

Este exemplar corresponde a versão final
da Dissertação de Mestrado apresentada
pelo Médico Flavio A. Quilici, junto
à Faculdade de Ciências Médicas / UNICAMP.

Campinas, 21 de fevereiro de 1986


Prof. Dr. Raul R. Medeiros
Orientador

FLAVIO ANTONIO QUILICI

" ANÁLISE DOS RESULTADOS DO TRATAMENTO CI-
RÚRGICO DA ESTENOSE ANAL PÓS-OPERATÓRIA. "
UTILIZAÇÃO DE UMA TÉCNICA DE ANOPLASTIA COM
RETALHOS PEDICULADOS, CUTÂNEO E MUCOSO.

Trabalho apresentado para conclusão do
Curso de Mestrado em Medicina, na área
de Clínica Cirúrgica, pelos Cursos de
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de Campinas

1 9 8 6

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

A Jane Raquel,
Ricardo,
Raquel e
Lisandra,
minha esposa e filhos.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. José Alfredo dos Reis Neto, que durante todos os anos de minha formação profissional, soube revelar-se, não só o orientador preciso e dedicado, mas também o companheiro fraterno de todas as situações.

Ao Prof. Dr. Luiz Sérgio Leonardi, pelo incentivo e a oportunidade de concretizar este trabalho no Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Ao Prof. Dr. Raul Raposo de Medeiros, orientador desta dissertação de mestrado e do meu programa no Curso de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, pelo apoio e consideração demonstrados.

Aos Profs. Drs. Nelson Ary Brandalise e Mário Mantovani, pelas oportunas sugestões e correções apresentadas a esta dissertação de mestrado.

I N D I C E

1. INTRODUÇÃO	01
1.1 TRATAMENTO DA ESTENOSE ANAL	
PÓS-OPERATÓRIA	04
1.2 OBJETIVOS	05
2. CASUÍSTICA E MÉTODO	06
2.1 CASUÍSTICA	07
2.1.1 CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DA	
ESTENOSE ANAL PÓS-OPERATÓRIA	07
2.1.2 GRUPO ETÁRIO	08
2.1.3 SEXO	08
2.1.4 DADOS DE ANAMNESE	12
2.1.5 EXAME PROCTOLÓGICO E	
PATOLOGIAS PROCTOLÓGICAS ASSOCIADAS	12
2.1.6 CIRURGIA PROCTOLÓGICA PRÉVIA	14
2.1.7 TESTES ESTATÍSTICOS UTILIZADOS	18
2.2 MÉTODO	18
2.2.1 PRÉ-OPERATÓRIO	18
2.2.2 ANESTESIA	18
2.2.3 CIRURGIA CORRETIVA	19
A. POSIÇÃO DO PACIENTE	19
B. TÉCNICA OPERATÓRIA	19
C. CRITÉRIOS PARA A REALIZAÇÃO	
DOS RETALHOS CIRÚRGICOS	22

2.2.4 PÓS-OPERATÓRIO	22
A. DOR	22
B. HÁBITO INTESTINAL	23
C. HEMORRAGIA	23
D. CUIDADOS LOCAIS DA FERIDA OPERATÓRIA	24
E. MICÇÃO	24
F. PERMANÊNCIA HOSPITALAR	24
3. RESULTADOS	26
3.1 DOR	27
3.2 HÁBITO INTESTINAL	29
3.3 RETALHOS CIRÚRGICOS REALIZADOS	29
3.4 COMPLICAÇÕES	33
3.4.1 AFECÇÕES URINÁRIAS	33
3.4.2 AFECÇÕES LOCAIS	33
3.5 ALTA HOSPITALAR	41
3.6 CICATRIZAÇÃO	41
3.7 RECIDIVA DOS SINTOMAS	42
3.8 TESTES ESTATÍSTICOS	42
4. DISCUSSÃO	43
4.1 TÉCNICAS DE ANOPLASTIA	45
4.2 CASUÍSTICA	46
4.2.1 GRUPO ETÁRIO	46
4.2.2 SEXO	47
4.2.3 SINTOMAS PRÉ-OPERATÓRIOS	47

4.2.4 GRAU DE ESTENOSE ANAL	47
4.2.5 PATOLOGIAS PROCTOLÓGICAS	
ASSOCIADAS	48
4.2.6 CIRURGIA ORIFICIAL PRÉVIA	48
4.3 MÉTODO	49
4.3.1 PRÉ-OPERATÓRIO	49
4.3.2 CIRURGIA CORRETIVA REALIZADA	49
4.3.3 PÓS-OPERATÓRIO	51
A. DOR	51
B. HÁBITO INTESTINAL	52
C. COMPLICAÇÕES	54
D. ALTA HOSPITALAR	56
E. CICATRIZAÇÃO	56
4.4 RESULTADOS PLÁSTICOS	57
4.5 RECIDIVA DOS SINTOMAS	58
5. CONCLUSÕES	59
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
7. APÊNDICE - TABELA GERAL	68

1. INTRODUÇÃO

As cirurgias orificiais realizadas sem os cuidados técnicos necessários e as ressecções extensas de diferentes patologias anais podem originar seqüelas iatrogênicas tardias, quais sejam, plicoma perianal, granuloma cicatricial, deformidade anatômica, celulite perianal, prolapso de mucosa, incontinência esfinteriana e recidiva da enfermidade. Apresentam incidências variadas, entre 2 a 5%, segundo PARKS (1956), REIS NETO (1974), GAMA (1980) e GOLIGHER (1980), de 5 a 10%, segundo BUIE (1938), TURELL (1951) e WARDE e CUTAIT (1976) e entre 10 a 20%, de acordo com MARQUEZ (1963), SUDUCA (1980), THOMSON e EYERS (1980) e VIGONI (1980).

Dentre estas está a estenose anal, caracterizada por cicatrizes defeituosas que alteram a configuração anatômica normal do canal anal (BELLO, 1943; GABRIEL, 1946; TAJES e JEDWAB, 1959; ALMONTE e OBANDO, 1960; SÖDERLUNG, 1962; HENKEL, 1963; MARQUEZ, 1963; ROSA, 1963; BUCKHART, 1965; DONADIO, 1969; REIS NETO, 1974, DUHAMEL, 1976; SUDUCA, 1980; THOMSON e EYERS, 1980 e VIGONI, 1980), e acarretam sofrimento ao paciente pelo fato de produzir dor e dificuldade defecatória de intensidades variáveis (ALMONTE e OBANDO, 1960; SÖDERLUNG, 1962; ALCARAZ e col, 1963; BUCKHART

1965 e GOLIGHER e col, 1969).

Entre as cirurgias orificiais que propiciam o aparecimento da estenose anal cicatricial está a hemorroidectomia, em que a manutenção da ferida cutânea aberta requer cuidados técnicos para a preservação de pontes mucocutâneas, local da origem da cicatrização por segunda intenção (SALMON, 1829; BUIE, 1932; MILLIGAN e col, 1937; D'AVILA, 1939; BLAISDELL, 1951; TURELL, 1951; SÖDERLUNG, 1962 e GOLIGHER, 1980). Nos casos em que as incisões cutâneomucosas são ampliadas exageradamente, as pontes tornam-se estreitas e insuficientes, originando a estenose anal cicatricial (BELLO, 1943; GABRIEL, 1946; FERGUNSON, 1959; ALMONTE e OBANDO, 1960; REIS NETO, 1974, 1975 e 1976; DUHAMEL, 1976; GAMA, 1980; GOLIGHER, 1980; SUDUCA, 1980; THOMSON e EYERS, 1980 e VIGONI, 1980). Assim, GAMA (1980) verificou menos de 3% de estenose anal pós-operatória em 1.000 hemorroidectomias, DONADIO (1939) refere 5% de frequência em 100 pacientes hemorroidectomizados pela técnica de cicatrização cutânea por segunda intenção, SUDUCA (1980) relata 8,2% em 1.000 doentes operados por esta técnica, SCIORSCI (1963) refere incidência de 11% de estenose anal pós hemorroidectomia, independentemente da técnica empregada. GOLIGHER (1980) em revisão de 100 doentes operados sob diferentes técnicas observou 12% de estenose cicatricial, e MARQUEZ (1963) verificou 10% em 300 cirurgias realizadas. VIGONI (1980) refere 10% de frequência em 65 pacientes operados pela técnica amputativa de WHITEHEAD (1882).

A estenose anal cicatricial pode também ocorrer como complicação pós-operatória das cirurgias de fístulas e/ou abscessos perianais, quando houver exêrese mucocutânea excessiva. O mesmo pode acontecer na eletrocauterização do Condiloma Acuminatum extenso perianal com destrui

ções de grandes extensões mucocutâneas do canal anal (ROSA , 1963; DONADIO, 1969; QUILICI, 1975; REIS NETO, 1975 e REIS NETO e QUILICI, 1978).

A estenose do canal anal pode ocorrer, também por patologias congênitas, neoplásicas, inflamatórias e traumáticas (ROSA, 1963 e DONADIO, 1969).

1.1 TRATAMENTO DA ESTENOSE

ANAL PÓS-OPERATÓRIA

Nas alterações cicatriciais do canal anal que não acarretam modificações anatômicas e fisiológicas, pode-se realizar o tratamento clínico por meio de dilatações, digital e/ou instrumental (com velas de Hegar), progressivas e periódicas (TURELL, 1956; ALMONTE e OBANDO, 1960 e ROSA, 1963).

Nas deformidades cicatriciais nas quais o tecido fibroso envolve a pele, o tecido celular subcutâneo, a mucosa e, às vezes, parte do anel esfíncteriano, tornando o canal anal inextensível e deformado, o tratamento clínico é de pouco valor e todos os autores concordam em que há indicação cirúrgica. A simples incisão da área estenosada apresenta maus resultados por não remover a causa primária, ou seja, a fibrose intersticial e sua cicatrização produz nova quantidade de tecido fibroso inelástico (GABRIEL, 1946). Para obter-se resultado satisfatório é necessário excisar o tecido fibroso e substituí-lo por um normal, ou seja, colocar um retalho de mucosa e/ou de pele sobre a ferida resultante da excisão realizada sobre a área inextensível do canal anal (FITZ SIMMONS, 1955; POPE, 1959; MORRIS, 1965; SARNER, 1969; GALVAN

1971; HUDSON, 1976; QUILICI, 1975; REIS NETO, 1975 e REIS NETO e QUILICI, 1978).

BACON (1938) descreveu técnica com colocação de retalho mucoso sobre a ferida resultante da excisão da área estenosada. CARMEL (1948) usou retalho de pele inserido no canal anal. TURELL (1951) associou à colocação de um retalho mucoso sobre a área estenosada, a realização de esfínterectomia anal interna ampla no próprio leito da ferida cirúrgica. Outras técnicas plásticas foram descritas, tendo como princípio a elaboração de um ou mais retalhos, cutâneo e/ou mucoso, colocados no local da fibrose cicatricial (KELLER, 1933; COLER e GREELEY, 1942; MARTIN, 1944; FITZSIMMONS, 1955; POPE, 1959; KRATZER e HAMANDI, 1960; MALGIERI, 1961; HENKEL, 1963; MORRIS, 1965; SARNER, 1969; ANDRUET, 1970; GALVAN, 1971; SHROPSHEAR, 1971; CORMAN e col, 1976, HUDSON, 1976; REBEL, 1984).

Desde 1971, REIS NETO (1975) utiliza a técnica cirúrgica corretiva para a estenose anal cicatricial, colocando dois ou mais retalhos pediculados, cutâneo e mucoso, no anoderma do canal anal após a excisão do tecido fibroso cicatricial.

1.2 OBJETIVOS

A técnica para o tratamento cirúrgico da estenose anal pós-operatória, descrita por REIS NETO (1975), é utilizada, desde 1971, nos pacientes acometidos desta iatrogenia.

