

8 de Abril de 2008.
Professor Joubert.

Fissura anal

Conceito

É uma ulceração benigna, localizada na região anal, de forme elíptica, que se estende da linha pectínea até a borda do ânus.

Fissura anal crônica (triáde): processo inflamatório com fibrose

Plicoma sentinela: proeminência de pele na parte externa da fissura (do canal anal). Ele localiza a fissura.

Ulceração:

Papila anal hipertrófica: dentro do canal anal.

Etiopatogenia

Fator traumático é a principal causa

Esforço evacuatório (tanto na constipação quanto na diarreia).

Ruptura do epitélio de revestimento do ânus.

Estimulação das terminações sensitivas do anoderma.

Contínua excitação do esfíncter inter □ hipertonia.

Ciclo vicioso:

Lesão anoderma: fissura (mais comum por constipação) □ hipertonia reflexa do esfíncter interno (já produz dor) □ evacuação --> dor □ conscientização da evacuação dolorosa □ impactação fecal voluntária e involuntária.

Fator anatômico

Quadrante posterior do canal anal há um ponto de fraqueza (Espaço de Brick): mais susceptível ao trauma do bolo fecal.

Maior frequência de lesões neste local.

Fator vascular

Hipovascularização da comissura anal posterior.

Quadro clínico

Dor anal: principal sintoma, intensa, do tipo ardência, penetrante e aguda que surge durante ou imediatamente após a evacuação e perdura por vezes até horas após.

Retorragia: ocorre às evacuações. Sangramento vivo que só ocorre na hora da evacuação (traduz sangramento de canal anal ou reto inferior). Enterorragia: sangramento maior, de porções mais altas do colon, o indivíduo sente vontade de evacuar e evacua apenas sangue, geralmente há um coágulo no sangramento. Melena: sangue digerido nas fezes. (Melena são fezes alcatroadas; hematêmese é que é borra de café – pela semiologia do professor). O sangramento duodenal pode gerar tanto melena e, quando o sangramento é vultoso, pode exibir enterorragia.

Constipação intestinal: reflexa e às vezes severa. Cuidado especial em crianças que sentem “medo” de ir evacuar.

Irritação peri-anal (eczema).

Prurido.

Diagnóstico

Anamnese.

Ex: proctológico

Inspeção: visualização da lesão.

Toque: hipertonia e dor.

Anuscopia: visualização da lesão

ATENÇÃO

75% das fissuras são posteriores; 25% são anteriores. Fissuras laterais ou múltiplas exigem cuidado especial. Podem ser: carcinomas, tuberculose e até sífilis.

Tratamento**Clínico (90% das vezes)**

- Deve ser sempre tentado.
- Corrigir hábito intestinal.
- Higiene: abolir o uso do papel higiênico (sempre lavar); banho de assento também está indicado.
- Anestésico tópico: lidocaína gel; antes e depois da evacuação e sempre que sentir dor.
- Pomadas cicatrizantes: fibrase.
- Analgésicos e miorrelaxantes orais: não usar analgésicos opióides (tipo tilex) que pioram a constipação do paciente. O tramadol não possui um efeito de constipação acentuado e pode ser usado. Miorrelaxantes quando a hipertonía for acentuada (usar Benzodiazepínicos).
- Corticóides tópico (eczema): não é usado de rotina; é um antiinflamatório hormonal que pode prejudicar a cicatrização. Só é utilizado quando o paciente tem um eczema anal importante (muito prurido, etc). É usado externamente somente.
- Esfincterotomia química: preconizada por alguns autores:
 - Cicatrização de até 60% (índice de êxito);
 - Dinitrato de isossorbida a 1% (gel): pode produzir cefaléia importante.
 - Toxina botulínica pode ser utilizada: a injeção paralisa o ínter, relaxa, permite a cicatrização.

Cirúrgico

- Fissurectomia: ressecção apenas da fissura; pouco usado.
- Fissurectomia + esfincterotomia: é a mais utilizada, especialmente na grandes
- Esfincterotomia (apenas):
- Fissurectomia+anoplastia: muito utilizada.

Complicações

Incontinência fecal.

Abscessos que podem evoluir para fístulas.

Doença hemorroidária

É uma das doenças mais antigas na história da humanidade.

Escrito da colúnea de Isis.

Antigo Egito, no código de Hamurabi.

Na Babilônia, no papiro de Edwin Smith.

Na Grécia antiga citações por Hipócrates.

Corpos carvenoso canal ou plexos venosos hemorroidários

- plexo hemorroidário interno ou superior (sistema porta): acima da linha pectínea.
- plexo hemorroidário externo ou inferior (sistema cama): abaixo da linha pectínea.

