

**FERNANDO CORDEIRO, TSBCP**  
**WILMAR ARTUR KLUG, TSBCP**  
**SYLVIO FIGUEIREDO BOCCHINI, TSBCP**  
**SANDRA PEDROSO DE MORAES, TSBCP**  
**MAURO DE SOUZA LEITE PINHO, TSBCP**

---

CORDEIRO F, KLUG WA, BOCCHINI SF, MORAES SP & PINHO MSL - Tribuna livre: Como eu faço. *Rev bras Colo-Proct*, 1997; 17(1): 74-76

---

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.

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: (0192) 54-3839 ou E.mail: [scut@lexxa.com.br](mailto:scut@lexxa.com.br).

O tema desta edição será **CIRURGIA ORIFICAL AMBULATORIAL** e contamos com a colaboração de quatro membros titulares da nossa Sociedade:

1. Wilmar Artur Klug TSBCP - SP
2. Sylvio Figueiredo Bocchini TSBCP - SP
3. Sandra Pedroso de Moraes TSBCP - SP
4. Mauro de Souza Leite Pinho TSBCP - SC

**1. Você faz cirurgia orifical ambulatorialmente? Em seu próprio consultório ou em meio hospitalar? Dispõem de instalação exclusiva para este fim?**

(**Wilmar Artur Klug**) - Há uma série de procedimentos que com frequência executo ambulatorialmente, com anestesia local ou bloqueio, em especial os de menor porte. Executo-os em salas para pequena cirurgia no hospital próximo ao consultório, a meu ver preferível do que executar na própria clínica, mesmo usando anestesia local.

(**Sylvio Figueiredo Bocchini**) - Não.

(**Sandra Pedroso de Moraes**) - Sim, no consultório realizamos as cirurgias com pequenas doses de anestésicos locais, em sala montada para essa finalidade. Porém, a grande

maioria dos nossos pacientes são operados em ambiente hospitalar que foi estruturado para cirurgia ambulatorial de acordo com as nossas necessidades.

(**Mauro de Souza Leite Pinho**) - Sim, e minha tendência é fazê-la cada vez mais, sempre em meio hospitalar. Não faço procedimentos cirúrgicos em consultório por não dispor de um centro cirúrgico, com recursos anestésicos, sala de recuperação, etc. Na verdade, parece-me importante destacar que por procedimento ambulatorial devemos considerar aquelas operações nas quais o paciente tem alta para residência no mesmo dia. Isto não quer dizer que devemos adaptar a forma de realização do procedimento cirúrgico ou anestésico, comprometendo o conforto do cirurgião ou do paciente.

**2. Caso não o faça, existe um motivo que o levou a não trabalhar ambulatorialmente ou apenas falta de oportunidade? Caso realize, quais foram os motivos que fizeram praticar tal procedimento?**

(**Wilmar Artur Klug**) - Com o tempo houve progressiva diminuição do período de internação e simplificação nos cuidados pós-operatórios, além de melhor técnica na execução dos procedimentos proctológicos, com o que diminuiu o índice de complicações. Assim, o pós-operatório passou a ser ambulatorial, com alta imediata ou repouso de poucas horas. Em muitos países esta orientação é evitada, mantendo o doente internado até completa recuperação. As razões da alta precoce estão também relacionadas a custos menores para pacientes e convênios, embora com responsabilidade aumentada para o médico que dispensa o paciente.

