
ESTUDO COMPARATIVO ENTRE DUAS TÉCNICAS DE HEMORROIDECTOMIA: ABERTA E SEMI-FECHADA - ANÁLISE DE 40 CASOS

MARIO JORGE JUCÁ - TSB CP
EDMUNDO GUILHERME GOMES
CAIO CERQUEIRA ARRAES

JUCÁ MJ, GOMES EG, ARRAES CC - Estudo comparativo entre duas técnicas de hemorroidectomia: aberta e semi-fechada - análise de 40 casos. *Rev bras Coloproct*, 2000; 20(1): 14-18

RESUMO: O estudo compara duas técnicas de hemorroidectomia, a aberta de Milligan e Morgan e a semi-fechada de Fidel Ruiz com o objetivo de analisar os resultados pós-operatórios. Quarenta pacientes foram submetidos a processo de randomização (por números pares e ímpares) e hemorroidectomizados, vinte pela técnica aberta e vinte pela técnica semi-fechada. Foram analisados parâmetros como a intensidade da dor e do sangramento pós-operatórios além da ocorrência de outras complicações como estenoses, fissuras, e retenção urinária. Os resultados obtidos com a técnica semi-fechada apresentaram maior intensidade da dor e do sangramento pós-operatórios, juntamente com uma maior ocorrência de outras complicações. De acordo com os resultados obtidos conclui-se que a técnica de hemorroidectomia aberta de Milligan e Morgan apresenta melhores resultados pós-operatórios em relação à técnica semi-fechada de Fidel Ruiz.

UNITERMOS: Hemorróidas; Técnicas operatórias; Milligan-Morgan; Técnica semi-fechada

INTRODUÇÃO

A doença hemorroidária é uma das afecções mais comuns nos ambulatórios de Coloproctologia¹. Ela é representada por um conjunto de sinais e sintomas relacionados às varicosidades das veias do plexo hemorroidário e suas complicações, como a trombose². Os sintomas mais comuns são representados por sangramento, prurido e dor. O prolapso hemorroidário é um achado bastante comum³.

Dentre as opções terapêuticas para a doença hemorroidária, o tratamento cirúrgico é a que apresenta os resultados mais duradouros. Os objetivos do tratamento cirúrgico da doença hemorroidária são remover as hemorróidas, evitar complicações pós-operatórias como estenoses e incontinência fecal, além de se tentar, com técnica adequada, diminuir a dor que costuma ocorrer após este procedimento¹. Com estes objetivos, várias técnicas foram criadas ao longo do tempo e, embora muitas tenham sido consagradas devido aos seus resultados, ainda assim, persiste a procura pela forma de terapia cirúrgica mais satisfatória.

A técnica de hemorroidectomia aberta descrita, por Milligan e Morgan em 1937, é amplamente utilizada em todo mundo e apontada por muitos autores como a cirurgia padrão para tratamento da doença hemorroidária^{4,5}. O fato

de a ferida operatória ser deixada aberta é responsabilizado por uma cicatrização mais adequada e pela melhor drenagem da ferida, com conseqüente menor incidência de complicações como formação de hematomas, rompimento de ligaduras, infecções e abscessos, como foi observado por Turell³, Tajana(1989)⁴ e Brenner e cols. (1989)⁵. Por outro lado, autores como Ferguson e Heaton (1959)¹², Klubchandani (1988)¹³ e Ramírez (1990)¹⁵ atribuem a este fato um maior tempo de cicatrização e a ocorrência de dor e de sangramento pós-operatórios de maior intensidade. As técnicas fechadas, em que toda a ferida operatória, ou seja, a área cruenta, mucosa e pele, são suturadas, proporcionariam a diminuição de tais ocorrências como demonstram os estudos de Ferguson (1959), Smith (1987)^{12,6}, Bautista (1977)⁹ e Sokol(1988)¹⁴.

Outras técnicas vem sendo desenvolvidas buscando o procedimento ideal, com menor dor, infecção, estenose e menor cicatrização, como a técnica semi-fechada, que fecha todo plano mucoso, deixando a pele aberta, tem apresentado bons resultados pós-operatórios por Fidel Ruiz, que segundo alguns autores, representa um procedimento cirúrgico, mais adequado para o tratamento desta afecção^{6,7}.

Este estudo tem como objetivo analisar as complicações das técnicas de Milligan-Morgan e Fidel-Ruiz, para compará-las no que diz respeito aos seguintes parâmetros: dor e sangramento pós-operatórios, ocorrência de fissura anal residual, estenose anal e retenção urinária.

