

---

# ESFINCTEROTOMIA INTERNA LATERAL SUBCUTÂNEA EM UNIDADE AMBULATORIAL PARA O TRATAMENTO DA FISSURA ANAL. ANÁLISE DE 265 DOENTES

CARLOS WALTER SOBRADO, TSBCP  
SAUL SOKOL, HSBCP

---

SOBRADO CW & SOKOLS - Esfincterotomia interna lateral subcutânea em unidade ambulatorial para o tratamento da fissura anal. Análise de 265 doentes. *Rev bras Colo-Proct*, 1994; 14(4):235-239

**RESUMO:** Duzentos e sessenta e cinco doentes portadores exclusivamente de fissura anal foram submetidos à esfincterotomia interna lateral subcutânea (EILS) no período compreendido entre maio de 1981 e janeiro de 1992. Todas as cirurgias foram realizadas em unidade de cirurgia ambulatorial sob anestesia geral. Em 72 doentes (27,1%) foi associada excisão do plicoma sentinela e/ou papila hipertrófica. O índice geral de complicações foi de 7,5%, porém, em apenas sete deles (2,6%) foi necessária nova cirurgia (drenagem de abscesso em três, fistulotomia em um, nova esfincterotomia interna lateral subcutânea em dois e revisão de sangramento em um), sendo a grande maioria dessas complicações (4,9%) classificadas como menores, sendo tratadas no ambulatório com métodos conservadores. Todos os pacientes obtiveram cura da fissura. Os autores concluem que a EILS é um método seguro, com baixa morbidade e altos índices de cura, podendo ser realizada em unidades de cirurgia ambulatorial com evidente diminuição de custos melhorando desta maneira a relação custo-benefício.

**UNITERMOS:** fissura anal; esfincterotomia interna lateral subcutânea; cirurgia ambulatorial; anestesia geral

---

Fissura anal é uma úlcera benigna longitudinal que acomete o canal anal, distalmente à linha pectínea; mais precisamente o anoderma, extremamente dolorosa e cuja etiologia e patogênese não estão plenamente esclarecidas.

Hipertonía do esfíncter interno é um achado freqüente, sendo diagnosticado por toque digital e/ou por manometria anorretal (6, 12, 13, 24, 28, 30), que revela elevação da pressão ao nível do esfíncter interno, fenômeno este que tem sido o principal fator de atuação do tratamento cirúrgico.

A eliminação do espasmo esfíncteriano, principal fator responsável pela cronificação da fissura, através da

esfincterotomia, leva a um imediato alívio da dor, com subsequente cicatrização da ferida fissuróide, o que tem sido observado por vários autores (18, 32) e também por nós.

Vários métodos têm sido utilizados no tratamento desta afecção, tais como: dilatação anal manual ou instrumental, fissurectomia com esfincterotomia posterior, anoplastias (5) e as esfincterotomias laterais, que têm ganho a preferência da maioria dos cirurgiões (1, 2, 7, 10, 11, 14-20, 22, 23, 26, 27, 32, 35).

A esfincterotomia interna lateral subcutânea (EILS), para tratamento da fissura anal, é um procedimento que pode ser realizado sob anestesia geral ou loco-regional, onde o paciente permanece habitualmente internado no hospital por pelo menos um dia.

O presente estudo apresenta os resultados de uma análise retrospectiva de 265 doentes portadores exclusivamente de fissura anal, que foram submetidos à EILS sob anestesia geral em regime ambulatorial.

## PACIENTES E MÉTODOS

No período compreendido entre maio de 1981 a janeiro de 1992, 265 doentes portadores exclusivamente de fissura anal foram submetidos à EILS em regime de cirurgia ambulatorial.

Fez-se inicialmente, um histórico e em seguida exame proctológico com retossigmoidoscopia de todos os pacientes, excluindo-se deste estudo os indivíduos com outras doenças proctológicas associadas. Cento e dez eram do sexo masculino e 155 do feminino; a idade variou de 19 a 85, sendo a mediana de 38 anos.

Quanto à localização da fissura, em 200 doentes era localizada posteriormente, em 60 na região anterior, lateralmente em duas e em três havia associação de fissura anterior e posterior.

Os pacientes foram orientados a realizar pequeno enema à noite anterior à cirurgia, e internados no dia da cirurgia.

