

177 d.c.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA
CURSO DE MEDICINA

F I S S U R A A N A L

E S T U D O D E 1 5 2 C A S O S T R A T A D O S

C I R U R G I C A M E N T E

Florianópolis, novembro de 1988.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA
CURSO DE MEDICINA

F I S S U R A A N A L

E S T U D O D E 1 5 5 2 C A S O S T R A T A D O S

C I R U R G I C A M E N T E

Murilo Veiga *

*Doutorando da 12ª fase do curso de graduação em Medicina.

O B J E T I V O S

O presente trabalho teve como objetivo básico, analisar 152 casos de fissura anal, tratados cirurgicamente, avaliando os benefícios que foram propostos através da técnica utilizada.

I N T R O D U Ç Ã O

A fissura anal é considerada a doença mais comum que acomete o ânus, atingindo principalmente sua linha média, acometendo mais mulheres que homens e atingindo usualmente a faixa jovem e média idade, podendo atingir também a infância e pessoas idosas. ^{8, 14}

Este tipo de patologia que tem na sua etiopatogenia a infecção da criptas de Morgani,¹⁴ apresentando uma sintomatologia toda própria, aonde a dor e o sangramento atuam juntos, tornando-se fácil com a inspeção o seu diagnóstico.

Para isto, está se analisando um procedimento cirúrgico, para poder compará-lo com a literatura, mostrando através de estatística a sua eficácia.

M A T E R I A L E M É T O D O S

O material constou de 140 pacientes operados por fissura anal no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital de Caridade e 12 pacientes na Casa de Saúde São Sebastião, em Florianópolis, no período compreendido entre junho de 1973 e agosto de 1988.

O método utilizado foi a análise retrospectiva dos prontuários onde procuramos levantar os dados relativos a faixa etária, sexo, cor, tipo de fissura, queixas relatadas, localização, patologias associadas, etiologia, tratamento cirúrgico, anestesia, curativos, estudo anatomopatológico, complicações e recidivas.

Para isto foi utilizado o protocolo que segue.

P R O T O C O L O

- 1) Nome: _____ Registro: _____
Data da Cirurgia: _____
- 2) Idade: _____
- 3) Cor: _____
- 4) Tipo de Fissura: _____
- 5) Queixas relatadas: Dor _____
Sangramento _____
Outros _____
- 6) Localização da Fissura: _____
- 7) Patologia associada: _____
- 8) Etiologia: _____
- 9) Tratamento Cirúrgico: _____
- 10) Anestesia: _____
- 11) Curativo: _____
- 12) Estudo anatomopatológico: _____
- 13) Complicações: _____
- 14) Recidivas: _____

R E S U L T A D O S

TABELA I - Análise dos pacientes quanto a faixa etária

Idade (anos)	Pacientes	
	nº	%
0 - 10	0	0,0
11 - 20	8	5,2
21 - 30	60	39,5
31 - 40	38	25,0
41 - 50	27	17,8
51 - 60	16	10,6
61 - 70	3	1,9
Total	152	100,0

TABELA II - Distribuição dos 152 casos segundo o sexo

Sexo	Pacientes	
	nº	%
Masculino	44	28,9
Feminino	108	71,1
Total	152	100,0

TABELA III - Distribuição dos 152 casos segundo a cor

Cor	Pacientes	
	nº	%
Branca	149	98,1
Preta	3	1,9
Total	152	100,0

TABELA IV - Análise dos 152 casos segundo o tipo de fissura

Tipo de fissura	Pacientes	
	nº	%
Aguda	15	9,9
Crônica	137	90,1
Total	152	100,0

TABELA V - Análise dos 152 casos segundo as queixas relatadas

Queixas relatadas	Pacientes	
	nº	%
Dor	146	96,1
Sangramento	133	87,5
Tenesmo	3	1,9
Drenagem Secreção	2	1,3
Tumoração	2	1,3
Prolapso	2	1,3
Ardência	1	0,6
Prurido	1	0,6

TABELA VI - Distribuição dos 152 casos segundo a localização

Localização	Pacientes	
	nº	%
LMP	113	74,5
LMA	12	8,1
LMA e LMP	8	5,2
QPE	4	2,6
QAD	4	2,6
QPD	4	2,6
LMA e QPE	2	1,3
QAD e LMP	2	1,3
QLE	1	0,6
LMP e QPE	1	0,6
QPD , QPE e QAE	1	0,6
Total	152	100,0

LMP= Linha Média Posterior

LMA= Linha Média Anterior

QPE= Quadrante Posterior Esquerdo

QAD= Quadrante Anterior Direito

QPD= Quadrante Posterior Direito

QLE= Quadrante Lateral Esquerdo

QAE= Quadrante Anterior Esquerdo

TABELA VII - Análise dos 98 casos que apresentaram patologia associada.