(**Sylvio Figueiredo Bocchini**) - Nunca tive muito entusiasmo pela cirurgia ambulatorial, em função de: a) Em fase inicial de minha atividade profissional, seguindo a orientação do saudoso mestre Valdomiro Nunes, utilizava a anestesia local. Os doentes, com frequência, ficavam bastante tensos, contraídos e ansiosos, reclamando da dor da picada e ao final do ato cirúrgico, era comum a queixa de desconforto da posição (litotomia) e mesmo dores ou câimbras nas pernas. Para contornar essa situação, aplicava-se potente pré-anestésico, que induzia a sono profundo, motivando permanência hospitalar por um dia inteiro. b) Frequência de complicações no pós-operatório imediato: retenção urinária com necessidade de cateterismo vesical de alívio, dor intensa e não raro, sangramento na primeira evacuação, motivando

grande ansiedade no doente. c) Sinceramente, nunca notei desejo dos doentes saírem de alta, logo após a cirurgia. Pelo contrário, a minha impressão é de que até preferem passar a primeira noite no hospital. Em se tratando de doentes de menor condição social, o transporte, a comunicação com o médico, a distância entre o centro hospitalar e a residência, requerem infra-estrutura muito bem montada e dispendiosa.

**(Sandra Pedroso de Moraes)** - A cirurgia ambulatorial é imprescindível na atualidade. Tem custo menor, diminui os riscos de infecção hospitalar e a maioria dos pacientes encontra em seu lar, maior conforto e cuidados que favorecem a rápida recuperação pós-operatória.

### 3. Quais as cirurgias orificiais seriam as mais indicadas para serem realizadas ambulatorialmente? Uso de anestesia local ou bloqueio?

**(Wilmar Artur Klug)** - Em ordem de frequência: trombose hemorroidária externa, drenagem de abscesso, cauterização de condiloma, hemorroidectomia, esfínterectomia interna e fistulomia.

A anestesia é local ou por bloqueio, de acordo com o caso. Bloqueio é mais bem aceito pelos pacientes. Ao usá-lo a alta transfere-se para após a recuperação das funções fisiológicas.

**(Sylvio Figueiredo Bocchini)** - As cirurgias passíveis de cirurgia ambulatorial são: fissura anal, fístulas superficiais e exérese de plicomas. Preferência pela anestesia local.

**(Sandra Pedroso de Moraes)** - Realizamos, rotineiramente, cirurgia ambulatorial para o tratamento de doença hemorroidária, fissura anal, ressecção de grandes papilas hipertróficas, abscessos e fístulas anorretais não profundas. Para as três primeiras, utilizamos anestesia local. Entretanto, quando o paciente apresenta múltiplos mamilos hemorroidários ou a associação destes com fissura, preferimos o bloqueio peridural que permite abordagem sem dor e com resultados estéticos melhores. Os abscessos e fístulas anorretais sempre são tratados sob bloqueio.

**(Mauro de Souza Leite Pinho)** - O critério que uso para definir se o paciente terá alta no mesmo dia ou não, refere-se ao desconforto esperado no pós-operatório imediato ou ao risco de complicações como sangramento ou deiscências de suturas. Assim sendo, operações que acarretam em pequenas incisões como fissura anal, mamilos hemorroidários únicos, papila hipertrófica, fístulas com trajetos superficiais e cisto pilonidal não complicado são hoje realizadas em sua maioria em caráter ambulatorial. Pacientes submetidos a operações que impliquem em incisões maiores e maior dor pós-operatória como hemorroidectomia clássica com três mamilos volumosos e fístulas anais profundas usualmente permanecem internados durante uma noite, tendo alta na manhã seguinte.

Quanto à anestesia, atualmente eu busco no momento da marcação da cirurgia definir em qual dos grupos de procedimentos anestésicos aquele paciente se encaixa:

- Anestesia local simples: utilizada em praticamente todos os casos de cisto pilonidal e exérese de pequenas lesões perianais;

- Anestesia local assistida pelo anestesista (sedação venosa ou sob máscara): indicada nas operações anorretais cuja curta duração e pequena extensão de ferida cirúrgica sejam inequívocas, como fissura anal, exérese de mamilo hemorroidário único ou plicoma, papilas anais hipertróficas e pequenas fístulas perianais com trajeto superficial e bem definido. Este tipo de anestesia apresenta a grande vantagem da simplificação dos procedimentos anestésicos e de recuperação, facilitando sobremaneira a alta do paciente logo após a pronta recuperação de seu nível de consciência.

