

JULHO/SETEMBRO 1995

ARTIGOS ORIGINAIS

CICATRIZAÇÃO DA FERIDA APÓS FISTULOTOMIA ANAL - ESTUDO COMPARATIVO ENTRE DOENTES HIV + E SORONEGATIVOS

SIDNEY ROBERTO NADAL, TSBCP
CARMEN RUTH MANZIONE, TSBCP
VIVIANNE DE MOURA GALVÃO, FSBCP
VERA REGINA M.B. SALIM, TSBCP
MANLIO BASILIO SPERANZINI

NADAL SR, MANZIONE CR, GALVÃO VM, SALIM VRMB & SPERANZINI MB - Cicatrização da ferida após fistulotomia anal - Estudo comparativo entre doentes HIV + e soronegativos. *Rev bras Colo-Proct.* 1995; 15(3): 100-102

RESUMO: Realizamos o presente trabalho com o objetivo de avaliar o tempo de cicatrização e seus fatores determinantes nos doentes HIV+. Para tanto estudamos 60 doentes, 31 HIV+ e 29 soronegativos, submetidos a fistulotomia para tratamento de fístula perianal interesfincteriana com trajeto único. Analisamos o tempo de cicatrização, a contagem de leucócitos e a fase de infecção pelo HIV. Os doentes HIV+ foram distribuídos conforme a classificação revista do CDC (Center for Disease Control de Atlanta) de 1993. Sete eram do grupo A2, um A3, sete C1, seis C2 e 10 C3. Todos os doentes HIV - bem como os HIV+ A2, A3, C1, C2 e três C3 cicatrizaram. O tempo médio de cicatrização não mostrou diferença estatística significativa entre os doentes HIV- (44,8 dias), A2 (41 dias), C1 (56,8 dias), C2 (42,7 dias). Os doentes C3 que cicatrizaram o fizeram em tempo significativamente maior que os demais (75 dias). O número de linfócitos T CD4 foi semelhante nos doentes C3 que cicatrizaram e que não, porém o número de leucócitos foi maior (4450 e 2380/mm³, respectivamente). Concluímos que somente os doentes HIV+ em fase mais avançada da doença (C3) apresentam retardo ou ausência de cicatrização das feridas após fistulotomia anal e que nesses casos as operações devem ser indicadas nas situações de emergência. As cirurgias eletivas devem ser indicadas somente quando o número de leucócitos for superior a 3000/mm³.

UNITERMOS: síndrome da imunodeficiência adquirida; fístula perianal; cicatrização

O Ministério da Saúde informou que 60.000 casos de infecção pelo HIV foram comunicados no Brasil até novembro de 1994 e que esse número vem aumentando progressivamente desde o início da epidemia⁽¹⁾. Alguns autores estimaram que 6 a 34% dos pacientes HIV+ desenvolverão afecções perianais durante a evolução da doença e que, destes, 50 a 85% necessitarão de tratamento cirúrgico^(2, 3, 4). A partir desses dados, espera-se que um número crescente desses pacientes venha procurar atendimento especializado, obrigando-nos a conhecer os aspectos específicos do seu diagnóstico e terapêutica.

A literatura é controversa quanto ao tempo de cicatrização da ferida operatória em HIV positivos quando comparados aos soronegativos. Há relatos em que é semelhante⁽⁵⁾, mais prolongado^(6, 7) e mesmo ausente^(4, 8). Foi também descrito que o retardo e a ausência de cicatrização ocorreram nas fases mais avançadas da infecção pelo HIV^(3, 8, 9).

Também permanece duvidoso se dados laboratoriais como contagem de leucócitos^(3, 5), de linfócitos totais⁽⁵⁾ e linfócitos T CD4⁽³⁻⁵⁾ tem valor prognóstico para alterações da cicatrização. Há autores que afirmaram que a diminuição dessas células provoca dificuldade de cicatrização⁽³⁾, enquanto outros discordaram^(4, 5).

