

ESFINCTEROTOMIA INTERNA LATERAL DIREITA POR VIA SUBCUTÂNEA NO TRATAMENTO DA FISSURA ANAL CRÔNICA. MODIFICAÇÃO TÉCNICA DA OPERAÇÃO DE RIBEIRO

JOSÉ EDUARDO DE AGUILAR-NASCIMENTO, TSBCP
CERVANTES CAPOROSSI
MARCELO SEPULVEDA MAGALHÃES FARIA

AGUILAR-NASCIMENTO JE, CAPOROSSI C & FARIA MSM - Esfincterotomia interna lateral direita por via subcutânea no tratamento da fissura anal crônica. Modificação técnica da operação de Ribeiro. *Rev bras Colo-Proct*, 1996; 16(4): 192-195

RESUMO: São apresentados os resultados de 114 pacientes portadores de fissura anal crônica, submetidos a esfincterotomia interna lateral direita por via subcutânea através de uma modificação da operação original de Ribeiro. Não houve mortalidade e a taxa de complicações foi de 6,1% (sete casos). Em seis pacientes (5,2%), os sintomas permaneceram e não ocorreu cicatrização da fissura anal. Nos restantes (108 casos, 94,8%), a operação obteve êxito e ocorreu a cicatrização da fissura em poucas semanas. A esfincterotomia interna lateral direita por via subcutânea realizada pela modificação técnica apresenta da apresentou, portanto, altos índices de resolubilidade e baixo número de complicações ou insucesso e por isso, pode ser recomendada no tratamento da fissura anal crônica.

UNITERMOS: fissura anal; técnica operatória

A fissura anal crônica é uma patologia bastante frequente nos ambulatórios de colo-proctologia. Geralmente são pequenas em comprimento, únicas, superficiais e, no entanto, causam grande sofrimento ao paciente. Sua etiologia é muito pouco entendida, porém, acredita-se que a hipertonia do canal anal e o trauma local sejam os fatores mais importantes na sua gênese⁽⁴⁾. Além destes, tem-se discutido na literatura mais recente, o papel da isquemia tecidual como fator coadjuvante na etiopatogenia da doença (8, 12). O tratamento clínico geralmente é ineficaz embora, recentemente, o uso local da toxina botulínica^(7, 17) e da nitroglicerina tópica^(5, 17) tenham apresentado resultados satisfatórios. Dessa forma, o tratamento cirúrgico parece ser a melhor opção.

Ao longo dos anos, o tratamento cirúrgico tem sido conduzido no sentido de se tentar aliviar a pressão no canal anal. Récamier, em 1829, propôs a dilatação do canal anal e Miles, em 1939, acreditando na existência de um anel fibroso que impedia a dilatação do canal anal, propôs a "pectenotomia"

no tratamento cirúrgico da fissura anal (4). Devemos a Oliveira e Maffei, em 1942, a demonstração da participação do esfíncter interno do ânus na fisiopatologia da fissura anal⁽¹³⁾. Posteriormente, Eisenhammer confirmou esse achado e o divulgou na língua inglesa⁽²⁾. O acesso ao esfíncter interno por via subcutânea foi primeiramente proposto por Ribeiro em 1958⁽¹⁶⁾ e popularizado mais tarde pela técnica descrita por Notaras^(10, 11). Algumas modificações técnicas da operação de Ribeiro têm sido propostas entre nós, no sentido de facilitar o procedimento e auferir melhores resultados^(1, 3). O objetivo deste trabalho é o de apresentar os resultados da esfincterotomia subcutânea interna lateral direita por meio de uma outra modificação técnica a partir da operação original descrita por Ribeiro.

