

---

## CIRURGIA PROCTOLÓGICA EM CONSULTÓRIO

PAULO CÉSAR RIBEIRO, TSBCP  
MILTON CÉSAR RIBEIRO\*, TSBCP

---

RIBEIRO PC, RIBEIRO MC – Cirurgia proctológica em consultórios. *Rev bras Colo-Proct.*, 1988; 8(2): 59-61.

**RESUMO:** O trabalho traz a experiência dos autores no tratamento cirúrgico de 954 pacientes portadores de moléstias anorretais várias, mostrando que 66% dos procedimentos operatórios foram realizados em consultório, sem qualquer prejuízo para o paciente, possibilitando um atendimento seguro, bem aceito, menos burocrático e muito mais econômico.

**UNITERMOS:** cirurgia; proctologia, consultório

---

O desenvolvimento tecnológico e científico, tanto na área clínico-cirúrgica como na de anestesiologia, tem permitido ao cirurgião executar procedimentos de maior porte com maior segurança.

A concentração de tais recursos e equipamentos em complexos hospitalares alicia o cirurgião a desenvolver praticamente toda a sua atividade operatória com segurança e conforto dentro dessas estruturas<sup>1</sup>. Os grandes congestionamentos em centros cirúrgicos, unidades de internação, serviços sociais tanto de hospitais privados quanto governamentais, refletem hoje a hipertrofia desse sistema de atendimento, que, aliada ao alto custo do leito-dia, nos vêm obrigando a rever conceitos e estender nossa visão para modalidades alternativas de assistência médica. Dessa maneira surge com progressiva ênfase a cirurgia ambulatorial no seu senso mais amplo e moderno, retirando um grande número de procedimentos cirúrgicos das congestionadas vias burocráticas hospitalares, para unidades paralelas de atendimento, com estrutura suficiente para simplificar o pós-operatório sem prejudicar a segurança e o conforto psicossocial do paciente<sup>2</sup>.

A Proctologia apresenta particularidades que a adequam

extremamente bem ao tratamento cirúrgico ambulatorial. Assim, a resistência excepcional da região à infecção e o grande número de patologias de tratamento cirúrgico menos complexo fazem com que 90% dos procedimentos operatórios anorretais possam ser executados em regime ambulatorial<sup>3</sup>. O objetivo deste trabalho, no entanto, é mostrar que mais de 60% desses procedimentos podem ser realizados a nível de consultório, sem qualquer prejuízo para o paciente, atingindo-se um nível de atendimento ainda mais simples, embora não menos cuidadoso e consideravelmente mais econômico.

### MATERIAL E MÉTODOS

De janeiro de 1984 a setembro de 1987, atendemos, em regime privado, 954 pacientes com problemas anorretais de indicação cirúrgica precisa. Todos foram operados e seguidos por nós até o restabelecimento total – 358 deles eram do sexo feminino (37,5%) e 596 (62,4%) do sexo masculino (*Tabela 1*). A maioria – 90,25% – se encontrava em uma faixa etária entre 20 e 60 anos, sendo que 57,86% entre 30 e 50 anos (*Tabela 2*). Dos 954 pacientes operados, 634, portanto, 66,46%, o foram a nível de consultório, enquanto que o restante a nível hospitalar. (*Tabela 1*). As patologias tratadas a nível hospitalar ou em consultório estão discriminadas na *Tabela 3*.

As técnicas cirúrgicas empregadas foram as convencionais para as respectivas patologias; as hemorróidas foram tratadas a Miligan-Morgan; as fístulas por fistulectomia; as fissuras, através da esfínterectomia interna subcutânea mucosa a Cesar Ribeiro<sup>4</sup>; a abordagem terapêutica inicial dos condilomas acuminados, tanto externos como de canal anal, foi por excisão com tesoura.

Um exame proctológico minucioso selecionou as patologias orificiais passíveis de tratamento cirúrgico em consultório.

---

Trabalho realizado no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital Municipal de Santo André.

---

\*Falecido a 22 de dezembro de 1987.

Todos os pacientes foram submetidos a avaliação das condições clínicas através de história e exame físico apurados. A necessidade de exames subsidiários laboratoriais foi a exceção.