Todos procedimentos foram realizados sob anestesia geral e na posição de litotomia. Anestésico local foi utilizado: 10 ml de solução (bupivacaína 0,5% com adrenalina 1:200.000), objetivando diminuição de sangramento e alívio da dor no pós-operatório imediato. ~

Introduzido anoscópio de Fergusson-Hill, sendo identificado preferentemente na região lateral esquerda o esfíncter interno espessado e endurecido que pode ser facilmente percebido pela palpação digital.

Após identificação do esfíncter interno espástico, um bisturi lâmina 11 foi introduzido na parede lateral esquerda (3 horas), paralelamente entre o músculo e a mucosa do canal anal (Fig. 1).

A lâmina do bisturi foi virada em direção à massa muscular, sendo realizado movimento de pressão contra o músculo e de retirada do bisturi, sendo desta maneira realizada secção parcial do esfíncter interno fibroso (Fig. 2)

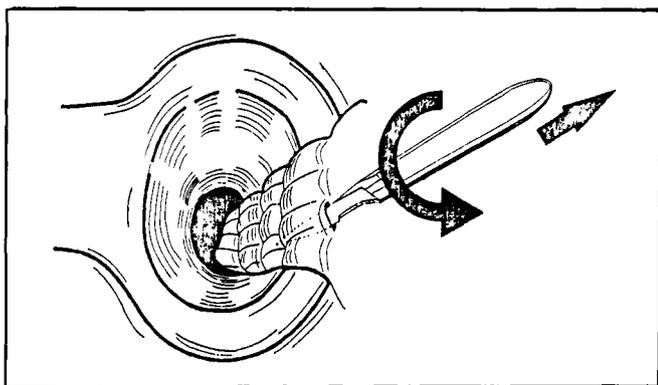


Fig. 1 - Introdução de bisturi lâmina 11 paralelamente entre a mucosa anal e o esfíncter interno.

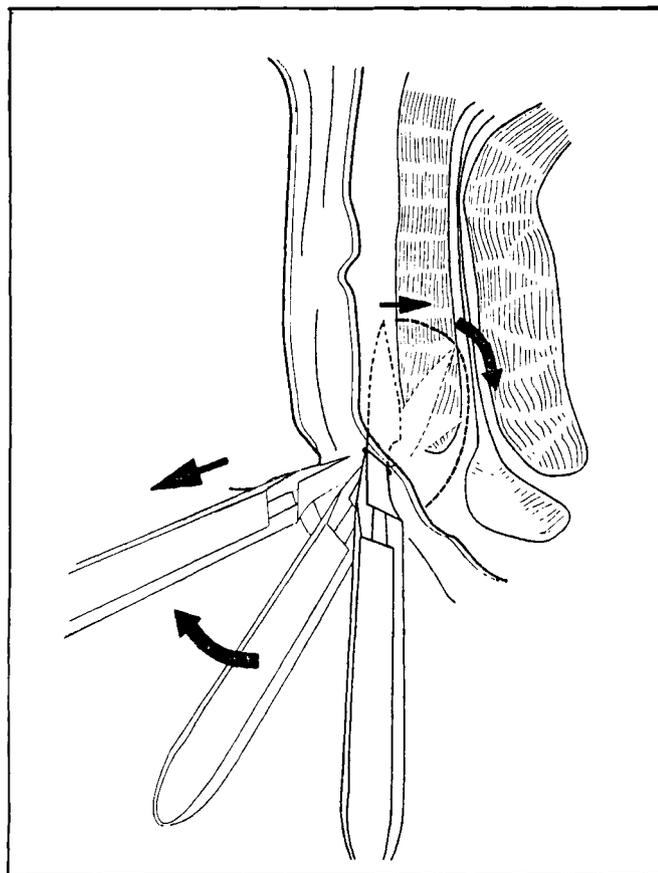


Fig. 2 - A lâmina do bisturi é virada em direção à massa muscular, realizando movimento de pressão e de retirada (secção parcial do esfíncter anal interno).

Após a secção muscular, é realizada pressão digital por dois a três minutos com objetivo de romper algumas fibras residuais do esfíncter interno, assim como coibir algum pequeno sangramento que possa estar presente.

Não é necessário fechar com ponto esse pequeno orifício da esfincterotomia, que deve funcionar como área de drenagem.