Patologias associadas	nº	Pacientes %
Hemorróidas	60	61,3
Estenose	12	12,3
Condiloma acuminado	7	7,3
Plicoma	6	6,1
Hemorróida e Plicoma	2	2,0
Papila	2	2,0
Pólipo	2	2,0
Aterosclerose	1	1,0
Lesão Ulcerada Anal	1	1,0
Queimadura	1	1,0
Hemorróida e Estenose	1	1,0
Hemorróida e Lesão Bowen	1	1,0
Hemorróida e Condiloma Acuminado	1	1,0
Fístula	1	1,0
Total	98	100,0

TABELA VIII - Análise dos 152 casos segundo a etiologia
 Analisou-se 23 casos aonde foi possível
 detectar a etiologia

Etiologia	Pacientes	
	nº	%
Infecção cripto glandu- lar	15	65,3
Lues	5	21,8
Pós Parto	1	4,3
Reto Colite Ulcerativa		
Inespecífica	1	4,3
Estenose	1	4,3
Total	23	100,0

TABELA IX - Distribuição dos 152 casos segundo o tratamento cirúrgico

Tratamento cirúrgico	Pacientes	
	nº	%
FP + EP	103	67,8
EP	25	16,6
FA + EP	11	7,2
FP + FA + EP	9	5,9
FA	3	1,9
FP + FD	1	0,6
Total	152	100,0

FP = Fissurectomia Posterior

EP = Esfincterotomia Posterior

FA = Fissurectomia Anterior

FD = Fissurectomia Direita

TABELA X - Distribuição dos 152 casos segundo a anestesia utilizada no ato cirúrgico

Anestesia	Pacientes	
	nº	%
Geral	122	80,2
Peridural	12	8,1
Caudal Baixa	11	7,2
Raqui	6	3,9
Local	1	0,6
Total	152	100,0

TABELA XI - Distribuição dos 152 casos segundo o curativo utilizado no pós operatório

Curativo	Pacientes	
	nº	%
Lidocaína	152	100,00
Total	152	100,0

TABELA XII - Análise dos pacientes quanto ao estudo anatomopatológico. Resultado do exame patológico.

Anatomopatológico	Pacientes	
	nº	%
Fissura Anal	74	77,2
Infecção Cripto Glan- dular	9	9,3
Condiloma Acuminado	8	8,3
Lues	5	5,2
Total	96	100,0

TABELA XIII - Análise dos 152 casos segundo as complicações pós operatórias ocorridas no tratamento cirurgico

Complicações	Pacientes	
	nº	%
Fístula	1	0,6
Edema Agudo Pulmão*	1	0,6
Choque**	1	0,6
Total	3	1,8

* Paciente apresentava cardiopatia.

**paciente apresentou choque séptico devido a outra patologia, esta Reto Colite Ulcerativa Inespecífica e Shigelose.

TABELA XIV - Análise dos 152 casos segundo a presença de
recidivas

Recidivas	Pacientes	
	nº	%
Recidiva	5	3,2
Total	5	3,2

COMENTÁRIOS

Analisando os 152 casos, observou-se a concordância dos autores^{2,3,5,6,7,10,12,13} em relação ao presente trabalho, no que se relaciona as faixas etárias acometidas; tendo em vista que 82,3% dos casos registrados pertencem a faixa jovem e de meia idade, ou seja, de 21 a 50 anos.⁸

Podendo esta também acometer a infância e a 8ª década⁸, não sendo relatado neste trabalho casos acometidos na faixa de 0 a 10 anos, sendo que o paciente mais jovem tinha 19 anos.

Com relação ao sexo dos pacientes, observou-se que, o sexo feminino foi o mais acometido, concordando com alguns autores^{2,9,14} e discordando de outros^{6,8,10,13} que relatam a igualdade para os sexos. Segundo Zerbini(14) a fissura anal é mais frequente em mulheres.

Não foi relatado pelos autores pesquisados algum predomínio de cor, mas no presente observou-se um maior índice para a raça branca, o que pode ser justificado pela herança da imigração na região.

Dos casos pesquisados, existe concordância dos resultados com os autores^{1,2,3,4,5,6,8,9,10,11,13}, no que se refere ao tipo de fissura encontrado, sendo unânimes em afirmar que é uma patologia crônica, podendo ocorrer alguns casos de fissura aguda, que no trabalho apresentou um índice de 9,9%.

A presença de dor e sangramento durante o ato de defecção, aparecendo em 96,1% e 87,5% respectivamente dos casos, foram os sintomas predominantes, estando estes intimamente ligados ao quadro clínico de fissura anal, o que en

tra em concordância com os autores^{1,3,6,7,8,14} podendo apresentar outros sintomas tais como prurido, ardência, tenesmo drenagem de secreção entre outros como relata LIEBERMAN(11) e ZERBINI(14).

