

ESTENOSE ANAL CICATRICIAL: ANOPLASTIA POR DESLIZAMENTO DE DUPLO RETALHO

LUIZ TAGLIOLATTO JÚNIOR, ASBCP

TAGLIOLATTO JÚNIOR L – Estenose anal cicatricial: anoplastia por deslizamento de duplo retalho. *Rev bras Colo-Proct.*, 1989; 9(4): 146-150.

RESUMO: O autor apresenta as técnicas cirúrgicas para o tratamento da estenose anal cicatricial e uma nova técnica utilizando dois retalhos pediculados por deslizamento (cutâneo e mucoso).

UNITERMOS: estenose anal cicatricial, técnica cirúrgica.

As estenoses ano-retais podem ser classificadas em dois grupos⁸:

I. Adquiridas:

1. pós-operatória ou cicatricial (mais comum)
2. neoplásicas
3. inflamatórias
4. traumáticas
5. outros tipos menos freqüentes

II. Congênitas

A estenose anal pós-operatória é caracterizada por cicatrizes que alteram a configuração anatômica do canal anal e acarretam sofrimento ao paciente, pelo fato de produzir dor e dificuldade à evacuação⁴. Algumas vezes associa-se uma fissura anal.

Entre as cirurgias orificiais que propiciam o aparecimento da estenose anal cicatricial, está a hemorroidectomia como principal causa, tendo incidência na literatura entre 3 a 12%⁴. Nos casos em que a incisão cutâneomucosa são ampliadas exageradamente, as pontes tornam-se estreitas e insuficientes, originando a estenose anal⁴. Diversas modalidades de tratamento clínico foram idealizadas para tratamento da estenose anal cicatricial, algumas com resultados discutíveis. A seguir passa-se a descrever as principais técnicas cirúrgicas existentes, e é apresentada uma nova técnica idealizada pelo autor.

Tratamento da estenose anal cicatricial

O tratamento clínico por meio de dilatações digitais e/ou instrumental não se mostrou de grande valia. Nas deformidades cicatriciais nas quais o tecido fibroso envolve a pele, o tecido celular subcutâneo, a mucosa e, ocasionalmente, parte do anel esfinteriano, tornando o canal anal inextensível e deformado, o tratamento cirúrgico está indicado.

A simples incisão da área estenosada apresenta maus resultados. O princípio básico para obter-se um resultado satisfatório, consiste em excisar o tecido fibroso e substituí-lo por um normal, ou seja, retalho de mucosa e/ou pele, de forma a ampliar o diâmetro anal^{4, 9}.

Bacon (1938) descreveu a técnica com utilização de retalho mucoso, e Carmel (1948) utilizou o retalho cutâneo⁴.

Turel (1951) associou a esfinterotomia anal interna à técnica do retalho mucoso⁴.

Somente em 1969, após a divulgação do trabalho de Joseph B. Sarner é que se iniciou uma era de melhores resultados no tratamento de estenose anal⁹. Sarner, perplexo com a ausência de técnicas realmente eficazes para a correção da estenose, observou que, com a simples esfinterotomia, a circunferência do ânus se mantinha idêntica ao estado pré-operatório. Incisando o anoderma verticalmente e reparando-o horizontalmente, conseguia-se melhor resultado devido ao aumento do diâmetro anal, mas isto ainda não era suficiente. Assim, idealizou uma técnica empregando o deslizamento de retalho de pele perianal^{2, 9} (Fig. 1, A-D).

Consiste esta em incisar o anoderma na linha média posterior verticalmente. As margens da incisão retraem-se espontaneamente expondo o leito da ferida. A pele perianal, distal à ferida operatória, é incisada lateral e distalmente, formando um retângulo de aproximadamente 2x3 cm, cujas bordas laterais continuam com as margens da superfície cruenta; a borda posterior, a cerca de 3 a 5 cm da margem anal, une as duas laterais; a borda anterior corresponde ao lábio posterior da própria superfície cruenta. Obtém-se um retalho de pele livre em todo o seu perímetro, vascularizado pelo tecido celular subcutâneo subjacente. Este retalho é mobilizado o suficiente para que, sem tensão, possa ser levado para a superfície cruenta. A sutura é feita na borda anterior do retalho deixando-se as laterais abertas para drenagem^{2, 9}.