Quando presentes, sinais de cronificação da fissura, tais como plicoma sentinela e papila hipertrófica, são excisados, procedimento este que foi realizado em 72 doentes (27,1%).

Todos os pacientes receberam alta hospitalar no mesmo dia, três a seis horas após o término do procedimento, sendo orientados a retornarem às atividades um a dois dias após. Antibioticoterapia não foi utilizada nesta série de pacientes. Analgésicos, compressas frias na região perineal nas primeiras 12 horas e, a seguir, banhos de assento em água morna foram as únicas recomendações dadas.

## RESULTADOS

Dos 265 doentes portadores de fissura anal submetidos à EILS, em 20 deles (7,5%) observou-se algum tipo de complicação (Tabela 1).

Tabela 1 - Complicações

Diagnóstico	EILS	EILS com exérese plicoma + papila
• Celulite	5	
• Abscesso	3	1
• Fístula		1
• Recidiva	1	
• Persistência da fissura		1
• Soiling	1	
• Dor (persistente)	3	
• Prurido	1	
• Sangramento	3	
• Total de doentes	17 (6,3%)	3 (1,2%)

Entretanto, em apenas sete (2,6%) dessas complicações foi necessária nova cirurgia, ou seja, a grande maioria dessas complicações foi classificada como menores, sendo resolvidas com tratamento clínico ambulatorial. As complicações que necessitaram de nova cirurgia foram drenagem de abscesso em três, fistulotomia em um, nova esfincterotomia lateral em dois e revisão de sangramento em um doente.

Dos 20 doentes que apresentaram complicações, a fissura era primariamente localizada na parede anal anterior em seis, posterior em 13 e lateral em um, mostrando que as fissuras localizadas anteriormente são de mais difícil tratamento (Tabela 2).

**Tabela 2 - Localização da fissura - sexo - complicações**

Localização	Nº de doentes	Masc.	Fem.	Complicações
• Posterior	200 (75,5%)	93 (35,1%)	107 (40,4%)	13 (4,9%)
• Anterior	60 (22,6%)	16 (6%)	44 (16,6%)	6 (2,2%)
• Lateral	2 (0,8%)	-	2 (0,8%)	1 (0,4%)
• Múltiplas	3 (1,1%)	1 (0,4%)	2 (0,8%)	-
<b>Total</b>	<b>265 (100%)</b>	<b>110 (41,5%)</b>	<b>155 (58,5%)</b>	<b>20 (7,5%)</b>

Analisando o número de visitas pós-operatórias, pode-se ver, como era esperado, que nos pacientes sem complicações foi de duas e nos casos com complicação foi em média de 4,5, chegando ao extremo de 11.

O período médio de seguimento foi de quatro meses, variando de um a 85 meses.

Das 72 exéreses de plicoma e papila realizadas, apenas três desses doentes apresentaram complicações, portanto a associação deste procedimento parece não ter significante importância no índice das complicações.

Foram enviados 72 espécimes para exame anatomo-patológico, sendo que a presença de carcinoma de células escamosas *in situ* foi identificada em um deles. Posteriormente, este paciente foi reexaminado e acompanhado ambulatorialmente sem sinais de recidiva. Em outros dois foram diagnosticadas pequenas lesões verrucóides compatíveis com condiloma acuminado.

## DISCUSSÃO

O interesse pela cirurgia ambulatorial tem crescido consideravelmente nestes últimos 25 anos, pelas vantagens que oferece a todos os envolvidos no processo, quer sejam hospitais, equipe médica e, principalmente, para o paciente.

Dentre todas as especialidades cirúrgicas, a Proctologia é, seguramente, uma das áreas que mais tem lucrado com o desenvolvimento e instalação dessas unidades de cirurgia ambulatorial em todo o mundo (29).

Das doenças anorretais, mais de 90% podem ser tratadas cirurgicamente em unidades de cirurgia ambulatorial (25, 33), com o uso de anestesia local ou geral, acarretando considerável redução de custos hospitalares, de até 50% segundo vários relatos (4, 8, 25, 33, 34).

A utilização da esfincterotomia para o tratamento da fissura anal tem sido aventada desde o século passado, sugerida pela primeira vez por Boyer, em 1818 (24).

Brodie, em 1839, realizou a esfincterotomia anal para o tratamento do que ele denominou: "preternatural contraction of the sphincter ani".

