

---

CORDEIRO F, CAMPOS FGCM, RACHED FJA, CUNHA HAV, SANTOS JUNIOR JCM. Tribuna Livre: como eu faço. *Rev bras Coloproct*, 2003;23(4):317-319

---

Como sempre, gostaríamos de agradecer aos nossos colegas a participação nesta seção, 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.

Além destes agradecimentos, aproveitamos para colocar aos colegas, que 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 019.32524874 ou E.mail: fernandocordeiro@globo.com

Nesta edição discutiremos o tema: “Estenose anal”, com a colaboração de membros da nossa Sociedade:

Sérgio Eduardo Alonso Araujo (São Paulo-SP)  
Fernando Cordeiro (Campinas-SP)

Gostaria de agradecer a opinião dos nossos colegas, deixando sempre aberta esta porta para discussões futuras. Agora passaremos às questões desta edição:

1. *Como você classifica as estenoses anais? Só clínica ou instrumentalmente? Faz alguma diferença entre aquelas pós-operatórias e por enfermidades inflamatórias?*

*Sérgio Araújo (SP)* - Mais frequentemente não utilizamos a classificação proposta por Milson & Mazier (1986), pois em nosso meio o afastador de Hill-Ferguson não é tão popular. A inspeção e toque (seguidos mais frequentemente pela retossigmoidoscopia no intra-operatório da correção cirúrgica) são suficientes ao diagnóstico. Pode ser classificada como grave quando impede a passagem do dedo indicador durante o exame proctológico sem anestesia. Sem dúvida, a estenose anal que se segue a tratamento cirúrgico (hemorroidectomia e correção de ânus imperfurado) deve ser distinguida daquela de origem em doença de Crohn ou actínica, por exemplo, pois as operações de anoplastia sómente podem ser indicadas na primeira situação, estando formalmente contraindicadas no segundo caso.

*Fernando Cordeiro (SP)* – Classificamos a estenose anal, clinicamente, segundo a sua deformidade anatômica, a diminuição da elasticidade e da circunferência e a presença ou não de fibrose e de solução de continuidade. Desta maneira, como descrito por Reis Neto & cols.(Anal Stenosis- in: New Trends in Coloproctology – Revinter-RJ (2000)(ISBN:85-7309-457-5), teremos 3 graus: I. quando existe apenas a diminuição da elasticidade e do diâmetro (pérvio no máximo para uma polpa digital), II. quando, além dos itens anteriores teremos também uma trave fibrosa associada e III. quando existe associada a fibrose e uma fissura junto a esta. Devemos lembrar que a fissura não tem a mesma origem da Doença Fissurária Crônica, mas do trauma constante na área de estenose e por isso o tratamento não deve ser apenas uma esfínterectomia mas uma plástica anal.

As estenoses oriundas das Doenças Inflamatórias não devem ser tratadas por plásticas, mas com tratamento clínico e em última análise com estenotomia.

2. *Em que condições você indica o tratamento cirúrgico? Utiliza-se de tratamento clínico para resolver a sintomatologia ou sempre opera?*

*Sérgio Araújo (SP)* - O manejo da estenose anal é inicialmente clínico na forma de correção do hábito intestinal, uso de enemas e supositórios, descontinuar laxante e dilatação digital em consultório se possível. O tratamento clínico se presta às de origem inflamatória, actínica ou neoplásica. Quando os sintomas persistem após as medidas clínicas, a estenose é de origem operatória ou quando os sintomas resultam do ectrópio associado, o tratamento passa a ser cirúrgico.

*Fernando Cordeiro (SP)* – Quando existe já a presença da trave fibrosa (graus II e III), o tratamento cirúrgico se impõe. Naqueles pacientes, no pós-operatório de procedimentos orificiais, ainda na fase de cicatrização, o tratamento clínico pode trazer bons resultados. Neste momento, observo, como parâmetro, se há passagem de uma polpa digital, o que na maioria das vezes me auxilia a postergar o tratamento cirúrgico. Correção do hábito intestinal, retirada de laxativos, dilatações digitais suaves em consultório e principalmente retirar o medo do paciente para evacuação podem trazer bons resultados.

3. *Qual tipo de tratamento cirúrgico emprega? Por favor, descreva o método por você utilizado, de maneira sucinta.*

*Sérgio Araújo (SP)* - Quando existe alguma preservação mucocutânea, praticamos a excisão da cicatriz fibrótica e fechamento primário da área cruenta. Quando a fibrose é circunferencial (mais comum) e quando há ectrópio, utilizamos anoplastia. Nossa maior

experiência é com o emprego da técnica de Sarner (transferência de retalho retangular), porém atualmente favorecemos o emprego da anoplastia V - Y pois permite o fechamento da área doadora do retalho.

*Fernando Cordeiro (SP)* – Utilizamos a técnica proposta por Reis Neto de duplo retalho, cutâneo e mucoso para a correção do defeito, após excisão da escara fibrótica. O intuito é ampliar o diâmetro do orifício anal, sem todavia levar pele ao interior do canal anal e nem mucosa ao exterior. Esta técnica deixa uma pequena área cruenta lateralmente aos retalhos e sua cicatrização não traz recidiva da estenose. Um ou dois retalhos são suficientes para a correção do problema.

4. *Utiliza-se de antibiótico no pós-operatório?*

*Sérgio Araújo (SP)* - Utilizamos a associação de ceftriaxone e metronidazol sempre.

*Fernando Cordeiro (SP)* – Não utilizamos rotineiramente antibióticos nas cirurgias orificiais. A nossa exceção se faz quando realizamos esfínteroplastia.

5. *Comentários adicionais?*

*Sérgio Araújo (SP)* - O sucesso após as operações de anoplastia é tido como elevado. No entanto, a experiência individual pequena de cada cirurgião ou equipe com uma determinada técnica (e são muitas) dificulta apontar a melhor.

*Fernando Cordeiro (SP)* – A melhor maneira de tratarmos uma estenose anal é prevenir o seu aparecimento. Como a grande maioria delas é advinda do procedimento orifical mais praticado pelos cirurgiões gerais, a hemorroidectomia, é importante lembrarmos que não se deve simplesmente operar apenas por ter visto a realização do procedimento uma ou duas vezes. É necessário conhecer-se a fisiopatologia e as técnicas cirúrgicas sobre a área para evitarmos este dissabor aos nossos pacientes.

---

*Esta rodada de perguntas e respostas encerra esta seção da TRIBUNA LIVRE: COMO EU FAÇO. Agradecemos novamente a inestimável colaboração dos colegas que prontamente responderam à nossa solicitação e tornaram possível a realização de mais uma tribuna.*

*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 independente de sua titulação dentro da Sociedade 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: 019.32418866 e E.mail: [fernandocordeiro@globocom.com](mailto:fernandocordeiro@globocom.com).*

*Participe.*

***Fernando Cordeiro - TSBCP***

---