Trabalho realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Alagoas - Maceió - AL

CASUÍSTICA E MÉTODOS:

Foram analisados os resultados pós-operatórios de 40 pacientes portadores de hemorróidas do 2º, 3º, 4º graus da classificação de Devine (Quadro 01), provenientes do ambulatório de Coloproctologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Alagoas, que foram submetidos a hemorroidectomia. Os pacientes com hemorróidas do 2º grau, receberam indicação para tratamento cirúrgico na presença de falência do tratamento clínico ou na ocorrência de complicações da doença hemorroidária como a trombose, por exemplo. Foram excluídos do estudo os pacientes portadores de patologias anorretais associadas ou qualquer outra situação em que houvesse, sabidamente, a possibilidade de interferência no resultado final do procedimento (diabétes, hepatopatias crônicas, hemofilia e outras).

Classes	Características Clínicas
1º Grau	Sangram e não apresentam prolapso
2º Grau	Sangram e apresentam prolapso com redução espontânea
3º Grau	Sangram e apresentam prolapso que reduz com manobra digital
4º Grau	Sangram e apresentam prolapso irreductível

Quadro 1 - Classificação das hemorróidas segundo Devine

Dos pacientes submetidos a hemorroidectomia, 22 pacientes (55%) foram do sexo masculino e 18 (45%), do sexo feminino (gráfico 1). Na distribuição da casuística segundo a cor, os pardos foram mais numerosos (54%), seguidos pelos brancos (35%) e pelos negros (11%) como mostra o (gráfico 2). As idades variaram entre 20 e 72 anos, com expressivo predomínio da faixa entre 31 e 50 anos (gráfico 3), tendo como média das idades 42,9 anos.

A técnica cirúrgica empregada foi selecionada através de processo de randomização pelo sistema de números pares e ímpares, em que os pacientes de número ímpar foram submetidos à hemorroidectomia aberta de Milligan e

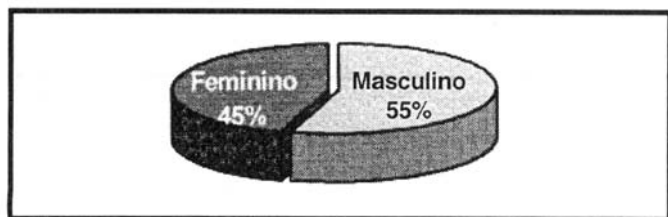


Gráfico 1 - Distribuição por Sexo

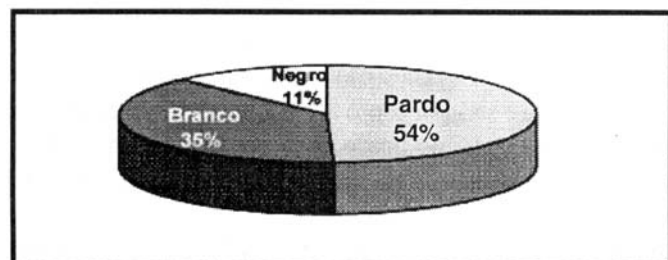


Gráfico 2 - Distribuição pela cor

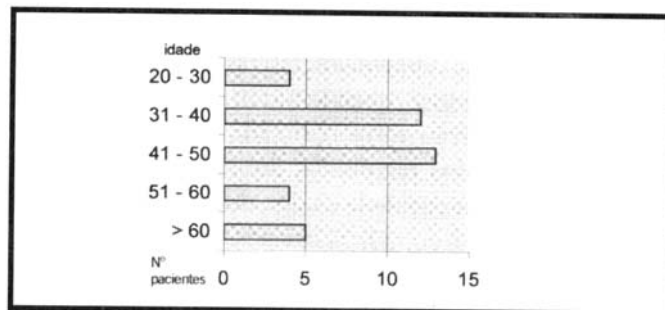


Gráfico 3 - Distribuição por faixa etária

Morgan, e os pacientes de número par à técnica semi-fechada de Fidel Ruiz.

Os pacientes foram internados no dia anterior à cirurgia, permaneceram em jejum a partir das 22h deste dia, até 6h após a anestesia. Ainda no pré-operatório recebiam lavagem intestinal com solução glicerínada a 25% às 21h. A técnica anestésica utilizada em todas as cirurgias foi o bloqueio raquimedular.