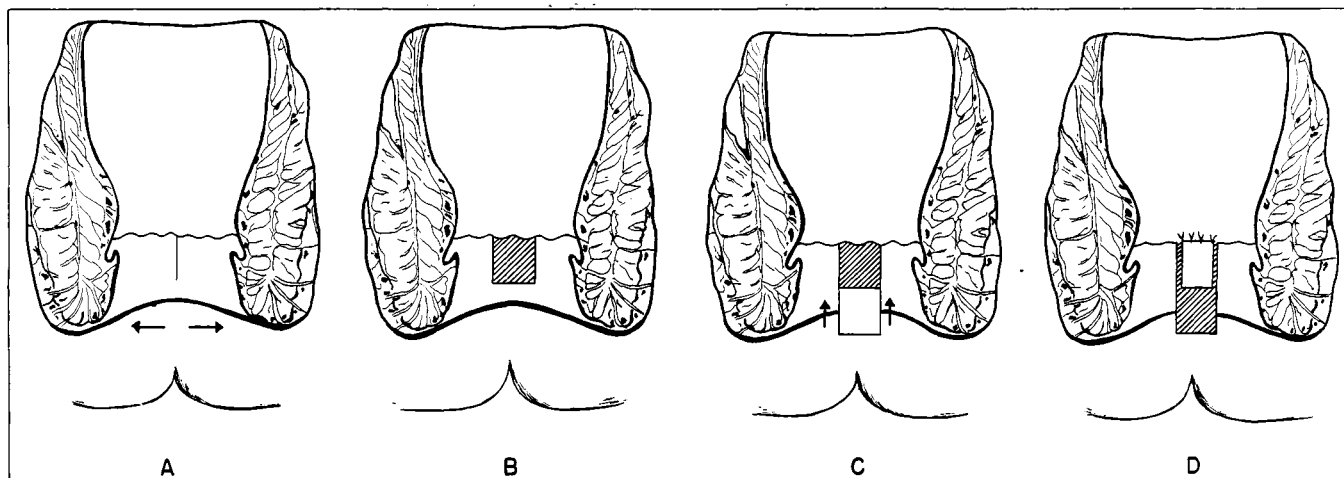


Fig. 1 – Técnica de Sarner.

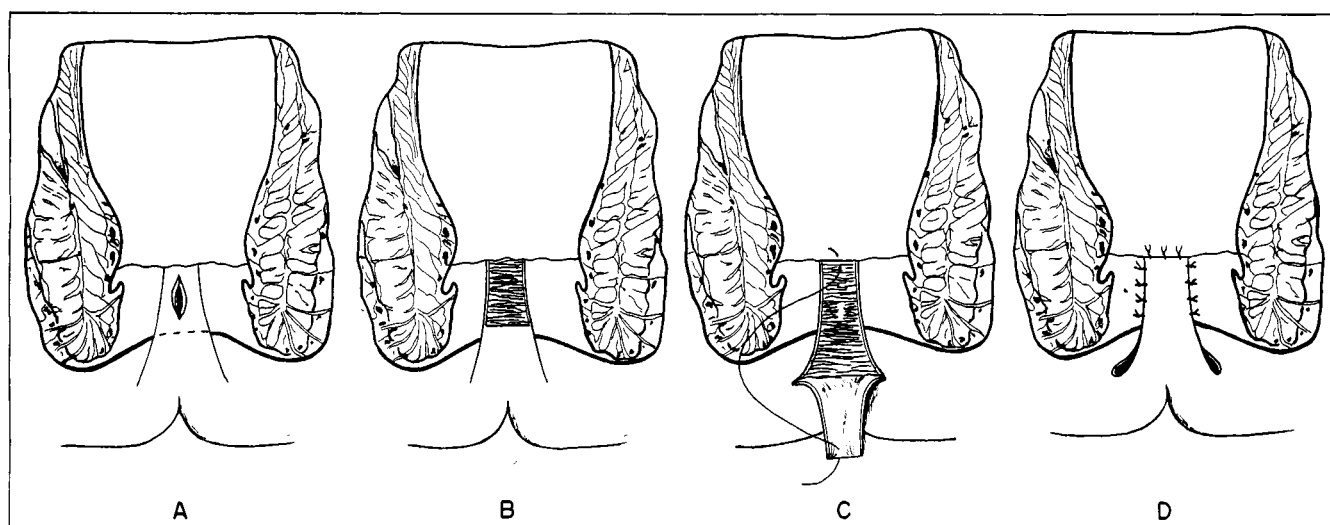


Fig. 2 – Técnica de Kratzer-Hamandi, apresentada com modificações por Corman e cols.