PACIENTES E MÉTODOS

Foram operados 114 pacientes consecutivos no período compreendido entre 1990 e 1995, sendo 73 casos (64%) do sexo feminino e 41 (36%) do masculino. A idade variou de 13 a 82 anos (média = 38 anos). As lesões eram únicas em 107 pacientes (93,5%) e duplas em sete (6,5%). Quanto a localização, em 70 casos (61,5%) elas eram posteriores, em 37 (32%) eram anteriores e em sete (6,5%), eram de localização dupla, anterior e posterior. O pré-operatório consistiu apenas do jejum oral e a tricotomia quando necessária era realizada com o paciente na mesa operatória, após a anestesia.

Técnica

A esfincterotomia interna foi realizada isoladamente ou associada a exérese de plicomas e/ou papilectomia quando havia plicoma ou papila anal exuberantes. Em 81 pacientes (71%), a anestesia foi por bloqueio subdural e em 33 pacientes (29%), o procedimento foi realizado com anestésico local acrescido de adrenalina na diluição de 1:200000. Os pacientes foram operados em posição ginecológica forçada (100 casos, 88%) ou na posição lateral esquerda (14 casos, 12%) com os joelhos fletidos (posição de Sims). A esfincterotomia interna era realizada por meio de uma incisão verti-

cal, levemente arqueada, paralela ao orifício anal, de aproximadamente 0,5 a 1 cm interessando pele e tecido celular subcutâneo, na posição lateral direita e na linha média. Através dessa incisão, o esfíncter interno era encontrado e dissecado na extensão aproximada de 1 cm, individualizando-o da mucosa do canal anal e do espaço interesfincteriano. A seguir, tracionava-se o músculo liso pela sua apreensão com uma pinça de Allis. Com a tração exercida, o esfíncter emergia através da incisão e então, sob visão direta, o mesmo era seccionado com tesoura numa extensão aproximada de 1 cm (Figs. 1 e 2). Um toque retal era realizado no tempo seguinte com o objetivo de se sentir pela polpa digital, a deformidade em V criada no canal anal pela esfínterectomia. A ferida era deixada aberta ou era suturada com um ponto único de fio de catgut cromado 3-0. A alta normalmente ocorria logo após a operação ou no máximo, no dia seguinte. Não eram usados antibióticos, porém prescrevia-se antiinflamatórios e analgésicos para os primeiros dias e mucilídeos por 30 a 60 dias. Os pacientes foram vistos semanalmente sendo dispensados de seguimento no momento que se constatava a cicatrização da fissura. O tempo médio de seguimento foi de quatro semanas (duas a sete semanas).

RESULTADOS

Não houve mortalidade. Sete pacientes (6,1%) apresentaram complicações sendo necessário reintervenções em nível ambulatorial ou hospitalar. Um paciente apresentou hemorragia e três outros apresentaram coleções de sangue ou pus que necessitaram hemostasia ou drenagem, sem necessidade de internação. Outros três pacientes foram reoperados: um devido à perfuração da mucosa e conseqüente formação de uma fístula subcutânea e outros dois apresentaram prolapso hemorroidário agudo e foram, por isso, submetidos a hemorroidectomia. Seis pacientes (5,2%) apresentaram continuidade de seus sintomas devido a não cicatrização da fissura. Dois deles foram novamente reoperados e desta vez realizou-se a fissurectomia e uma ampliação da esfínterectomia com bons resultados em apenas um deles. Nenhum paciente queixou-se de alterações de sua continência.

DISCUSSÃO

A esfínterectomia interna tem sido preconizada como tratamento de escolha na fissura anal crônica^(1-4, 6, 9-11, 16, 17). Os resultados existentes na literatura e os observados nesta série apóiam essa afirmativa. Uma das grandes vantagens desta operação é o fato de se poder realizá-la com anestesia local, dispensando a internação e reduzindo custos. Na nossa casuística, em 30% dos casos a operação foi realizada em nível ambulatorial e com a segurança adquirida, essa tem sido a anestesia de eleição nos últimos casos. Uma outra vantagem da anestesia local em relação ao bloqueio seria a manutenção do tônus esfínteriano, facilitando sobremaneira o seu encontro e individualização.

