
HEMORROIDECTOMIA RADICAL RECONSTRUTIVA (HRR): PROPOSTA DE UMA NOVA TÉCNICA

ANTONIO CAPOMAGI
SERGIO GIOVANNI CAPORELLI
LORENZO MAFFIA
RODOLFO PIAZZAI
NORMA BARBINI

CAPOMAGI A, CAPORELLI SG, MAFFIA L, PIAZZAI R –
BARBINI N – Hemorroidectomia radical reconstrutiva (HRR):
proposta de uma nova técnica.
Rev bras Colo-Proct., 1988; 8(4): 135-138.

RESUMO: Os autores, com base na própria experiência no tratamento cirúrgico das lesões hemorroidárias de grau III, apresentam uma nova técnica pessoal de hemorroidectomia, derivada em parte da hemorroidectomia reconstrutiva submucosa de Parks, e analisam os resultados obtidos. Este estudo foi efetuado no Centro de Cirurgia INRCA de Ancona (Itália), e foram tratados com este novo método 61 pacientes (67% homens e 33% mulheres), portadores de patologia hemorroidária Grau III (96%) e Grau II (2%). Cerca de 19% dos pacientes eram portadores de fissura anal crônica, tratados com esfínterectomia lateral interna. Não foram observadas complicações de tipo maior, apenas um mínimo de sangramento pós-operatório (17%), edema em cerca de 20% e deiscência parcial da plástica mucocutânea em 7% dos casos. O seguimento de 50 pacientes durante 24 meses demonstrou uma recidiva (2%) e incontinência em 22% dos pacientes.

UNITERMOS: hemorróidas; tratamento cirúrgico das hemorróidas

O tratamento da patologia hemorroidária de Grau III é, na opinião da maior parte dos autores, cirúrgico.

É reconhecida unanimemente a eficácia curativa da hemorroidectomia em relação a outras técnicas (dilatação anal, ligadura elástica, crioterapia, infravermelho e eletrocoagulação) no tratamento das hemorróidas Grau III e ocasionalmente nas de Grau II¹⁻⁵.

Das técnicas cirúrgicas mais usadas (Milligan-Morgan,

Ferguson, Langenbeck, Parks, Whitehead) no nosso Serviço aquela que nos forneceu melhores resultados foi a técnica reconstrutiva submucosa de Alan Parks (1956)^{6, 7}.

Todavia, considerando que nem sempre é possível a execução deste tipo de intervenção devido à presença de lesões hemorroidárias múltiplas, e que o mesmo requer uma técnica minuciosa, foi desenvolvida por nós uma técnica de hemorroidectomia na tentativa de ser o mais radical possível e que permita a reconstrução do canal anal. Denominamos esta técnica de *Hemorroidectomia Radical Reconstrutiva (HRR)*.

Técnica operatória

Anestesia por via peridural é realizada e o paciente é posto em posição de litotomia. Executa-se uma ligeira dilatação anal, que nos permitirá uma avaliação das hemorróidas, procede-se a uma infiltração submucosa dos plexos hemorroidários na junção mucocutânea e executa-se posteriormente a dissecação da lesão hemorroidária até a identificação da margem inferior do esfíncter interno, que pode, se necessário, ser seccionado parcialmente.

Isolado o pedículo vascular na altura da linha dentada, procede-se a sua ligadura submucosa com pontos transfixantes, evitando-se perfurar a mucosa adjacente.

Assim, excisam-se em bloco a formação hemorroidária e a mucosa anal excedente.

Finalmente executam-se a reconstrução da junção mucocutânea, com rebaixamento da mucosa anorretal até a margem anocutânea, e ancoragem às fibras distais do esfíncter interno, com material de sutura de lenta absorção.

CASUÍSTICA E MÉTODO

No Centro de Cirurgia INRCA, de janeiro de 1984 a



Fig. 1 – Infiltração submucosa dos plexos hemorroidários.

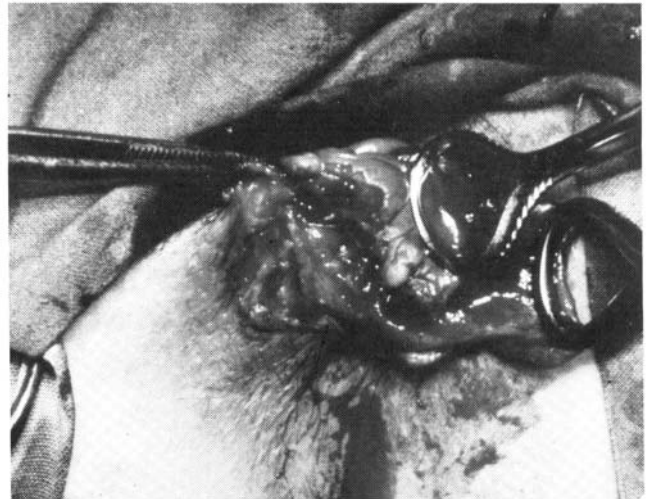


Fig. 4 – Excisão em bloco da hemorróida e da mucosa anal excedente.



Fig. 2 – Dissecção da lesão hemorroidária e identificação da margem inferior do esfíncter interno.

