENTES E MÉTODOS

A partir de 1973, foram operados 543 pacientes com fissura anal crônica como patologia exclusiva, todos procedentes da Previdência Social, motivo pelo qual recorreu-se à internação hospitalar. Destes, 385 (70,9%) eram do sexo feminino e 158 (29,1%) do sexo masculino, apresentando idades que variaram dos 14 aos 76 anos, com uma idade média de 36,3 anos.

A duração dos sintomas oscilou entre 15 dias e 31 anos, sendo que a maioria dos casos apresentava um tempo médio de 1,2 anos de história clínica. A dor esteve presente na totalidade dos casos (100%) enquanto que outros sintomas apareceram em proporções significativas (Tabela 1).

Com relação à localização, as fissuras posteriores foram três vezes mais freqüentes que as anteriores, 385 (70,9%) e 120 (22,1%), respectivamente, ao passo que as laterais, raras, 38 (7%) (Tabela 2).

Na grande maioria dos pacientes, 501 casos (92,2%), a fissura anal era única; mas em 36

Trabalho realizado no Centro de Ciências Médicas e Biológicas de Sorocaba – PUC-SP

- 1 Professor Assistente Mestre da Disciplina de Clínica Cirúrgica II
- 2 Professor Assistente da Disciplina de Clínica Cirúrgica II
- 3 Professor Assistente da Disciplina de Anatomia
- 4 Professor Titular da Disciplina de Clínica Cirúrgica II

**Tabela 1 – Relação dos sintomas mais freqüentemente relatados pelos pacientes e sua distribuição quanto ao sexo**

Sintomas	Sexo		Número total de casos	Porcentagem
	Feminino	Masculino		
Dor	385	158	543	100,0
Ardor	212	126	338	62,2
Obstipação	163	54	217	39,9
Sangramento	143	71	214	39,4
Prurido	184	28	212	39,0

**Tabela 2 – Localização das fissuras anais e sua relação quanto ao sexo**

Localização	Sexo		Número de casos	Porcentagem
	Feminino	Masculino		
Posterior	243	142	385	70,9
Anterior	106	14	120	22,1
Lateral	36	2	38	7,0
Total	385	158	543	100,0

**Tabela 3 – Número de fissuras anais e sua freqüência quanto ao sexo**

Número de fissuras	Sexo		Número de casos	Porcentagem
	Feminino	Masculino		
1	355	146	501	92,2
2	24	12	36	6,6
3	2	—	2	0,4
4	4	—	4	0,8
Total	385	158	543	100,0

(6,6%), dupla, sendo que um número maior de lesões foi observado numa porcentagem muito pequena (Tabela 3).

Foram anotados somente os plicomas sentinelas com tamanho tal que merecessem tratamento cirúrgico, encontrando-se assim 99 pacientes (18,2%), considerando do mesmo modo a presença da papila hipertrófica, em 40 (7,4%) e a associação com hemorróidas internas de 1º grau em 85 casos (15,6%). A fissura anal abscedada foi observada em 13 pacientes (2,4%) e como fístula perianal (fistuleta) em três (0,6%).

### Técnica operatória

O procedimento cirúrgico empregado foi uma esfínterectomia interna lateral subcutâneo-mucosa fechada, com incisão mínima de pele e secção do esfínter interno à tesoura<sup>9</sup>.

Neste estudo, como todos os pacientes foram internados em hospital, utilizou-se a anestesia raquidiana em 333 casos (61,3%), peridural em 184 (33,9%) e geral em 26 (4,8%).

Assim, na presença de patologias associadas utilizou-se a padronização de conduta do tratamento cirúrgico que vem esquematizada no Quadro 1.

**Quadro 1 – Padronização do tratamento cirúrgico da fissura anal crônica pela esfínterectomia interna lateral subcutâneo-mucosa**

Fechada – simples – na fissura anal crônica exclusiva
– associada à:
– excisão de plicoma e/ou papila se necessário
– fissurectomia se houver fissura anal
– crônica abscedada e/ou fistuleta local.
– ligadura elástica e/ou congelação se houver hemorróidas de 1º e 2º graus.
– ligadura e excisão de mamilo hemorroidário importante
Aberta – quando houver – perfuração da mucosa
– hemorragia

Desse modo foram tratados os 543 pacientes (Tabela 4).

