

HEMORROIDECTOMIA PELA TÉCNICA FECHADA (Técnica de Sokol). Análise de 322 doentes.

MARCELO RODRIGUES BORBA, TSBCP
CARLOS WALTER SOBRADO JR, TSBCP
SAUL SOKOL, HSBCP

BORBA MR, SOBRADO JR. CWS & SOKOL S - Hemorroidectomia pela técnica fechada (Técnica de Sokol). Análise de 322 doentes. *Rev bras Colo-Proct*, 1997; 17(2): 98-100

RESUMO: Os autores apresentam técnica de hemorroidectomia para ser utilizada naqueles casos de grandes mamilos hemorroidários associados a extensos plicomas anais. Com esta técnica evitam-se as grandes retiradas de pele perianal, que podem ser responsáveis por dor mais intensa no pós-operatório, tempo de cicatrização prolongado, assim como a estenose anal. A técnica consiste em ressecção completa do mamilo hemorroidário, preservando-se parcialmente o plicoma anal, que será posteriormente utilizado para cobrir a ferida cirúrgica, diminuindo deste modo a tensão sobre as suturas e conseqüentemente reduzindo o risco de subestenose ou estenose anal. São apresentados os resultados de 322 doentes submetidos a cirurgia por esta técnica cirúrgica. Não ocorreu mortalidade e a morbidade foi de 16,7%, dos quais a grande maioria foi tratada clinicamente, sendo que apenas um necessitou de cirurgia em razão de hemorragia. Os pacientes não necessitaram de dilatação pós-operatória, a dor foi de pequena intensidade, não ocorreram estenose ou incontinência anal permanente e os resultados foram excelentes em 96% dos doentes

UNITERMOS: hemorróidas; cirurgia; técnica fechada

Hemorróidas são estruturas normais da anatomia humana, necessitando tratamento apenas quando sintomáticas.^(1,2)

Diferentes formas de tratamento são utilizadas no tratamento da doença hemorroidária, sendo a modalidade cirúrgica reservada para aqueles casos que não melhoram com o tratamento clínico ou quando estão presentes grandes mamilos hemorroidários (grau III e IV) com extensos plicomas anais.⁽²⁻⁵⁾

Em muitos desses doentes são necessárias ressecções alargadas da pele produzindo extensas e dolorosas feridas com conseqüente demora na cicatrização. Para abreviar este problema temos realizado hemorroidectomias amplas com ressecção parcial do plicoma anal, sendo a pele residual utilizada posteriormente para a cobertura da ferida cirúrgica,

diminuindo deste modo a tensão sobre as suturas e conseqüentemente as complicações.

Os autores descrevem a técnica e apresentam os resultados observados em 322 doentes.

MATERIAL E MÉTODOS

Trezentos e vinte e dois doentes foram submetidos a hemorroidectomia no período de 1975 a 1994, com seguimento ambulatorial regular.

193 eram do sexo masculino (59,9%) e 129 do sexo feminino (40,1%). A idade variou de 22 a 80 anos sendo a média de 51 anos.

Os principais sintomas foram:

Sangramento	265	82,2%
Prolapso	263	81,6%
Dor	193	59,9%
Prurido	110	34,1%
Escape fecal (Soiling)	93	28,8%
Outros	3	0,9%

Todos os pacientes eram portadores de doença hemorroidária Grau III ou IV e 85 (26,1%) tinham outra doença associada (Tabela 1).

Todas as operações foram realizadas em centro cirúrgico com alta hospitalar no mesmo dia entre 4 e 10 horas após o término do procedimento.

Tabela 1 - Doenças Associadas

Diagnóstico	Nº de Pacientes	%
Fissura Anal	56	17,3
Fístula Anal	18	5,5
Papila Hipertrófica	3	0,9
Retoccele	3	0,9
Condiloma Anal	2	0,6
Candidíase Anal	2	0,6
Estenose Anal	1	0,3
Total	85	26,1

TÉCNICA CIRÚRGICA

A anestesia utilizada na grande maioria dos casos (98%) foi a anestesia geral, sendo a anestesia do tipo bloqueio loco-regional usada nos restantes. Após a indução anestésica o paciente é colocado na posição de canivete (Jackknife position), ou seja, em decúbito ventral horizontal com leve flexão das pernas sobre o tronco.