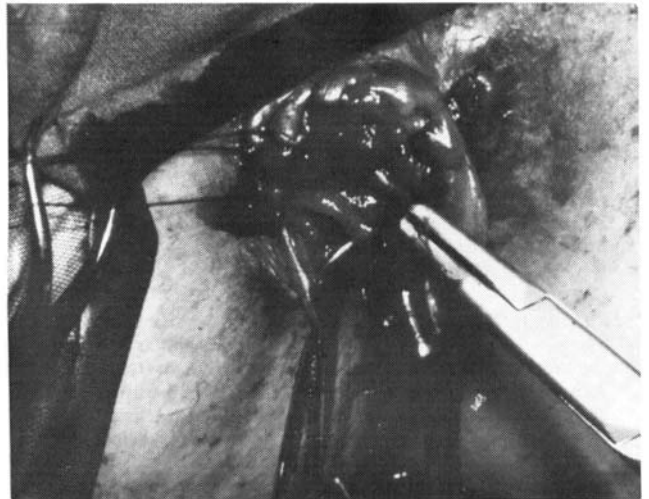


Fig. 5 – Reconstrução da junção mucocutânea.



Fig. 3 – Esfincterotomia lateral interna.

dezembro de 1987, 55 pacientes portadores de hemorróidas Grau III e seis pacientes com lesões Grau II foram submetidos a hemorrhoidectomy radical reconstructiva (HRR).

A idade média dos pacientes era de 47 anos, com uma prevalência do sexo masculino (67%) em relação ao sexo feminino (33%).

A sintomatologia inicial característica foi a retorragia após a defecação, prolapso mais ou menos redutível, tenesmo e prurido anal.

A dor foi observada nos pacientes que apresentavam lesões do tipo fissura anal crônica associada a hemorróida (19%), tratados com uma esfínterectomia lateral interna complementar.

Todos os pacientes foram submetidos à retossigmoidoscopia pré-operatória, a fim de se evidenciar patologias associadas.

O preparo mecânico colorretal foi realizado com a administração de um clister evacuativo na véspera do ato operatório.

RESULTADOS

A hospitalização dos pacientes foi em média de 6,5 dias, a primeira evacuação foi verificada entre os 3º e 4º dias pós-operatórios, e o aparecimento de dor intensa no pós-operatório, que requereu administração de analgésicos, foi observado somente em 2% dos casos.

Não foram observadas complicações peroperatórias, nem mesmo pós-operatórias importantes como retorragia grave, supuração local com estado febril e distúrbios da continência; entre as complicações menores foram observadas, em 17% dos casos, um sangramento pós-operatório mínimo; em 20% dos casos, edema, e em 7% uma deiscência parcial da plástica mucocutânea, com cicatrização cutânea por segunda intenção (Tabela 1).

O seguimento de 50 pacientes durante 24 meses evidenciou recidiva em um caso, devido a excisão incompleta do pedículo vascular (2%), estenose anal ou dificuldade à evacuação (não evidenciada em nenhum dos pacientes), enquanto que em 22% dos pacientes foi observada umidade anal por cerca de 80-90 dias após a operação (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Numerosos são os procedimentos cirúrgicos empregados para o tratamento das hemorróidas de Grau III, dos quais a técnica de hemorroidectomia submucosa reconstrutiva de Parks⁷ oferece maiores vantagens no que diz respeito à dor no pós-operatório, e à baixa incidência de complicações e recidivas. Por outro lado as desvantagens consistem principalmente no fato desta operação ser muito demorada e na dificuldade de tratar lesões hemorroidárias de Grau III localizadas em toda a circunferência anal.

Na técnica original, a meticulosidade necessária à dissecação da mucosa anterior à hemorróida, além de prolongar o tempo operatório, nem sempre é possível devido à aderência da mucosa à ectasia venosa.

Respeitando os princípios fundamentais do idealizador desta técnica, ou seja, a remoção radical da ectasia venosa, a ligadura alta dos pedículos vasculares e a reconstrução do canal anal, realizamos a modificação da técnica original.

A modificação consiste fundamentalmente na eliminação do tempo cirúrgico relacionado com a dissecação