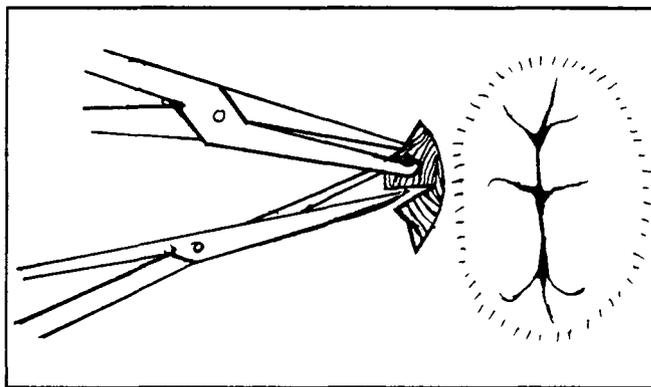


Fig. 1 - Incisão subcutânea na linha média à direita seguida da exposição e secção do músculo esfíncter interno com pinça de Allis e tesoura.

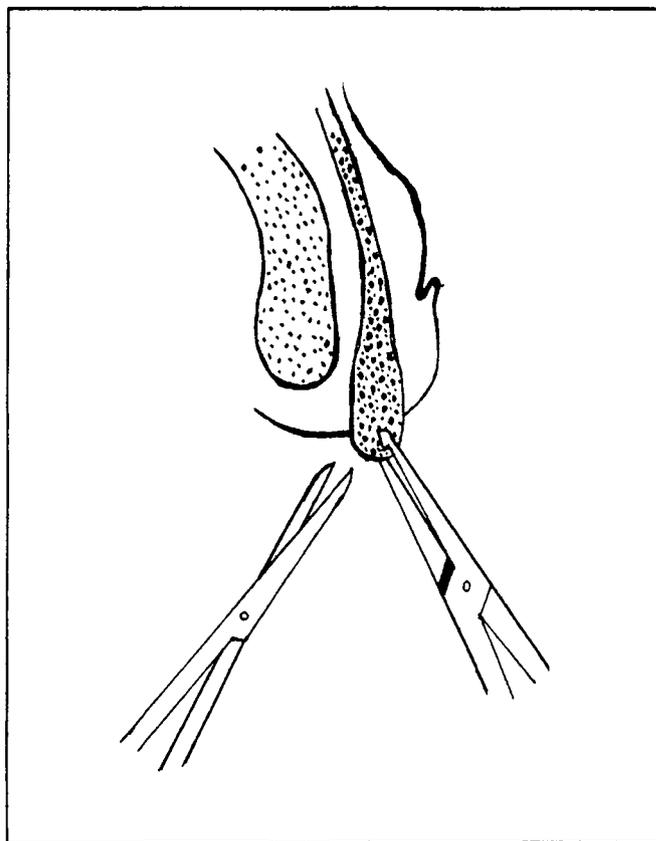


Fig. 2 - Esquema da operação em corte sagital.

Até meados desse século, a esfínterectomia era preconizada na região posterior do canal anal, porém a secção muscular nessa localização está relacionada com pequenas alterações anatômicas e funcionais. Por isso, o acesso ao esfíncter interno fora das comissuras anterior e posterior tem tido melhor aceitação^(3, 6). Notaras popularizou uma técnica bastante simples de se realizar a secção do esfíncter interno pela introdução às cegas de um bisturi de lâmina estreita^(10, 11). A maior desvantagem dessa técnica é a possibilidade de lesão esfínteriana inadvertida pela não visão do esfíncter interno no momento da secção. A técnica descrita entre nós, por Ribeiro, em 1958⁽¹⁶⁾, e posteriormente modificada por Barone e Matos⁽¹⁾, tem a vantagem de realizar a esfínterectomia sob