A técnica de hemorroidectomia aberta empregada (Milligan e Morgan) seguiu os seguintes passos: após a anestesia os pacientes foram colocados em posição de litotomia com coxim elevando a pelve; as nádegas foram afastadas por faixas de esparadrapos. Em cada paciente foi realizada a inspeção da região perianal e toque retal para dilatação do esfíncter anal. Os mamilos hemorroidários foram tracionados com pinça hemostática e a incisão realizada em raquete, envolvendo a pele e o anoderma ao redor do mamilo hemorroidário. Os mamilos foram dissecados com tesoura até um ponto cerca de 0,5-1 cm acima da linha pectínea e uma sutura transfixante de fio absorvível (categute cromado 3-0) foi aplicada a este nível, sendo realizada a ligadura do "pedículo". A porção de tecido dissecado contendo o mamilo foi então ressecada e efetuava-se a hemostasia dos tecidos sangrantes por meio de eletrocauterização. As feridas operatórias foram deixadas abertas, tendo o cuidado de manter pontes cutâneo-mucosas adequadas entre as áreas de ressecção. Revisou-se a hemostasia e foi aplicado um curativo com gazes vaselinadas externamente à região anal.

A técnica semi-fechada de Fidel Ruiz foi executada segundo os mesmos passos da técnica aberta de Milligan e Morgan para retirada do mamilo hemorroidário, no entanto, a ferida operatória foi parcialmente fechada, deixando aberta apenas a região do anoderma e pele perianal, a parte cruenta da mucosa onde se dissecou o coxim venoso dilatado, foi devidamente ressecado e suturada a área cruenta até o limite com o anoderma.

Durante as primeiras 24h de pós-operatório os pacientes receberam dieta oral laxante e como medicação analgésica o diclofenaco de sódio (75mg por via intramuscular a cada 12h). A alta hospitalar foi dada na visita do dia seguinte à

cirurgia e os pacientes foram orientados a retornar ao ambulatório, para acompanhamento no 15º, 30º e 60º dias do período pós-cirúrgico, quando foram coletados os dados referentes à evolução e foi realizado exame da ferida operatória. Os dados recolhidos durante estes retornos diziam respeito a intensidade da dor, do sangramento e da ocorrência de outras complicações pós-operatórias.

O teste estatístico utilizado para comparação dos resultados foi o "Student test", considerando-se 0,05 o nível de rejeição para a hipótese nula.

RESULTADOS:

A maior parte dos pacientes deste estudo apresenta hemorróidas do 3º grau(46%), segundo a classificação de Devine, estando a seguir os pacientes portadores de hemorróidas do 2º(35%) e 4º graus(19%). Seguindo os critérios de randomização, 20 pacientes (50%) foram submetidos a hemorroidectomia aberta e os outros a hemorroidectomia semi-fechada.

Na análise dos resultados pós-operatórios, foram encontradas 9 pacientes (45%) operados segundo a técnica de Fidel Ruiz, que apresentaram dor de leve intensidade nesse período. Cinco pacientes (25%) queixaram-se de dores moderadas e 6 (30%) de dores intensas (gráfico 4). Dos pacientes operados à Milligan e Morgan, dezessete (85%) queixaram-se de dores leves e 2 (15%) de dores moderadas (gráfico 5). Nenhum fez referência à ocorrência de dor de forte intensidade.

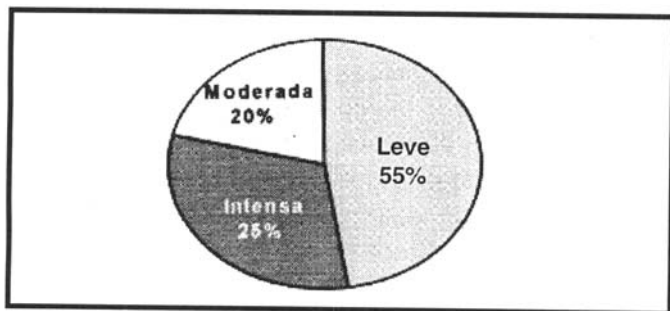


Gráfico 4 - Distribuição dos pacientes submetidos à técnica de Fidel - Ruiz, segundo a dor pós-operatória.

