

## TRATAMENTO DA DOENÇA HEMORROIDÁRIA

ÉRICO FILLMAN, TSBCP-RS  
RAUL RAPOSO DE MEDEIROS, TSBCP-SP  
FERNANDO S. DE CARVALHO, TSBCP-RJ

Esta seção tem por objetivo abordar os diversos temas ligados à Colo-Proctologia segundo uma visão essencialmente prática, ou seja, através da opinião de especialistas de reconhecida experiência, os quais buscarão transmiti-la nas respostas às questões que lhe foram formuladas por esta editoria.

Para este número contamos com a colaboração dos Drs. Érico Fillman, da Pontifícia Universidade Católica de Porto Alegre, Raul Raposo de Medeiros, da Universidade Estadual de Campinas e Fernando de Carvalho, do Hospital da Beneficência Portuguesa do Rio de Janeiro.

### 1 – Considera necessário o tratamento da doença hemorroidária assintomática?

Dr. Érico – Não. Ahamos que alguma dilatação dos plexos hemorroidários ocorre sempre na idade adulta, sendo doença apenas quando sintomática. A intermitência dos sintomas deve significar doença mesmo nas fases de remissão.

Dr. Raul – Consideramos desnecessário o tratamento da doença hemorroidária assintomática.

Dr. Fernando – Não. O tratamento das hemorróidas é o tratamento do desconforto causado pelos seus sintomas. Hemorróidas assintomáticas não requerem tratamento.

### 2. – Com que incidência utiliza, e com que critérios, a esclerose e a ligadura elástica?

Dr. Érico – Utilizo muito mais freqüentemente as injeções esclerosantes, por serem mais comuns os casos de doença hemorroidária de pequeno porte. Ambos os métodos estão indicados no tratamento das hemorróidas internas, e usamos um ou outro em função do volume dos plexos dilatados.

Dr. Raul – Não temos utilizado o tratamento esclerosante para tratamento da doença hemorroidária há aproximadamente quinze anos. Temos empregado a ligadura elástica

associada à criocirurgia para todos os pacientes que apresentam hemorróidas internas do primeiro e segundo grau, realizando o congelamento dos mamilos hemorroidários ligados e da mucosa entre eles e a linha pectínea. Ahamos os resultados verificados com este procedimento superiores aos verificados com a simples ligadura elástica, pois os mamilos ligados e congelados são eliminados mais precocemente e onde foi feita a congelação entre os mamilos ligados e a linha pectínea ocorre um certo grau de fibrose, que impede o prolapso da mucosa do canal anal no pós-operatório.

Dr. Fernando – Em cerca de 90% dos casos eu trato em regime ambulatorial, seja com esclerose, seja com ligaduras elásticas. O critério para indicação de cada técnica é o sintoma apresentado pelo paciente. Quando o problema principal é o sangramento anal (hemorróidas grau I e II) indicamos geralmente a esclerose. Quando é a protrusão ou prolapso (hemorróidas grau III) indicamos a ligadura elástica.

### 3 – Que solução utiliza na escleroterapia?

Dr. Érico – Uso solução de ácido fênico a 12% em mistura de glicerina e água destilada em partes iguais.

Dr. Fernando – Utilizo ácido fênico a 5% em água destilada. Não usamos o óleo porque o objetivo da esclerose é gerar uma úlcera e com a cicatrização desta uma área fibrótica que por sua retração natural impeça o deslizamento para baixo dos coxins anorretais. O agente causador da reação inflamatória – ulceração – cicatrização é o fenol, e não o óleo.

### 4 – Qual sua experiência com complicações destes dois procedimentos?

Dr. Érico – Salvo o tenesmo, freqüente, e raramente a ocorrência de escaras no reto, a injeção esclerosante não tem complicações em nossa experiência. O tenesmo é mais importante com o uso de ligadura elástica, e também os sintomas relacionáveis às escaras, como dor, muco e sangue. Em sete anos de uso de ligaduras, tive três casos de hemorragia que necessitaram reposição e controle hospitalar.

Dr. Raul - A nossa experiência com este procedimento é muito boa. Realizamos cerca de 500 casos com este método desde 1976. Trata-se de processo ambulatorial seguro e econômico, com bons resultados a médio e longo prazo, desde que os casos sejam bem selecionados para este tipo de tratamento. Além disto pode ser repetido se necessário. As complicações são pouco freqüentes. A hemorragia é a mais grave. Nestes onze anos que utilizamos este procedimento, tivemos quatro casos de hemorragias importantes, com sinais de hipovolemia, mas todos tratados com nova ligadura elástica, agora com finalidade hemostática. Cerca de 20% dos pacientes referem dor no pós-operatório, necessitando uso de analgésicos durante três a quatro dias.