Não foram aceitos para o procedimento cirúrgico em consultório os indivíduos cujas condições clínicas sugeriam um risco ainda que mínimo ou cuja patologia

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes operados em hospital ou consultório segundo o sexo

Sexo	Hospital	Consultório
Feminino	109	249
Masculino	211	385
% Hosp.	33,54	-
% Cons.	-	66,46

Tabela 2 - Número de pacientes operados em hospital ou consultório, distribuídos pela faixa etária (anos).

Idade	Hospital	Consultório
0 - 10	0	1
10 - 20	3	13
20 - 30	33	125
30 - 40	96	202
40 - 50	101	153
50 - 60	64	87
60 - 70	15	39
70 - 80	8	14
Total	320	634

Tabela 3 - Discriminação do tipo e número de patologias tratadas cirurgicamente em hospital e consultório.

Patologia	N.º de patologias em hospital	N.º de patologias em consultório	Total	% T
Hemorroidas	N.º de mamilos			
	1	3	57	60
	2	30	94	124
	3 ou +	173	28	201
			385	38,27
Trombo hemorroidário	N.º			
	1	3	120	123
	2	3	77	80
	3	15	8	23
			226	22,47
Fissura	36	150	186	18,49
Fístula	42	22	64	6,36
Abscesso	2	37	39	3,88
Condiloma	2	17	19	1,89
Plicoma	3	47	50	4,97
Outros	8	29	37	3,68
				100

orifical, em tipo ou grau, não se adequava aos propósitos.

A idade por si só não foi considerada fator de risco, assim como doenças associadas bem controladas, ou seja, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus etc.

O preparo pré-operatório imediato constou de: evacuação do conteúdo fecal retal, espontânea ou através de clister com 150 a 200 ml de soro fisiológico, tricotomia perianal quando necessária e indicada, e anti-sepsia com solução iodada (1%) não alcoólica. A posição adotada para o paciente foi o decúbito lateral D ou E, com as pernas fletidas. O anestésico local empregado foi a marcaína (0,5%) sem vaso constritor. Nenhum tipo de sedação foi administrada. O período de observação pós-operatório foi no mínimo de uma hora; períodos mais longos, no entanto, foram extremamente raros. Antibióticos não foram usados; todos os pacientes foram orientados para o repouso absoluto no dia do procedimento e para voltar às suas atividades habituais no máximo a partir do 2.º dia pós-operatório.

Durante as primeiras 24 horas de pós-operatório houve sempre um médico completamente disponível tanto para contacto telefônico como para atender possíveis intercorrências. O acompanhamento evolutivo foi semanal até completa cicatrização.

## RESULTADOS

Os resultados que nos interessavam ressaltar foram os obtidos com os pacientes operados em consultórios e somente a eles vamos nos reportar. O intervalo de tempo entre o procedimento cirúrgico e a volta às atividades domésticas foi de 24 horas. A volta ao trabalho se deu, no mínimo, em dois dias e, no máximo, em sete dias. A

cicatrização total completou-se no mínimo em sete dias e no máximo em 21 dias, de acordo com a patologia. O número de retornos semanais ao consultório para o acompanhamento variou de 1 a 6.

As complicações compiladas estão na Tabela 4 e se especificam como segue:

a) Hemorragia: dois pacientes apresentaram sangramento da área operada, no pós-operatório imediato, que os obrigou a voltar ao consultório para hemostasia, evoluindo então sem intercorrências.

b) Dois pacientes submetidos a exérese de plicoma e dois pacientes submetidos a exérese de trombo hemorroidário e um paciente submetido a exérese de um mamilo hemorroidário evoluíram com fissura residual que cicatrizou pós-esfincterotomia interna subcutânea mucosa a César Ribeiro<sup>4</sup>, também em consultório.

c) Dois pacientes apresentaram trombose hemorroidária pós-exérese de dois mamilos hemorroidários. Tiveram resolução cirúrgica em consultório.

d) Houve um paciente com incontinência para gases nos primeiros dois meses após esfincterotomia interna para tratamento de fissura anal.

e) Um paciente desenvolveu trajeto fistuloso pós exérese de plicoma e esfincterotomia interna para o tratamento de fissura anal. A resolução foi cirúrgica em consultório.

f) Um paciente apresentou edema de plicoma próximo a mamilo hemorroidário excisado, com regressão clínica gradual.