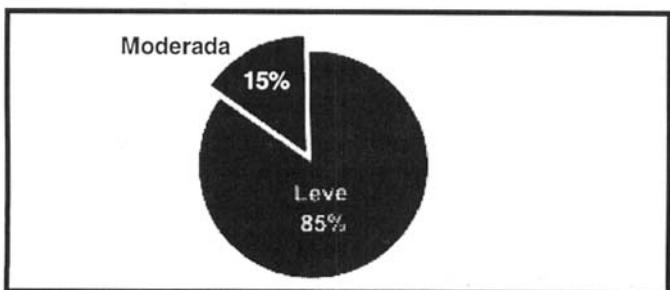


Gráfico 5 - Distribuição dos pacientes submetidos a técnica de Milligan e Morgan, segundo a intensidade dor pós-operatória

Quanto à análise de ocorrência de sangramento pós-operatório, 100% dos pacientes hemorroidectomizados à Milligan e Morgan relataram sangramento de pequena monta. Os pacientes hemorroidectomizados à Fidel Ruiz tiveram sangramento pequeno em 77% e moderado em 23%. Houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre as comparações desse parâmetro entre as duas técnicas (gráfico 6). Não houve sangramento intenso em qualquer dos pacientes. As complicações pós-operatórias nos pacientes em que foi empregada a técnica de Fidel Ruiz, foram: 01 fissura residual(5,0%), 03 plicomas residuais (15%), 02 subestenoses (10%) e 01 retenção urinária (5.0%) (gráfico 7). Tais complicações foram tratadas clinicamente. Nos pacientes submetidos à técnica de Milligan e Morgan foi evidenciada a ocorrência de 02 fissuras anais residuais (10%) dos casos.

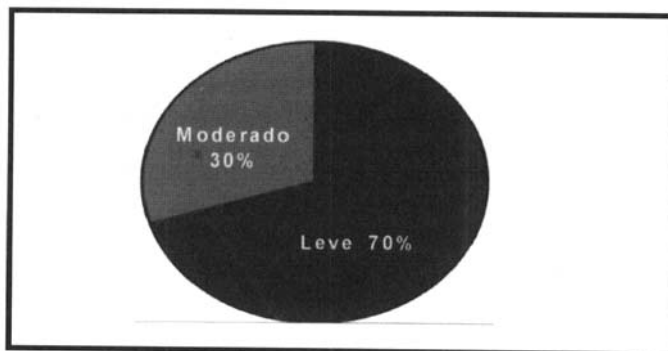


Gráfico 6 - Distribuição dos pacientes submetidos a técnica de Fidel - Ruiz, segundo a intensidade do sangramento pós-operatório

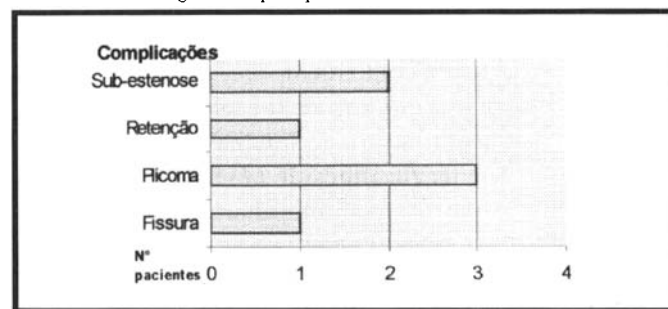


Gráfico 7 - Distribuição das complicações pós-operatórias submetidos à técnica de Fidel-Ruiz

DISCUSSÃO:

A pequena predominância da doença hemorroidária no sexo masculino (55%), demonstrada neste estudo, está de acordo com os achados de Catan e Catan em 1985 (56%)², Brenner e cols. (1989) (60%)⁵ e Tajana (1989)⁴.

Cinquenta e seis por cento dos pacientes nesta casuística eram de cor parda, ao passo que, Catan e Catan (1985)² em estudo realizado na região sul do Brasil, área de predomínio populacional branco, encontrou em sua casuística 93% de pacientes de cor branca. Isto pode demonstrar que a cor da pele pode não ter influência

determinante na distribuição da doença hemorroidária, uma vez que a maioria dos pacientes atendidos neste estudo foi de cor parda.

A maior concentração de pacientes na faixa etária de 31 a 50 anos, com média de idades 42,9%, representa achado semelhante aos encontrados por Bautista (1977)⁹, Brenner e cols (1985)⁵, Tajana (1989)⁴, Ramírez e cols. (1990)¹⁵.