Em 1846, Demarquay propõe a secção subcutânea do esfíncter anal, objetivando a prevenção de infecção e o aparecimento de grandes feridas anais.

Excisão de fissura anal associada à secção parcial do músculo, que erroneamente acreditou ser a porção inferior do esfíncter externo, foi sugerida por Gabriel, em 1930.

Miles, em 1936, relatou sucessos na terapêutica da fissura anal com cicatrização e alívio da dor, após secção da banda pectínea espessada.

Foi, porém, Eisenhammer (9), em 1951, o primeiro a descrever o tratamento da fissura anal por meio de uma esfincterotomia interna posterior, ou seja, a secção parcial do músculo esfíncter interno na base da fissura.

O aparecimento de deformidades anais associadas à incontinência fecal nos seus variados graus fez com que esse procedimento passasse a ser realizado na posição lateral, fato aceito anos mais tarde pelo próprio Eisenhammer (10).

Ribeiro (31), em 1960, descreve a esfincterotomia interna lateral realizada em 112 doentes em regime ambulatorial com índice de cura de 98,2%.

Posteriormente, Parks (apud 27), em 1967, recomendou esfincterotomia interna lateral sob visão direta através de uma incisão lateral de aproximadamente 2 cm e, em 1969, Notaras (27) advogou este procedimento por meio da introdução de bisturi em posição lateral no plano subcutâneo sem a necessidade de incisão e pontos, método este simples e atraente que passou a ser cada vez mais realizado.

Desde então, inúmeros trabalhos têm sido realizados e publicados com o objetivo de revelar qual é o melhor procedimento cirúrgico a ser utilizado no tratamento da doença fissuróide anal: a dilatação anal, a fissurectomia com esfincterotomia interna posterior, ou a esfincterotomia interna lateral aberta (Parks) ou fechada - subcutânea (Notaras).

Hawley (14), em estudo prospectivo, comparando dilatação anal com as esfincterotomias posterior e lateral, chega à conclusão que esta última técnica é superior, com menor desconforto pós-operatório, período mais curto de cicatrização, menores índices de complicações e recidivas (14).

Em 1970 Hoffmann e Goligher (16) reportaram que apenas 2% de 103 doentes submetidos à esfincterotomia interna lateral subcutânea não cicatrizaram após nove meses, e concluem que este procedimento é superior aos outros dois, devendo ser o tratamento de eleição.

Abcarian (1) reporta ausência de incontinência fecal e apenas duas recidivas (1,3%) em 150 doentes submetidos a esfincterotomia interna lateral, concluindo que este procedimento apresenta melhores resultados do que a fissurectomia associada a esfincterotomia interna posterior para o tratamento da fissura anal não complicada.

Concordantes com a literatura, achamos que a esfincterotomia interna deve ser sempre feita lateralmente, podendo ser realizada tanto à direita quanto à esquerda.

Advogamos a feitura de esfincterotomia pelo método fechado ou seja com a simples introdução do bisturi no pla-

no subcutâneo ao invés do aberto, ou seja, sem a necessidade de incisão e sutura, o que acarreta menor dor no pós-operatório com conseqüente retorno mais precoce às atividades.

Utilizando essa técnica em 99 doentes, Millar (26) não encontrou reincidência, e 88% cicatrizaram suas feridas em duas semanas.

Hiltunen e Matikainen (15), em 1991, encontraram 87% de sucesso em 65 doentes portadores de fissura anal submetidos à esfincterotomia interna lateral subcutânea sob anestesia local em regime ambulatorial.

Kortbeek et al. (20), num estudo prospectivo randomizado de 112 esfincterotomias realizadas, sendo 58 pelo método fechado e 54 pelo aberto, chegam à conclusão que, apesar de não haver diferença estatística significativa no índice de complicação, 8,6% e 7,4%, respectivamente, quando o método fechado foi empregado, observou-se menor desconforto no pós-operatório, com conseqüente encurtamento do período de internação.

Muito embora a esfincterotomia interna realizada em posição lateral elimine o espasmo muscular existente, com redução pressórica do canal anal (3, 6, 7, 13, 24, 30) e conseqüente cicatrização da úlcera, ela apresenta índices variáveis de complicações (0-55%) segundo várias publicações (19, 35, 36).