A técnica de Sarner apresenta o inconveniente de se deixar uma área cruenta que deverá cicatrizar por segunda intenção, além de dar um número apreciável de necroses parciais do retalho cutâneo, provavelmente porque este é completamente separado da pele circunvizinha.

Uma opção para o tratamento da fissura conseqüente à estenose anal cicatricial é a anoplastia descrita por Kratzer e Hamandi (1960)³ e apresentada com modificações por Corman e colaboradores em 1976¹. Consiste a mesma na ressecção da fissura e esfínterectomia interna. Em seguida confecciona-se um retalho de pele através de duas incisões que se iniciam nas margens da área cruenta formada pela ressecção da fissura e progridem distalmente numa extensão de aproximadamente 3 a 5 cm, distanciando-se uma da outra para permitir um pedículo cutâneo com um bom suprimento sanguíneo.

O retalho é então deslocado inteiramente de seu leito e deslizado até a linha pectínea onde é suturado. A lateral do retalho também é suturada sem tensão deixando-se, no en-

tanto, na porção distal da incisão, pequena área de drenagem (Fig. 2, A-D).

Em nosso meio, Klaus Rebel apresentou (1984) uma técnica para tratamento da fissura anal crônica e estenose anal. Consiste esta no deslizamento de um retalho cutâneo, após ressecção da fissura, que não é deslocado totalmente de seu leito de modo que seu suprimento sanguíneo vem do subcutâneo e do pedículo cutâneo.

O retalho é suturado à linha pectínea, mas suas laterais, neste caso, não o são, deixando-se duas feridas laterais lineares para cicatrização posterior. Nos casos onde há estenose anal sem fissura, o autor preconiza a simples incisão radial na linha média posterior e a seguir os mesmos itens descritos para a cura da fissura⁵ (Fig. 3, A-C).

No ano de 1974, Reis Neto^{4, 6, 7} introduziu uma nova técnica que utiliza a rotação de dois retalhos (mucoso e cutâneo). Consiste a técnica em incisão longitudinal estendendo-se da linha pectínea à margem anal, na linha média posterior. Esfínterectomia anal interna ampla e desbrida-