Este trabalho tem o objetivo de avaliar os resultados verificados em 112 doentes operados por esta técnica, no hospital Casa de Saúde de Campinas, no período compreendido entre 1971 e 1985.

2. CASUÍSTICA E MÉTODO

2.1 CASUÍSTICA

Foram analisados os resultados verificados em 112 pacientes adultos, acometidos por estenose anal cicatricial, operados no hospital Casa de Saúde de Campinas, pela técnica de REIS NETO (1975), no período compreendido entre 1971 e 1985. O autor participou de todas as cirurgias, ora como cirurgião, ora como auxiliar.

Todos os pacientes haviam sido submetidos anteriormente à cirurgia orifical em diferentes serviços, com procedência variada. Não foi possível, porém, determinar a técnica cirúrgica empregada na maioria dos hemorroidectomizados, devido à diversidade existente.

2.1.1 CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DA ESTENOSE ANAL PÓS-OPERATÓRIA

Os critérios para o diagnóstico da estenose anal cicatricial foram caracterizados pelas seguintes alterações do canal anal:

1. Deformidade anatômica (BELLO, 1943; ROSA, 1963 e SARNER ,

1969);

2. Diminuição da elasticidade (CARMEL, 1948; FITZSIMMONS, 1955 e REIS NETO, 1975);

3. Diminuição do diâmetro circunferencial (BACON, 1938; BELLO 1943 e GOLIGHER, 1980);

4. Solução de continuidade no anoderma caracterizada por lesão fissuróide pós-cicatricial (REIS NETO e col, 1985);

5. Fibrose em forma da barra posterior e/ou anterior, configurando ao ânus o aspecto triangular (REIS NETO e col, 1985).

Os doentes estudados foram divididos em dois grupos: o primeiro grupo com estenose anal pós-operatória grau I, constituído de sessenta e nove (61,6%) pacientes que apresentavam os itens 1, 2, 3 e 4; e o segundo , com estenose anal pós-operatória grau II, formado por quarenta e três (38,4%) doentes em que, além dos itens 1, 2, 3 e 4, observou-se também a fibrose cicatricial em forma de barra (TABELA I).

Na TABELA II encontra-se o número de casos conforme o ano da cirurgia corretiva e o grau de estenose anal.

2.1.2 GRUPO ETÁRIO

A idade variou de 19 (caso número 50) a 75 anos (caso número 89), com maior frequência entre 30 e 49 anos. A variação do grupo etário conforme o grau de estenose anal é observada na TABELA III.

2.1.3 SEXO

Dos doentes estudados, oitenta

T A B E L A I

NÚMERO DE CASOS CONFORME O GRAU
DE ESTENOSE ANAL PÓS-OPERATÓRIA

GRAU DE ESTENOSE ANAL	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAGEM (%)
I	69	61,6
II	43	38,4
TOTAL	112	100,00

T A B E L A II

NÚMERO DE CASOS CONFORME O ANO DA CIRUR
GIA CORRETIVA E O GRAU DE ESTENOSE ANAL

ANO DA CIRURGIA CORRETIVA	NÚMERO DE CASOS			PORCENTAGEM (%)		
	GRAU I	GRAU II	TOTAL	GRAU I	GRAU II	TOTAL
1971	1	2	3	0,9	1,8	2,7
1972	4	1	5	3,6	0,9	4,5
1973	4	6	10	3,6	5,3	8,9
1974	8	2	10	7,1	1,8	8,9
1975	4	2	6	3,6	1,8	5,3
1976	3	4	7	2,7	3,6	6,2
1977	6	6	12	5,3	5,3	10,7
1978	8	4	12	7,1	3,6	10,7
1979	4	1	5	3,6	0,9	4,5
1980	3	1	4	2,7	0,9	3,6
1981	5	3	8	4,5	2,7	7,2
1982	9	1	10	8,0	0,9	8,9
1983	2	3	5	1,8	2,7	4,5
1984	3	2	5	2,7	1,8	4,5
1985	5	5	10	4,5	4,5	8,9
TOTAL	69	43	112	61,6	38,4	100,0

T A B E L A III

NÚMERO DE CASOS CONFORME O GRUPO
ETÁRIO E O GRAU DE ESTENOSE ANAL

GRUPO ETÁRIO (ANOS)	NÚMERO DE CASOS			PORCENTAGEM (%)		
	GRAU I	GRAU II	TOTAL	GRAU I	GRAU II	TOTAL
10 - 19	1	0	1	0,9	0,0	0,9
20 - 29	7	6	13	6,2	5,3	11,5
30 - 39	18	16	34	16,0	14,4	30,4
40 - 49	20	7	27	18,0	6,2	24,2
50 - 59	11	9	20	9,8	8,0	17,8
60 - 69	11	2	13	9,8	1,8	11,6
70 - 79	1	3	4	0,9	2,7	3,6
TOTAL	69	43	112	61,6	38,4	100,0

(71,5%) eram do sexo feminino e trinta e dois (28,5%) do masculino. O número de casos conforme o sexo e o grau de estenose anal está na TABELA IV.

2.1.4 DADOS DE ANAMNESE

Os principais sintomas observados foram a dor e a dificuldade defecatória. A intensidade da dor variou segundo os diferentes pacientes, sendo, no entanto, diretamente proporcional ao calibre do canal anal e à presença de solução de continuidade no anoderma, ocorrendo principalmente após a avacuação e prolongando-se por horas após a mesma. A dificuldade à defecação foi caracterizada pelo esforço pré-defecatório associado à eliminação de fezes de pequeno calibre (em fita), às vezes acompanhadas de sangue rutilante, e pela utilização de laxativos, em doses crescentes que, tornando as fezes líquidas, facilitavam sua passagem pelo canal anal. A presença de fezes líquidas decorrentes do uso de laxativos acarretava acidez do pH das fezes que aumentava a dor anal à evacuação (CANDIOTTI, 1974).

O tempo de evolução dos sintomas da moléstia variou entre seis meses e onze anos.

2.1.5 EXAME PROCTOLÓGICO E PATOLOGIAS PROCTOLÓGICAS ASSOCIADAS

Todos os doentes foram submetidos ao exame proctológico, na seguinte cronologia: inspecção do canal anal, toque retal, anoscopia e retossigmoidoscopia, com fibroscópio Heine, número E-03.18. Nos pacientes com este nose anal cicatricial que impedia o exame proctológico comple

T A B E L A IV

NÚMERO DE CASOS CONFORME O SEXO E O GRAU DE ESTENOSE ANAL.

SEXO	NÚMERO DE CASOS			PORCENTAGEM (%)		
	GRAU I	GRAU II	TOTAL	GRAU I	GRAU II	TOTAL
FEMININO	49	31	80	43,8	27,7	71,5
MASCULINO	20	12	32	17,8	10,7	28,5
TOTAL	69	43	112	61,6	38,4	100,0

to, o mesmo foi realizado com o doente anestesiado, antes da execução do ato cirúrgico proposto.

Os cento e doze pacientes, sem exceção, apresentavam os itens 1, 2 e 3 dos critérios para o diagnóstico da estenose anal cicatricial. Trinta e seis (32,1%) tinham lesão fissuróide pós-cicatricial concomitante (item 4), sendo trinta e um (27,7%) de localização posterior, um (0,9%) anterior e quatro (3,6%) de localização simultânea, posterior e anterior. Em quarenta e três (38,4%) constatou-se fibrose cicatricial em forma de barra posterior e/ou anterior (item 5).

O número de casos conforme a localização da solução de continuidade no anoderma e o grau de estenose anal cicatricial está na TABELA V.

Apresentavam afecções proctológicas associadas oito (7,2%) pacientes, caracterizadas por hemorróidas internas em cinco (4,5%), pólipos adenomatosos retal em um (0,9%), doença de Crohn retal em um (0,9%) e plicoma residual em um (0,9%). O número de casos conforme as patologias proctológicas associadas e o grau de estenose está na TABELA VI.

2.1.6 CIRURGIA ORIFICIAL PRÉVIA

Os cento e doze pacientes haviam sido submetidos a cirurgia proctológica anteriormente, em diferentes serviços. A grande maioria dos doentes era constituída de hemorroidectomizados, no total de cento e quatro (92,8%); cinco (4,5%) haviam sido submetidos à eletrocauterização de condilomas perianais e três (2,7%) à drenagem ampla de abscessos perianais. Na TABELA VII observa-se o número de casos conforme a cirurgia orificial prévia e o grau de estenose

T A B E L A V

NÚMERO DE CASOS CONFORME A LOCALIZAÇÃO DA LESÃO FISSURÓIDE PÓS-CICATRICIAL E O GRAU DE ESTENOSE ANAL.

LOCALIZAÇÃO DA LESÃO	NÚMERO DE CASOS			PORCENTAGEM (%)		
	GRAU I	GRAU II	TOTAL	GRAU I	GRAU II	TOTAL
POSTERIOR	11	20	31	9,8	17,8	27,6
ANTERIOR	0	1	1	0,0	0,9	0,9
POSTERIOR E ANTERIOR	0	4	4	0,0	3,6	3,6
TOTAL	11	25	36	9,8	22,3	32,1

T A B E L A VI

NÚMERO DE CASOS CONFORME AS PATOLOGIAS PROCTO
LÓGICAS ASSOCIADAS E O GRAU DE ESTENOSE ANAL.

PATOLOGIA PROCTOLÓGICA ASSOCIADA	NÚMERO DE CASOS			PORCENTAGEM (%)		
	GRAU I	GRAU II	TOTAL	GRAU I	GRAU II	TOTAL
HEMORRÓIDAS	5	0	5	4,5	0,0	4,5
PÓLIPO RETAL	0	1	1	0,0	0,9	0,9
DOENÇA DE CROHN	1	0	1	0,9	0,0	0,9
PLICOMA RESIDUAL	1	0	1	0,9	0,0	0,9
TOTAL	7	1	8	6,3	0,9	7,2

T A B E L A VII

NÚMERO DE CASOS CONFORME A CIRURGIA ORIFICIAL PRÉVIA E O GRAU DE ESTENOSE ÂNAL

CIRURGIA ORIFICIAL PRÉVIA	NÚMERO DE CASOS			PORCENTAGEM (%)		
	GRAU I	GRAU II	TOTAL	GRAU I	GRAU II	TOTAL
HEMORROI- DECTOMIAS	61	43	104	54,4	38,4	92,8
ELETROCAU- TERIZAÇÃO DE CONDILOMAS	5	0	5	4,5	0,0	4,5
DRENAGEM DE ABSCESSOS	3	0	3	2,7	0,0	2,7
TOTAL	69	43	112	61,6	38,4	100,0

anal.

2.1.7 TESTES ESTATÍSTICOS UTILIZADOS

Os testes estatísticos utilizados, nesta casuística, foram os de WILCOXON e de KRUSKAL-WALLIS, (CAMPOS, 1979).

2.2 MÉTODO

2.2.1 PRÉ-OPERATÓRIO

O exame clínico geral e especial foi realizado em todos os pacientes, quando internados para a cirurgia. Os com idade acima de quarenta anos foram submetidos, também, ao eletrocardiograma. Hemograma completo, tempo de sangramento e coagulação, glicemia e urina tipo I, são foram solicitados dos doentes com indicação especial.

A raspagem dos pelos perianais foi realizada em todos, imediatamente antes do ato operatório. Em paciente algum administrou-se enema retal pré-operatório.

2.2.2 ANESTESIA

Em todos os pacientes, anteriormente ao bloqueio anestésico, realizou-se sedação endovenosa com benzodiazepínico, na dose de 0,1 a 0,2 mg/kg de peso corporal.