As dúvidas da literatura em relação à evolução da ferida pós-operatória, no doente com infecção por HIV, levou-nos a propor este trabalho prospectivo, no qual comparamos doentes HIV positivos com soronegativos, com objetivo de observar o tempo de cicatrização e, nos soropositivos, conhecer os fatores determinantes da evolução pós-operatória.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Comparamos 60 doentes, 31 HIV+s do Serviço de Proctologia do Instituto de Infectologia "Emílio Ribas" com 29 HIV-s da Seção de Cirurgia do Complexo Hospitalar do Mandaqui, portadores de fístulas perianais interesfinciterianas com trajeto único, submetidos a fistulotomia em caráter eletivo. Todos foram tratados pela mesma equipe, entre janeiro de 1992 e setembro de 1994. Realizamos biópsias em todos os casos e excluímos do protocolo os portadores de fístulas causadas por doenças específicas.

Examinamos cada caso, semanalmente, até a cicatrização completa da ferida operatória e anotamos o dia respectivo.

Utilizamos o grupo dos soronegativos como controle em relação ao tempo de demora da cicatrização. Os doentes soropositivos foram comparados entre si levando-se em conta a fase de evolução da infecção pelo HIV, conforme a classificação revista do CDC (Center for Disease Control) ⁽¹⁰⁾ (Tabela 1), a presença ou ausência de cicatrização e o tempo em que essa ocorreu. Comparamos, ainda, os pacientes HIV+ cujas feridas operatórias cicatrizaram com aqueles nos quais não houve cicatrização, quanto ao número de leucócitos, linfócitos totais e linfócitos T CD4.

Tabela 1 - Sistema de classificação revista de 1993 para infecção pelo HIV.

Contagem de céls. T CD4	(A) HIV indicadoras agudo ou LPG	(B) Sintomático não A ou C	(C) Condições indicadoras de AIDS
1) $\geq 500/\mu\text{l}$	A1	B1	C1
2) 200-499/ μl	A2	B2	C2
3) $< 200/\mu\text{l}$	A3	B3	C3

LPG = Linfadenopatia persistente generalizada

Categoria B: as condições não estão limitadas aos exemplos abaixo.

- Púrpura trombocitopênica idiopática
- Candidíase orofaríngea, ou vulvovaginal persistente ou refratária ao tratamento
- Displasia moderada ou grave ou carcinoma cervical "in situ"
- Febre ($38,5^{\circ}\text{C}$) ou diarreia por mais de 30 dias
- Hairy leucoplasia oral
- Herpes zoster (2 episódios) ou 2 dermatomas em único episódio
- Doença inflamatória pélvica, particularmente com abscesso tubo-ovariano
- Neuropatia periférica

Submetemos os resultados à análise estatística pelos métodos do χ^2 e t de Student com níveis de tolerância de 5%.

Tabela 2 - Comparação entre doentes HIV positivo e negativo submetidos a fistulotomia, conforme a presença de cicatrização e seu tempo médio. Complexo Hospitalar do Mandaqui e Instituto de Infectologia "Emílio Ribas". São Paulo 1995.

Doentes	Total de casos	Tempo médio (em dias)	Cicatrização ausente (%)
HIV+	31	60,8	7 (22,6)
HIC-	29	44,8	zero

Fontes: SAME CHM e SAME IIER.

RESULTADOS

A comparação entre os doentes HIV positivo e soronegativos encontra-se na Tabela 2. A análise estatística entre os tempos médios de cicatrização não mostrou diferença significativa, embora nos doentes infectados pelo HIV tenha sido maior. O número de doentes HIV+ que não cicatrizaram foi estatisticamente significante.

A distribuição dos doentes HIV+ conforme a classificação revista do CDC mostra que todos os casos com ausência de cicatrização eram do grupo C3. Não houve diferença estatística significativa em relação ao tempo médio de cicatrização entre os doentes HIV negativo e os soropositivos tipos A2, C1 e C2, porém, ocorreu nos doentes C3 que cicatrizaram (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos doentes conforme a classificação revista do CDC, tempo de cicatrização e número de feridas operatórias não cicatrizadas. Complexo Hospitalar do Mandaqui e Instituto de Infectologia "Emílio Ribas". São Paulo, 1995.