visão direta e teoricamente com menor chance de lesão do esfínter externo. No entanto, há necessidade de uma transpiração do esfínter interno às cegas ou de se ampliar a incisão em direção ao canal anal para melhor visualização do esfínter interno. Também na literatura nacional, Fraiha e col.⁽³⁾ apresentaram uma modificação técnica que consiste numa incisão no quadrante posterior esquerdo de 2 cm seguida da identificação e secção do esfínter interno até a linha pectínea. A modificação ora apresentada permite, após a tração do esfínter com uma pinça de Allis, que a secção do esfínter também se faça sob visão direta, sem necessidade de transfixação às cegas do aparelho esfínteriano com tentacânulas ou pinça curva, e por conseguinte com maior segurança. Ao permitir a realização completa do procedimento apenas com uma pequena incisão de pele garante um pós-operatório com menor dor do que quando ocorre prolongamento da incisão em direção à linha pectínea. Uma menor secção do esfínter, nunca superior a um centímetro, conferiu uma ótima taxa de cicatrização da fissura e nenhum registro de incontinência nos pacientes estudados.

A maioria dos autores confirmam a existência de pressões elevadas no canal anal em pacientes portadores de fissura anal^(4, 14, 15). Essa pressão retorna ao normal depois da realização da esfínterotomia e paralelamente, os sintomas desaparecem com a cicatrização da fissura^(9, 15). Entretanto, um pequeno número de pacientes permanece com a fissura a despeito da esfínterotomia e as razões para isso são muito pouco entendidas. Nessas situações, a ressecção da fissura, uma nova esfínterotomia ou a rotação de retalho cutâneo^(6, 12) podem estar indicados. Os índices de recidiva com esta modificação técnica não diferiram das taxas anteriormente relatadas. Na literatura, após a esfínterotomia interna, a recorrência ou não cicatrização da fissura ocorre geralmente em torno de 0 a 29% dos casos, porém geralmente em torno de 1 a 6%^(4, 6). Dos seis pacientes com recidiva, apenas dois foram novamente reoperados, e em apenas um, nova esfínterotomia foi eficaz. Isso sugere que a hipertonia esfínteriana talvez não seja o único fator importante na gênese da úlcera fissurária. Aparentemente, outros fatores estão implicados na cronicidade do processo e merecem atenção através de novas pesquisas.

Não observamos qualquer queixa relacionada com alterações da continência no pós-operatório. Notaras⁽¹⁰⁾ ao divulgar sua técnica, e posteriormente com uma casuística maior⁽¹¹⁾, apresentou uma incidência de 6 e 9% de alterações da continência em seus pacientes. Barone e Matos⁽¹⁾, em 217 casos operados sendo 148 pela técnica de Ribeiro e 69 com a modificação por eles proposta, observaram apenas três casos (1,4%) com alterações mínimas da continência que desapareceram com o tempo. Em grandes séries, essas alterações mínimas de continência variam de 0 a 35% dos casos, porém na grande maioria dos artigos essa taxa é nula ou próxima disso⁽¹⁷⁾.

Três pacientes apresentaram coleções que necessitaram drenagem ambulatorial no pós-operatório recente. Essas

complicações parecem estar relacionadas ao fechamento da pele seguida de coleção de sangue no espaço dissecado que pode favorecer a infecção^(1, 3). Provavelmente, uma hemostasia mais rigorosa também teria contribuído para evitar essa evolução. Em muitos casos de fissura anal, a dor referida pelo paciente impede o exame proctológico completo e, dessa maneira, hemorróidas internas podem não ser diagnosticadas^(1, 4). Com a esfínterotomia, hemorróidas de 3º grau podem sofrer prolapso e ocasionar desconforto e dor no pós-operatório. Em dois pacientes, pudemos verificar essa complicação e, em ambos, houve necessidade de uma hemorroidectomia para a correção. Durante a realização da esfínterotomia por via subcutânea, vários autores chamam a atenção para a perfuração inadvertida da mucosa e, por conseguinte, a formação de um trajeto fistuloso^(1, 3). Um paciente desta série apresentou essa complicação, sendo a correção bastante fácil, por se tratar de uma fistula superficial, sem envolvimento esfínteriano.

