

**FERNANDO CORDEIRO, TSBCP**  
**FLÁVIO ANTONIO QUILICI, TSBCP**  
**ALINA GUIMARÃES QUINTANILHA, TSBCP**  
**PERETZ CAPELHUCHNIK, TSBCP**  
**ROBERTO MISICI, TSBCP**  
**FRANCISCO ARISTOFANES COELHO**  
**SARMENTO FILHO, TSBCP**

---

CORDEIRO F - QUILICI FA, QUINTANILHA AG, CAPELHUCHNIK P, MISICI R & SARMENTO FILHO FAC - Tribuna Livre: Como eu faço. **Rev bras Colo-Proct**, 1996; 16(1): 33-36

---

Como sempre gostaríamos de agradecer aos nossos colegas a participação nesta sessão pois, sem eles, ela não existiria. Lembramos sempre que o nosso objetivo é favorecer a participação de todos, permitindo assim que emitam suas opiniões livremente.

Esta é uma **TRIBUNA LIVRE** e não há necessidade de convites para que sua opinião seja discutida. Enquanto houver distintos posicionamentos dos apresentados, o tema será mantido ou retornará à discussão, porém não serão publicados os textos considerados contestatórios.

Neste início de ano, gostaríamos ainda de solicitar aos colegas que queiram participar que enviem sugestões de novos temas ou perguntas, bem como suas condutas nos casos discutidos.

Àqueles interessados em colaborar, manteremos sempre um canal aberto pelo fax número (019).254-3839.

O tema desta edição será **ESTENOSE ANAL PÓS-OPERATÓRIA** e contamos com a colaboração de cinco membros da nossa Sociedade:

1. Flávio Antonio Quilici (Campinas - SP)
2. Alina Guimarães Quintanilha (São Paulo - SP)
3. Peretz Capelhuchnik (São Paulo - SP)
4. Roberto Misici (Fortaleza - CE)
5. Francisco Aristofanes Coelho Sarmento Filho (Recife - PE)

**1. Paciente de 30 anos, sexo masculino, heterossexual, sem antecedentes venéreos, em bom estado geral, queixa-se de dificuldade para evacuar, com dor e sangramento anal há um ano. Refere ter sido submetido à cirurgia de hemorroidas há dois anos e que os sintomas iniciaram seis meses após o evento. Hábito intestinal de duas vezes por dia, fazendo uso de catárticos para facilitar a evacuação. Quais seriam os sinais ao exame físico que fariam o seu diagnóstico de estenose anal pós-operatória?**

(Flávio Antonio Quilici) - A estenose anal caracteriza-se por cicatrizes defeituosas que alteram a configuração anatômica normal do canal anal e acarretam sofrimento ao paciente pelo fato de produzir dor e dificuldade defecatória de

intensidades variáveis. Dentre as cirurgias orificiais, a hemorroidectomia é que freqüentemente propicia seu aparecimento, por causa das incisões cutaneomucosas exageradamente ampliadas, tornando as pontes mucocutâneas estreitas e insuficientes. Os critérios para o diagnóstico da estenose anal cicatricial caracterizam-se pela associação de duas ou mais das seguintes alterações do canal anal: deformidade anatômica, diminuição da elasticidade e do diâmetro circunferencial, lesão fissuróide e fibrose cicatricial em forma de barra posterior e/ou anterior, configurando ao ânus um aspecto triangular.

(Alina Guimarães Quintanilha) - À inspeção seria identificado processo cicatricial da cirurgia anterior, e fissura anal. Ao toque: subestenose anal, exame extremamente doloroso.

(Peretz Capelhuchnik) - Os sinais mais evidentes são: 1) deformidade anal, 2) diminuição do diâmetro do ânus que por vezes chega a ser puntiforme, 3) toque doloroso, é difícil a introdução de polpa digital. Sente-se barra fibrosa, 4) edema local e irritação cutânea são freqüentes, às vezes sangramento.