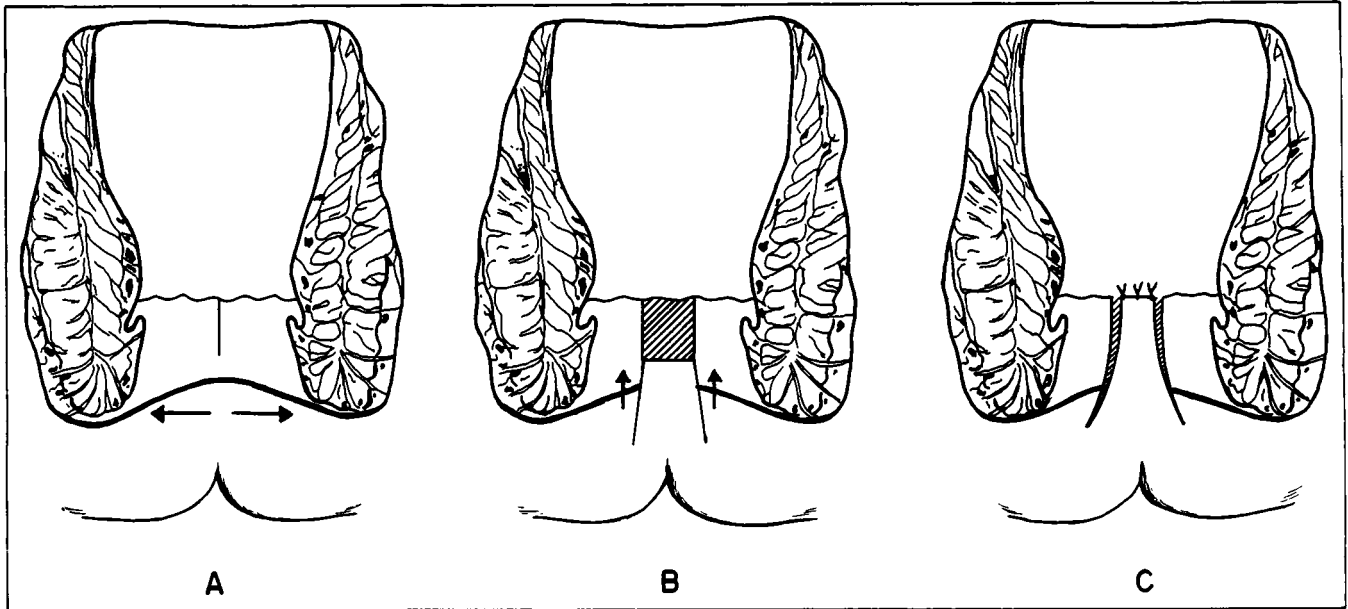


Fig. 3 – Técnica de Klaus Rebel – Anoplastia semifechada.

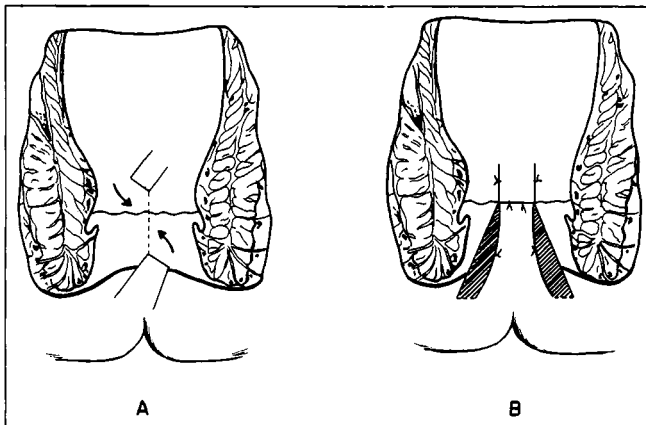


Fig. 4 – Técnica de rotação de duplo retalho (cutâneo e mucoso), de Reis Neto.

mento de toda a superfície fibrosa existente é realizada. Procede-se, então, à confecção de um retalho de mucosa retangular, e de pele, trapezoidal (Fig. 4, A). Os retalhos são então fixados, ambos através de rotação, a nível da linha pectínea. As bordas laterais do retalho mucoso são fixadas à mucosa adjacente enquanto que as bordas laterais do retalho cutâneo são fixadas ao tecido celular subcutâneo (Fig. 4, B). O princípio para a rotação dos retalhos é a tentativa de se fugir da linha média posterior, onde as cicatrizações são consideradas como mais difíceis.

A maioria das técnicas citadas acima foram descritas para serem realizadas com o paciente em posição de Buie e, no caso da técnica realizada na linha média posterior não ser suficiente, pode-se realizá-la no hemicírculo anterior e até eventualmente nos laterais^{2, 4, 6, 9}.

