
ANOPLASTIA PARA TRATAMENTO DA ESTENOSE ANAL

ANGELITA HABR-GAMA, TSBCP
PAULO ROBERTO ARRUDA ALVES, TSBCP
LUSMAR VERAS RODRIGUES
MARIA JOSÉ FEMENIAS VIEIRA

HABR-GAMA A, ALVES PRA, RODRIGUES LV, VIEIRA MJF - Anoplastia para tratamento da estenose anal. *Rev bras Colo-Proct*, 1991; 11(1): 15-18.

RESUMO: No período de 1977 a 1987, foram tratados 73 pacientes com estenose anal. Quarenta e nove pacientes eram do sexo feminino e 24 do sexo masculino. A idade variou de 28 a 83 anos, com média de 55 anos. Sessenta e um (83,5%) pacientes foram tratados cirurgicamente, através das técnicas de Sarnier (77%), Musiari (23%). Os resultados foram classificados como bons (92%) quando os doentes referiam evacuações espontâneas, sem dor; regular (6,5%) quando faziam uso de laxantes ou referiam dores esporadicamente e mau (1,5%) quando houve necessidade de dilatações ou reoperação. Os autores concluem que a anoplastia com utilização de retalhos cutâneos é a técnica de realização simples e que oferece resultados plenamente satisfatórios, devendo ser a técnica de eleição quando o componente de fibrose cutâneo é extenso. Nos casos em que a fibrose do esfíncter interno é o componente principal, a esfínterectomia ainda desempenha um papel importante no tratamento da estenose anal, com resultados plenamente satisfatórios.

UNITERMOS: estenose anal; anoplastia

A estenose anal ocorre em conseqüência da substituição do tecido anal normal por tecido fibroso. Pode ter causas e graus variados. A estenose orgânica, associada à redução objetiva da complacência anal, deve-se, na maior parte das vezes, a complicação das operações orificiais. Sua incidência, apesar dos cuidados na execução das mesmas, ainda ocorre em cerca de 3 a 11% em vários serviços especializados (8, 15, 20, 23), constituindo a hemorroidectomia a causa principal das estenoses pós-operatórias (1, 3, 16, 18, 24). Outras causas menos freqüentes são:

senilidade, anomalias congênitas, doenças inflamatórias, traumatismos e queimaduras da região perineal, linfogranuloma venéreo, radioterapia, excisão de condilomas gigantes, infiltração de canal anal com substâncias esclerosantes, hidroadenite, uso abusivo de laxantes e aplicação inadequada do eletrocautério na região perianal (1, 3, 4, 6, 7, 9, 12, 16, 21, 25).

O tratamento da estenose anal poderá ser clínico ou cirúrgico, dependendo do grau, das manifestações clínicas e do estado geral do paciente (1, 5, 7, 20); porém, na maioria das estenoses orgânicas com fibrose intensa o tratamento cirúrgico é necessário, em virtude do caráter diversificado com que a estenose anal se apresenta. Inúmeras técnicas de anoplastias têm sido propostas, cabendo ao cirurgião adequá-las, seletivamente, a cada caso. As técnicas que utilizam excisão do tecido cicatricial e substituição da fibrose por retalho cutâneo são indicadas nos pacientes com os componentes fibrosos intenso e extenso do canal anal, com participação da pele e da mucosa do canal anal. Seus resultados têm sido bastante satisfatórios (1, 3, 10, 15, 16, 20, 22).

Nos últimos 10 anos, temos empregado as técnicas descritas por Sarnier (1969) (22) e por Musiari (14), que são de execução simples, determinando resultados considerados bons. Apresentaremos nossa experiência no tratamento de 73 pacientes com estenose anal, atendidos e acompanhados no período de 1977 a 1987, dos quais 61 foram operados segundo estas técnicas.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Foram tratados 73 doentes com estenose anal no período de 1977 a 1987 em nossa clínica privada. Quarenta e nove eram mulheres e 24 homens, correspondendo a 67% e 33%, respectivamente, da casuística estudada. A faixa etária variou de 28 a 83 anos, com média de 55 anos. A

idade no sexo feminino variou de 30 a 78 anos, com a média de 47,7 anos. A incidência de estenose foi maior na sexta década, para ambos os sexos, porém com predominância marcante no sexo feminino.