(Roberto Misici) - A história e outros dados clínicos como o exame físico podem sugerir fortemente a causa da estenose anal pós-operatória, como seqüela freqüente de operações orificiais mal conduzidas ou por lesões acidentais com cicatrizações defeituosas das feridas externas. O exame proctológico é raramente praticável nas formas severas, e às vezes a possibilidade de apreciar a entidade, a extensão e a altura da estenose, somente será alcançada por exploração sob anestesia.

Na região peri-orifical observamos às vezes uma fissura anal residual posterior, com presença de cicatrizes ou retrações fibróticas. Existe uma falta de flexibilidade normal dos tecidos ao separarmos as margens do ânus, acompanhada de uma contractura tecidual devido à operação prévia. O tecido fibroso cicatricial da estenose envolve a pele e tecido celular subcutâneo, e às vezes parte do anel esfíncteriano, tornando o canal inextensível. Ao toque encontramos um grau de resistência sem fazer força ao introduzirmos o dedo no conduto anal, devido à formação de uma barra fibrótica residual da borda inferior do esfíncter interno, conhecida como "pectenose". Quando existe uma fissura residual pós-operatória, o toque é essencialmente doloroso com hipertonia do esfíncter interno. O dedo indicador talvez passe com certa

dificuldade quando o estreitamento é pequeno, caso seja mais intenso, somente conseguiremos com a introdução do dedo mínimo.

**(Francisco Aristofanes Coelho Sarmiento Filho)** - Os sinais físicos que podemos encontrar nos pacientes portadores de estenose anal pós-operatória severa são: a) ALTERAÇÃO DO ÂNUS: Ocorre perda de seu aspecto de fenda ântero-posterior, tomando formato triangular, linear, circular. b) DIMINUIÇÃO DA ELASTICIDADE DO CANAL ANAL. c) DIMINUIÇÃO DA CIRCUNFERÊNCIA ANAL. d) BARRA FIBRÓTICA OU CICATRIZAÇÃO RETRÁTIL. e) LESÃO FISSURÓIDE ANAL e HIPERTONIA ESFINCTERIANA.

A presença da alteração da anatomia do ânus associado à diminuição da elasticidade e de sua circunferência já caracteriza a estenose anal.

**2. Ao exame proctológico, observa-se: ânus de aspecto triangular (com três cicatrizes cirúrgicas nos vértices), fissura anal posterior, bem como barra fibrótica também posterior. O exame digital, além de extremamente doloroso, não permite a introdução de uma polpa digital, impedindo desta forma a anuscopia e retossigmoidoscopia rígida. Você solicitaria uma sigmoidoscopia flexível ou já trataria como uma estenose anal pós-operatória? Alguma hipótese diagnóstica a ser excluída?**

**(Flávio Antônio Quilici)** - Não havendo condições para a realização do exame proctológico completo, devido a dor que acarreta ao paciente, também não haverá condições para o exame com aparelho flexível. Nossa opção é pela indicação da correção cirúrgica da estenose anal cicatricial, e a complementação do exame proctológico na sala de cirurgia, após o bloqueio anestésico. O exame proctológico completo é absolutamente necessário quando há qualquer queixa anorretal, com o intuito de diagnosticar enfermidades associadas, como por exemplo os tumores anorretais.

**(Alina Guimarães Quintanilha)** - Faria o exame rígido sob narcose e se não houvesse nenhuma patologia outra, executaria a correção cirúrgica.

**(Peretz Capelhuchnik)** - Este paciente deve ser examinado sob anestesia. O tratamento adequado instituído de acordo com o que foi encontrado.

A maior preocupação é descartar um carcinoma anal ou adenocarcinoma do reto. A biópsia é obrigatória.

**(Roberto Misici)** - Eu não solicitaria a sigmoidoscopia flexível, já que na anuscopia e retossigmoidoscopia rígida, este intento não foi conseguido; não seria a flexibilidade do endoscópio que possibilitaria a sua introdução e conseqüente exploração endoscópica satisfatória. Trataríamos o doente cirurgicamente com uma anoplastia consertiva da estenose anal pós-traumática.