**Tabela 4 – Distribuição dos pacientes segundo a padronização do tratamento cirúrgico da fissura anal pela esfínterectomia interna lateral subcutâneo-mucosa**

Tipo de esfínterectomia	Procedimentos associados	Número de casos	Porcentagem
Fechada	– Simples	394	72,5
	Excisão de plicoma	87	16,0
	Excisão de papila	28	5,2
	Excisão de plicoma e papila	12	2,2
	Excisão da fissura	16	2,9
	Aberta	– Perfuração da mucosa	3
	Hemorragia	3	0,6
Total		543	100,0

Dava-se alta hospitalar após 24 horas decorridas da operação e a intensidade da dor pós-operatória foi medida pelo número de injeções ou comprimidos de dipirona consumidos pelos pacientes. Da mesma forma o uso de laxantes era condicionado ao hábito intestinal de cada paciente, além de haver a instrução para o banho de assento em água morna após o funcionamento intestinal.

Os pacientes retornavam para avaliação pós-operatória em consultas semanais ou mais freqüentemente, conforme as necessidades individuais, até o primeiro mês e depois, de seis em seis meses no primeiro ano e, a seguir, anualmente.

### RESULTADOS

Dos 543 pacientes operados, obteve-se segui-

mento clínico em 497 (91,5%), com um tempo médio de dois anos, sendo o menor de seis meses e o maior de sete anos.

Com relação ao tempo de cicatrização da fissura anal, na grande maioria, 310 casos (62,4%), foi ao redor de três semanas, com um tempo médio de 19 dias, sendo que em dois casos não houve cicatrização da ferida fissurária (Tabela 5).

Nestes 497 casos seguidos não se surpreendeu a recidiva da fissura anal, onde nenhum paciente se queixou de qualquer sintoma relacionado às evacuações e todos passam bem até o presente momento.

Quanto à dor pós-operatória, foi de intensidade leve nos 394 casos (72,5%) em que se praticou a esfínterectomia interna lateral fechada simples, não requerendo mais do que uma injeção (42% dos casos) ou de um a três comprimidos de analgésico (86% dos casos), nas primeiras 24 horas de pós-operatório. E após esse período, nenhum paciente necessitou de medicação analgésica (Tabela 6).

Já nos 149 casos (27,5%) em que a esfínterectomia interna se associava a outros procedimentos cirúrgicos no canal anal ou era realizada pela técnica aberta, a dor passou para intensidade moderada, e o número de injeções passava para uma a três (74% dos casos) ou de dois a seis comprimidos de analgésico (97% dos casos) nas primeiras 24 horas depois da operação. Obser-

vou-se, ainda, que o uso de analgésicos sob a forma de um a dois comprimidos diários se prolongou por um máximo de até 10 dias em 28% dos pacientes (Tabela 6).

A incapacidade para o trabalho esteve relacionada com a dor apresentada pelos pacientes no pós-operatório, notando-se que 62,5% dos pacientes retornaram às atividades profissionais habituais em dois dias (Tabela 7).

Os resultados plásticos foram excelentes, mesmo naqueles casos em que a esfínterectomia se associou a outros procedimentos cirúrgicos, observando-se na conformação do orifício anal, a presença de uma canaleta lateral em 355 casos (71,4%), e o aspecto normal em 142 casos (28,6%) (Tabela 8).

O aspecto em canaleta lateral do orifício anal persistiu por um período que oscilou de 7 a 28 dias, com um tempo médio de 12 dias.

As complicações encontradas foram:

– Hematoma: ocorreu em quatro pacientes (0,7%) e não trouxe nenhuma manifestação clínica local tão intensa que precisasse drenagem cirúrgica. É importante assinalar que em 90% dos casos se observou uma equimose no local de execução da esfínterectomia que desapareceu por volta da segunda semana.

– Hemorragia maciça: em três casos (0,6%), que requereram a transformação para a técnica aberta no mesmo ato operatório, para exploração da ferida e hemostasia do vaso sangrante.

– Abscesso perianal: em quatro casos (0,7%), observados nas duas primeiras semanas de pós-operatório, foram todos tratados com antibiótico e drenagem, não sendo identificado um trajeto fistular em nenhum destes casos.

– Fístula perianal: uma fístula (0,2%) se formou tardiamente requerendo a realização de uma fistulotomia e, provavelmente, resultou de uma lesão da mucosa anal não percebida no tempo da operação, apesar do rigor de execução da técnica.