A dor pós-operatória nos pacientes submetidos à técnica semi-fechada de Fidel Ruiz apresentou intensidade mais importante quando comparada com a referida pelos pacientes operados segundo a técnica de Milligan e Morgan. Este resultado contraria os achados de Reis e cols. (1989)⁷ em estudo utilizando a técnica semi-fechada, no qual afirma que a dor pós-operatória com esta técnica é de menor intensidade que a observada com a de Milligan e Morgan. Catan e Catan (1985)² em estudo comparativo entre a técnica de hemorroidectomia fechada de Ferguson e a semi-fechada de Fidel Ruiz, observou que a dor pós-operatória nos pacientes submetidos a esta última técnica foi relevante em grande número de casos, o que está de acordo com os resultados deste estudo. Nesta casuística, a frequência da dor pós-operatória de leve intensidade nos hemorroidectomizados segundo Milligan e Morgan (85%) foi bastante semelhante aos encontrados por Tajana (1985)⁴ e Ramírez (1990)¹⁵.

Quanto à análise da ocorrência do sangramento pós-operatório, todos os pacientes hemorroidectomizados segundo a técnica aberta relataram a presença de um pequeno sangramento às evacuações ou espontâneo, que foi suficiente apenas para manchar levemente o papel higiênico. Este sangramento ocorreu apenas nos primeiros 4 a 5 dias de pós-operatório, em média, apresentou caráter auto-limitado e não representou motivo de preocupação para os pacientes. Entende-se que este sangramento não representou fato pós-operatório importante, uma vez que não apresentou volume que necessitasse de algum tipo de intervenção terapêutica, foi de curta duração e apresentou resolução espontânea.

Dentre os pacientes operados pela técnica Fidel Ruiz, dez referiram a ocorrência de sangramento de pequena monta nos primeiros 3 a 4 dias em média e também de caráter auto-limitado. Entretanto, três pacientes referiram episódio de sangramento de moderada intensidade às evacuações. Nestes casos os próprios pacientes comprimiram a região perianal e contraíram voluntariamente a musculatura esfínteriana, parando o sangramento, que pode ter sido causado pela ruptura de um pequeno vaso durante a defecação. Não foram registrados sangramentos de grande intensidade em nenhum dos pacientes.

As complicações pós-operatórias também foram mais frequentes nos casos em que foi empregada a técnica de Fidel Ruiz. Ocorreram 2 casos de subestenose anal (10%), 01 de fissura anal (5,0%), 03 casos com formação de plicomas residuais (15%) e 01 de retenção urinária (5,0%) nestes pacientes. Já nos pacientes em que foi realizada a operação de Milligan e Morgan, obtivemos apenas 02 casos de formação de fissura residual (10%). Este resultado vai de encontro ao obtido por Reis Neto e colaboradores (1989)⁷, que afirmam ser a incidência de complicações da hemorroidectomia com a técnica semi-fechada, menor que com a técnica aberta.

Catan e Catan (1985)² obtiveram índice de dificuldade miccional e retenção urinária bastante elevados (50%), em estudo utilizando a hemorroidectomia semi-fechada e atribuíram tal evento ao tenesmo, edema das pontes cutâneas, hipertrofia prostática e patologias ginecológicas apresentadas por seus pacientes.

A retenção urinária ocorreu em apenas 01 paciente, jovem, do sexo masculino e provavelmente sua causa esteja relacionada a um espasmo esfínteriano superior da uretra, reflexo à dor retal, que este paciente apresentou de forma intensa e relacionada à fase de relevante edema da ferida operatória, evoluindo para subestenose do canal anal (paciente submetido à técnica semi-fechada). Este episódio caracterizou-se mais como uma dificuldade miccional importante do que uma franca retenção urinária e sua resolução se deu sem a necessidade de cateterização vesical. Os casos de subestenose foram tratados ambulatorialmente, através de repetidas dilatações digitais e com uso de anuscópio, não sendo necessária sua correção cirúrgica. Obteve-se um elevado percentual de fissuras residuais nos pacientes hemorroidectomizados pela técnica aberta (10%) que foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$), diferente do que Tajana (1989) encontrou em seu estudo (2,6%)⁴. As fissuras residuais ocorridas em ambos os grupos de pacientes foram tratadas clinicamente e apresentaram evolução satisfatória. Os plicomas não constituíram motivo de queixa para os pacientes. A não ocorrência de estenoses com o uso da técnica aberta neste estudo, aproxima-se dos resultados de Brenner (1989)⁵ que encontrou 0,6% de ocorrência desta complicação em sua casuística.