Nos pacientes com idade inferior a 60 anos, optou-se por anestesia epidural lombar com li-

docaína a 2% com adrenalina a 1/200.000, na dose total não superior a 400mg. Naqueles com idade igual ou superior a sessenta anos, a escolha foi a intra-dural, com lidocaína pesada a 5%, na dose total de 50mg.

2.2.3 CIRURGIA CORRETIVA

A. POSIÇÃO DO DOENTE

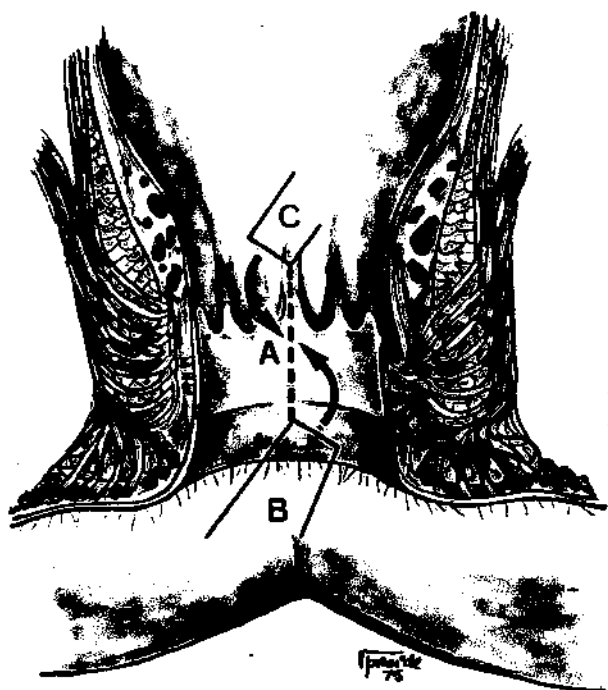
Decúbito ventral com flexão das coxas sobre o abdome, elevação da pelve por intermédio de um coxim e tração lateral das nãdegas por duas tiras de esparadrapo, descrita por BUIE (1938), evitando-se a compressão abdominal.

B. TÉCNICA OPERATÓRIA UTILIZADA PARA A CORREÇÃO DA ESTENOSE ANAL

Assepsia perianal com solução de timerosal.

Dilatação cuidadosa do canal anal e introdução de uma valva anal, sempre que possível.

Incisão longitudinal (A) estendendo-se da linha pectínea à margem anal numa extensão variável de 1 a 2 cm., interessando somente a pele e o tecido celular subcutâneo. Esta incisão é realizada na linha média posterior onde geralmente existe maior fibrose (ESQUEMA I, APUD REIS NETO, 1975).



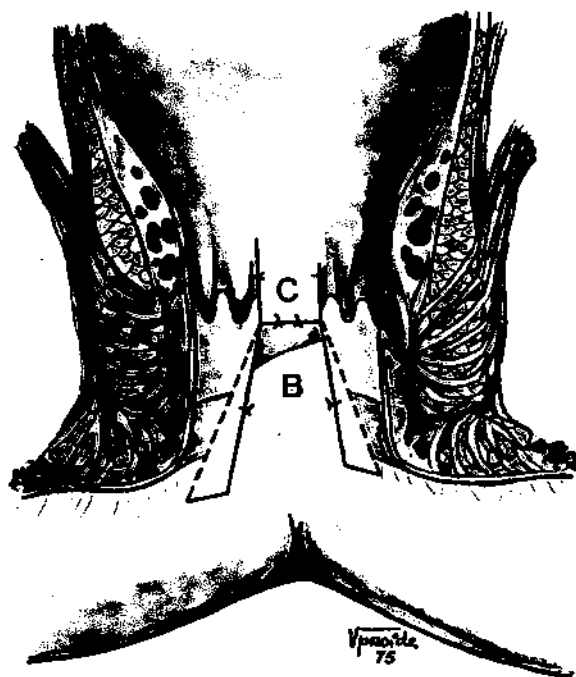
ESQUEMA I - corte esquemático de canal anal demonstrando a incisão a ser realizada, tanto para realização do retalho cutâneo quanto do mucoso.

Em seguida descola-se a mucosa retal do esfíncter anal interno, próximo ao limite interno da incisão e pratica-se a esfínterectomia interna ampla e debriamento com excisão de toda a superfície fibrosa existente. Esta manobra facilita a exposição orifical.

Confecção de um retalho de mucosa (C) de formato retangular e de um retalho de pele (B), de formato trapezoidal. O retalho cutâneo (B) deve ter boa quantidade de celular subcutâneo a fim de obter-se boa vascularização para o mesmo. É por este motivo que o retalho deve ter formato trapezoidal, com base fixa, medindo 1cm., no mínimo de largura. A borda do retalho mucoso (C) é fixada ao tecido celular subcutâneo à altura da linha pectínea, tendo como referência a linha pectínea adjacente. O retalho cutâneo (B) tam-

bem é fixado a este mesmo nível, sem tensão, não devendo existir nem solução de continuidade, nem remonta entre os dois retalhos. Todas estas suturas são realizadas com catégute croma do 000 ou polivicril 0000, agulha atraumática.

As bordas laterais do retalho mucoso (C) são fixadas à mucosa adjacente e as bordas laterais do retalho cutâneo (B) ao tecido celular subcutâneo. A pele da margem da incisão é trazida para o centro da ferida, para diminuir a superfície externa de drenagem (ESQUEMA II, APUD REIS NETO, 1975).



ESQUEMA II - após a rotação dos retalhos pediculados e a fixação dos mesmos na linha pectínea, as bordas laterais dos dois retalhos são suturadas à mucosa ou ao tecido celular subcutâneo adjacente.

O mesmo procedimento técnico é utilizado para realizar-se os retalhos pediculados, cutâneo e

mucoso, no hemi-círculo anal anterior.

Hemostasia rigorosa e curativo oclusivo, protegendo-se a ferida operatória com esponja hemostática de gelatina animal.

C. CRITÉRIOS PARA A REALIZAÇÃO DOS RETALHOS CIRÚRGICOS

Nos pacientes em que a área fibrosada e/ou a lesão fissurária pós-cicatricial tinham a localização posterior, os retalhos pediculados, cutâneo e mucoso foram realizados na região posterior do canal anal. Nos casos cuja área fibrosada e a lesão fissurária tinham a localização anterior, os retalhos cirúrgicos foram confeccionados neste quadrante. Nos doentes que apresentavam barra fibrótica posterior e anterior com lesão fissurária posterior e/ou anterior, os retalhos cirúrgicos foram realizados concomitantemente no hemi-círculo anal posterior e anterior.

2.2.4 PÓS-OPERATÓRIO

Em paciente algum foi realizado o toque retal ou utilizada terapia antibiótica.

A. DOR

O critério de avaliação da intensidade da dor pós-operatória foi com base na quantidade de analgésico utilizado para eliminá-la.

A intensidade da dor foi consi

derada discreta quando utilizado somente analgênicos orais nas primeiras 24 horas; moderada quando utilizado analgésico parental a cada 12 horas, nas primeiras 24 horas e oral, quando necessário, nas seguintes 24 horas; e intensa quando para seu alívio foi utilizado analgésico parental a cada 6 horas, nas primeiras 24 horas de pós-operatório.

B. HÁBITO INTESTINAL

Nos 112 pacientes, desde o primeiro dia de pós-operatório, estabeleceu-se uma dieta rica em resíduos para facilitar a defecação, iniciada 24 horas após o término da cirurgia. Durante o período de hospitalização foi administrada também, decorridas 24 horas da operação, uma colher das de sopa de mucilóide hidrófilo de Psillium, a todos os doentes estudados para auxiliar a formação do bolo fecal. Este esquema posológico com a mucilagem foi mantido, após a alta hospitalar, somente aos pacientes acostumados com o uso rotineiro de laxativos.

Aos doentes que não haviam evacuado espontaneamente até 36 horas após a operação, foi ministrado um enema glicerinado a 10%, de 250ml., feito através de sonda retal de número 6 ou 8, para estimular a primeira defecação. O funcionamento intestinal foi mantido com dieta rica em resíduos, em todos os doentes, em acompanhamento ambulatorial.

C. HEMORRAGIA

A ocorrência de hemorragia da ferida operatória foi pesquisada pela inspeção do curativo ci

rúrgico, realizada de modo sistemático, pelo cirurgião ou pela enfermagem, durante a permanência hospitalar.

D. CUIDADOS LOCAIS DA FERIDA OPERATÓRIA

A limpeza local foi sempre realizada com semicúpio morno, após o que aplicava-se localmente pomada anestésica à base de lidocaína e protegia-se a ferida com gazes. O curativo foi trocado sempre que necessário, sendo o mínimo de 4 vezes ao dia, até ocorrida a cicatrização da ferida cirúrgica. Foi proibido o uso de papel para higiene local.

E. MICÇÃO

Os enfermos no pós-operatório imediato, quando sentiam desejo de urinar, eram colocados em decúbito ventral ou lateral esquerdo, ou mesmo, dependendo do tempo decorrido após a operação, eram solicitados a levantar-se, para as tentativas de esvaziamento da bexiga. Quando estas manobras não surtiam o efeito desejado, aplicava-se bolsa de água quente no hipogástrio e, em último recurso, fazia-se o cateterismo vesical com sonda plástica uretral, de número 8, com permanência nunca superior a 6 horas.

F. PERMANÊNCIA HOSPITALAR

A alta hospitalar foi dada após a evacuação, desde que a ferida operatória apresentasse aspecto satisfatório e o paciente estivesse em bom estado geral. Ao receber alta hospitalar, o paciente era solicitado a compare-

cer à clinica particular, cada 3 a 7 dias, dependendo do local de residência e da evolução da ferida cirúrgica, até o término da cicatrização.

3. RESULTADOS

Os 112 pacientes foram acompanhados no pós-operatório mediato, até completar a cicatrização da ferida operatória. Cento e sete (95,5%) voltaram para seguimento pós-operatório tardio, pelo menos uma vez, entre o terceiro e o sexto mês, após realizada a operação. Vários foram revistos, até 10 anos após a cirurgia corretiva da estenose anal cicatricial, pelo fato de procurarem a clínica particular por apresentar outra patologia gastroenterológica.

3.1 DOR

A dor verificada após a cirurgia foi de intensidade discreta em dez (8,9%), moderada em oitenta e seis (76,8%) e intensa em dezesseis (14,3%). O número de casos conforme a algia pós-operatória e o grau de estenose anal cicatricial está assinalado na TABELA VIII.

T A B E L A VIII

NÚMERO DE CASOS CONFORME A ALGIA PÓS-
OPERATÓRIA E O GRAU DE ESTENOSE ANAL.

DOR PÓS- -OPERATÓRIA	NÚMERO DE CASOS			PORCENTAGEM (%)		
	GRAU I	GRAU II	TOTAL	GRAU I	GRAU II	TOTAL
DISCRETA	2	8	10	1,8	7,1	8,9
MODERADA	62	24	86	55,3	21,5	76,8
INTENSA	5	11	16	4,5	9,8	14,3
TOTAL	69	43	112	61,6	38,4	100,0

3.2 HÁBITO INTESTINAL

Vinte (18%) pacientes defecaram espontaneamente, somente com a introdução da dieta rica em resíduos no primeiro dia de pós-operatório. Noventa e dois (82%) necessitaram do estímulo pelo enema glicerinado segundo o esquema proposto.

Em cinquenta e oito (51,8%) enfermos o hábito intestinal normalizou-se somente com o emprego da dieta rica em resíduos, na primeira semana de pós-operatorio. Cinquenta e quatro (48,2%) necessitaram do auxílio da mucilagem para restabelecer seu hábito intestinal, o que ocorreu entre a primeira e segunda semana de pós-operatorio. O número de casos conforme a defecação no pós-operatório imediato e o grau de estenose anal está na TABELA IX.

O número de casos conforme o restabelecimento do hábito intestinal e o grau de estenose anal, está assinalado na TABELA X.