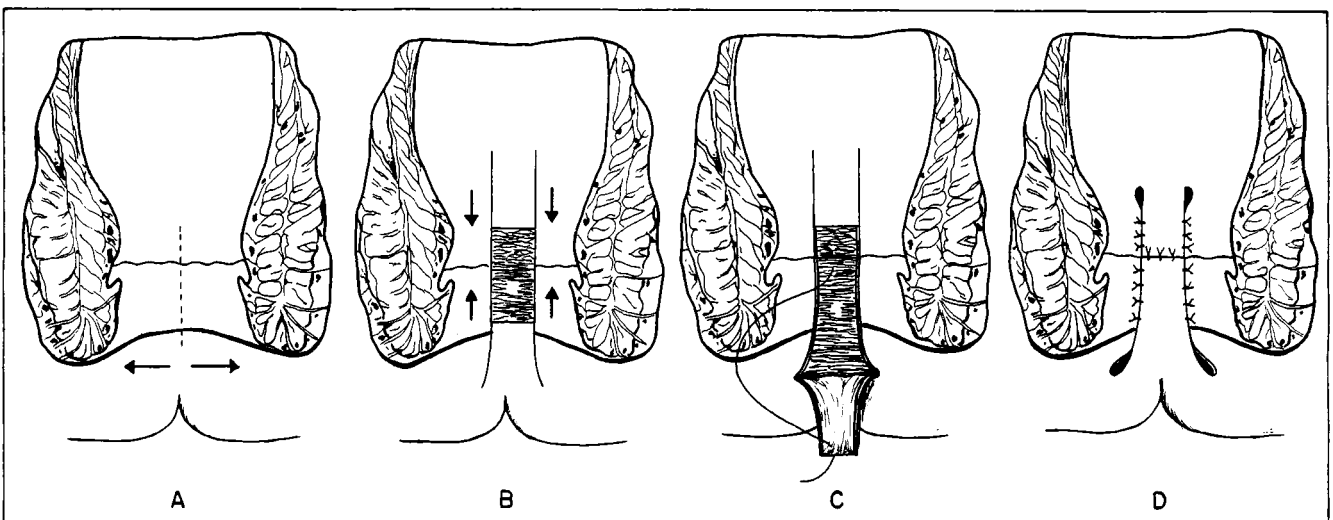


Fig. 5 – Técnica de deslizamento de duplo retalho (cutâneo e mucoso).