Tivemos também seis pacientes com retenção urinária tratados com simples sondagem vesical. Em nossa opinião é o método de escolha para o tratamento das hemorroidas internas de primeiro e segundo grau, pois além da baixa incidência de complicações permite uma rápida recuperação e volta precoce às suas atividades. Acreditamos também que alguns insucessos relatados na literatura se devem mais à má indicação do método do que à sua eventual ineficácia.

Dr. Fernando - No tratamento esclerosante é excepcional a ocorrência de complicações. Podem ocorrer tenesmo ou dor, caso a solução esclerosante alcance a camada muscular do reto, complicação esta que se resolve espontaneamente. Pode ocorrer sangramento importante quando a injeção é inadvertidamente feita na camada mucosa (nunca tivemos esta complicação) e pode ocorrer a formação de abscesso e fístula, o que verificamos em apenas um caso de cerca de 3.000 pacientes tratados pela escleroterapia.

#### 5 - Qual a técnica de sua preferência na hemorroidectomia?

Dr. Érico - Não tenho exatamente preferência. A escolha entre as técnicas aberta e fechada é um problema de indicação. Por exemplo: um ânus muito deformado por plicomas em conseqüência de crises hemorroidárias externas sucessivas pode ter um resultado plástico pós-operatório bem melhor se for usada a técnica fechada, na qual se faça um tratamento adequado da pele. Na nossa experiência, o índice de complicações com a técnica fechada é menor do que com a convencional, mas naquela, as complicações quando ocorrem costumam ser mais graves. Recomendamos a colo-proctologistas com pouca experiência usarem a técnica convencional, aberta, por ser de mais fácil execução.

Dr. Raul - A técnica de preferência para as hemorroidectomias, em nossa opinião, é a de *Milligan-Morgan*. Temos utilizado esta técnica com pequenas modificações. Realizamos tanto as incisões quanto a hemostasia das áreas cruentas com o bisturi elétrico e apenas fazemos a ligadura do pedículo com fio catgut cromado 00. O uso do bisturi elétrico, em nossa opinião, facilita a cirurgia, diminui o trauma provocado pelo pinçamento e ligadura dos vasos. Em conseqüência disto, no pós-operatório a incidência de edema é menor e também são menos intensos os fenômenos dolorosos. Acreditamos que até a formação de plicomas residuais seja menos freqüente.

Dr. Fernando - Todas as técnicas cirúrgicas descritas para o tratamento das hemorroidas consistem essencialmente em dois tempos: excisão do tecido hemorroidário exter-

no e a ligadura do tecido hemorroidário interno. Utilizamos em geral a técnica do Hospital São Marcos (técnica aberta). Empregamos a técnica fechada quando as hemorroidas são relativamente pequenas ou quando são de mamilo único, caso em que operamos sob anestesia local, em regime ambulatorial.

#### 6 - Qual a anestesia utilizada? Emprega alguma cobertura analgésica especial no pós-operatório?

Dr. Érico - Praticamente todos os nossos pacientes de cirurgia orifical são submetidos à anestesia peridural. A cobertura analgésica pós-operatória é convencional. Raramente se faz uso de opiáceos.

Dr. Raul - Temos operado os pacientes com anestesia peridural. No pós-operatório utilizamos medicação antiinflamatória por via intramuscular de 12/12 horas e analgésicos via intramuscular de 6/6 horas nos primeiros dois dias de pós-operatório. Após este período mantemos apenas analgésicos via oral quando necessários.

Dr. Fernando - Usamos anestesia geral sob máscara. Como analgésico pós-operatório, utilizamos Meperidina intramuscular.

#### 7 - Qual sua opinião sobre o fio para sutura do pedículo e o uso de curativos compressivos?

Dr. Érico - Sempre fiz a ligadura do pedículo com catgut simples agulhado 0. Não tenho portanto base para julgar se algum material alternativo é melhor ou não. Me parece importante que o fio seja forte, não produza demasiada reação, e seja de dissolução espontânea para evitar o incômodo da remoção. Nunca uso curativo compressivo, cuja ação hemostática é discutível. Principalmente nos pacientes do sexo masculino, a compressão do períneo agrava a retenção urinária tão freqüente nas primeiras horas após o ato cirúrgico. Uma gaze úmida em soro fisiológico é curativo suficiente.

Dr. Raul - O fio de sutura de nossa preferência é o catgut cromado 00.

Dr. Fernando - Para a sutura do pedículo utilizamos o Polivicryl 00. Não utilizamos curativos compressivos.

#### 8 - Qual o período de internação necessário? Realiza esta operação em caráter ambulatorial?

Dr. Érico - Trinta e seis horas tem sido um tempo de internação suficiente para a maioria dos pacientes submetidos à hemorroidectomia. Mas isto não é regulamentar. Procuro sempre julgar cada caso, pois determinados pacientes, sobretudo devido à dor, não têm condições de deixar o Hospital neste período.