3.3 RETALHOS CIRÚRGICOS REALIZADOS

Em oitenta e quatro (75%) enfermos foram realizados retalhos pediculados, cutâneo e mucoso, de localização posterior. Em três (2,7%) a localização dos retalhos foi anterior. Em vinte e cinco (22,3%) os retalhos foram realizados, simultaneamente, posterior e anterior. O número de casos conforme a localização dos retalhos cirúrgicos e o grau de estenose anal cicatricial está na TABELA XI.

O número de casos conforme a algia pós-operatória e a localização dos retalhos cirúrgicos,

T A B E L A IX

NÚMERO DE CASOS CONFORME A DEFECÇÃO NO PÓS-O
PERATÓRIO IMEDIATO E O GRAU DE ESTENOSE ANAL.

DEFECÇÃO NO PÓS-OPERATÓRIO	NÚMERO DE CASOS			PORCENTAGEM (%)		
	GRAU I	GRAU II	TOTAL	GRAU I	GRAU II	TOTAL
DEFECÇÃO ESPONTÂNEA	13	7	20	11,6	6,4	18,0
ESTÍMULO COM ENEMA	56	36	92	50,0	32,0	82,0
TOTAL	69	43	112	61,6	38,4	100,0

T A B E L A X

NÚMERO DE CASOS CONFORME O RESTABELECIMENTO DO
HÁBITO INTESTINAL E O GRAU DE ESTENOSE ANAL.

RESTABELECIMEN TO DO HÁBITO INTESTINAL	NÚMERO DE CASOS			PORCENTAGEM (%)		
	GRAU I	GRAU II	TOTAL	GRAU I	GRAU II	TOTAL
DIETA RICA EM RESÍDUOS	39	19	58	34,8	17,0	51,8
AUXÍLIO COM MUCILAGEM	30	24	54	26,8	21,4	48,2
TOTAL	69	43	112	61,6	38,4	100,0

T A B E L A XI

NÚMERO DE CASOS CONFORME A LOCALIZAÇÃO DOS RETALHOS CIRÚRGICOS E O GRAU DE ESTENOSE ANAL.

LOCALIZAÇÃO DOS RETALHOS CIRÚRGICOS	NÚMERO DE CASOS			PORCENTAGEM (%)		
	GRAU I	GRAU II	TOTAL	GRAU I	GRAU II	TOTAL
POSTERIOR E ANTERIOR	0	25	25	0,0	22,3	22,3
POSTERIOR	66	18	84	58,9	16,1	75,0
ANTERIOR	3	0	3	2,7	0,0	2,7
TOTAL	69	43	112	61,6	38,4	100,0

encontra-se na TABELA XII.

3.4 COMPLICAÇÕES

3.4.1 AFECÇÕES URINÁRIAS

Setenta e nove (70,6%) pacientes conseguiram a micção pós-operatória sem a necessidade de qualquer manobra especial. Trinta e três (29,4%) apresentaram retenção urinária no pós-operatório imediato, dos quais vinte e sete (24,1%) conseguiram a micção com a colocação de bolsa quente no hipogastro. Em seis (5,3%) foi necessário o cateterismo vesical, com sonda plástica, uretral, de número 8, para obter-se o esvaziamento da bexiga. Dois (1,8%) doentes apresentaram tenesmo vesical que regrediu espontaneamente decorridas 48 horas de pós-operatório. Não foi necessário o uso de terapia com antibióticos.

3.4.2 AFECÇÕES LOCAIS

Noventa e um (81,3%) enfermos evoluíram sem complicações locais pós-operatórias. Dos vinte e um (18,7%) que apresentaram estas complicações, nove (8,0%) foram por causa de edema da margem da incisão do retalho cutâneo, que regrediu com o uso de antiflogísticos, tópico e oral. Em sete (6,3%) foi observado granuloma da ferida operatória, sendo necessário em cinco (4,5%) o emprego de solução de nitrato de prata a 5%, para a cauterização do tecido granulomatoso. Cinco (4,5%) pacientes tiveram plicomas residuais após completada a cicatrização.

T A B E L A XII

NÚMERO DE CASOS CONFORME A ALGIA PÓS-OPERATÓRIA E A LOCALIZAÇÃO DOS RETALHOS CIRÚRGICOS

DOR PÓS- -OPERATÓRIA	NÚMERO DE CASOS			PORCENTAGEM (%)			
	POSTERIOR	ANTERIOR	POSTERIOR E ANTERIOR	TOTAL	POSTERIOR E ANTERIOR	ANTERIOR	TOTAL
DISCRETA	4	1	5	10	3,6	0,9	4,4
MODERADA	71	2	13	86	63,4	1,8	11,6
INTENSA	9	0	7	16	8,0	0,0	6,3
TOTAL	84	3	25	112	75,0	2,7	22,3
							100,0

O número de casos conforme as complicações locais pós-operatórias e o grau de estenose anal cicatricial, encontra-se na TABELA XIII.

O número de casos conforme as complicações locais pós-cirúrgicas e a localização dos retalhos pediculados, cutâneo e mucoso, está assinalado na TABELA XIV.

O número de casos com edema da margem da incisão do retalho cutâneo encontra-se individualizado, conforme o grau de estenose, a localização dos retalhos cirúrgicos e o tempo de cicatrização, na TABELA XV.

O número de casos com granuloma da ferida operatória está individualizado, conforme o grau de estenose anal, a localização dos retalhos pediculados e o tempo de cicatrização, na TABELA XVI.

Na TABELA XVII observa-se a individualização dos casos com plicoma pós-cirúrgico, conforme o grau de estenose anal, a localização dos retalhos cirúrgicos e o tempo de cicatrização.

Quinze (13,4%) enfermos referiram prurido anal no pós-operatório imediato. Este sintoma desapareceu, em todos, no tempo máximo de duas semanas.

Doze (10,7%) pacientes tiveram incontinência anal discreta para gases, que persistiu durante o período decorrido entre duas a quatro semanas de pós-operatório e desapareceu sem qualquer tratamento específico.

Todos os retalhos pediculados, cutâneo e mucoso, apresentaram viabilidade, sem alterações em sua vascularização. Paciente algum apresentou celulite perianal. Secreção sanguinolenta, representada pela presença de san

T A B E L A XIII

NÚMERO DE CASOS CONFORME AS COMPLICAÇÕES LOCAIS
PÓS-OPERATÓRIAS E O GRAU DE ESTENOSE ANAL.

COMPLICAÇÕES LOCAIS PÓS- -OPERATÓRIAS	NÚMERO DE CASOS			PORCENTAGEM (%)		
	GRAU I	GRAU II	TOTAL	GRAU I	GRAU II	TOTAL
EDEMA	6	3	9	5,3	2,7	8,0
GRANULOMA	4	3	7	3,6	2,7	6,3
PLICOMA	1	4	5	0,9	3,6	4,5
TOTAL	11	10	21	9,8	9,0	18,8

T A B E L A XIV

NÚMERO DE CASOS CONFORME AS COMPLICAÇÕES LOCAIS PÓS-OPERATÓRIAS E A LOCALIZAÇÃO DOS RETALHOS CIRÚRGICOS.

COMPLICAÇÕES LOCAIS PÓS- -OPERATÓRIAS	NÚMERO DE CASOS			PORCENTAGEM (%)		
	ANTERIOR	POSTERIOR	TOTAL	ANTERIOR	POSTERIOR	TOTAL
		E ANTERIOR			E ANTERIOR	
EDEMA	0	7	9	0,0	6,3	8,1
GRANULOMA	0	6	7	0,0	5,3	6,2
PLICOMA	0	2	5	0,0	1,8	4,5
TOTAL	0	15	21	0,0	13,4	18,8

T A B E L A XV

EDEMA LOCAL PÓS-OPERATÓRIO E O NÚMERO DO CASO,
O GRAU DE ESTENOSE ANAL, A LOCALIZAÇÃO DO RE-
TALHO CIRÚRGICO E O TEMPO DE CICATRIZAÇÃO.

NÚMERO DO CASO	GRAU DE ESTENOSE ANAL	LOCALIZAÇÃO DOS RETALHOS CIRÚRGICOS	TEMPO DE CICATRIZAÇÃO (DIAS)
3	I	POSTERIOR	22
10	II	POSTERIOR E ANTERIOR	18
11	I	POSTERIOR	18
16	I	POSTERIOR	18
41	II	POSTERIOR E ANTERIOR	18
50	I	POSTERIOR	13
85	I	POSTERIOR	23
100	II	POSTERIOR	18
109	I	POSTERIOR	17
MÉDIA			18,3

T A B E L A XVI

GRANULOMA LOCAL PÓS-OPERATÓRIO E O NÚMERO DO
CASO, O GRAU DE ESTENOSE ANAL, A LOCALIZAÇÃO
DO RETALHO CIRÚRGICO E O TEMPO DE CICATRIZAÇÃO

NÚMERO DO CASO	GRAU DE ESTENOSE ANAL	LOCALIZAÇÃO DOS RETALHOS CIRÚRGICOS	TEMPO DE CICATRIZAÇÃO (DIAS)
46	II	POSTERIOR	14
47	I	POSTERIOR	17
60	I	POSTERIOR	28
69	II	POSTERIOR	14
71	I	POSTERIOR	13
83	I	POSTERIOR	21
98	II	POSTERIOR E ANTERIOR	18
MÉDIA			17,9

T A B E L A XVII

PLICOMA LOCAL PÓS-OPERATÓRIO E O NÚMERO DO
CASO, O GRAU DE ESTENOSE ANAL, A LOCALIZAÇÃO
DO RETALHO CIRÚRGICO E O TEMPO DE CICATRIZAÇÃO

NÚMERO DO CASO	GRAU DE ESTENOSE ANAL	LOCALIZAÇÃO DOS RETALHOS CIRÚRGICOS	TEMPO DE CICATRIZAÇÃO (DIAS)
2	II	POSTERIOR E ANTERIOR	21
21	I	POSTERIOR	14
24	II	POSTERIOR	18
48	II	POSTERIOR E ANTERIOR	25
82	II	POSTERIOR E ANTERIOR	25
MÉDIA			20,6

que na gaze de proteção da ferida operatória, foi encontrada em noventa e oito (87,5%) doentes, porém sempre relacionada ao que se verifica nas feridas operatórias orificiais semi-abertas.

3.5 ALTA HOSPITALAR

Em cento e dois (90%) pacientes a alta hospitalar ocorreu 48 horas após a cirurgia e nos restantes dez (9%) 72 horas após, à exceção do caso número 54, que permaneceu internado por 96 horas.

3.6 CICATRIZAÇÃO

O tempo médio de cicatrização dos pacientes estudados, foi de 18,3 dias ($S=2,97$ dias) variando de 13 (casos número 50, 63, 71 e 110) a 30 (caso número 6) dias. O tempo de cicatrização das feridas operatórias de cada enfermo está assinalado na TABELA GERAL (Apêndice).

O tempo médio de cicatrização da ferida operatória foi de 17,8 dias ($S=3,52$ dias) no grupo de estenose anal grau I e 19,3 ($S=3,54$ dias) no de grau II. Nos vinte e um (18,7%) doentes que apresentaram complicações locais, o tempo médio de cicatrização foi de 18,7 dias ($S=4,16$ dias), sendo de 18,3 ($S=2,87$ dias) nos nove (8%) pacientes com edema da margem da incisão do retalho cutâneo, 17,9 dias ($S=5,27$ dias) nos sete (6,3%) com granuloma da ferida operatória e 20,6 ($S=4,71$ dias) nos cinco (4,5%) enfermos com plicoma residual.