– Incontinência anal: em 476 pacientes

Tabela 5 – Tempo de cicatrização, em semanas, da fissura anal

Número de semanas	Número de casos	Porcentagem
1	21	4,2
2	76	15,3
3	310	62,4
4	88	17,7
não cicatrizaram	2	0,4
Total	497	100,0

Tabela 6 – Relação entre a dor no pós-operatório da cirurgia da fissura anal e a frequência do uso de analgésicos nos pacientes estudados

Tipos de esfínterectomia	Número de pacientes	Tempo máximo da necessidade de analgésicos	Tipo e dose de analgésico		
			Injetável	Comprimidos	
				1 <sup>as</sup> 24 h	1 <sup>as</sup> 24 h
Fechada simples	394 (72,5%)	24 horas	1 (42%)	1 a 3 (86%)	–
Associada aberta	149 (27,5%)	10 dias	1 a 3 (74%)	2 a 6 (97%)	1 a 2 (28%)

**Tabela 7 – Tempo decorrido entre a operação e a volta dos pacientes ao trabalho**

Número de dias	Número de casos	Porcentagem
1	36	7,2
2	310	62,4
3	100	20,1
4	51	10,3
Total	497	100,0

**Tabela 8 – Conformação do orifício anal após a esfínterectomia interna lateral e sua distribuição quanto ao sexo dos pacientes**

Conformação anal	Sexo		Número de casos	Porcentagem
	Feminino	Masculino		
Canaleta lateral	288	67	355	71,4
Normal	69	73	142	28,6
Total	357	140	497	100,0

(95,8%), os resultados funcionais foram excelentes, não havendo alteração no controle esfínteriano, enquanto que em 21 casos (4,2%) houve alterações discretas da continência anal que foram recuperadas completamente após 30 dias (Tabela 9).

**Tabela 9 – Tipo de incontinência anal e sua duração máxima nos pacientes estudados**

Tipos de queixas	Número de casos	Porcentagem	Duração máxima dos sintomas em dias
Incontinência para gases	6	1,2	15
Incontinência para fezes	—	—	—
Urgência para evacuar	12	2,4	10
“Faecal soiling”	3	0,6	30
Total	21	4,2	

## DISCUSSÃO

Recentemente muitos trabalhos<sup>1, 2, 3, 5, 8, 10, 11, 12, 14, 16</sup> têm relatado resultados satisfatórios com a esfínterectomia interna lateral subcutâneo-mucosa através de estudos bem conduzidos. O estudo aqui realizado foi prospectivo e permitiu, da mesma forma que orientado por outros<sup>8</sup>, um seguimento clínico pós-operatório na maioria dos casos.

A cicatrização da fissura anal crônica, ocorrendo em 99,6% dos pacientes, demonstrou que foi

alcançado o objetivo maior do tratamento cirúrgico que seria a resolução da hipertonia esfínteriana responsável pela cronicidade da afecção<sup>1, 4, 5, 6, 10, 11, 14</sup>.

É relatada, por outro lado, a falta de cicatrização da fissura anal em índices baixos<sup>3, 11, 16</sup>, recomendando-se nestes casos a investigação de provável patologia anorretal específica<sup>1, 8, 12</sup> ou, a reoperação pela mesma técnica<sup>8, 13</sup>.

A ausência de recidiva encontra fundamentos na literatura, onde as proporções relatadas são pequenas, quando se emprega a esfínterectomia interna lateral<sup>1, 10, 11, 12, 14, 16</sup>, e está geralmente relacionada ao tipo de variante técnica adotado, sendo maior quando feita às cegas<sup>14</sup>, do que sob visão direta<sup>15</sup>, ao tipo de anestesia<sup>11</sup> e à quantidade do esfíncter interno do ânus que é seccionado<sup>8</sup>.

A dor pós-operatória sendo de intensidade leve na técnica fechada simples, mostrou que isto foi devido à manutenção da integridade do canal anal<sup>11, 12, 14</sup> e, à medida que diferentes procedimentos cirúrgicos foram associados, aumentando a manipulação do canal anal, a dor tornou-se progressivamente maior<sup>16</sup>, podendo interferir no tempo de permanência hospitalar<sup>4, 12</sup>.

O período de incapacidade para o trabalho é o menor que existe entre os vários métodos de tratamento da fissura anal, comumente está relacionado aos mesmos mecanismos que produzem a dor pós-operatória e não ultrapassa a um máximo de uma semana<sup>4, 11</sup>.

A deformidade cicatricial do ânus é descrita após a realização de esfínterectomia interna lateral<sup>7, 15</sup>, mas é menor e transitória na variante subcutâneo-mucosa<sup>1, 6, 14</sup>, onde a secção do esfíncter anal interno é mais cuidadosa e menos traumática<sup>3, 9</sup>.