Alguma hipótese diagnóstica a ser excluída? Devemos excluir uma patologia tumoral à montante, ou uma estenose espasmódica devido ao uso habitual de catárticos. Não esquecer uma "proctite inflamatória granulomatosa ou ulcerativa inespecífica", ou lesões acidentais, como ferimentos retais produzidos por sodomia, já que o paciente tem uma história de heterossexualismo, sem antecedentes venéreos.

**(Francisco Aristofanes Coelho Sarmiento Filho)** - Inúmeras são as causas da estenose anal, tais como: etiologia congênita, por doenças inflamatórias intestinais, por doenças sexualmente transmissíveis, doenças isquêmicas, sépticas, uso crônico de catárticos, pós-irradiação e outras menos frequentes (amebíase, linfogranuloma venéreo, esquistossomose, tuberculose...) e como tal, devem ser excluídas. Ressaltaríamos nos seus exames pré-operatórios, um Rx de tórax em PA, parasitológico de fezes seriados, VDRL, FTA-ABS, HIV, cultura de secreção, se presente. A história clínica deste paciente e seu exame físico, no entanto, nos deixa poucas dúvidas de ser a etiologia pós-operatória a sua causa.

Acreditamos que a impossibilidade de toque retal devido a estenose, também impediria a realização da retossigmoidoscopia flexível que deveria ser realizada no início do ato cirúrgico, após delicada dilatação e prévia anestesia, avaliando assim, adequadamente o reto e cólon esquerdos com biópsias, se necessário.

**3. Várias são as técnicas operatórias descritas. Qual a sua preferida e por quê?**

**(Flávio Antônio Quilici)** - Desde 1975 utilizamos uma técnica cirúrgica para a correção da estenose anal cicatricial, idealizada por Reis Neto, denominada de *Anoplastia com retalhos cutâneo e mucoso*, na qual realizamos (frequentemente na região posterior do canal anal), dois retalhos pediculados, um cutâneo e outro mucoso, associado à uma esfínterectomia anal interna, com amplo desbridamento da fibrose cicatricial existente. Esta técnica que foi sujeito de nossa tese, apresentada em 1986, evidenciou como resultados, uma curta permanência hospitalar, discreta dor e evacuação fisiológica no pós-operatório imediato, precoce retorno às atividades diárias do paciente (48 horas), rápida cicatrização (20 dias) e ótimo resultado plástico, com baixo índice de morbidade e nenhuma mortalidade.

**(Alina Guimarães Quintanilha)** - Realizamos a técnica de Sarner, devido aos bons resultados e fácil execução.

**(Peretz Capelhuchnik)** - A técnica operatória por nós preferida é a incisão em Y. O procedimento é simples e eficiente. Os resultados são muito bons.

O ramo sagital fica sobre a área de fibrose, que é ressecada, e o V restante é o retalho cutâneo que cobre a área cruenta trazendo a ampliação do diâmetro anal.

**(Roberto Misici)** - A escolha do tipo de procedimento corretivo deve estar baseada na causa da estenose, na gravidade e localização. O procedimento cirúrgico "standard" é representado pela remoção do tecido cicatricial e realização de uma esfínterectomia interna calibrada, complementando com uma anoplastia mucosa posterior. Quando o calibre anal obtido com este procedimento não seja satisfatório, é possível repetir a técnica, também no quadrante anterior.

No caso da estenose mais extensa, com comprometimento de níveis superiores do canal anal, ou quando a estenose é resultado de um excessivo sacrifício do anoderma é indispensável efetuar uma plastia cutânea para reconduzir do interior do canal anal um epitélio sensível. Nas estenoses de grau médio, removemos o tecido cicatricial com uma esfínterectomia interna de preferência ao nível do quadrante posterior, avançamos um pequeno retalho de pele (plástica Y = > V) (T-Dieffenbach).

Se a estenose anal necessita de remoção de tecido cicatricial que ocupa uma superfície superior a 1/4 da circunferência, é oportuno utilizar uma plástica cutânea dita V = > Y, eventualmente repetir no quadrante oposto do canal anal. Em presença de estenose alta de grau moderado, com superfície cicatricial difusa importante, a plástica cutânea pode ser usada com o deslocamento de um ou mais retalhos cutâneos acompanhada de esfínterectomia interna.