Os vinte e cinco (22,3%) pacientes nos quais foram realizados retalhos pediculados, pos-

terior e anterior concomitantes, apresentaram o tempo médio de cicatrização de 19,8 dias ($S=3,66$ dias)

3.7 RECIDIVA DOS SINTOMAS

Doente algum apresentou recidiva dos sintomas da estenose anal cicatricial no pós-operatório mediato, ou seja, até a cicatrização da ferida operatória. Os cento e sete (95,5%) enfermos que voltaram para seguimento pós cirúrgico tardio, pelo menos uma vez, entre o terceiro e o sexto mês, também não relataram recidiva dos sintomas.

3.8 TESTES ESTATÍSTICOS

Os testes de WILCOXON e KRUSKAL WALLIS utilizados neste trabalho demonstraram que não houve diferença significativa, estatisticamente, entre os grupos I e II.

4. DISCUSSÃO

O número de pacientes operados por estenose anal cicatricial, nesta casuística, evidencia a frequência elevada desta complicação tardia das cirurgias orificiais e está de acordo com os achados de TURELL (1956), TAJES e JEDWAB (1959), ALMONTE e OBANDO (1960), SÖDERLUNG (1962), ALCARAZ e col (1963), HENKEL (1963), MARQUEZ (1963), ROSA (1963), SCIORSCI (1963), BUCKHART (1965), DONADIO (1969), GOLIGHER e col (1969), SARNER (1969), ANDRUET (1970), CANDIOTTI (1974), REIS NETO (1974 e 1975), DUHAMEL (1976), REIS NETO e QUILICI (1978), SUDUCA (1980), THOMSON e EYERS (1980), VIGONI (1980) e NUNES (1981). Sua causa mais freqüente é decorrente da técnica cirúrgica empregada, como a utilizada para a ressecção dos mamilos hemorroidários sem a manutenção de pontes cutâneo-mucosas suficientemente largas; nas técnicas de hemorroidectomias ditas abertas, com a cicatrização da ferida cutânea por segunda intenção (SALMON, 1829; MILLIGAN e col, 1937; BUIE, 1938; D'ÁVILA, 1939; BLAISDEL, 1951; TURELL, 1951; SÖDERLUNG, 1962 e GOLIGHER, 1980); ou consequente às hemorroidectomias amputativas (WHITEHEAD, 1882). Podem ocorrer também nas drenagens amplas de abscessos e/ou fístulas perianais, ou em consequência das extensas eletrocauterizações de condilomas perianais (RO-

SA, 1963; QUILICI, 1975 e REIS NETO, 1975). Outra causa é a falta de experiência do cirurgião (BACON, 1938; BUIE, 1938 ; GABRIEL, 1946; PARKS, 1956; FERGUNSON, 1959; CARMEL, 1969; REIS NETO, 1974 e 1975; QUILICI, 1975 e GOLIGHER, 1980).

4.1 TÉCNICAS DA ANOPLASTIA

Na estenose anal pós-operatória a fibrose cicatricial do anoderma constitui o obstáculo preponderante à elasticidade do canal anal. A realização da esfínterectomia interna não é suficiente para corrigi-la, pois pouco contribui para reduzir a fibrose mucocutânea anal. Da mesma forma, a simples incisão da área estenosada apresenta maus resultados por não remover a causa primária, ou seja, a fibrose intersticial e a sua cicatrização produz nova quantidade de tecido fibroso inelástico (GABRIEL, 1946; SARNER, 1969; REIS NETO, 1975 e GAMA, 1980).

As principais técnicas de anoplastia descritas têm o objetivo de excisar o tecido fibroso e substituí-lo por tecido normal, colocando-se um enxerto pediculado de mucosa e/ou de pele sobre a ferida resultante da excisão sobre a área inextensível do canal anal (KELLER; 1933; BACON, 1938; COLE e GREELEY, 1942; MARTIN, 1944; CARMEL, 1948; TURELL, 1951; FITZSIMMONS, 1955; POPE, 1959; KRATZER e HAMANDI, 1960; MALGIERI, 1961; HENKEL, 1963; MORRIS, 1965; SARNER, 1969; ANDRUET, 1970; GALVAN, 1971; SHROPSHEAR, 1971; REIS NETO, 1975; CORMAN e col, 1976; HUDSON, 1976 e REBEL, 1984).

Dentre as várias técnicas descritas para o tratamento cirúrgico da estenose anal cicatricial, algumas falham por propiciarem cicatrizes defeituosas

(FITZSIMMONS, 1955; MORRIS, 1965 e HUDSON, 1976), outras, pela complexidade técnica de execução (FITZSIMMONS, 1955; POPE, 1959; MORRIS, 1965 e CARMEL, 1969), ou mesmo pela frequência elevada de recidivas dos sintomas (GALVAN, 1971).

A técnica de enxerto de retalho retangular de pele, colocado sobre a área fibrótica previamente excisada, e suturada à mucosa retal, descrita por SARNER (1969), apresenta bons resultados, como os descritos por GAMA (1980), que verificou ausência de complicações pós-operatórias e de recidiva dos sintomas em catorze enfermos operados. Apesar disto, o autor desta anoplastia refere como as principais complicações pós-operatórias, os granulomas cicatriciais exuberantes e as ruturas das pontes cutâneas, e REBEL (1984) relata número apreciável de necrose do retalho pediculado. Com relação ao tempo de cicatrização observado na literatura com esta técnica, de quatro a seis semanas, é consequente, provavelmente, ao retalho de pele que, inserido no anoderma, provoca o aumento da secreção do canal anal e uma reação inflamatória, dificultando e retardando o processo cicatricial.

4.2 CASUÍSTICA

4.2.1 GRUPO ETÁRIO

A maior frequência de estenose anal pós-operatória deste estudo, ocorreu entre os 30 e 49 anos e coincide, na literatura, com o grupo etário de pacientes hemorroidectomizados (MILLIGAN e col, 1937; REIS NETO, 1974; GOLIGHER, 1980 e SUDUCA, 1980). O grupo etário desta casuística não variou estatisticamente em razão do grau de este

nose anal observada.

4.2.2 SEXO

A prevalência do sexo feminino nesta casuística difere da verificada na literatura, onde a frequência é igual para ambos os sexos. No entanto, esta prevalência não variou estatisticamente em razão do grau de estenose anal cicatricial observado.

4.2.3 SINTOMAS PRÉ-OPERATÓRIOS

A dor e a dificuldade defecatória observadas nos enfermos com estenose anal pós-operatória, foram diretamente proporcionais à presença de solução de continuidade no anoderma caracterizada por lesão fissuróide pós-cicatricial e à fibrose em forma de barra posterior e/ou anterior configurando o aspecto triangular ao ânus.

4.2.4 GRAU DE ESTENOSE ANAL

Os quarenta e três (38,4%) doentes acometidos por estenose anal cicatricial com fibrose em forma de barra posterior e/ou anterior, dando ao ânus o aspecto triangular, apresentavam também, alterações anatômicas e funcionais de intensidade maior, e, em vista disto, constituiram um grupo de pacientes com grau de estenose pós-operatória mais intenso, denominado de grupo II. Em contrapartida, os restantes sessenta e nove (61,6%) enfermos sem este critério diagnóstico, constituíram o grupo denominado de grau I.

A lesão fissuróide pós-cicatricial no anoderma encontrada em trinta e seis (27,7%) dos pacientes, apesar de intensificar a sintomatologia, não caracterizou o agravamento do grau de estenose pós-operatória, à exceção dos quatro (3,6%) doentes que apresentavam esta lesão simultaneamente, posterior e anterior no canal anal.

4.2.5 PATOLOGIA PROCTOLÓGICA ASSOCIADA

Os oito (7,2%) enfermos acometidos por afecções proctológicas associadas não apresentaram piora do grau de estenose anal cicatricial decorrentes desta concomitância e seu tratamento foi realizado juntamente com a cirurgia corretiva proposta para a estenose.

4.2.6 CIRURGIA ORIFICIAL PRÉVIA

A frequência de mais de 90% de doentes anteriormente hemorroidectomizados, neste estudo, coincide com o observado na literatura: as complicações tardias das cirurgias hemorroidárias são a principal causa da estenose anal cicatricial.

Todos os enfermos do grupo de estenose anal grau II, haviam sido submetidos previamente à hemorroidectomia, os cinco submetidos à eletrocauterização de condilomas perianais e os três com drenagem ampla de abscessos perianais, pertenciam ao grupo de estenose anal cicatricial grau I.

4.3 MÉTODO

4.3.1 PRÉ-OPERATÓRIO

Em paciente algum foi realizado enema retal pré-operatório, para obter-se a exoneração das fezes, visto que havia a intenção de conseguir-se a evacuação no pós-operatório imediato, ainda com o paciente hospitalizado. A finalidade foi a de orientá-lo para o fato de maior importância na sintomatologia prévia, ou seja, o temor à defecação.

Os exames, hemograma completo, tempo de sangramento e coagulação, glicemia e urina I, foram solicitadas só dos doentes em que a anamnese e/ou o exame físico geral e especial os justificassem. Nos demais, em vista da correção cirúrgica da estenose anal apresentar baixa morbidade, não julgou-se necessário o uso rotineiro destes exames no pré-operatório.

4.3.2 CIRURGIA CORRETIVA REALIZADA

A posição do paciente, utilizada na realização do ato operatório, foi a descrita por BUIE (1938), por possibilitar boa exposição do campo cirúrgico e é também a usada por vários autores (BELLO, 1943; DONADIO, 1969; SARNER, 1969; CANDIOTTI, 1974; REIS NETO, 1974 e 1975 e GALVAN, 1980).

O conhecimento de princípios de cirurgia plástica foram importantes para a realização desta anoplastia. Toda intervenção que visa confeccionar retalhos cirúrgicos exige cuidados na preparação dos pedículos, quais se

jam: apresentar uma largura mínima de 1 cm para manter sua vascularização; ter o formato trapezoidal, no retalho cutâneo, para evitar sua necrose; dissecação criteriosa, para evitar a secção dos vasos nutrientes; e ser inserido no canal anal sem tensão, para não comprometer sua vitalidade. A hemostasia deve ser cuidadosa e os fios utilizados, devem ser finos, absorvíveis, com agulhas atraumáticas e os tecidos manuseados com delicadeza para evitar, não só a necrose do retalho, como a formação de hematomas que poderão levar à infecção e colaborar para a formação de cicatrizes fibrosas que prejudicarão a elasticidade do ânus.

Um fato significativo desta técnica cirúrgica é a de possibilitar a feitura de dois retalhos, um cutâneo e outro mucoso, que deverão ser inseridos sobre a área excisada de fibrose cicatricial no anoderma. Como esta região, anatômica e funcionalmente, é composta de pele e de mucosa, é importante colocar-se na mesma, os elementos anatómicos pré-existentes, para que além de aumentar seu diâmetro, incorpore os elementos apropriados.

Outro aspecto relevante é que a colocação dos retalhos pediculados, cutâneo e mucoso, permite o aumento da circunferência do canal anal, impede a reaproximação dos extremos seccionados do esfíncter anal interno e a consequente recidiva da estenose. Restitui a elasticidade do ânus, permitindo adequar a dimensão dos retalhos cirúrgicos, à ampliação do canal anal necessária para a sua correção. Esta técnica oferece, ainda, a possibilidade da feitura de um ou mais retalhos pediculados, tanto posterior como anterior, ou mesmo concomitantes e, com isto, obter-se a adequação da circunferência anal à sua funcionalidade.

Apresenta, também, outra característica técnica, qual seja, sua facilidade de execução, necessitando do conhecimento cirúrgico básico da anátomo-fisiologia do canal anal.