Walker et al. (35), em 1985, num estudo retrospectivo de 306 doentes submetidos à esfincterotomia interna de diferentes maneiras relatam índices de 3% para as complicações maiores, aquelas que necessitaram tratamento cirúrgico e 36% para as complicações menores.

Nesta série de 265 doentes encontramos índice geral de complicações da ordem de 7,5%, tendo sido a grande maioria tratada conservadoramente, e em apenas sete doentes foi necessária nova cirurgia.

Acreditamos que a introdução do bisturi paralelamente entre a mucosa anal e o esfíncter interno, e a divisão muscular sendo feita em direção lateral, seja fator importante na prevenção de lesões da mucosa e conseqüentemente de infecções. Ao mesmo tempo aconselhamos o não fechamento do orifício cutâneo puntiforme decorrente da introdução do bisturi.

Com a experiência obtida nesta série de doentes podemos afirmar que a EILS é um procedimento seguro, com baixa morbidade e altos índices de cura, podendo ser realizado em unidades ambulatoriais com evidente diminuição de custos, melhorando, desta maneira, a relação custo-benefício.

**Agradecimentos - Os autores agradecem às Sras. Maria Cecília P. Pinheiro e Rosana Maria N. F. Sobrado pela colaboração na revisão e redação deste artigo.**

---

**SOBRADO CW & SOKOL S - Lateral subcutaneous internal sphincterotomy in ambulatory surgical center for treatment of fissure in ano - Results in 265 patients.**

**SUMMARY:** Two hundred and sixty-five patients with anal fissure who underwent closed lateral internal sphincterotomy between May 1981 and January 1992 are presented. Operations were performed under general anesthesia in outpatients service. Seventy and two patients underwent excision of skin tag and enlarged papilla. Results showed postoperative complications were 7.5 percent, but major complications (required reoperation) only 7 patients (drainage abscess in 3, fistulotomy in 1, another internal sphincterotomy in 2 and hemostasis revision in 1). All patients were cured of anal fissure. It's concluded that lateral subcutaneous internal sphincterotomy is a simple, safe and effective procedure for treatment of fissure in ano, could be done in ambulatory surgical center without increased morbidity rate and with obvious reduction of costs.

**KEY WORDS:** anal fissure; internal lateral sphincterotomy; our patients surgery; general anesthesia

---

REFERÊNCIAS

1. Abcarian H. Surgical correction of chronic anal fissure: results of lateral internal sphincterotomy vs fissurectomy-midline sphincterotomy. *Dis Colon Rectum* 1980; 23: 31-6.
2. American Society of Colon and Rectum Surgeons, Standards TASK FORCE. Practice parameters for ambulatory anorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 285-6.
3. Bennett RC, Duthie HL. The functional importance of the internal anal sphincter. *Br J Surg* 1964; 51: 355-7.
4. Buffara Jr. VA, Najar N, Frare RC, Marchesini JB. Cirurgias anais ambulatoriais sob anestesia local. *Rev Bras Colo-Proct* 1991; 11(2): 67-69.
5. Case JB. Chronic anal fissure: a new method of treatment by anoplasty. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 198-9.
6. Cerdan FJ, Ruiz de Leon A, Azpiroz F, Martin J, Balibrea JL. Anal sphincteric pressure in fissure-in-ano before and after lateral internal sphincterotomy. *Dis Colon Rectum* 1982; 25: 198-200.
7. Chowcat NL, Araujo JGC, Boulos PB. Internal sphincterotomy for chronic anal fissure: long term effects on anal pressure. *Br J Surg* 1986; 73: 915-6.
8. Deimer DE. Ambulatory surgery. A more cost-effective treatment strategy? *Arch Surg* 1994; 129: 123-7.
9. Eisenhammer S. The surgical correction of chronic internal anal (sphincteric) contracture. *S Afr Med J* 1951; 25: 485-9.
10. Eisenhammer S. The evaluation of the internal anal sphincterotomy operation with special reference to anal fissure. *Surg Gynecol Obstet* 1959; 109: 583-90.
11. Frezza EE, Sandei F, Leoni G, Birai M. Conservative and surgical treatment in acute and chronic anal fissure. A study on 308 patients. *Int J Colorect Dis* 1992; 7: 188-91.
12. Gibbons CP, Read NW. Anal hypertonia in fissures: cause or effect? *Br J Surg* 1986; 73: 443-5.
13. Hancock BD. The internal sphincter and anal fissure. *Br J Surg* 1977; 64: 92-5.