O afastador de Faensler é então introduzido no ânus após toque digital suave e deste modo expõe-se o canal anal com os mamilos hemorroidários.

Inicialmente uma sutura de ácido poliglicólico 000 é feita na base do mamilo hemorroidário (pedículo), deixando o fio reparado que será utilizado em posterior sutura para fechamento da ferida operatória.

O retalho mucocutâneo, de formato triangular, é incisado com bisturi de lâmina nº 10, incluindo as hemorróidas e a face interna do plicoma (Figura 1).

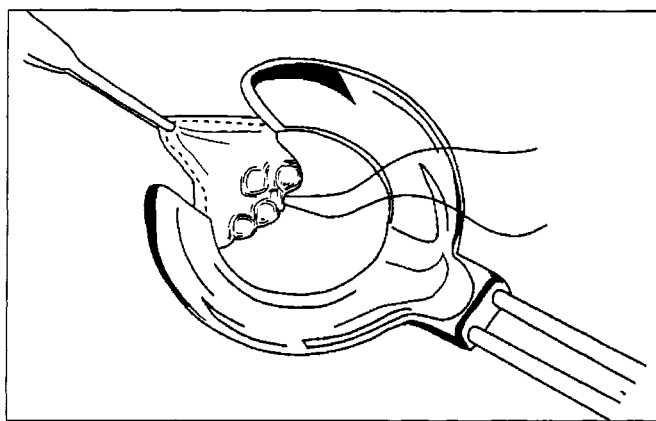


Fig.1 - Colocação de afastador de FAENSLER; ligadura do pedículo hemorroidário e retirada de retalho triangular mucoso com tração da pele com pinça de Allis.

As hemorróidas são então dissecadas com tesouras, separando-as da musculatura esfinteriana, o espécime é seccionado a aproximadamente 0,5 cm acima da sutura inicial com ácido poliglicólico 000 (ponta do pedículo hemorroidário). (Figura 2).

Então o triângulo da pele residual é colocado sobre a área cruenta, sendo suturadas suas bordas com ácido poliglicólico 000, em sutura contínua. (Figuras 3 e 4).

Ocasionalmente é retirado o excesso de pele quando o plicoma é muito grande.

Esta técnica pode ser utilizada em 3 ou 4 mamilos hemorroidários conforme necessário.

Esfincterotomia interna lateral não é procedimento de rotina, foi feita apenas quando havia fissura crônica associada e nos casos de hipertonia esfinteriana evidente.

Todos os pacientes foram submetidos a ressecção dos mamilos hemorroidários pelo mesmo cirurgião(SS).

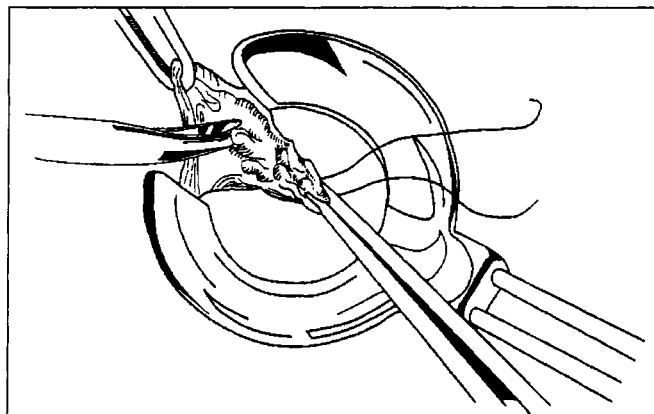


Fig. 2 - Dissecção cuidadosa do retalho mucoso do plano muscular esfinteriano com tesoura.