Os pacientes que tiveram complicações foram obrigados a retornar ao consultório em média seis vezes e tiveram seu tempo de cicatrização alargado para até 40 dias, o que não impediu o retorno às atividades precocemente.

Tabela 4 - Complicações pós-operatórias referentes às patologias operadas em consultório

Complicações	Número	% T
Hemorragia	2	0,21
Fissura resid.	5	0,52
Tromboses	2	0,21
Incont. gases	1	0,10
Fístula	1	0,10
Edema	1	0,10
Total	12	1,26

## DISCUSSÃO

A prática da cirurgia ambulatorial favorece todos os envolvidos nos mais diversos níveis de atendimento médico.

Em relação ao paciente, apresenta, como principal vantagem, uma economia de no mínimo 50%. Evita seu afastamento do meio familiar e principalmente o afastamento do seu cônjuge, o que desestruturaria temporariamente a rotina do lar.

Em relação aos hospitais, representa menor gasto com internações desnecessárias, maior agilização do movimento cirúrgico e utilização apropriada dos leitos de enfermaria.

Em relação aos hospitais de ensino, a agilização do movimento cirúrgico representa maior número de casos conseqüentemente maior aprendizado a menor preço desde que bem estruturado.

Dentro da Proctologia, 90% das afecções de resolução cirúrgica podem ser tratadas, a nível ambulatorial, desde que se disponha de um serviço hospitalar estruturado para isso, com centro cirúrgico convencional, serviço de anestesia, material adequado, recuperação pós-anestésica etc. No entanto, o objetivo de nossa casuística é mostrar que mais de 60% dessas patologias podem ser tratadas cirurgicamente a nível de consultório, de maneira bastante mais simplificada e econômica, principalmente, para o paciente.

Nossa experiência mostrou um índice mínimo de complicações (1,26%), não relacionadas ao fato da cirurgia ter sido feita em regime ambulatorial, no consultório e todas, de simples resolução. A aceitação pelos pacientes foi excelente e é crescente, provavelmente pela maior simplicidade que o procedimento reflete. É óbvio, no entanto, que essa "maior simplicidade" deve se apoiar em aguçada experiência profissional para seleção minuciosa dos pacientes e das patologias que se adequam à cirurgia em consultório e das técnicas empregadas. É importante ainda o apoio ao paciente através de instruções escritas e claras e da disponibilidade total do médico pelo menos nas primeiras 24 horas de pós-operatório.

## CONCLUSÃO

Na prática proctológica diária, mais de 60% das patologias orificiais podem ser tratadas a nível de consultório, agilizando o Serviço, barateando muito o custo para o paciente e não acarretando maior morbidade. Tal modalidade é extremamente útil e bem aceita e deve ser estimulada, lembrando-se, entretanto, que o seu sucesso depende principalmente da seleção cuidadosa de pacientes e patologias e de técnica cirúrgica apurada, o que significa experiência profissional ampla e madura.

RIBEIRO PC, RIBEIRO MC - Proctologic surgery at the office

**SUMMARY:** The authors report their experience dealing with 954 patients suffering from different surgical anorectal diseases; at least 66% of the surgical procedures could be safely performed at the office, allowing a well accepted and economical care.

**KEY WORDS:** surgery; proctology-office

## REFERÊNCIAS

1. Pinho M. Cirurgia anorretal ambulatorial - uma evolução necessária. *Rev bras Colo-Proct* 1987; 7(1): 5-6.
2. Speranzini MB, Oliveira MR, Junqueira A. A atualidade da cirurgia ambulatorial. *R Bras Educ Méd* 1985; 9(1): 52-54.
3. Smith LE. Ambulatory surgery for anorectal diseases: an update. *Southern Med Journal* 1986; 79(2): 163-166.
4. Ribeiro MC. Esfincterotomia subcutânea mucosa no tratamento da fissura anal. *Rev Med e Cirurg. São Paulo* 18(8): 399-416.

**Endereço para correspondência:**

Paulo César Ribeiro  
Rua Júpiter, 260/181  
01532 - São Paulo - SP