Tipo CDC	Número de doentes	Tempo médio de cicatrização (dias)	Cicatrização	
			Presente	Ausente
HIV-	29	44,8	29	zero
A2	7	41,0	7	zero
A3	1	90,0	1	zero
C1	6	56,8	6	zero
C2	7	42,7	7	zero
C3	10	75,0	3	7

Fontes: SAME CHM e SAME IIER.

Quando comparamos os doentes C3 que cicatrizaram com aqueles que não, notamos que o número de linfócitos totais e linfócitos T CD4 não mostrou diferença significativa, porém o número de leucócitos foi estatisticamente maior nos doentes que cicatrizaram (Tabela 4).

Tabela 4 - Comparação de doentes HIV+ C3 submetidos a fistulotomia, com ausência de cicatrização e não, conforme o número de leucócitos, linfócitos totais e linfócitos T CD4. Complexo Hospitalar do Mandaqui e Instituto de Infectologia "Emílio Ribas". São Paulo, 1995.

Evolução pós-operatória	Número de casos	Número médio de leucócitos	Número médio de linfócitos	Número médio de linfócitos T CD4
C3 cicatrizados	3	4450 \pm 1525	1162,7 \pm 381,9	118 \pm 27,5
C3 não cicatrizados	7	2380 \pm 639,7	587,0 \pm 255,3	83 \pm 35,5

Fontes: SAME CHM e SAME IIER

DISCUSSÃO

As formas de diagnóstico das doenças perianais são as mesmas para pacientes soropositivos e soronegativos e utilizadas de modo semelhante nos trabalhos pesquisados ^(2-5, 7, 8). Entretanto, a opção cirúrgica é vista com reservas por alguns autores ^(4, 6-8) que citaram retardo ou ausência de cicatri-

zação nesses casos. Em nosso estudo, também observamos que os doentes soropositivos apresentam maior probabilidade de ausência de cicatrização pós-operatória que os soronegativos. Entretanto os pacientes operados apresentavam-se em diferentes etapas da evolução da doença. Por esse motivo, decidimos aplicar a classificação revista do CDC⁽¹⁰⁾, em nossos casos, para verificar se a fase da doença se relacionava com os defeitos na cicatrização. Essa classificação divide os pacientes infectados pelo HIV segundo a doença oportunista associada e o número de linfócitos T CD4, como marcador da imunodepressão⁽¹⁰⁾. Não encontramos, na literatura revista, qualquer casuística que a empregasse. Notamos que os doentes A2, C1 e C2 apresentaram cicatrização em tempo semelhante ao grupo dos soronegativos. Todos os sete pacientes que não cicatrizaram pertenciam ao grupo C3. Apesar de não cicatrizarem, referiam remissão dos sintomas e melhora da qualidade de vida. Nos outros três casos C3, que cicatrizaram, o tempo em que essa ocorreu foi significativamente maior que nos demais. Excluímos o doente A3 do estudo estatístico por se tratar de caso isolado. Entretanto o tempo de cicatrização foi de 90 dias, o dobro das médias dos outros grupos. Estes fatos sugerem que o número de linfócitos T CD4 seja importante para o prognóstico pós-operatório já que doentes com menos de 200 células estão mais propensos a complicações da ferida operatória. Opinião diversa manifestaram Safavi et al.⁽⁴⁾ e Denis et al.⁽⁵⁾. Entretanto acreditamos que não serve como parâmetro isolado, já que alguns pacientes com número inferior àquele apresentaram cicatrização.

Wexner et al.⁽³⁾ referiram que o número de leucócitos reduzido acarreta mau prognóstico pós-operatório. A conclusão diferente chegaram Safavi et al.⁽⁴⁾ e Denis et al.⁽⁵⁾. Em nossos casos notamos que o número de leucócitos foi superior em doentes C3 que cicatrizaram quando comparados aos que não cicatrizaram, sugerindo que o número dessas células possa ter valor preditivo na evolução da cicatrização da ferida operatória em doentes HIV+.