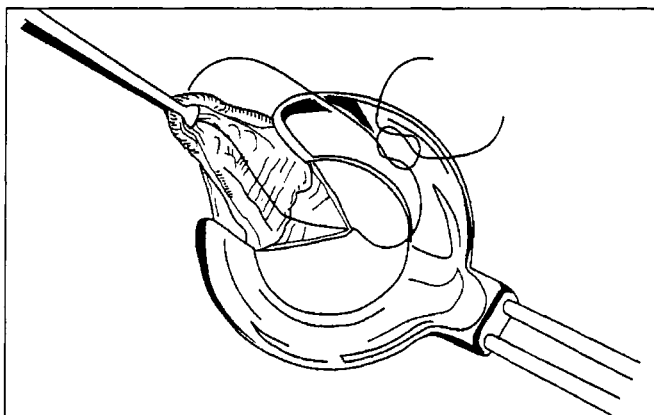


Fig. 3 - Sutura com fio de poliglactina 000 do vértice do triângulo com a pele remanescente do plicoma anal.

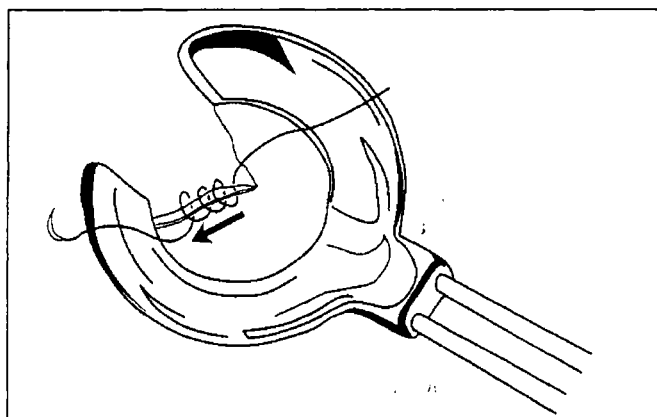


Fig. 4 - Sutura das bordas laterais de pele e mucosa com poliglactina 000

RESULTADOS

Dos trezentos e vinte e dois doentes submetidos a hemorroidectomia, não ocorreu mortalidade e a morbidade foi baixa conforme exposto na tabela a seguir.

Tabela 2 - Hemorroidectomia - Técnica Fechada

Complicações pós-operatórias	Número de pacientes	%
Dor severa	14	4,3%
Plicoma residual	14	4,3%
Retenção urinária	11	3,4%
Infecção	9	2,8%
Hemorragia	2	0,6%
Subestenose	2	0,6%
Incontinência para gases	1	0,3%
Hematoma	1	0,3%
Total	54	16,7

Dor intensa foi observada em 14 doentes (4,3%) que necessitaram de analgesia parenteral.

Quatorze doentes (4,3%) desenvolveram plicoma residual, porém mantiveram-se assintomáticos.

Retenção urinária que necessitou de sondagem vesical foi observada em 11 doentes (3,4%).

Infecção da ferida com deiscência da sutura ocorreu em 2,8% dos doentes sendo tratados clinicamente com cuidados locais e antibióticos.

Dos dois doentes que apresentaram sangramento importante no pós-operatório, um cessou espontaneamente e outro requereu cirurgia para hemostasia.

Dois pacientes (0,6%) tiveram subestenose anal, sendo desnecessária cirurgia, obtendo melhora apenas com o toque digital.

Em 1 paciente (0,3%) houve incontinência a gases que regrediu após 2 meses.

O paciente que teve hematoma da ferida foi tratado apenas com medidas locais, com boa evolução.

DISCUSSÃO

A doença hemorroidária é sem dúvida uma das principais afecções proctológicas que leva o doente a procurar atendimento médico. Na América do Norte acomete mais de um milhão de pessoas por ano⁽³⁾.

Medidas clínicas conservadoras tais como dieta rica em fibras, líquidos em abundância, associadas a cuidados locais (banhos de assento, pomadas anestésicas e antiinflamatórias e a abolição do papel higiênico) juntamente com outras terapêuticas ambulatoriais (escleroterapia, ligadura elástica e fotocoagulação) estão indicadas na grande maioria dos doentes, sendo o tratamento cirúrgico reservado para menos de 10% dos casos⁽³⁾.

Portanto, a excisão cirúrgica fica restrita às hemorroidas sintomáticas de III e IV graus, assim como às do II grau refratárias a outras medidas terapêuticas.

A hemorroidectomia pode ser feita pela técnica aberta onde as feridas são deixadas para cicatrizar por segunda intenção⁽¹²⁾, ou pela técnica fechada onde as mesmas são suturadas cobrindo a área cruenta⁽⁶⁾.