Os vinte e cinco (22,3%) doentes, nos quais se realizaram os retalhos pediculados, cutâneo e mucoso, de localização posterior e anterior, concomitantes, pertenciam ao grupo de estenose anal cicatricial grau II. Isto evidencia que, em mais da metade dos pacientes deste grupo, foi necessária a realização de uma cirurgia de extensão maior, com a colocação de retalhos plásticos simultâneos, nos quadrantes posterior e anterior do ânus, para obter-se sua correção cirúrgica. Os três (2,7%) casos que necessitaram de confecção dos retalhos pediculados no quadrante anterior, pertenciam ao grupo de estenose anal grau I.

4.3.3 PÓS-OPERATÓRIO

A. DOR

GOLIGHER e col (1969) reconhecem a dificuldade de quantificar o desconforto corporal, porque a dor é essencialmente um fenômeno subjetivo individual e não pode ser submetido a mensuração objetiva precisa. Os resultados observados nesta casuística permitiram verificar que a técnica operatória utilizada propiciou uma intensidade de dor pós-operatória de discreta a moderada na maioria dos enfermos. Isto foi possível, provavelmente, por causa dos cuidados de técnica cirúrgica utilizados no ato operatório no intuito de diminuir o traumatismo do canal anal e pela diminui-

ção da área cruenta externa. Este fato é muito importante para os pacientes com estenose anal cicatricial, já traumatizados pela dor, característica desta patologia orificial.

A dor pós-operatória não variou estatisticamente em razão do grau de estenose anal ou com a extensão do ato operatório, ou seja, com o número de retalhos pediculados realizados.

O restabelecimento da evacuação fisiológica precoce e a sua frequência são os dois fatores correlatos que contribuíram, sobremaneira, para a melhoria da sintomatologia pós-operatória na maioria dos pacientes de dor discreta e moderada (85,7%), analisados neste trabalho.

B. HÁBITO INTESTINAL

Um dos problemas enfrentados no pós-operatório das cirurgias orificiais é quanto ao hábito intestinal. Compreende-se este fato, pela obtenção de uma evacuação decorridas 36 horas da cirurgia. Vários métodos têm sido tentados e vários medicamentos utilizados no sentido de obter-se uma evacuação dita fisiológica, no pós-operatório imediato (REIS NETO, 1976; WARDE e CUTAIT, 1976; REIS NETO e QUILICI 1983 e REIS NETO e col, 1986). A evacuação fisiológica caracteriza-se por fezes de pH neutro e de consistência branda ou firme, sendo muito difícil definir outros aspectos da defecação como por exemplo, o grau de esforço necessário ou o volume fecal (REIS NETO e col, 1986).

WARDE e CUTAIT (1976) concluíram que o emprego precoce dos aumentadores de volume do bolo fecal no pós-operatório das cirurgias orificiais promovem uma

evacuação precoce, proporcionando uma evolução pós-operatória mais confortável, com menos dor, permitindo uma cicatrização com menor risco de complicações. Além disto, a maior ingestão de fibras aumenta o volume do bolo fecal e este, em contato com as paredes do colon, excita as terminações nervosas dos plexos mioentéricos. Deste modo, desencadeiam-se os movimentos propulsivos do colon, que facilitam a exoneração intestinal, ocorrendo, assim, um encurtamento do trânsito intestinal. As dietas ricas em fibras, diminuindo o tempo de trânsito intestinal, reduzem também o tempo de fermentação e posteriormente aumentam a quantidade de matéria orgânica excretada (KINGMA, 1981).

Em vista destes fatos, é que utilizou-se a dieta rica em resíduos desde o primeiro dia de pós-operatório associada à administração de mucilagem.

O desconforto evacuatório, no pós-operatório imediato, foi menor que antes da cirurgia, com diminuição da intensidade da dor à defecação. Contribuiu para isto, o auxílio da primeira evacuação por meio da dieta com resíduos ou estimulada com o clister de glicerina (REIS NETO e QUILICI, 1983). Outra observação que evidenciou os resultados compensadores obtidos com esta técnica de anoplastia é a de que cinquenta e oito pacientes, ou seja, mais da metade, apresentaram evacuação fisiológica após 48 horas do ato cirúrgico, somente com o auxílio da dieta rica em fibras.

Um pormenor importante é o de não utilizar-se laxativos no pós-operatório, obedecidos alguns fatores fisiológicos: podem induzir ao vício e/ou acarretar lesões intestinais (SMITH, 1972); é difícil obter-se, com o laxativo, na maioria das vezes, uma consistência uni-

forme das fezes, que ora são muito moles, ora muito duras; e com o seu uso, há uma mudança do pH das fezes que pode acarretar intenso ardor anal à defecação (CANDIOTTI, 1974).

A ocorrência da defecação espontânea no pós-operatório e o restabelecimento do hábito intestinal não variaram estatisticamente em razão do grau de estenose anal cicatricial.

C. COMPLICAÇÕES

As afecções urinárias e as complicações locais pós-operatórias verificadas são semelhantes às relatadas na literatura (CARMEL, 1948; TURELL, 1951; SARNER, 1969; REIS NETO, 1974 e 1976 e GOLIGHER, 1980).

Vinte e um (18,7%) enfermos a apresentaram complicações locais neste estudo, sendo nove (8%) por edema da margem da incisão do retalho cutâneo, que regrediu com o uso de antiflogísticos, tópico e de administração o ral. Esta complicação não variou estatisticamente em razão do grau de estenose anal ou com a extensão da cirurgia corretiva, ou seja, com o número de retalhos pediculados realizados.

Em sete (6,3%) observou-se gra nuloma da ferida operatória, sendo necessário em cinco (4,5%) o emprego de solução de nitrato de prata a 1,5%, para a cauterização do tecido granulomatoso. SARNER (1969) refere como sen do esta a principal complicação verificada com sua técnica de anoplastia, mas não indica sua frequência e FITZSIMMONS (1955) verificou que metade dos pacientes apresentaram granulomas com o emprego de sua técnica. Nesta casuística o granuloma pós-operatório não variou estatisticamente em razão do grau de es-

tenose anal ou com a extensão da cirurgia realizada. O fato de verificar-se somente 6,3% de enfermos com esta complicação local, deve ser imputado aos cuidados técnicos realizados, aos conceitos de cirurgia plástica utilizados e a fatores cicatriciais individuais de cada paciente.

Cinco (4,5%) doentes apresentaram plicomas residuais após completada a cicatrização. Esta complicação não variou estatisticamente em relação ao grau de estenose anal cicatricial.

Os sete pacientes com granuloma na cicatriz cirúrgica e os cinco com plicoma residual, não apresentaram, quando completada a cicatrização, qualquer alteração da anatomia do orifício anal ou da fisiologia defecatória.

Os sintomas de prurido anal e incontinência para gases não foram considerados como complicações locais porque não representaram seqüelas anatômicas. O prurido anal é achado rotineiro no pós-operatório das cirurgias orificiais (BUCKHART, 1956; ALMONTE e OBANDO, 1960; MARQUEZ, 1963; REIS NETO, 1974, 1975 e 1976; DUHAMEL, 1976; GOLIGHER, 1980 e SUDUCA, 1980). Sua etiologia está relacionada ao processo irritativo perianal, causado por sensibilidade dérmica à pomada anestésica utilizada nos curativos perianais e/ou ao crescimento dos pelos perianais associado com o aumento da secreção do canal anal. Este sintoma desapareceu nos quinze doentes, no tempo máximo de duas semanas, com o crescimento dos pelos perianais e/ou com a suspensão do uso da pomada tópica. A incontinência anal discreta para gases ocorreu em doze pacientes e persistiu durante o período percorrido entre duas a quatro semanas, desaparecendo sem qualquer tratamento,

quando completada a cicatrização.

A inexistência de hemorragia da ferida cirúrgica com importância clínica, as ausências, da celulite perianal e da necrose dos retalhos cirúrgicos, são provavelmente consequência dos cuidados técnicos observados.

D. ALTA HOSPITALAR

Permaneceram hospitalizados pelo período de 48 horas, cento e dois (91%) enfermos, por 72 horas, nove (8%) e um (0,9%) durante 96 horas. Isto possibilitou um menor gasto hospitalar ao paciente e o retorno precoce às suas atividades cotidianas.

E. CICATRIZAÇÃO

O tempo médio de cicatrização da ferida operatória, nesta casuística, foi de 18,3 dias, diferindo da literatura, onde o tempo médio de cicatrização ocorreu entre a quarta e a sexta semana de pós-operatório (CARMEL, 1948; TURELL, 1951; FITZSIMMONS, 1955; POPE, 1959; MORRIS, 1965; SARNER, 1969; HUDSON, 1976 e GAMA, 1980).

A causa provável para esta diferença é que estes autores utilizaram para a correção cirúrgica da estenose anal, técnicas com retalhos de até 6cm de extensão, de pele ou de mucosa, cuja incorporação ao anoderma é mais demorado do que se colocados elementos com os atributos funcionais desta região, ou seja, retalhos pediculados, um de pele, outro de mucosa retal, com perfeito afrontamento entre ambos, ao nível da linha pectínea, reconstruindo o canal anal.

O tempo médio de cicatrização da ferida cirúrgica, neste trabalho, não variou estatisticamente em razão do grau de estenose cicatricial, das complicações locais pós-operatórias, ou do número de retalhos pediculados realizados.

O tempo médio de cicatrização, verificado neste estudo entre a segunda e a terceira semana de pós-operatório, propiciou o retorno dos pacientes às suas atividades normais em curto período de tempo. Mesmo durante a fase cicatricial, durante o pós-operatório mediato, os doentes realizaram atividades cotidianas, sem restrições.

4.4 RESULTADOS PLÁSTICOS

A utilização, nesta técnica operatória, de princípios básicos de cirurgia plástica, não causou sofrimento pós-operatório e facilitou a cicatrização da ferida cirúrgica, assemelhando-se aos resultados verificados por TURELL (1951), SARNER (1969) e GAMA (1980).

As complicações locais pós-operatórias verificadas neste trabalho, não influenciaram, quando terminada a cicatrização, no diâmetro do canal anal, que encontrou-se p^{er}vio à passagem de fezes formadas, em todos os pacientes. Os resultados plásticos observados foram bons nos cento e doze doentes com desaparecimento dos sintomas, readquirindo a fenda anal suas características normais. Os resultados plásticos não variaram estatisticamente em razão do grau de estenose anal ou do número de retalhos pediculados realizados.

Em geral, os enfermos com este

nose anal cicatricial apresentam relutância em concordar com uma nova cirurgia, não sã com receio dos curativos pãs-operatãrios, especificamente da dilataããõ digital, mas tambãẽ porque jã foram submetidos ã duas ou mais cirurgias orificiais, com maus resultados. A possibilidade de ser efetuada uma cirurgia com resultados seguros e ausãncia de dilataãões digitais apãs a mesma, deve ser levada ao paciente, tranquilizando-o para o pãs-operatãrio.

4.5 RECIDIVA DOS SINTOMAS

Paciente algum deste estudo, a presentou recidiva dos sintomas da estenose anal cicatricial no pãs-operatãrio mediato, ou seja, atã a cicatrizaããõ da ferida operatãria. O mesmo ocorreu com os cento e sete (95,5%) enfermos que voltaram para seguimento pãs-operatãrio tardio, pelo menos uma vez, entre o terceiro e o sexto mães. Este resultado assemelha-se aos relatados por BACON (1938), TURELL (1951), HENKEL (1963), SARNER (1969), ANDRUET (1970), REIS NE TO (1975), GAMA (1980) e REBEL (1984).