As complicações relativas a esta técnica são inexistentes ou aparecem em porcentagens muito pequenas<sup>13</sup>, como foram os casos com hematoma, hemorragia maciça, abscesso perianal e fístula perianal<sup>3, 5, 11, 12</sup>, exceto a presença de equimose, não considerada como uma verdadeira complicação, referida em outra publicação<sup>11</sup>, mas numa proporção menor (22,3%) que a observada neste estudo. No que se refere à incontinência anal, quando se considera para gases e “faecal soiling”, ou são inexistentes<sup>3</sup> ou aparecem em baixas porcentagens, sendo ambos passageiros<sup>1, 4, 10, 11, 14, 16</sup>; quando para fezes, a unanimidade dos trabalhos consultados apontam-na como inexistente. Não se encontrou explicação na literatura para o fato de 12 pacientes apresentarem, transitoriamente, uma urgência para evacuar.

## CONCLUSÕES

Acredita-se, portanto, que os excelentes resultados aqui referidos, bem como os observados na literatura, justificam o emprego da esfínterectomia interna lateral subcutâneo-mucosa para o tratamento da fissura anal crônica pelas seguintes vantagens:

1 – é um procedimento cirúrgico de execução simples e rápida;

2 – desde que haja a opção para tratamento hospitalar, o período de internação é pequeno;

3 – a dor pós-operatória é de intensidade leve e de pouca duração;

4 – a ferida fissurária cicatriza-se rapidamente e a cirúrgica quase não apresenta complicações havendo a preservação do aspecto estético e funcional, sem a presença de deformidades devidas à cicatrização;

5 – os pacientes perdem pouco tempo para voltar às atividades habituais;

6 – a taxa de recidiva é muito baixa;

7 – as alterações no controle esfínteriano ou são inexistentes ou, se presentes, são transitórias e não causam maiores problemas.

## SUMMARY

*Since 1973, 543 patients with chronic anal fissure were treated by lateral subcutaneous internal sphincterotomy. The operative technique performed consisted of an internal anal sphincter cross-section by scissors, through a little skin incision. The postoperative complications were analysed and after an average time of follow-up of about two years, the plastic and functional*

*results were pointed out as excellents, with an average time of fissure wound cicatrization of about nineteen days.*

**UNITERMS:** anal ulcer; anal fissure-surgery; anus-internal sphincter

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abcarian H. Surgical correction of chronic anal fissure: results of lateral internal sphincterotomy vs. fissurectomy-midline sphincterotomy. *Dis Colon Rectum* 1980; 23: 31-36.
2. Allan A, May R. Anal fissure. *Brit J Hosp Med* 1985; 33: 41-43.
3. Aprilli F. Fissura anal. *Rev Bras Colo-Proct* 1982; 2: 25-28.
4. Basile F, Iuppa A, Cali S, Sandonato L, Saglimbene F, Liotta A, Cataina G. Lateral internal sphincterotomy in the treatment of anal fissure. *Minerva Chir* 1985; 40: 141-143.
5. Boulos PB, Araujo JGC. Adequate internal sphincterotomy for chronic anal fissure: subcutaneous or open technique? *Brit J Surg* 1984; 71: 360-362.
6. Brühl W. The aetiology and treatment of anal fissures. *Colo-Proctology* 1982; 4: 114-115.
7. Eisenhammer S. The evaluation of the internal anal sphincterotomy operation with special reference to anal fissure. *Surg Gynec Obstet* 1959; 109: 583-590.
8. Gordon PH, Vasilevsky CA. Lateral internal sphincterotomy: rationale, technique and anesthesia. *Canad J Surg* 1985; 28: 228-230.
9. Gutierrez AAG, Celso NM. Fissura anal: técnica da realização da esfínterectomia interna lateral para o seu tratamento. *Arq Gastroent* 1978; 15: 183-185.
10. Hawley PR. The treatment of chronic fissure-in-ano: a trial of methods. *Brit J Surg* 1969; 56: 915-918.
11. Hoffmann DC, Goligher JC. Lateral subcutaneous internal sphincterotomy in treatment of anal fissure. *Brit Med J* 1970; 3: 673-675.
12. Hsu TC, MacKeigan JM. Surgical treatment of chronic anal fissure: a retrospective study of 1753 cases. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 475-478.
13. Mazier WP, Moraes RT, Dignan RD. Fissura anal e úlceras anais. *Clin Cir Amer Norte* 1978; 58: 479-485.
14. Notaras MJ. The treatment of anal fissure by lateral subcutaneous internal sphincterotomy: a technique and results. *Brit J Surg* 1971; 58: 96-100.
15. Parks AG. The management of fissure-in-ano. *Hosp Med* 1967; 1: 737-739.
16. Vafai M, Mann CV. Closed lateral internal anal sphincterotomy without removal of senticial pile for fissure-in-ano. *Colo-Proctology* 1981; 3: 91-93.