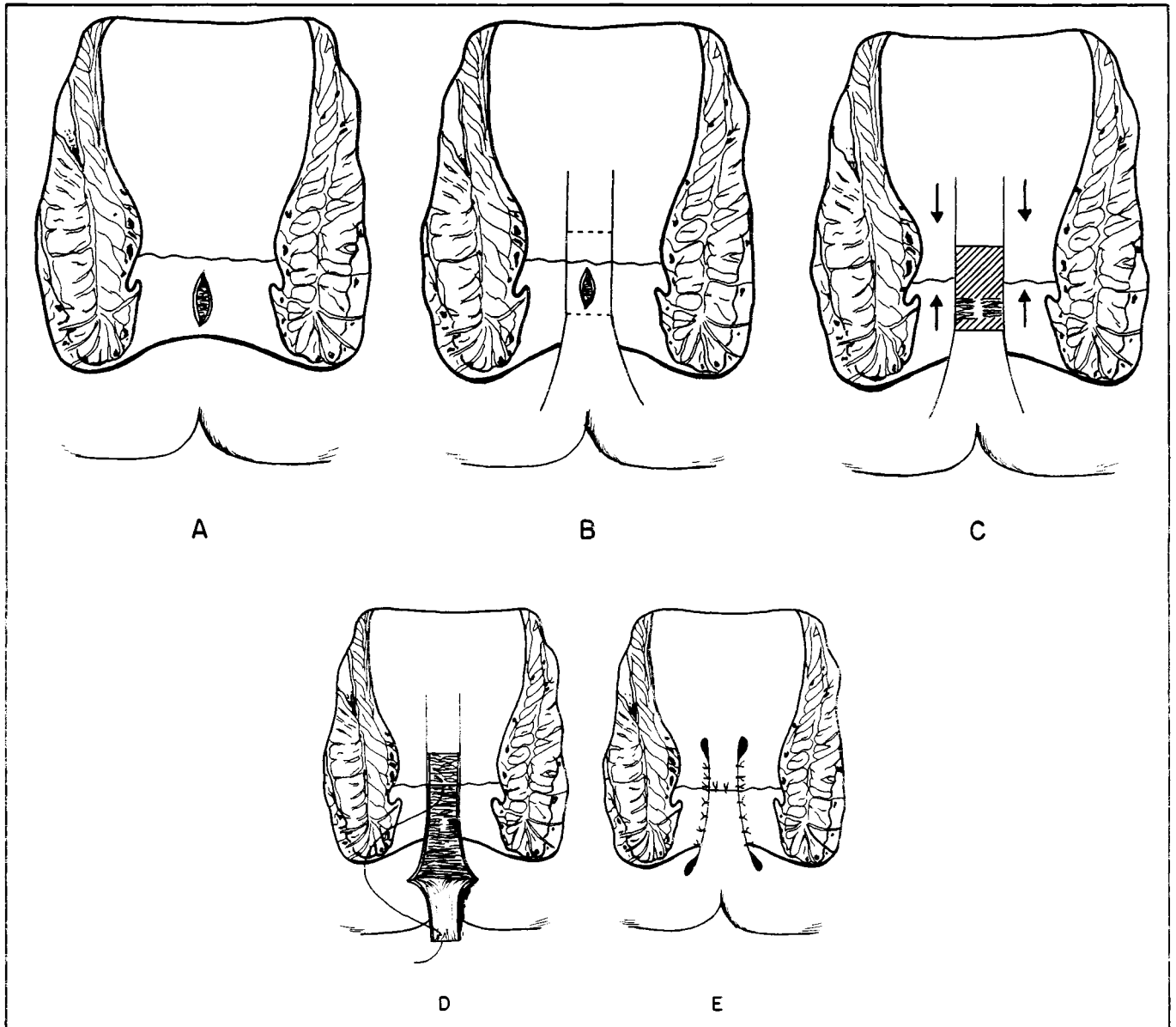


Fig. 6 – Ressecção de fissura posterior com deslizamento de duplo retalho (cutâneo e mucoso).

Técnica cirúrgica de anoplastia por deslizamento de duplo retalho

Consiste basicamente na utilização de retalhos cutâneo-mucoso por deslizamento (Fig. 5, A-D). Não prescrevemos lavagem intestinal ou tricotomia pré-operatória. Preferimos a posição ginecológica porque nos parece dar melhor acesso à região posterior do ânus. Procedese, então, à assepsia perianal com PVPI. O toque retal deve ser feito, quando possível, com o dedo mínimo tentando-se fazer uma dilatação suave, a fim de evitar a ruptura do anoderma. Realiza-se incisão longitudinal na linha média posterior com bisturi de lâmina fina interessando pele e tecido celular subcutâneo, estendendo-se de cerca de um centímetro acima da linha pectínea à margem anal em uma extensão de aproximadamente 2 a 3 cm (Fig. 5, A).

Após a incisão, o ânus aumenta seu diâmetro permitin-

do, na maioria das vezes, a introdução de uma válvula anal. As margens do anoderma incisado se retraem mostrando-se uma área cruenta cujo leito é composto de fibrose e do esfíncter interno do ânus. A seguir confeccionamos o retalho de mucosa, de base fixa e de forma retangular e o separamos do esfíncter interno. Este retalho deve ter aproximadamente 2 a 3 cm de extensão e é realizado através de duas incisões paralelas entre si e perpendiculares à linha pectínea. A distância entre estas duas retas é dada pela própria área cruenta e mede aproximadamente 1 a 1,5 cm (Fig. 5, B).

Em seguida, descola-se a mucosa retal do esfíncter anal interno e procede-se à esfínterectomia interna ampla, e desbridamento de todo o tecido fibroso da região.

A necessidade da confecção do retalho mucoso está justamente na observação de que a fibrose normalmente se estende acima da linha pectínea.

É importante salientar que o limite para o deslizamento

de ambos os retalhos (cutâneo e mucoso) é a linha pectínea.

Confecciona-se, então, um retalho de pele de forma trapezoidal através de duas incisões que se iniciam na margem distal da área cruenta e se prolongam afastando-se uma da outra no sentido caudal.

O retalho cutâneo deve ser deslocado do seu leito e conter quantidade razoável de tecido celular subcutâneo a fim de se obter boa vascularização. Deve ter ainda formato trapezoidal com base fixa medindo no mínimo 1 cm de largura (Fig. 5, C). A borda do retalho mucoso é deslizada e suturada a nível da linha pectínea ao tecido celular subcutâneo com pontos simples separados. As laterais são também suturadas. O retalho cutâneo é então suturado com pontos simples que passam pelo tecido celular subcutâneo e pelo próprio retalho mucoso, não devendo haver nem remonta nem solução de continuidade entre os mesmos. As bordas laterais do retalho cutâneo são fixadas ao anoderma com pontos simples separados, deixando-se uma pequena área de drenagem na porção mais distal. Todas estas suturas são realizadas com polivincryl 0000 (Fig. 5, D).

O mesmo procedimento pode ser realizado em outros quadrantes quando necessário. Procede-se, por fim, curativo oclusivo.

Se houver uma fissura posterior preferimos ressecá-la fazendo-se, logo acima da linha pectínea, duas incisões que se iniciam próximas (cerca de 1 cm uma da outra) e vão se distanciando à medida que se prolongam em direção à margem anal (Fig. 6, A-E).