Desde que Ferguson & Heaton, em 1959, descreveram a técnica de hemorroidectomia com fechamento primário da

ferida⁽⁶⁾, outros autores confirmaram seus benefícios mostrando ser técnica segura, tecnicamente fácil, menos dolorosa e com cicatrização em período mais curto⁽⁷⁻¹¹⁾

Este procedimento, por ser de baixa complexidade, pode ser adaptado para intervenções cirúrgicas em unidades ambulatoriais e até em consultórios, com baixa morbidade e menor custo⁽¹³⁻¹⁷⁾.

Nos casos de mamilos hemorroidários numerosos e volumosos, com grandes plicomas, a técnica proposta por Ferguson & Heaton pode produzir subestenose do canal anal devido à diminuição de sua luz causada pela sutura contínua das três feridas cirúrgicas, o que tem levado muitos cirurgiões a utilizarem uma técnica mista, deixando uma ou duas feridas abertas para cicatrizar por segunda intenção.

Nestes casos, em especial, temos utilizado a técnica aqui descrita onde parte do plicoma residual é utilizado para cobrir a ferida cirúrgica, evitando desta maneira o estreitamento de sua luz com conseqüente prevenção da estenose anal.

A maior parte dos pacientes cicatrizam suas feridas em três semanas e apresentam um pós-operatório bem aceitável, com dor de pequena intensidade, o que foi observado em apenas 14 (4,3%) doentes. Em resumo, acreditamos que a técnica aqui apresentada tem todas as vantagens da técnica fechada, tais como menos dor no pós-operatório e menor secreção local; além de permitir o fechamento das feridas sem tensão, o que elimina o risco de estenose.

REFERÊNCIAS

1. Haas PA, Fox TA Jr, Haas G. The pathogenesis of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1984; 27:442-450.
2. Thomson WHF. The nature of hemorrhoids. *Br J Surg* 1975; 62:542-552.
3. Bleday R, Pena JP, Rothenberger DA, Goldberg SM, Buls JG. Symptomatic hemorrhoids: current incidence and complications of operative therapy. *Dis Colon Rectum* 1992; 35:477-481.
4. Fillman E, Medeiros RR, Carvalho FS. Tratamento da doença hemorroidária. *Rev. Bras Colo-Proct* 1987; 7(1):36-8.
5. Nahas P, Bochini SF. Doença hemorroidária. In *Tratado de Clínica Cirúrgica do Aparelho Digestivo*. Ed. Atheneu. Pinotti HW 1994; 2:1130-1134.
6. Ferguson JA, Heaton YR. Closed hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 1959; 2:176-180.
7. Khubchandani IT et al. Closed hemorrhoidectomy with local anesthesia. *S.G. & O* 1972; 135:954
8. Khubchandani IT. Mucosal advancement anoplasty. *Dis Colon Rectum* 1985; 28:194-196.
9. Muldoon, JP. The completely closed hemorrhoidectomy, a reliable and trusted friend for 25 years. *Dis Colon Rectum* 1981; 24:211.
10. Parks AG. Hemorrhoidectomy. *Surg. Clinic of N A* 1965; 45:1305.
11. Takano M. Anoderm - preserving hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 1980; 23:544.
12. Milligan ET, Morgan CN, Jones L et al. Surgical anatomy of the anal canal and the operative treatment of hemorrhoids. *Lancet* 1937; 2:1119.
13. Hoff SD, Bailey HR, Butts DR, Max E, Smith KW, Zamora LF, Skankun, GB. Ambulatory and surgical hemorrhoidectomy - a solution to postoperative urinary retention? *Dis Colon Rectum* 1994; 37:1242-1244.
14. Detmer DE. Ambulatory surgery. A more cost-effective treatment strategy? *Arch Surg* 1994; 129:123-127.
15. Medwell SJ, Friend WG. Outpatient anorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 1979; 22:480-2.
16. Smith LE. Ambulatory surgery for anorectal diseases: an update. *South Med J* 1986; 79:163-166.
17. Stephenson SV. Ambulatory surgical center. *JAMA* 1985; 253:342-343.