Não temos experiência com as anoplastias de rotação de pele C ou em S, usadas geralmente no tratamento das estenoses de grau mais severo.

**(Francisco Aristofanes Coelho Sarmiento Filho)** - Existem várias técnicas descritas para o tratamento da estenose anal e o cirurgião deve, analisando não só a sua etiologia, como também sua forma (diafragmática, anular, tubular), seleciona-la adequadamente a cada caso.

Na estenose anal pós-traumática, em alguns casos, em que o componente fibroso cutâneo não é importante, a simples esfínterectomia pode ser suficiente. Na presença de deformidade anatômica, com diminuição da distensibilidade, presença de cicatriz e/ou barra fibrosa no canal anal, associado ou não a fissura anal, denotando uma perda significativa do componente cutâneo-mucoso do canal anal, a utilização de uma anoplastia com o uso de retalho ou enxerto, se faz necessária.

Naqueles casos em que o comprometimento do canal anal é mais externo, na margem anal, com pouca fibrose cicatricial no canal anal, utilizamos o método Y-V, descrito por Penn (1948) e popularizado por Nickell e Woodward (1972).

Naqueles casos em que a perda cutâneo-mucosa é representativa com componente de fibrose importante, e que é a maioria, utilizamos a técnica de duplo retalho cutâneo-mucoso descrita por Reis Neto (1975). Acreditamos que a utilização do duplo retalho, não só cutâneo, mas também da mucosa acima da linha pectínea, reconstitui assim a anatomia, melhorando a funcionalidade do canal anal, determinando melhores resultados. Temos realizado esta técnica com excelentes resultados.

#### 4. Caso o paciente fosse uma pessoa de mais de 70 anos, como você faria o diagnóstico diferencial com pectenose?

**(Flávio Antonio Qulici)**- A estenose anal cicatricial apresenta-se ao exame proctológico com características muito distintas da pectenose do canal anal. Foi Milles (1919) quem introduziu o conceito anatômico do *pécten* do canal anal ("pecten band"). Porém, foi Eisenhammer (1953) quem melhor o definiu: o *pécten* é formado pelas fibras mais distais do esfíncter anal interno (involuntário), onde se entrelaçam com as fibras do músculo longitudinal, na região da linha pectínea. Este anel muscular adentra o anoderma do canal anal e pode ser notado à palpação e ao toque retal. Vários processos inflamatórios ou traumáticos do canal anal podem ocasionar uma contração deste anel muscular, que quando se cronifica, apresenta uma diminuição do calibre anal, e é denominada de "pectenose". Seu tratamento é a dilatação, geralmente cirúrgica, através da esfínterectomia anal interna.

**(Alina Guimarães Quintanilha)** - O diagnóstico diferencial com pectenose seria feito através da anamnese e exame proctológico.

A fibrose na linha pectínea nesta faixa etária vem isolada, sem processo cicatricial de patologias prévias.

**(Peretz Capelhuchnik)** - Resumo histórico: *Pécten* - denominação dada por Stroud (1896). Estrutura situada abaixo da linha pectínea até a borda inferior do esfíncter interno.

*Pectenectomia* - ressecção do *pécten* para tratar fissura (Miles, 1939), mais tarde definido por Eisenhammer (1951) como sendo esfíncter interno.

*Pectenose* - termo inadequado e discutível. Definido por alguns como fibrose localizada na região da muscularis submucosa do ânus, envolvendo o esfíncter interno do paciente senil cujas causas podem ser: Trauma ou processo inflamatório crônico.

O tratamento no velho pode ser mais conservador de início (dilatações com velas de Hegar ou associados a esfínterectomia) pelo temor da incontinência. Se a resposta não for satisfatória, a plastia em Y deve ser utilizada.

**(Roberto Misici)** - Geralmente os pacientes mais idosos que não foram submetidos a operação orificial, mas fazem uso abusivo de laxantes, apresentam um ânus contraído, com uma hiperfibrose do septo interesfínteriano, e espasmo ao nível do anel anorretal. Apresentam um processo fibroso do *pécten* devido à própria idade que afeta o esfíncter interno e o ligamento de Parks caracterizando o quadro de pectose.