CONCLUSÃO

De acordo com a análise dos resultados deste estudo conclui-se que a hemorroidectomia aberta à Milligan e Morgan apresentou melhores resultados pós-operatórios quando comparada à técnica semi-fechada de Fidel Ruiz, por apresentar dor pós-operatória de menor intensidade, sangramento discreto e ausência de subestenose.

SUMMARY: This study compares two techniques of hemorrhoidectomy: Milligan and Morgan open technique and Fidel Ruiz semi-closed technique intending to analyze which one represents the better way to minimize post-operative complications. Forty consecutive patients were alternatively submitted to either open hemorrhoidectomy or semiclosed hemorrhoidectomy. The analyzed parameters were pain, post-operative bleeding, stenosis, fissures and urinary retention. The semi-closed technique was associated with more post-operative pain, bleeding and others complications. According to the results obtained we concluded that Milligan and Morgan open hemorrhoidectomy had better post-operative results than Fidel Ruiz semi-closed technique.

KEY WORDS: hemorróides, operative technique, Milligan-Morgan, semiclosed technique.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SOKOL, S.; CRIM, R. Hemorróidas. In: MOREIRA, H. **Coloproctologia**. Goiânia: Escaleno, 1993. p.200-20
2. CATAN, L.B.; CATAN, F. - Hemorroidectomia: experiência adquirida em dados comparativos entre duas técnicas operatórias. **Rev. Bras. Colo-Proct.** **5(3)**: 155-60, 1985.
3. GOLIGHER, J.C. Hemorrhoids. In: _____. **Surgery of the Anus, Rectum and Colon**. 7. ed. London: Ballière Tindall e Casell, 1985. p. 125-74.
4. TAJANA, A. - Hemorrhoidectomy according to Milligan- Morgan: ligation and excision technique. **Int. Surg.** **74**: 158-161, 1989.
5. BRENNER, S.; SOUZA, F.J.; MATIAS, J.F. Resultado tardio da hemorroidectomia pela técnica de Milligan e Morgan. **Rev. Bras. Colo-Proct.** **9(1)**: 12-15, 1989.
6. SMITH, L.E. - Hemorrhoids: A review of current techniques and management **Gastroenterol. Clin. North Am.** **16(1)**: 79-91, 1987.
7. REIS NETO, J.A.; QUILICI, F.A.; OLIVEIRA, L.A.R. et al. Hemorroidectomia semi-fechada. **Rev. Bras. Colo-Proct.** **8(1)**: 25-27, 1988.
8. PARKS, A.G. - Haemorrhoidectomy. **Surg. Clin. North America** **45(5)**: 1305-15, 1965.
9. BAUTISTA, L.I. - Hemorrhoidectomy - How I do it: complications of closed hemorrhoidectomy. **Dis. Colon Rectum** **20(3)**: 183-5, 1977.
10. BESSET, J.F. - Considérations sur deux complications après hémorroidectomie selon la technique du Saint-Mark's Hospital de Londres. **Phlébologie** **37(1)**: 109-19, 1984.
11. FRAISE, A.M. - ¿ Como prefiero hacerlo? Operacion de Milligan y Morgan. **Rev.Argent. Coloproct.** **1(1)**: 21-23, 1987.
12. FERGUSON, J.A.; HEATON, J.R. - Closed hemorrhoidectomy. **Dis. Colon Rectum** **2(2)**: 176-9, 1959.
13. KHUBCHANDANI, I.T. - Operative hemorrhoidectomy. **Surg. Clin. North Am.** **68(6)**: 1411-16, 1988.
14. FERGUSON, J.A.; MAZIER, W.P.; GANCHROW, M.I. et al. - The closed technique of hemorrhoidectomy. **Surgery** **70(3)**: 480-4, 1971.
15. RAMÍREZ-SANTOS, J.; PEÑALVER, M.; RUIZ, P.R. et al. - Hemorroidectomia abierta y hemorroidectomia cerrada: estudio comparativo em 43 pacientes. **Rev. Venezolana de Cirurgia** **43(1)**: 23-6, 1990.
16. HADDAD, J.; BOCCHINI, S.F. - Doença hemorroidal. In: RAIA, A.A.; ZERBINI, E.J. **Clínica cirúrgica Alípio Corrêa Netto**. 4 ed. São Paulo: Sarvier, 1994. p.661-71.

Endereço para correspondência:

Mario Jorge Jucá
Rua Adelaide de Melo Mota, Lote 02, Serraria-Maceió-AL
CEP: 57046-020 - FAX: 0xx82 - 338 1302/res. 338 4589