Trinta e cinco pacientes (59%) referiam dor anal; 28 (47%), constipação; 15 (25%) apresentaram sangramento anal; 3 (5%) queixaram-se de prurido anal e dois (3%) referiram tumoração na região anal (Tabela 1).

Tabela 1 - Estenose anal. Sintomatologia

Sintomas	Número	(%)
Dor anal	35	59
Constipação	28	47
Sangramento	15	25
Prurido anal	3	5
Massa anal	2	3
Total	83	139

Cinquenta e dois pacientes (71,2%) haviam sido submetidos à hemorroidectomia; dois (2,7%) já haviam se submetido à anoplastia e dois outros à fissurectomia e fistulectomia (Tabela 2).

Dezessete pacientes pertencentes ao sexo feminino (23,3%) tinham estenose anal conseguinte ao uso abusivo de laxantes e eram idosos.

Tabela 2 - Operações anteriores

Operação	Número	(%)
Hemorroidectomia	52	71,2
Anoplastia	2	2,7
Fistulectomia	1	1,4
Fissurectomia	1	1,4
Total	56	76,7

Trinta e sete pacientes (51%) apresentavam outras afecções anais, entre as quais: fissura anal 24 (33%), hemorróidas oito (11%), papila hipertrófica três (4%) e fistulas perianais dois (3%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Afecções associadas à estenose

Sintomas	Número	(%)
Fissura anal	24	33
Hemorróidas	8	11
Papila hipertrófica	3	4
Fístula perianal	2	3
Total	37	51

Dos 73 pacientes, 12 (16,4%) foram tratados clinicamente. O tratamento consistiu na correção dos fatores associados, tais como: processo inflamatório do canal anal, da dilatação digital do canal anal e da orientação dietética. Sessenta e um pacientes (83,6%) foram operados; destes, 47 (77%) foram submetidos à anoplastia de acordo com a técnica de Sarner e 14 (23%) pela variante de Musiari.

O preparo para operação consistiu na tricotomia da região perianal e enteroclisma de pequeno volume. A anestesia empregada foi a peridural lombar ou a peridural sacra, sempre que tecnicamente possível. Instalada a venóclise, os pacientes recebiam dose de 500 mg de cloranfenicol em caráter profilático.

Técnica de anoplastia

Em posição de litotomia e após dilatação digital suave e introdução do espéculo anal, a cicatriz era incisada ao nível da linha pectínea em extensão de 2 a 3 cm (Figura 1). A partir dessa área, demarcava-se com azul-de-metileno um retalho de pele com forma retangular, delimitado anteriormente pela incisão da linha pectínea e lateralmente por duas incisões de 4 cm de comprimento, paralelas à linha média e dela equidistantes. O retângulo era seccionado e mobilizado para ocupar a área cruenta do canal anal, de maneira que seu bordo cranial pudesse ser suturado à mucosa retal, ao nível da linha pectínea, usando-se categate cromado, nº 000, com agulha atraumática. A borda posterior do retalho era ou não incisada segundo as técnicas de Sarner ou de Musiari, respectivamente (Figs. 2 e 3). As bordas laterais eram ou não suturadas, dependendo da extensão do retalho, cuidando-se sempre para manter uma pequena área de drenagem.

Em cinco pacientes com estenose tubular muito intensa, foi necessária para correção do diâmetro anal a utilização também de um retalho em situação anterior.

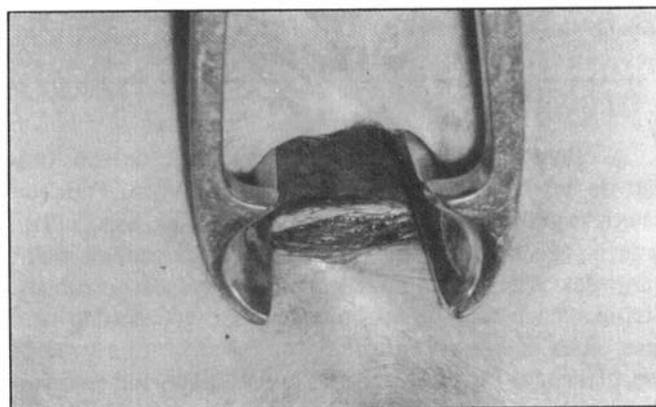


Fig. 1 - Anel fibroso ao nível da linha pectínea.