A partir de nossos resultados concluímos que os doentes HIV positivo classificados nos grupos 3 (com menos de 200 linfócitos T CD4/mm³) e com contagem de leucócitos inferior a 3000/mm³ têm maior probabilidade de complicações da ferida operatória. Sugerimos que o tratamento cirúrgico, para esses casos, seja indicado apenas nos casos de urgência, para melhora dos sintomas e da qualidade de vida. Nos pacientes dos outros grupos (1 e 2) a evolução pós-operatória foi semelhante à dos soronegativos.

NADAL SR, MANZIONE CR, GALVÃO VM, SALIM VRMB & SPERANZINI MB - Healing after anal fistulotomy - Comparative study between HIV+ and HIV- patients.

SUMMARY: The aim of this research is to compare wound healing after anal fistulotomy in HIV+ and HIV- patients and to know healing parameters in HIV+ patients. Sixty patients were treated with fistulotomy for intersphincteric anal fistula. Collected data included white blood cells values, T CD4 counts, 1993 revised CDC classification and healing time. There were 31 HIV+ (7 A2, 1 A3, 7 C1, 6 C2 and 10 C3). Seven C3 had no total healing. Statistically there was no difference in the healing time in HIV+ A2, C1, C2, and HIV negative patients. C3 who did heal, took longer than other HIV+ patients. T CD4 counts were similar to healed and not healed C3's, however, healed C3 values of white blood cells were bigger than unhealed C3 (4450 and 2380/mm³). We concluded that after anal fistulotomy HIV+ C3 patients either had a retarded or no healing at all. Therefore in our opinion, surgery should be done only in emergency anorectal diseases or in patients with more than 3.000 white blood cells/mm³.

KEY WORDS: acquired immunodeficiency syndrome; anal fistula; healing

REFERÊNCIAS

1. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico, ano VI, nº 9, set.out.nov. 1994.
2. Miles AJG, Mellor CH, Gazzard B, Allen-Mersh TG, Wastell C. Surgical management of anorectal disease in HIV-positive homosexuals. Br J Surg 1990; 77: 869-871.
3. Wexner SD, Smithy WB, Dailey TH, Milson JW. The surgical management of anorectal disease in AIDS and pre-AIDS patients. Dis Colon Rectum 1986; 29: 719-723.
4. Safavi A, Gottesman L, Dailey TH. Anorectal surgery in the HIV+ patient: update. Dis Colon Rectum 1991; 34: 299-304.
5. Denis BJ, May T, Bigard MA, Canton P. Lésions anales et péri-anales au cours des infections symptomatiques par le VIH. Etude prospective d'une série de 190 patients. Gastroenterol Clin Biol 1992; 16: 148-154.
6. Wakeman R, Johnson CD, Wastell C. Surgical procedures in patients at risk of human immunodeficiency virus infection. J R Soc Med 1990; 83: 315-318.
7. Gottesman L. Anorectal sexually transmitted diseases and anorectal disease in AIDS. In: Mazier WP, Levien DH, Luchtefeld MA & Senagore AJ. Surgery of the Colon, Rectum and Anus. 1ª ed., Philadelphia, USA, Saunders, 1995.
8. Carr ND, Mercey D, Slack WW. Non-condylomatous perianal disease in men. Br J Surg 1989; 76: 1064-1066.
9. Burke EC, Orloff SL, Freise CE, Macho JR, Schechter WP. Wound healing after anorectal surgery in human immunodeficiency virus - infected patients. Arch Surg 1991; 126: 1267-1271.
10. Center for Disease Control. 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR 1992; 41: 1-12.

Endereço para correspondência:

Sidney Roberto Nadal
Rua Dr. Virgílio de Carvalho Pinto, 381 - ap. 23
05415-030 - São Paulo - SP