Acho que a hemorroidectomia pode ser um procedimento semi-ambulatorial, isto é, o paciente vem em jejum pela manhã ao hospital, é operado e permanece em observação até o fim de dia quando, estando bem, se retira. Tenho considerado com freqüência esta conduta sem ter ainda podido implementá-la por dificuldades burocráticas do hospital. Todos os pacientes têm, como é natural, muito receio da primeira evacuação após a cirurgia. Alguns pacientes, por este motivo, permanecem internados até três dias.

Dr. Raul - O período de internação é variável; todavia na maioria dos casos deve ser de um dia apenas, quando não

há complicação. Não achamos necessário que a primeira evacuação deva ser no hospital e somos adeptos da alta precoce. Em alguns casos selecionados a hemorroidectomia pode ser realizada ambulatorialmente sob anestesia local, com a mesma técnica descrita anteriormente, desde que existam condições de assepsia e disponibilidade para a sua realização. Temos realizado este procedimento em casos selecionados, com excelentes resultados. Acreditamos que os pacientes tenham menor incidência de edema e dor no pós-operatório.

Dr. Fernando – Nosso período médio de internação para hemorroidectomia formal é de 12 horas. Consideramos que assim que o paciente recuperou-se da anestesia e urinou, ele pode receber alta hospitalar. A hemorroidectomia pode ser realizada em regime ambulatorial sob anestesia local quando o mamilo sintomático é único. O que tem sido nossa rotina.

**9 – Como conduz o acompanhamento da cicatrização? Considera necessária e quando a realização de toques retais ou dilatações?**

Dr. Érico – Faço revisões diárias ou em dias alternados após o 5º dia PO até à cicatrização completa. Faço toques retais com a finalidade de debridar e melhorar a drenagem dos ferimentos, e nunca com o fim de dilatar. Necessita dilatação o ânus que estenosou, em geral em consequência de infecção, e este procedimento é cirúrgico sob anestesia.

Dr. Raul – No período pós-operatório o primeiro retorno é feito no 5º dia. A seguir, contatos semanais são realizados. Apenas procuramos saber da incidência de dor, de sangramentos e número de evacuações. Não realizamos toque retal de rotina e muito menos dilatação instrumental, pois achamos este procedimento desnecessário. Procuramos apenas manter o paciente evacuando diariamente com fezes de calibre normal, mantendo a alimentação normal no pós-operatório.

Dr. Fernando – Nossa rotina é inspecionar a ferida operatória semanalmente (a primeira visita é, geralmente, no 3º dia P.O.). Não realizamos toques retais ou dilatações, a não ser quando se completou a cicatrização, com quatro ou seis semanas P.O. para avaliar o diâmetro do canal anal.

**10 – Baseado em sua experiência, quais os principais aspectos a serem enfatizados no tratamento da doença hemorroidária?**

Dr. Érico – Acho fundamental a indicação correta do tratamento, clínico ou cirúrgico, e dentro de cada um, o método mais adequado. Não há sentido em empregar ligaduras elásticas, por exemplo, em um paciente com hemorroidas mistas com prolapso permanente de internas, apenas porque o método é atual. É importante enfatizar a correção do hábito intestinal como medida coadjuvante, e corrigir também os tabus alimentares ligados à doença hemorroidária e tão comuns em nosso meio.

No tratamento cirúrgico é fundamental estar perfeitamente familiarizado com a anatomia, fisiologia e princípios básicos da cirurgia anal, a fim de evitar problemas sobretudo à continência, uma preocupação de praticamente todos os pacientes antes da cirurgia.

Dr. Raul – O tratamento cirúrgico das hemorroidas deve atender a alguns princípios: a) remoção dos mamilos hemorroidários; b) manutenção da função de continência anal.

A intensidade do edema e da dor são diretamente proporcionais à intensidade do traumatismo cirúrgico. Por isso, a cirurgia deve ser a mais delicada possível, com o mínimo de manuseio. Devem ser deixadas pontes de tecidos adequadas, para impedir a ocorrência de estenose anal. Não devem ser deixados plicomas residuais ou mamilos secundários temendo complicações como estenose.

Dr. Fernando – O principal aspecto que gostaria de enfatizar é que nós não tratamos a “doença hemorroidária”. Nós tratamos os sintomas das hemorroidas. As hemorroidas em si, não exigiriam tratamento, uma vez que elas não significam um processo patológico que coloque qualquer risco para a saúde de um paciente. Elas podem sim, causar sintomas extremamente desagradáveis, estes sim, que vão ser o objeto do tratamento. Queremos deixar claro que o tratamento das hemorroidas não pode ser mais incômodo que os sintomas que as hemorroidas estão causando em um dado paciente. Neste sentido, é essencial individualizar o tratamento para cada paciente.