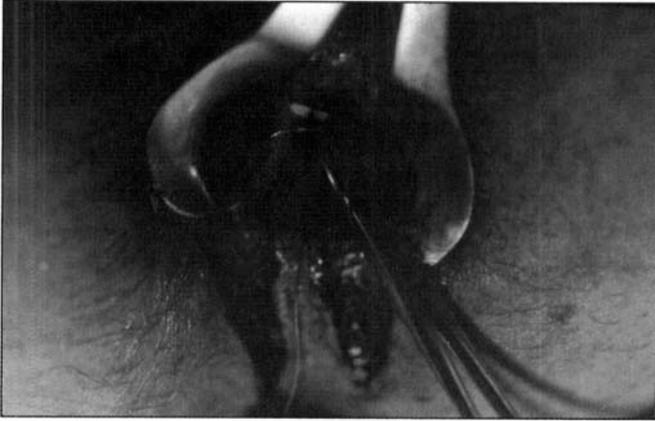


Fig. 2 - Retalho cutâneo posterior, sendo suturado ao nível da linha pectínea (técnica de Musiari).

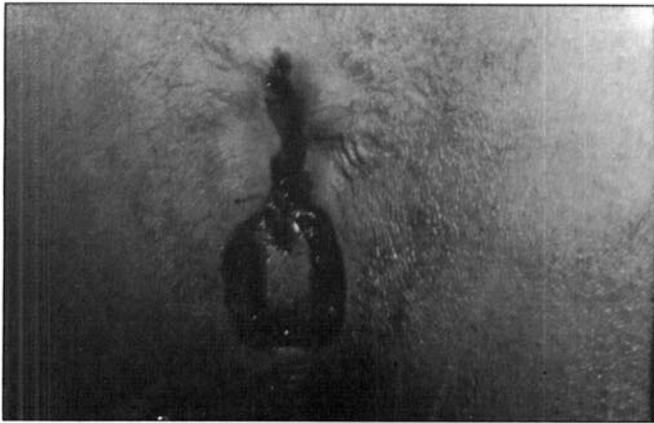


Fig. 3 - Retalho anal posterior. Técnica de Sarner

RESULTADOS

Os resultados foram considerados bons, quando os pacientes referiram evacuação espontânea, sem dor; regular, quando necessitaram usar laxantes ou referiram dor anal esporadicamente; mau, quando houve necessidade de dilatação ou reoperação. Ocorreram resultados bons em 56 pacientes (92%); regular em quatro (6,5%) e mau em um (1,5%). Entre os doentes com resultados regulares, três apresentaram dor à evacuação; dois referiram sangramento e um apresentou plicoma. Apenas um paciente teve resultado mau, em virtude da formação de anel fibroso, após infecção da região perineal, necessitando reoperação, com bom resultado subsequente.

DISCUSSÃO

A estenose anal foi achado clínico freqüente como complicação das hemorroidectomias no passado, principalmente quando era usada a técnica de Whitehead (1, 2, 10, 13). A execução imprópria desta técnica, com inclusão do canal anal na área de ressecção, resultou em grande

número de pacientes do chamado ânus úmido com a combinação de estenose ao *soiling* (1, 2).

A partir de 1937, quando Milligan e Morgan realizaram estudos anatômicos detalhados do canal anal e apresentaram a técnica de hemorroidectomia segundo princípios bem definidos, o número de complicações estenóticas pós-operatórias diminuiu significativamente (13). No entanto, apesar da evolução dos conhecimentos sobre anatomia, fisiologia e cuidados na execução da cirurgia, a ocorrência de estenose anal pós-hemorroidectomia ainda é de 3 a 11% (8, 15, 20, 23).

A estenose anal de ocorrência espontânea é uma eventualidade bastante rara. Apenas a estenose anal do paciente que faz uso abusivo de laxantes durante muitos anos apresenta-se com alguma freqüência nos atendimentos proctológicos. Nesta casuística não foram considerados os portadores de estenose anal de natureza funcional, quer por espasmo esfinteriano, associado ou não à fissura anal, quer por incoordenação muscular perineoesfinteriana à evacuação ("anismus"). Tais diferenças de critério de inclusão de pacientes explicam algumas das diferenças de incidência entre os sexos para as faixas etárias mais baixas, com grande quantidade de pacientes do sexo feminino nas 4ª e 5ª décadas, faixas nas quais as síndromes funcionais são mais freqüentes.