Tabela 1 - Complicações precoces após HRR

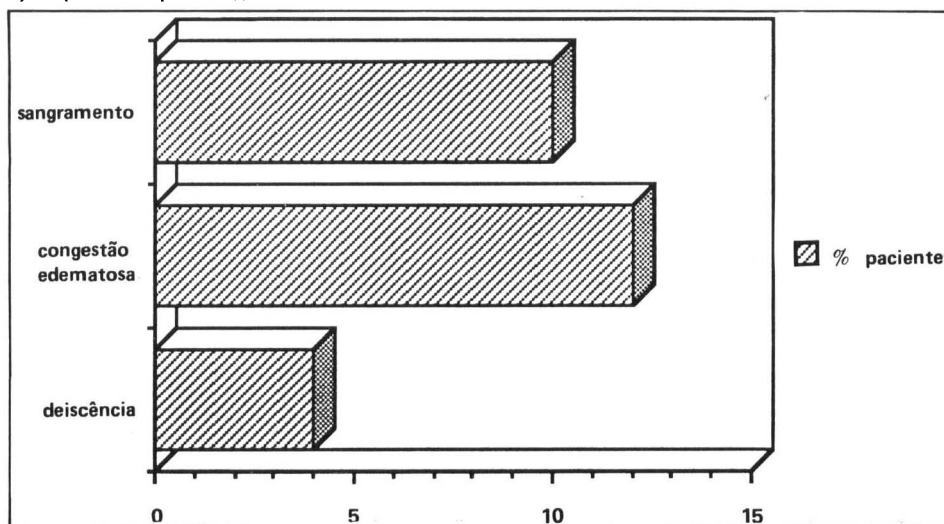
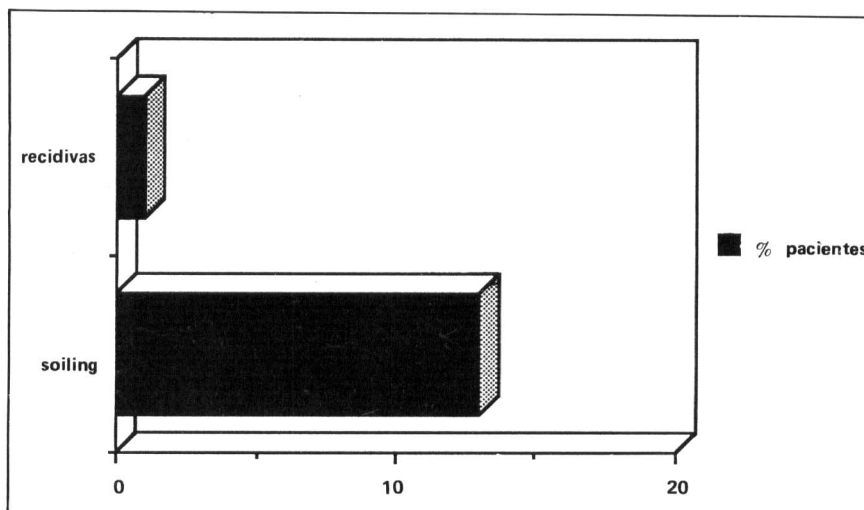


Tabela 2 - Complicações tardias depois da HRR



anterior submucosa e na excisão, por via posterior, do plexo hemorroidário e da mucosa anal excedente.

A nossa opinião é de que esta técnica, além de apresentar vantagens no que diz respeito à redução do tempo da operação, apresenta também facilidade de execução, e permite ainda uma excisão radical da hemorroida, uma esfínterectomia lateral interna, se necessária, e uma reconstrução completa do canal anal. Por outro lado, recobrando o canal anal e o músculo esfíncter interno, dissecados anteriormente, evitamos o aparecimento de zonas de tração, principais responsáveis pelo quadro doloroso pós-operatório.

CAPOMAGI A, CAPORELLI SG, MAFFIA L, PIAZZAI R, BARBINI N - Radical reconstructive haemorrhoidectomy: with a regard to a new technique.

SUMMARY: The authors, according to their experience of surgical treatment of haemorrhoidal lesions of the third stage, show a personal radical haemorrhoidectomy technique. In our centre of surgery INRCA, Ancona, 61 patients (67% males and 33% females), affected by haemorrhoidal lesions of the third (96%) and the second (2%) stage were treated by this method. Nineteen per cent of these patients showed a chronic raghadiform lesion, treated by internal lateral sphincterectomy. No major complications were observed, while slight post-operative bleeding (17%) was noted, as

well as a congestive oedematous suffusion (20%) and a partial rupture of the mucocutaneous plastic in 7% of the cases. In 50 patients the follow up after 24 months showed only one relapse (2%) and persistent soiling for about 90 days in 22% of the cases.

KEY WORDS: haemorrhoids; haemorrhoidectomy

REFERÊNCIAS

1. Capomagi A, Caporelli SG, Maffia L, Piazzai R, Boccoli F. Radical reconstructive haemorrhoidectomy (RRH): a new technique. *Digestive Surgery: Colon & Rectum Bologna*, Monduzzi V.5, Luglio 1988, 595-599.
2. Goligher JC. *Surgery of anus, Rectum and Colon*, 4ª Ed., Balliere-Tindall, London, p. 113, 1980.
3. Henry M. Emorroidectomia ricostruttiva. *Riv. It. di Colo-Proctologia*, 1982; 1: 31.
4. McColl I. Submucosal Haemorrhoidectomy. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. November 1983.
5. Montorsi W, Mori G, Tajana A. Trattamento chirurgico e criochirurgico delle emorroidi: valutazione dei risultati. *Relaz. Congr Mond Crio-chirurgia*. S. Remo, 19-9-1980.
6. Mori G, Tajana A, Annoni F. Considerazioni sulla emorroidectomia sottomucosa sec. Parks *Minerva Chir* 1980; 35(7): 509-12.
7. Parks A. Surgical treatment of haemorrhoid. *Br J Surg* 1956; 43: 337-51.

Endereço para correspondência:
Capomagi Antonio
V. Crivelli 8
60125 - Ancona, Italy