5. CONCLUSÕES

A análise do estudo realizado em cento e doze pacientes com estenose anal pós-operatória submetidos à correção cirúrgica com o emprego de retalhos pediculados, cutâneo e mucoso, permite concluir:

1. Verificou-se em todos os pacientes o restabelecimento da fisiologia normal do canal anal;
2. Enfermo algum apresentou recidiva dos sintomas prévios;
3. As complicações pós-operatórias registradas nesta técnica cirúrgica tiveram frequência baixa, sem alterar o resultado plástico e não variaram estatisticamente em razão do grau de estenose anal; e
4. A técnica de anoplastia estudada pode ser empregada para os dois graus de estenose anal cicatricial observados.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ALCARAZ, A. V., MASTRANGELO, R. & TRAJTENBERG, A. - Operación de Whitehead. An. ALAP, I: 366 - 368, 1963.
02. ALMONTE, L. M. & OBANDO, R. N. - Complicaciones post-operatorias en la cirugía hemorroidaria. An ALAP, I: 380 - 383, 1.960.
03. ANDRUET, J. L. - Anal stenosis, Pren. Méd. Argent., 57: 593 - 595, 1970.
04. BACON, H. E. - Anus, Rectum and Sigmoid Colon. Philadelphia, Lippincott: 363 - 369, 1938.
05. BELLO, M. J. M. - Diagnóstico da la Estrecheces Rectales. Rev. Soc. Arg. Proctol., 1: 322 - 324, 1943.
06. BLAISDELL, P. C. - Simple pattern for competent hemorrhoidectomy. Surg. Gynec. Obst., 92: 140 - 148, 1951.
07. BUIE, L. A. - Practical proctology. W. B. Saunders Co., Philadelphia, London, 1938.
08. BUCKHART, T. - Late results following hemorrhoid surgery (Whitehead - Sarasola method). Chirurg, 36: 460 - 464, 1965.
09. CAMPOS, H. - Estatística Experimental não Para-métrica. Ed. Depto. Mat. e Estat. ESALQ. - USP, S.Paulo, 1979.
10. CANDIOTTI, A. N. - Progressos em Proctologia, Simpósio da Sociedade Peruana de Proctologia, Lima, Peru, 1974.
11. CARMEL, A. G. - Modern Surgical Treatment of Hemorrhoid and a new Rectoplasty. Am. J. Surg., 75: 320 - 326, 1969.

12. COLE, W. H. & GREELEY, P. N. - Utilization of pedicle skin grafts in correction of cicatricial anal stenosis. Surgery, 12: 349 - 353, 1942.
13. CORMAM, M. L., VEIDENHEIMER, M. C. & COLLIER, J. A. - Anoplasty for anal stricture. Surg. Clin. North Am., 56: 727 - 731, 1976.
14. D'ÁVILLA, S. - Hemorroidectomia. Indicação e técnica. Sa-lus populi, 1939.
15. DONADIO, R. J. - Estenosis anal post-operatoria. Pren. Méd. Argent., 56: 1383 - 1386, 1969.
16. DUHAMEL, J. - Conditions de la surveillance, complications et suites de la petite chirurgie anorectale. Ann. Gastroentérol. Hépatol., 4: 263 - 267, 1976.
17. FERGUNSON, J. A. - Closed hemorrhoidectomy. Dis. Colon Rectum., 2: 176 - 188, 1959.
18. FITZSIMMONS, E. L. - Use of pedicle skin grafts in Anorectal Surgery. Am. J. Surg., 90: 734 - 737, 1955.
19. GABRIEL, W. B. - Principles of Rectal Surgery. Springfield Charles Thomas, Publ., 1946.
20. GALVAN, E. S. - Tratamento Quirúrgico del Ano. Pren. Méd. Argent., 58: 994 - 996, 1971.
21. GAMA, A. H. - Cirurgia Anorretal. Técnica Cirúrgica. Ba-ses. Livr. Atheneu, BR., 1978.
22. GAMA, A. H.; ALVES, P. R. A.; CORSI, A.; JATOBÁ, P.; TEI-XEIRA, M. G.; D'ALBUQUERQUE, L. A. C. & GAMA-RODRIGUES, J. J. - Plástica da estenose pós-hemorroidectomia. Rev. Ass. Med. Bras., 26: 100 - 102, 1980.
23. GOLIGHER, J. C. - Surgery of the anus, rectum and colon. Bailliére Tindall London: Fourth Ed., 1980.

24. GOLIGHER, J. C.; GRAHAM, N. G.; CLARK, C. G.; DOMBAL, F. T. & GILLES, G. - The value of stretching the anal sphincters in the relief of post-hemorrhoidectomy pain. Brit. J. Surg., 56: 859 - 861, 1969.
25. HENKEL, H. - Anorectal atresia and stenosis: Klin. Med. (Wien), 18: 392 - 395, 1963.
26. HUDSON, A. T. - Plastic repair of Whitehead deformity of the anus. Dis. Colon Rect., 10: 57 - 60, 1976.
27. KELLER, W. L. - Annular stricture of the rectum and anus. Treatment by tunnel skin graft. Preliminary report. Am. J. Surg., 20: 28 - 31, 1933.
28. KINGMA, J. J. - Gastroenterologia Clínica. Ed. Guan. Koo-gan S.A., Rio de Jan., BR, 1981.
29. KRATZER, G. L. & HAMANDI, W. J. - Sliding skin graft in anorectal surgery. Dis. Colon Rectum, 3: 414 - 418, 1960.
30. MALGIERI, J. - Anoplasty to correct anal stricture. Dis. Colon Rectum, 4: 289 - 291, 1961.
31. MARQUEZ, M. M. - Complicaciones y secuelas de la cirugía hemorroidaria. An. ALAP, III: 1006 - 1010, 1963.
32. MARTIN, E. G. - The plastic use of skin in simple anal stricture, reconstruction of anal lining. Trans. Am. Proct., 44: 195 - 197, 1944.
33. MILLINGAN, E. T.; MORGAN, N. C.; JONES, L. E. & OFFICER, R. - Surgical anatomy of anal canal and operative treatment of haemorrhoids. Lancet, 2: 1119 - 1123, 1937.
34. MORRIS, R. A. - Indication for an Z-plasty modification of Whitehead operation. Am. J. Proctol., 16: 125 - 132 1965.

35. NUNES, W. - Doenças do reto e ânus. Ed. Manolo Ltda, São Paulo, 1981.
36. PARKS, A. G. - The surgical treatment of haemorrhoids. Brit. J. Surg., 43: 337 - 341, 1956.
37. POPE, C. H. - An anorectal plastic operation for fissure and stenosis and its surgical principles. Surg. Gyn. and Obst., 108: 249 - 254, 1959.
38. QUILICI, F. A. - Tratamento Cirúrgico da Estenose Anal. An. ALAP, I: 103 - 107, 1975.
39. REBEL, K. - Anoplastia semi-fechada. Rev. Bras. Coloproctol., 4: 80 - 86, 1984.
40. REIS NETO, J. A. - Estenose Anal: Apresentação de nova técnica cirúrgica. Rev. Paul. Méd., 86: 25 - 27, 1975.
41. REIS NETO, J. A. & QUILICI, F. A. - Estenose Anal. Rev. Circ., I: 41 - 47, 1978.
42. REIS NETO, J. A. - Hemorroidectomias: Estudo comparativo entre as técnicas de ligadura-incisão com semi-fechamento da ferida cutânea e a dissecação-ligadura-excisão com ferida cutânea aberta. Tese Doc. Livre, Fac. C. Méd. UNICAMP, 1974.
43. REIS NETO, J. A. - Hemorroidectomias. Rev. Ass. Med. Brasil., 22: 14 - 17, 1976.
44. REIS NETO, J. A. & QUILICI, F. A. - Ensaio clínico aberto comparativo em pós-operatório mediato de hemorroidectomia: Mucilóide hidrófilo de Psillium e farelo de trigo. F. Med., 87: 189 - 194, 1983.
45. REIS NETO, J. A.; QUILICI, F. A.; OLIVEIRA, L. A. R.; FARIA JR., P. C.; CORDEIRO, F. & REIS JR., J. A. - Eficácia e segurança de uma associação laxativa no pós-operatório imediato de cirurgias colo-proctológicas. Rev.

Bras. de Clin. Terap., 15: 21 - 26, 1986.

46. REIS NETO, J. A.; QUILICI, F. A.; CORDEIRO, F.; OLIVEIRA, L. A.; REIS JR., J. A. - Anus triangular: deformidade iatrogênica do canal anal. XXXV Congr. Brasil. Colo-proctol., São Paulo (BR.), 1985.
47. ROSA, J. V. - Estenose ano-retal. Rev. Bras. Med., 20: 146 - 148, 1963.
48. SALMON, F. - Practical Essays. Wittaker, London, Third Ed. 1829.
49. SARNER, J. B. - Plastic Relief of anal stenosis. Dis. Col. Rect., 12: 277 - 280, 1969.
50. SARNER, J. B. - Graft technique for anal stenosis. Geriatrics, 25: 228 - 232, 1970.
51. SCIORSCI, E. F. - A really modern operation for hemorrhoids. Am. J. Gastroent., 39: 371 - 373, 1963.
52. SHROPSHEAR, G. - Posterior and anterior anal proctotomy: a simplified technic for post-operative anal stenosis. Dis. Colon Rect., 114: 62 - 65, 1971.
53. SÖDERLUNG, S. - Results of hemorrhoidectomy according to Milligan: a follow-up study of 100 patients. Act. Chir. Scand., 124: 444 - 450, 1962.
54. SMITH, B. - The neuropathology of the alimentary tract. Edward Arnold, Butler & Tanner Ltd., London, 1972.
55. SUDUCA, P. - Complications and sequelae of Haemorrhoidectomy. Pluricentric study by computer of a serie of 1000 cases. Ann. Gastroentērol. Hēpatol., 16: 199 - 211 1980.
56. TAJES, V. & JEDWAB, M - A estenose anal como sequela da operação de Whitehead. Rev. Bras. Med., 11: 89 - 90, 1959.

57. THOMSON, J. P. S. & EYERS, A. A. - Complications de l'ope-
ration de Milligan et Morgan. Ann. Gastroentérol. Hépa-
tol., 16: 219 - 222, 1980.
58. TURELL, R. - Stricture of the Rectum. A new treatment. Am.
J. Surg., 81: 77 - 80, 1951.
59. TURELL, R. - Diseases of the Colon and Ano-Rectum. Phila-
delphia, Saunders, 1956.
60. VIGONI, M. - Sequelae of Whitehead's Operation and their
treatment. Ann. Gastroentérol. Héptol., 16: 213 - 218,
1980.
61. WARDE, P. J. & CUTAIT, D. E. - O emprego de terapias la-
xantes em hemorroidectomias. Estudo comparativo.
F. Med. (BR.), 3: 44 - 49, 1976.
62. WHITEHEAD, W. - The surgical treatment of haemorrhoids.
Brit. Med. J., 1: 148 - 164, 1882.