**(Francisco Aristofanes Coelho Sarmiento Filho)** - No paciente portador de pectenose, observamos a presença de um canal anal rígido, inextensível, com elasticidade comprometida, com presença de espasticidade e por vezes, verdadeira esclerose do esfíncter interno, com formação do verdadeiro "pecten band", decorrentes, por vezes, de um processo inflamatório crônico do canal anal (de longa duração, até décadas), ou mesmo diarreias crônicas ou uso crônico de catárticos,

o que caracteriza a pectenose. Estes casos poderiam ser de difícil diagnóstico diferencial com a estenose pós-traumática do idoso. A história clínica com antecedentes de cirurgia anorretal (mais frequentemente hemorroidectomia) associado ao início dos sintomas algum tempo após o procedimento cirúrgico, são elementos importantes para o diagnóstico diferencial. A alteração da anatomia do ânus e canal anal que ocorre na estenose pós-traumática, tomando o ânus o aspecto triangular (decorrente da ressecção dos três mamilos hemorroidários principais) colabora para a definição do diagnóstico neste caso.

##### 5. Alguém comentário a acrescentar?

**(Alina Guimarães Quintanilha)** - Este tipo de iatrogenia apresentado deve, ao meu ver, ser bem divulgado em nossos meios de comunicação, devido ao aumento de sua incidência na nossa área.

**(Roberto Misici)** - As estenoses pós-operatórias constituem uma seqüela freqüente da cirurgia anal, e, nos casos graves, são responsáveis por um cortejo sintomatológico invalidante para o paciente. Na maioria dos casos são devida a hemorroidectomias realizadas com ressecções excessivas da superfície cutâneo-mucosa de revestimento do tecido hemorroidário.

A disquesia severa caracteriza o sintoma básico nestes pacientes, como emissão de fezes filiformes e evacuações dolorosas.

As técnicas cirúrgicas corretivas disponíveis são múltiplas e conseguem bons resultados funcionais, todavia sempre inferiores àqueles obtidos com uma correta operação inicial. Ahamos que as operações orificiais, como também outros tipos de intervenções devem obedecer determinados preceitos como: O conhecimento da etiologia da doença, a indicação precisa operatória, obediência e tirocínio da técnica, respeitando as contra-indicações, e um rigoroso acompanhamento pós-operatório.

**(Francisco Aristofanes Coelho Sarmiento Filho)** - Gostaríamos de ressaltar dois aspectos da maior importância: 1. Oferecer apoio psicológico aos pacientes transmitindo segurança, tão necessária aos portadores de complicações cirúrgicas. 2. O profissional deve ser especialista e ter experiência com este tipo de cirurgia.

Alguns cuidados técnicos importantes neste tipo de procedimento são:

- Adequada limpeza do cólon distal.
- Antibioticoterapia pré e pós-operatória (24 hs).
- Ampla ressecção do tecido fibroso cicatricial.
- Esfincterotomia efetiva.
- Retalhos com o mínimo de 1 cm de largura e base ampla.
- Retalhos cuidadosamente dissecados, espessos, com preservação do subcutâneo e conseqüentemente boa irrigação.
- Hemostasia meticulosa.
- Sutura sem tensão, com fios finos, atraumáticos e absorvíveis (catgut 4.0 cromado ou vicryl 4.0).
- Área externa de drenagem.

Esta rodada de perguntas e respostas encerra esta sessão da **TRIBUNA LIVRE: COMO EU FAÇO**. Agradecemos novamente a inestimável colaboração dos colegas.

Este tema é bastante amplo e nossa intenção foi o de dar um rápido enfoque do tratamento da enfermidade em vários locais alcançados por nossa Sociedade.

Se você tem alguma opinião divergente ou gostaria de completar aquilo que foi aqui referido, escreva-nos.

Gostaríamos de ter sua participação efetiva e mais uma vez agradecer àqueles que de maneira tão rápida, gentil e extremamente concisa colaboraram para manter acesa conosco a chama desta **TRIBUNA**.

Novamente, o nosso fax: **(0192) 54-3839**. Participe.

Fernando Cordeiro