- Anestesia peridural ou raqueanestesia: indicada nas operações anorretais de maior duração e manipulação local, como a hemorroidectomia com três mamilos volumosos ou nos casos em que a real extensão do procedimento seja imprevisível, como a exploração de trajetos fistulosos não definidos, esfínteroplastias, anoplastias, etc. A utilização destes bloqueios anestésicos contra-indica ocasionalmente per se a alta do paciente no mesmo dia, particularmente em operações realizadas à tarde, pois necessitam de algumas horas para a recuperação completa pós-anestésica. Nestes casos, quando há expectativa de dar-se alta para o paciente no mesmo dia, devemos avisar previamente ao anestesista para evitar o uso de morfina ou outras drogas associadas no bloqueio, devido à elevada incidência de retenção urinária pós-operatória observada.

### 4. Já vivenciou alguma complicação mais importante? Qual? Como proceder em tais situações?

**(Wilmar Artur Klug)** - Não houve, mas é necessário critério para saber qual paciente é susceptível de alta imediata ou muito precoce.

**(Sylvio Figueiredo Bocchini)** - Complicações? Sim. Pós-hemorroidectomia. Síndrome de Fournier gravíssima, que requereu desbridamento extenso, exposição de testículo, colostomia e câmara hiperbárica. O doente permaneceu internado por mais de 60 dias. A extensão da complicação, provavelmente relacionou-se com a demora, por motivos óbvios, em procurar o centro médico.

**(Sandra Pedroso de Moraes)** - Não tivemos complicação grave. No nosso serviço particular, de 500 pacientes operados ambulatorialmente. Somente 01 paciente apresentou episódios intermitentes de sangramento à partir do 3º dia pós-operatório, necessitando ligadura do vaso sob anestesia local, com boa evolução. Outros dois pacientes apresentaram cefalias após acidente de punção peridural e foram tratados com analgésicos.

(**Mauro de Souza Leite Pinho**) - Não. Há mais de dez anos realizo frequentemente operações anorretais em caráter ambulatorial e não me recordo no momento de qualquer complicação maior relacionada à alta precoce do paciente.

##### 5. Algum comentário a acrescentar?

(**Sylvio Figueiredo Bocchini**) - Com a tendência atual em processar médico, por qualquer resultado menos favorável, supondo, omissão de socorro, erro médico, etc., parece-me até temerária a prática do método.

(**Sandra Pedroso de Moraes**) - As vantagens da cirurgia ambulatorial são indiscutíveis. Progressivamente, maior número de pacientes tem sido beneficiados com essa modalidade de tratamento. Atualmente, restringimos a internação hospitalar a pacientes idosos com doenças sistêmicas graves e aqueles que vem em situações precárias, sem mínimas condições de cuidados pós-operatórios no ambiente domiciliar.

(**Mauro de Souza Leite Pinho**) - Sim. Parece-me importante ressaltar que alguns fatores são fundamentais para a indicação dos procedimentos ambulatoriais, quais sejam:

- boas condições gerais do paciente;
- domicílio a uma distância conveniente do hospital e facilidade de acesso;
- orientações rigorosas quanto à analgesia e cuidados com feridas operatórias;

- presença de acompanhante no momento da alta hospitalar;

Preenchidos estes critérios, os procedimentos anorretais ambulatoriais podem ser realizados com grande segurança, representando um grande benefício para simplificar o ato cirúrgico como um todo, inclusive gerando menor ansiedade ao paciente pela falta de perspectiva de internação. Na verdade, acredito que até hoje grande parte das operações anorretais são realizadas em caráter de internação muito mais por uma questão anestésica do que pela complexidade do ato cirúrgico em si. É preciso deixar bastante claro que procedimentos ambulatoriais podem ser realizados com o mesmo conforto anestésico que oferecemos aos pacientes internados.

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 amplo e nossa intenção é a 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 é: (0192) 54-3839 e E. mail: [scut@lexxa.com.br](mailto:scut@lexxa.com.br). Participe.

Fernando Cordeiro.