7. APÊNDICE

T A B E L A G E R A L

NÚMERO DO CASO	SEXO	GRUPO ETÁRIO (ANOS)	DATA DA CIRURGIA	GRAU DE ESTENOSE ANAL	LOCALIZAÇÃO DA LESÃO	LOCALIZAÇÃO DOS RETALHOS CIRÚRGICOS	TEMPO DE CICATRIZAÇÃO (DIAS)	COMPLICAÇÃO LOCAL
001	F	45	12.06.71	II	POSTERIOR	POSTERIOR/ANTERIOR	21	
002	M	33	20.08.71	II		POSTERIOR/ANTERIOR	21	PLICOMA
003	F	50	27.12.71	I		POSTERIOR	22	EDEMA
004	F	36	10.02.72	I		POSTERIOR	15	
005	F	47	02.04.72	I		POSTERIOR	18	
006	F	67	14.06.72	II	POSTERIOR	PORTERIOR/ANTERIOR	30	
007	M	45	18.06.72	I	POSTERIOR	POSTERIOR	18	
008	F	45	26.07.72	I		ANTERIOR	18	
009	F	38	16.01.73	I	POSTERIOR	POSTERIOR	15	
010	F	42	08.02.73	II		POSTERIOR/ANTERIOR	18	EDEMA
011	M	41	12.03.73	I		POSTERIOR	18	EDEMA

T A B E L A G E R A L

NÚMERO DO CASO	SEXO	GRUPO	DATA DA CIRURGIA	GRAU DE ESTENOSE DA LESÃO	LOCALIZAÇÃO DO FISSURÁRIO	LOCALIZAÇÃO DOS RETALHOS CIRÚRGICOS	TEMPO DE CICATRIZAÇÃO (DIAS)	COMPLICAÇÃO LOCAL PÓS-OPERATÓRIA
012	M	44	18.04.73	II	POSTERIOR/ANTERIOR	POSTERIOR/ANTERIOR	18	
013	M	53	22.05.73	II	POSTERIOR/ANTERIOR	POSTERIOR/ANTERIOR	17	
014	F	40	12.06.73	II	POSTERIOR	POSTERIOR	25	
015	F	67	19.06.73	I		POSTERIOR	14	
016	M	46	21.09.73	I		POSTERIOR	18	EDEMA
017	F	37	14.11.73	II		POSTERIOR/ANTERIOR	18	
018	F	35	19.11.73	II	POSTERIOR	POSTERIOR/ANTERIOR	22	
019	F	37	05.02.74	II	POSTERIOR/ANTERIOR	POSTERIOR/ANTERIOR	25	
020	M	38	05.04.74	I		POSTERIOR	17	
021	F	35	18.04.74	I		POSTERIOR	14	PLICOMA
022	F	60	27.04.74	I		POSTERIOR	15	

T A B E L A G E R A L

NÚMERO DO CASO	SEXO	GRUPO	DATA DA CIRURGIA	GRAU DE ESTENOSE DA LESÃO	LOCALIZAÇÃO DO RETALHO CIRÚRGICO	TEMPO DE CICATRIZAÇÃO LOCAL (DIAS)	COMPLICAÇÃO
023	F	40	11.07.74	I	POSTERIOR	18	
024	F	39	14.08.74	II	POSTERIOR	18	PLICOMA
025	F	35	19.09.74	I	POSTERIOR	17	
026	F	59	18.10.74	I	POSTERIOR	17	
027	F	43	30.10.74	I	POSTERIOR	18	
028	F	57	18.11.74	I	POSTERIOR	19	
029	M	38	30.05.75	I	POSTERIOR	17	
030	F	65	07.07.75	I	POSTERIOR	15	
031	F	32	14.07.75	II	POSTERIOR/ANTERIOR	19	
032	F	58	30.08.75	I	POSTERIOR	14	
033	M	67	09.09.75	II	POSTERIOR	21	

T A B E L A G E R A L

NÚMERO DO CASO	SEXO	GRUPO	DATA DA CIRURGIA	GRAU DE ESTENOSE	LOCALIZAÇÃO DA LESÃO	LOCALIZAÇÃO DOS RETALHOS CIRÚRGICOS	TEMPO DE CICATRIZAÇÃO LOCAL (DIAS)	COMPLICAÇÃO
				ANAL	FISSURÁRIA			PÓS-OPERATÓRIA
034	F	42	27.11.75	I	POSTERIOR	POSTERIOR	15	
035	M	39	04.03.76	II	ANTERIOR	POSTERIOR/ANTERIOR	21	
036	F	46	17.07.76	II	POSTERIOR	POSTERIOR	21	
037	M	63	21.07.76	I	POSTERIOR	POSTERIOR	18	
038	M	48	27.10.76	I		POSTERIOR	25	
039	F	42	22.11.76	I		POSTERIOR	17	
040	F	28	29.11.76	II		POSTERIOR/ANTERIOR	21	
041	F	58	02.12.76	II		POSTERIOR/ANTERIOR	18	EDEMA
042	F	24	04.03.77	II	POSTERIOR	POSTERIOR	14	
043	F	51	14.03.77	I		POSTERIOR	17	
044	M	37	14.04.77	I		POSTERIOR	17	

T A B E L A G E R A L

NÚMERO DO CASO	SEXO	GRUPO	DATA DA CIRURGIA	GRAU DE ESTENOSE ANAL	LOCALIZAÇÃO DA LESÃO	LOCALIZAÇÃO DOS RETALHOS CIRÚRGICOS	TEMPO DE CICATRIZAÇÃO (DIAS)	COMPLICAÇÃO LOCAL PÓS-OPERATÓRIA
045	M	47	23.04.77	II		POSTERIOR/ANTERIOR	21	
046	F	37	24.05.77	II	POSTERIOR	POSTERIOR	14	GRANULOMA
047	F	63	25.05.77	I	POSTERIOR	POSTERIOR	17	GRANULOMA
048	F	33	22.06.77	II		POSTERIOR/ANTERIOR	25	PLICOMA
049	F	35	14.07.77	II		POSTERIOR	21	
050	F	19	20.08.77	I		POSTERIOR	13	EDEMA
051	F	49	01.09.77	I		POSTERIOR	14	
052	F	37	06.09.77	I		POSTERIOR	28	
053	M	33	17.12.77	II		POSTERIOR	18	
054	F	22	07.03.78	I		POSTERIOR	18	
055	F	28	28.03.78	II		POSTERIOR/ANTERIOR	18	

T A B E L A G E R A L

NÚMERO DO CASO	SEXO	GRUPO	DATA DA CIRURGIA	GRAU DE ESTENOSE ANAL	LOCALIZAÇÃO DA LESÃO	LOCALIZAÇÃO DOS RETALHOS CIRÚRGICOS	TEMPO DE CICATRIZAÇÃO (DIAS)	COMPLICAÇÃO LOCAL
					FISSURÁRIA			PÓS-OPERATÓRIA
056	M	27	14.04.78	I		POSTERIOR	15	
057	F	31	05.05.78	I		ANTERIOR	21	
058	F	45	26.06.78	I		POSTERIOR	14	
059	M	33	28.06.78	II	POSTERIOR	POSTERIOR/ANTERIOR	21	
060	F	53	09.08.78	I		POSTERIOR	28	GRANULOMA
061	F	33	30.08.78	I		POSTERIOR	21	
062	F	50	02.09.78	II	POSTERIOR	POSTERIOR	14	
063	M	37	15.09.78	I		POSTERIOR	13	
064	M	53	05.12.78	I		POSTERIOR	18	
065	M	51	20.12.78	II	POSTERIOR	POSTERIOR	18	
066	F	53	03.01.79	I		POSTERIOR	18	

T A B E L A G E R A L

NÚMERO DO CASO	SEXO	GRUPO	DATA DA CIRURGIA	GRAU DE ESTENOSE DA LESÃO	LOCALIZAÇÃO DO RETALHO CIRÚRGICO	TEMPO DE CICATRIZAÇÃO LOCAL (DIAS)	COMPLICAÇÃO
							PÓS-OPERATÓRIA
067	F	31	09.01.79	I	POSTERIOR	18	
068	F	41	02.03.79	I	POSTERIOR	15	
069	M	45	13.03.79	II	POSTERIOR	14	GRANULOMA
070	M	40	13.11.79	I	POSTERIOR	25	
071	F	43	09.04.80	I	POSTERIOR	13	GRANULOMA
072	F	37	12.05.80	I	POSTERIOR	17	
073	M	21	14.07.80	II	POSTERIOR/ANTERIOR	25	
074	F	45	03.09.80	I	POSTERIOR	21	
075	M	39	03.04.81	I	POSTERIOR	21	
076	F	58	16.05.81	II	POSTERIOR/ANTERIOR	17	
077	F	28	18.05.81	II	POSTERIOR	18	

T A B E L A G E R A L

NÚMERO DO CASO	SEXO	GRUPO	DATA DA CIRURGIA	GRAU DE ESTENOSE ANAL	LOCALIZAÇÃO DA LESÃO	LOCALIZAÇÃO DOS RETALHOS CIRÚRGICOS	TEMPO DE CICATRIZAÇÃO (DIAS)	COMPLICAÇÃO LOCAL PÓS-OPERATÓRIA
078	M	50	03.09.81	I	POSTERIOR	POSTERIOR	18	
079	F	68	19.10.81	I		ANTERIOR	14	
080	F	25	27.10.81	I		POSTERIOR	18	
081	F	61	05.11.81	I		POSTERIOR	16	
082	F	37	19.12.81	II	POSTERIOR	POSTERIOR/ANTERIOR	25	PLICOMA
083	M	49	13.03.82	I		POSTERIOR	21	GRANULOMA
084	F	65	14.04.82	I		POSTERIOR	15	
085	F	34	24.04.82	I		POSTERIOR	23	EDEMA
086	F	25	19.08.82	I		POSTERIOR	21	
087	F	22	16.10.82	I		POSTERIOR	14	
088	F	22	23.10.82	I		POSTERIOR	28	

T A B E L A G E R A L

NÚMERO DO CASO	SEXO	GRUPO	DATA DA CIRURGIA	GRAU DE ESTENOSE ANAL	LOCALIZAÇÃO DA LESÃO	LOCALIZAÇÃO DOS RETALHOS CIRÚRGICOS	TEMPO DE CICATRIZAÇÃO (DIAS)	COMPLICAÇÃO LOCAL
					FISSURÁRIA			PÓS-OPERATÓRIA
089	F	75	13.11.82	I		POSTERIOR	14	
090	F	38	20.11.82	II		POSTERIOR	18	
091	M	57	23.11.82	I		POSTERIOR	15	
092	M	50	15.12.82	I		POSTERIOR	17	
093	F	71	05.03.83	II		POSTERIOR/ANTERIOR	20	
094	M	29	28.03.83	I		POSTERIOR	18	
095	M	62	15.04.83	I	POSTERIOR	POSTERIOR	15	
096	F	56	14.06.83	II	POSTERIOR	POSTERIOR	18	
097	M	71	07.10.83	II		POSTERIOR/ANTERIOR	17	
098	F	55	03.04.84	II		POSTERIOR/ANTERIOR	18	GRANULOMA
099	F	45	17.04.84	I		POSTERIOR	17	

T A B E L A G E R A L

NÚMERO DO CASO	SEXO	GRUPO	DATA DA CIRURGIA	GRAU DE ESTENOSE	LOCALIZAÇÃO DA LESÃO	LOCALIZAÇÃO DOS RETALHOS CIRÚRGICOS	TEMPO DE CICATRIZAÇÃO (DIAS)	COMPLICAÇÃO LOCAL
				ANAL	FISSURÁRIO			PÓS-OPERATÓRIA
100	F	33	03.05.84	II	POSTERIOR	POSTERIOR	18	EDEMA
101	F	44	26.06.84	I		POSTERIOR	14	
102	F	34	29.09.84	I	POSTERIOR	POSTERIOR	21	
103	F	73	10.05.85	II	POSTERIOR	POSTERIOR	19	
104	F	31	10.05.85	I		POSTERIOR	20	
105	F	23	29.06.85	II	POSTERIOR	POSTERIOR/ANTERIOR	17	
106	F	61	11.07.85	I	POSTERIOR	POSTERIOR	17	
107	F	35	13.09.85	II	POSTERIOR	POSTERIOR	18	
108	M	67	16.09.85	I		POSTERIOR	18	
109	F	33	23.09.85	I		POSTERIOR	17	EDEMA
110	F	55	05.10.85	II		POSTERIOR/ANTERIOR	13	

T A B E L A G E R A L

NÚMERO DO CASO	SEXO	GRUPO	DATA DA CIRURGIA	GRAU DE ESTENOSE	LOCALIZAÇÃO DA LESÃO	LOCALIZAÇÃO DOS RETALHOS CIRÚRGICOS	TEMPO DE CICATRIZAÇÃO (DIAS)	COMPLICAÇÃO LOCAL PÓS-OPERATÓRIA
111	F	43	15.10.85	I		POSTERIOR	21	
112	F	52	20.11.85	II		POSTERIOR/ANTERIOR	15	