A esfínterotomia interna lateral direita por via subcutânea realizada pela modificação técnica apresentada apresentou, portanto, altos índices de resolubilidade e baixo número de complicações ou insucesso, proporcionando um pós-operatório simples e pouco incomodativo para o paciente. Além disso, é um procedimento que pode ser bem realizado por via ambulatorial. Dessa maneira, os bons resultados verificados permitem a recomendação dessa operação no tratamento da fissura anal crônica.

AGUILAR-NASCIMENTO JE, CAPOROSI C & FARIA MSM - Right lateral internal subcutaneous sphincterotomy in the treatment of chronic anal fissure. A technical modification of the Ribeiro's operation.

SUMMARY: The results following right lateral internal subcutaneous sphincterotomy by a modification of the original operation described by Ribeiro in 114 patients with chronic anal fissure are presented. There was no mortality and the complication rate was 6.1% (7 cases). Healing of the fissure was observed in 108 patients (94.8%) in the following weeks postoperatively but failure occurred in six patients (5.2%). The overall results show a high percentage of fissure healing and low rate of complications. Thus, the authors recommend the operation in the treatment of chronic anal fissure.

KEY WORDS: anal fissure; operative technique

REFERÊNCIAS

1. Barone B, Mattos D. Esfínterotomia lateral subcutânea, modificação da técnica operatória original. Rev bras Colo-Proct 1987; 7: 74-5.
2. Eisenhammer S. The evaluation of the internal anal sphincterotomy operation with special reference to anal fissure. Surg Gynecol Obstet 1959; 109: 583-90.
3. Fraiha A, Habr-Gama A, Verani E, Goffi FS. Esfínterotomia lateral no tratamento da fissura anal. Técnica e resultados. Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo 1975; 30: 161-4.
4. Goligher JC. Surgery of the anus, rectum and colon. 3ª Ed., Ed. Baillière Tindall, Londres, UK, 1975: 1164.

5. Gorfine SR. Treatment of benign anal disease with topical nitroglycerin. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 453-6.
6. Hawley PR. The treatment of chronic fissure-in-ano. *Br J Surg* 1969; 56: 915-8.
7. Jost WH, Schimrigk K. Therapy of anal fissure using botulin toxin. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 1321-4.
8. Leong AF, Seow-Choen F. Lateral spincterotomy compared with anal advancement flap for chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 69-71.
9. Marby M, Alexander-Williams J, Buchmann P, Arabi Y, Kappas A, Minervini S, Gatehouse D, Keighley MR. A randomized controlled trial to compare anal dilatation with lateral subcutaneous sphincterotomy for anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1979; 22: 308-11.
10. Notaras MJ. Lateral subcutaneous sphincterotomy for anal fissure. A new technique. *Proc Roy Soc Med* 1969; 62: 713.
11. Notaras MJ. The treatment of anal fissure by lateral subcutaneous internal sphincterotomy. A technique and results. *Br J Surg* 1971; 58: 96-100.
12. Nyam DC, Wilson RG, Stewart KJ, Farouk R, Bartolo DC. Island advancement flaps in the management of anal fissures. *Br J Surg* 1995; 82: 326-8.
13. Oliveira E, Maffei WE. Pecten: pectenosis, sua relação com as pequenas lesões do canal anal. *Rev Gastroenterol. S Paulo* 1942; 5: 7-15.
14. Prohm P, Bonner C. Is manometry essential for surgery of chronic fissure-in-ano? *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 735-8.
15. 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 esfincterotomia lateral interna. *Rev bras Colo-Proct* 1990; 10: 126-133.
16. Ribeiro MC. Esfincterotomia subcutânea-mucosa no tratamento da fissura anal. Técnica original. *Rev Med Cir S. Paulo* 1958; 18: 399-416.
17. Sharp FR. Patient selection and treatment modalities for chronic anal fissure. *Am J Surg* 1996; 171: 512-5

Endereço para correspondência:
José Eduardo de Aguiar-Nascimento
Rua das Margaridas, 426 - Jd. Cuiabá
78020-230 - Cuiabá - MT