São veias desprovidas de válvulas.

Ocorre quando há congestão, dilatação e aumento dos corpos cavernosos.

Grande emaranhados vasculares submucosos ou subcutâneos.

Mamilos internos.

Mamilos externos.

A constipação é uma das principais causas. Especialmente associada a doença vascular.

Classificação**Hemorroides internas (acima da linha pectínea)**

I grau – não prolabam e podem sangrar.

II grau – mamilos que prolabam e reduzem espontaneamente (após o esforço para evacuar volta sozinho), podem sangrar.

III grau – prolabama e requerem redução digital, podem sangrar.

IV grau – permanecem prolabadas, podem sangrar.

Hemorróidas externas (abaixo da linha pectínea)

Podem edemaciar, trombosar e ulcerar.

Podem ser dolorosas (a interna não é dolorosa porque acima da linha pectínea não há inervação sensitiva; a extensão do processo formando um mamilo único pode causar dor).

Hemorróidas mistas

Existência concomitante de mamilos internos e externos.

Quadro clínico

Sangramento (retorragia) é a queixa principal.

Dor.

Prolapso.

Eliminação de muco.

Desconforto ano-retal.

Abaulamento anal.

Diagnóstico

Anamnese.

Exame proctológico.

Inspeção;

Toque retal.

Anuscopia.

Retossigmoidoscopia (rígida ou flexível), porque sangrou. Sangrou tem que examinar!!!!

Diagnóstico diferencial

Prolapso de reto (proscidência): é o mais importante. Toda a parede retal prolava através do canal anal. As proporções são muito maiores e os sulcos dos mamilos são concêntricas.

Papila anal hipertrófica.

Tumores ano-retais.

Tratamento clínico

(hemorróidas de I, II graus)

Hemorróidas em fase inicial.

- Corrigir hábito intestinal (dietas).
- Higiene.
- Banhos de assento com água morna.
- Cremes e pomadas anti-hemorroidárias.

Tratamento ambulatorial

(hemorróidas de II grau)

- 1) Ligadura elástica: o tecido ligado sofre isquemia, necrosa e cai. Só funciona para mamilos internos porque não possuem inervação sensitiva (do contrário pode haver muita dor). Ideal para hemorróida de segundo grau e até III grau: mamilos certinhos. Podem ser necessárias mais de uma ligação. A borrachinha deve cair entre 4-7 dias. Pode dar um pouquinho de dor: receitam-se analgésicos; evitam exercícios físicos e condimentos. Existem macroligaduras e múltiplas ligaduras: não são preconizadas pelo professor. Ele acredita que se mais de uma ligadura forem necessárias elas devem ser feitas uma por semana. Às vezes cura às vezes é apenas paliativo.
- 2) Fotocoagulação: o mamilo é coagulado.
- 3) Escleroterapia: praticamente abandonada. Na base dos mamilos injeta-se óleo de amêndoas em fenol.
- 4) Laserterapia: em cirurgia de hemorróida se mostrou um desastre. Dói, dá necrose extensa, etc.

Tratamento cirúrgico

Hemorróidas de III e IV graus.

Falha do tratamento clínico.

Complicações: trombose hemorroidária e pseudo-estrangulamento.

Técnicas

Milligan-Morgan (aberta): a ferida fecha-se por segunda intenção.

Fergusson (fechada): resseca-se o mamilo e fecha-se totalmente a ferida

Obando e Reis-neto (semi-fechada)

Hemorroidectomia circular por grampeamento (Longo): está em discussão.

Complicações

Trombose hemorroidária externa: mamilo rompeu-se e formou um coágulo. Mamilos não devem ser empurrados para dentro. É o mais freqüente.

Trombose hemorroidária interna.

Pseudo-estrangulamento.

Necrose.

Hematoma peri-anal.

As trombozes pequenas são tratadas clinicamente: repouso, antiinflamatórios, banho de assento com água morna (muito importante porque ajuda a reabsorção do coágulo, relaxar a musculatura esfinteriana, diminuir edema e dor). Não deve-se intervir logo: o paciente deve ser retirado da crise, avaliado e operado eletivamente. Cirurgia de urgência exibem mais complicações; e na fase de urgência o edema faz que seja ressecado muito tecido o que gera maiores complicações apesar de a operação ser mais simples porque não há sangramento (há trombose).

Parto normal pode precipitar hemorróida, mas não é causa de hemorróida alguma.

Hemorróida é contra-indicação para parto-normal.

A recidiva pós-cirúrgica é pequena (2-3%).