Pós-operatório

Dieta rica em fibras vegetais é prescrito desde o pós-operatório imediato bem como administração de mucilóide hidrófilo. Este esquema é mantido no pós-operatório mesmo após alta hospitalar. Naqueles pacientes que não evacuem até 36 horas de pós-operatório, está indicado o uso de lavagem intestinal com 100 ml de soro fisiológico para estimular a evacuação.

Cuidados locais com a ferida operatória se restringiram a semicúpios mornos e pomada anestésica.

Analgésicos foram prescritos de acordo com a necessidade individual de cada paciente e geralmente são pouco necessários tendo os pacientes menos dor no pós-operatório do que antes da cirurgia.

Devido ao fato desta técnica apresentar um grande deslocamento de tecidos e apresentar-se quase totalmente fechada com pequena área de drenagem, temos usado antibioticoterapia profilática com o metronidazol (3 doses de 500 mg). Esta medida não encontra suporte na literatura pesquisada, uma vez que autor algum a utiliza.

DISCUSSÃO

Nossa casuística, apesar de pequena — até o momento temos apenas dois casos operados —, tem mostrado resultados animadores.

Não houve recidiva no acompanhamento destes pacientes por um período de 6 meses. A cicatrização em ambos os casos foi satisfatória e o retalho mucoso não foi causa de ectrópio.

A sintomatologia pós-operatória foi mínima, não apresentando praticamente dor à evacuação ou necessidade de analgésicos após alta hospitalar que se deu no segundo dia de pós-operatório.

Constatamos, no entanto, incontinência temporária a fezes líquidas que reverteu rapidamente em prazo máximo de 30 dias.

Ambos os pacientes operados por esta técnica classificaram os resultados como excelentes.

CONCLUSÃO

A principal vantagem da “Anoplastia por Deslizamento de Duplo Retalho” é proporcionar uma melhor área para desbridamento dos tecidos fibrosos responsáveis pela estenose anal cicatricial, além de ser uma técnica de simples execução. Assim, poderá ser indicada principalmente nas estenoses em que a fibrose cicatricial prolonga-se acima da linha pectínea, o que torna as cirurgias que utilizam apenas o retalho cutâneo, ineficientes.

TAGLIOLATTO JÚNIOR L – Cicatricial anal stenosis: double sliding graft anoplasty.

SUMMARY: The author presents the Surgical techniques for the treatment of the cicatricial anal stenosis and a new technique utilizing double sliding pediculated flaps (skin and mucosa).

KEY WORDS: cicatricial anal stenosis, surgical technique.

Agradecimento: Agradeço ao Doutor Flávio Antonio Quilici pelas oportunas sugestões na revisão final deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Corman ML, Veidenheimer MC, Coller JA. Anoplastia for anal stricture in Surg Clin North AM 1976; 56:727-731.
2. Gama AH, Alves PRA, Jatobá P, Teixeira MG, D'Albuquerque LA, Gama-Rodrigues JJ. Plástica da estenose pós-hemorroidectomia. Rev Ass Méd Bras 1980; 26:100-102.
3. Kratzer GL, Hamandi WJ. Sliding skin graft in anorectal surgery. Dis Colon Rectum 1960; 3:414-417.
4. Quilici F. A Análise dos resultados do tratamento cirúrgico da estenose anal pós-operatória. Dissertação de Mestrado, UNICAMP, 1986.
5. Rebel K. Anoplastia semi-fechada. Rev Bras Colo-Proctol 1984; 4: 80-86.
6. Reis Neto JA. Estenose Anal: apresentação de nova técnica cirúrgica. Rev Paul Med 1975; 86: 25-27.
7. Reis Neto JA, Quilici FA, Reis Júnior JA. Classificação e tratamento das estenoses anais cicatriciais. Rev Bras Colo-Proctol 1987; 7: 7-12.
8. Rosa JV. Estenose ano-retal. Rev Bras Med 1963; 20: 146-148.
9. Sarnier JB. Plastic relief of anal stenosis. Dis Col Rec 1969; 12: 277-280.

Endereço para correspondência:

Luiz Tagliolatto Júnior
Rua Riachuelo, 200 – apto 201
Bairro Bosque, Telefone: (0192) 310486
13025 – Campinas – SP.