14. Hawley PR. The treatment of chronic fissure-in-ano: a trial of methods. *Br J Surg* 1969; 56: 915-8.
15. Hillunen KM, Matikainen M. Closed subcutaneous sphincterotomy under local anaesthesia in the treatment of chronic anal fissure. *Annales Chirurgiae et Gynaecologiae* 1991; 80(4): 353-6.
16. Hoffmann DC, Goligher JC. Lateral subcutaneous internal sphincterotomy in treatment of anal fissure. *Br J Surg* 1970; 3: 673-5.
17. Hsu T-C, MacKeigan JM. Surgical treatment of chronic anal fissure: a retrospective study of 1753 cases. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 475-78.
18. Jensen SL, Lund F, Nielsen OV, Tange G. Lateral subcutaneous sphincterotomy versus anal dilatation in the treatment of fissure in ano in outpatients: a prospective randomised study. *Br Med J* 1984; 289: 528-30.
19. Keighley MRB, Greca F, Nevah E et al. Treatment of anal fissure by lateral subcutaneous sphincterotomy should be under general anesthesia. *Br J Surg* 1981; 68: 400-1.
20. Kortbeek JM, Langevin JM, Khoo REH, Heine JA. Chronic fissure in ano: a randomized study comparing open and subcutaneous lateral internal sphincterotomy. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 835-7.
21. Kubchandani IT, Reed JF. Sequelae of internal sphincterotomy for chronic fissure in ano. *Br J Surg* 1989; 431-4.
22. Lewis TH, Corman ML, Prager ED, Robertson WG. Long-term results of open and closed sphincterotomy for anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1988; 31: 368-71.
23. Marya SK, Mittal SS, Singla S. Lateral subcutaneous internal sphincterotomy for acute fissure-in-ano. *Br J Surg* 1980; 67: 299.
24. McNamara MJ, Percy JP, Fielding IR. A manometric study of anal fissure treated by subcutaneous lateral internal sphincterotomy. *Ann Surg* 1990; 211(2): 235-8.
25. Medweel SJ, Friend WG. Outpatient anorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 1979; 22: 480-2.
26. Millar DM. Subcutaneous lateral internal anal sphincterotomy for anal fissure. *Br J Surg* 1971; 58: 737-9.
27. Notaras MJ. The treatment of anal fissure by lateral subcutaneous internal sphincterotomy - a technique and results. *Br J Surg* 1971; 58: 96-100.
28. Nothmann BJ, Schuste MM. Internal anal sphincter derangement with anal fissures. *Gastroenterology* 1974; 67: 216-20.
29. Ramos JR, Pinho M, Valory E, Nascimento ML, Souza PCT. Cirurgia ambulatorial em Colo-proctologia. *Rev Bras Colo-Proct* 1988; 8(1): 11-13.
30. Regadas FSP, Habr-Gama A, Nahas P, Nicodemo AM. Estudo eletromanométrico da região anorretal em portadores de fissura anal crônica inespecífica antes e após a esfínterectomia interna lateral. *Rev Bras Colo-Proct* 1990; 10: 126-33.
31. Ribeiro MC. Esfínterectomia subcutâneo-mucosa no tratamento da fissura anal (técnica original). In: *Anais do I Congresso Latino-Americano, II Internacional e Brasileiro de Proctologia, São Paulo - Brasil 1960*; 1: 422-6.
32. Saad AMA, Omer A. Surgical treatment of chronic fissure in ano: a prospective randomized study. *East Afr Med J* 1992; 69(11): 613-5.
33. Smith LE. Ambulatory surgical for anorectal diseases: an update. *South Med J* 1986; 79: 163-6.
34. Stephenson SV. Ambulatory surgical centers. *JAMA* 1985; 253: 342-3.
35. Walker WA, Rothenberger DA, Goldberg SM. Morbidity of internal sphincterotomy for anal fissure and stenosis. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 832-5.
36. Weaver RM, Ambrose NS, Alexander-Williams J, Keighley MRB. Manual dilatation of the anus vs lateral subcutaneous sphincterotomy in the treatment of chronic fissure in ano: results of a prospective, randomized, clinical trial. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 420-3.

**Endereço para correspondência:**

Carlos Walter Sobrado  
Rua Fernão Dias, 128/61  
05427-000 - São Paulo - SP