Na presente casuística, 67% dos pacientes eram do sexo feminino e a faixa etária mais acometida foi a partir da sexta década. Malgieri (12), em 224 pacientes com estenose anal, referia predominância a partir da quinta década. Por outro lado, excluindo-se os pacientes com estenose anal provavelmente funcional, no sexo feminino, em pacientes na 6ª década e acima e como complicação de hemorroidectomia. Para Garriz e col. (7), a estenose anal senil seria a segunda causa das estenoses em seu consultório. Donadio (6) concluiu serem os pacientes idosos um grupo de risco para a estenose pós-hemorroidectomia, por apresentarem ânus pouco elástico e doloroso ao toque.

Quanto aos sintomas associados à estenose anal, os mais freqüentes foram dor anal, constipação intestinal e sangramento às evacuações. O sangramento foi o sintoma mais freqüente na estenose mais grave com fissura secundária. Observações semelhantes foram relatadas por Donadio (6), Andruet (1) e Reis Neto e col. (19).

Existem várias técnicas envolvidas para correção de estenose anal e o cirurgião deve conhecê-las e adequá-las para cada caso. Nos pacientes em que o componente fibroso cutâneo não é relevante, a simples esfinterotomia é suficiente para solucionar a estenose anal. Entretanto, quando a fibrose exuberante constitui o obstáculo preponderante à dilatação fisiológica do canal anal, apenas a esfinterotomia não é mais suficiente.

A esfinterotomia associada à interposição de retalho cutâneo no canal anal representa o método ideal nestes casos, visto que a interposição de retalho cutâneo, além de aumentar a circunferência do canal anal, impede a reapro-

ximação dos extremos seccionados do esfíncter e conseqüente recidiva da estenose. A transposição de pele em boas condições para o canal anal restitui sua elasticidade, permitindo adequar o tamanho do retalho à ampliação do canal anal que se julgar necessária. Várias técnicas foram descritas (11, 17), diferindo entre si em alguns pormenores. Temos preferido a de Musiari (14) e a de Sarner (22) por parecer-nos de execução mais simples, com baixo potencial de complicações. Como toda operação plástica, sua execução exige cuidados na preparação do retalho. Este deve ter, no mínimo, 1 cm de largura para evitar sua necrose: a dissecação do retalho deve ser cuidadosa para evitar a secção dos vasos nutrientes e ser levado ao canal anal sem tensão para não comprometer sua vitalidade; a hemostasia deve ser minuciosa e os fios usados finos, as agulhas atraumáticas e os tecidos manuseados com delicadeza para evitar não só a necrose do retalho, mas também a formação de hematomas, que poderiam levar à infecção com resultante cicatrização fibrosa.

Estes tipos de operações oferecem a possibilidade de feitura de outros retalhos de situação anterior ou laterais quando, após o término do posterior, não foi obtida a dilatação que se pretendia, ou quando houver cicatriz patológica no quadrante posterior. Na presente casuística foram utilizados dois retalhos, com excelentes resultados em cinco pacientes. A técnica de Sarner (22) foi empregada na presente casuística em 77% dos pacientes operados e em 23% a de Musiari (14), por ter sido mais recente o conhecimento desta variante.

Nos últimos 38 pacientes operados passamos a fixar as bordas do retalho cutâneo, bem como as da pele perianal incisada no tecido profundo adjacente, com o intuito de reduzir ao máximo a área cruenta e acelerar o período de cicatrização, tendo sido excelentes os resultados. As feridas cicatrizaram em período que variou de duas a seis semanas.

Noventa e dois por cento dos pacientes operados tiveram resultados classificados como bons, resultados que justificam a indicação destas técnicas no tratamento da estenose anal pós-operatória e na estenose anal orgânica de outras etiologias, sempre que o componente de fibrose cutânea restringir significativamente a complacência anal.

HABR-GAMA A, ALVES PRA, RODRIGUES LV, VIEIRA MJF - Anoplasty for anal stricture treatment.

SUMMARY: From 1977 to 1987, seventy three patients with anal stricture have been treated. Forty nine were female and twenty four male, age ranging from 28 to 83 years (mean = 55 years). Sixty one subjects were submitted to surgery: 47 (77%) by Sarner's technique and Musiari's in 14 (23%). The results were classified as good in 56 (92%), when the patients had spontaneous bowel movements; regular in four (6.5%).

When laxative drugs use were necessary or eventual pain and bad in one (1.5%) when dilatation or another surgical procedure was necessary. The authors concluded that anoplasty with cutaneous flaps is a simple procedure and the results are acceptable. This is our elective surgical procedure when there is extensive cutaneous fibrosis. When the stenosis is caused mainly by internal sphincter fibrosis the sphincterotomy should be indicated.

KEY WORDS: anal stricture; anoplasty

REFERÊNCIAS

1. Andruet JL. Estenosis anal. Prensa Méd Argent 1970; 57: 593-98.
2. Campbell NL, Hardwick CE, McMahon WA, Parkinson ED. Anoplasty - What, when, how, why. Dis Colon Rectum 1969; 12: 179-89.
3. Caplin DA, Kodner JJ. Repair of anal stricture and mucosal ectropin by simple flap procedures. Dis Colon Rectum 1986; 29: 92-4.
4. Cole WH, Greeley PW. Utilization of pedicle skin grafts in correction of cicatricial anal stenosis. Surgery 1942; 12: 349-54.
5. Corman ML, Veidenheimer MC, Collier JA. Anoplasty for anal stricture. Surg Clin N Amer 1976; 56: 727-31.
6. Donadio RJ. Estrechez anal postoperatoria. Prensa Med Argent 1969; 56: 383.
7. Garriz RA, Martin JAR, Almanza JM. Estrechez de ano. Operación de Martin. Prensa Méd Argent 1968; 55: 1167-70.
8. Habr-Gama A, Alves PRA, Corsi A, Jatobá P, Teixeira MG, Dálbuquerque LAC, Gama-Rodrigues J. Plástica de estenose anal pós-hemorroidectomia. Rev Ass Med Brasil 1980; 26: 100-2.
9. Heidenreich A, Balbi CH. Estenosis anal. Prensa Méd Argent 1971; 58: 1096-1100.
10. Hudson AT. S-Plasty repair of Whitehead deformity of the anus. Dis Colon Rectum 1967; 10: 57-60.
11. Kratzer GL, Hamandi WJ. Sliding skin graft in anorectal surgery. Dis Colon Rectum 1960; 3: 414.
12. Malgieri JA. Anoplasty correct anal stricture. Dis Colon Rectum 1961; 4: 289-91.
13. Maruyama Y, Ohnishi K, Hashimura C. Functional reconstruction of anal constriction using a gracilis musculomatous flap. Acta Chir Plast 1983; 25: 76-80.
14. Musiari JP. Estenosis de ano. Sem méd 1954; 104: 803-4.
15. Nickell WB, Woodward ER. Advancement flaps for treatment of anal stricture. Arch Surg 1972; 104: 223-4.
16. Pinho M, Petrosomolo RH, Ramos JR, Claros TSB, Bezerra EP. Procedimentos plásticos perianais. Rev Col Bras Cirurg 1985; 12: 121-4.
17. Pope CE. An anorectal plastic operation for fissure and stenosis and its surgical principles. Surg Gynecol Obstet 1959; 108: 249-52.
18. Reis Neto JA. Estenose anal: apresentação de uma nova técnica cirúrgica. Rev Paul Med 1975; 86: 25-7.
19. Reis Neto JA, Quilici FA, Reis Júnior JA. Classificação e tratamento das estenoses anais cicatriciais. Rev Bras Colo-Proct 1987; 7: 7-12.
20. Sallam EM. Anoplasty for anal stricture. J Egypt Med Ass 1978; 61: 603-6.
21. Sandiford JA, Sabnis VM. Anal stenosis and megarectum in the elderly. Am J Surg 1980; 139: 307-9.
22. Samer JB. Plastic relief of anal stenosis. Dis Col Rectum 1969; 12: 277-80.
23. Seiro V, Seiro J. Anoplasty. A new method for the surgical treatment of postoperative anal strictures with a case report. Acta Chir Scand 1966; 132: 772-4.
24. Shropshire G. Posterior and anterior anal proctotomy: a simplified technique for postoperative anal stenosis. Dis Colon Rectum 1971; 14: 62-6.
25. Shwartz A. Estrechez cicatrizales del ano y recto. Acta Latinoam Proct 1960; 2: 94: 9.