A localização da fissura analisado neste trabalho, mostrou um índice de 74,5% para acometimento da linha média posterior, concordando com alguns autores^{6,8,9,11,14} podendo acometer também em outros locais e apresentar mais de um fissura em um mesmo paciente.

A análise das patologias associadas e etiologia, mostrou que a patologia mais relacionada a fissura foi a hemorróida, conforme relata GOLIGHER(8) e LIEBERMAN(11) podendo esta patologia ser a causa da fissura.

Uma vez feito o diagnóstico de fissura anal esta na sua maioria crônica, o melhor tratamento é cirúrgico, como cita os autores.^{1,2,3,4,5,6,8,9,10,11,13,14}

HZU(9) e LIEBERMAN(11) relatam um melhor prognóstico utilizando a esfínterectomia lateral subcutânea, GOLIGHER(8) faz comparações entre várias técnicas, mas a técnica utilizada pelo Serviço de Colo Proctologia do hospital pesquisados optaram pela fissurectomia a Gabriel e esfínterectomia posterior.

A fissurectomia a Gabriel e a esfínterectomia posterior podendo estar isoladas ou associados no tratamento, foram utilizadas em 84,3% das cirurgias realizadas, apresentando bons resultados, visto que o índice de recidiva foi de 3,2% e o da complicações pós operatórias 1,8% estando neste percentual duas complicações que não estão diretamente ligados ao tratamento, tendo em vista que uma paciente apresentava problemas cardíacos e outra Reto Colite Ulcerativa Inespecífica, sendo que a única complicação relacionada ao tratamento foi uma fístula alcançando um índice de 0,6% para cada caso.

Com relação a anestesia empregada, buscou-se dar ao paciente melhor acomodação e tranqüilidade durante o ato cirúrgico. Por isto foi utilizado a anestesia geral em 80,2% dos pacientes, esta preconizada também por alguns autores,^{8,9} podendo ser utilizados outros tipo de anestesia.

Com relação ao curativo no pós operatório, optou-se por um medicamento de ação local, e a escolha recaiu sobre a lidocaína, podendo esta estar associada com outros sintomáticos. O uso deste medicamento visava dar conforto ao paciente no leito em decorrência do ato cirúrgico e do local no qual foi realizado.

O que se observou é que este tipo de medicamento tem aceitação total pelo serviço, tendo em vista este ser utilizado em todos os tratamentos cirúrgicos.

Procurou-se analisar o estudo anatomopatológico realizado da peça retirada de cada paciente, buscando uma etiologia para a fissura, sendo que dos 152 casos analisados, apenas 96 apresentavam este estudo o que se explica pela falta de material, pois às vezes só os bordos eram excisados e feita a esfínterectomia e em 25 casos foi realizado apenas a esfínterectomia.

Destas 96 peças analisadas pelos patologistas 74 apresentavam característica de fissura anal, 9 de infecção cripto glandular, 8 de condiloma acuminado e 5 de doença luética. Tanto a infecção cripto glandular como a condilomatose estavam associadas ao quadro de fissura anal, pois elas não são anatomopatologias de fissura anal.

C O N C L U S Ã O

Com este estudo realizado, a conclusão foi que a técnica cirúrgica utilizada, fissurectomia a Gabriel e esfínterectomia posterior, mostrou bons resultados, ressaltando que outras técnicas não foram utilizadas, não sendo possível compará-las praticamente, mas sim através da literatura pesquisada conforme relata BARONE(2), GOLIGHER(8) HSU(9) e WEAVER(13).

O baixo índice de recidivas e complicações no pós-operatório comprovou a eficácia do tratamento.

RESUMO

No presente trabalho buscou-se analisar 152 casos de fissura anal, tratados cirurgicamente, no período compreendido entre junho de 1973 à agosto de 1988.

Enfocando-se diferentes aspectos, este relacionado a faixa etária, sexo, cor, tipo de fissura, queixas relatadas, localização,, patologias associadas, etiologia, tratamento cirurgico, anestesia, curativo, estudo anatomo-patológico, complicações e recidivas.

Houve neste trabalho um óbito, mas não está relacionado ao tratamento utilizado, mas a complicações cardíacas.

O índice de recidivas foi considerado baixo 3,2%, demonstrando a eficácia do tratamento e seu bom prognóstico.

S U M M A R Y

In the work sought analyze 152 cases of the Anal Fissure, chirurgical treatment in the period comprehende ' between June, 1973 at August,1988.

Focusing differents aspects related age, sex, color, type fissure, reported complaint, localization, etiology, chirurgical treatment, anestesy, curative, anatomopathological study, complications and recurrents.

Were was in this work one óbit, but isn't related at treatment utilized, but the cardiac complications.

The recurrents rate was considered low 3,2%, demonstred the efficacy of the treatment and his prognostic.

B I B L I O G R A F I A

1. ANTEBI E; SCHWARTZ P; GILON E. Sclerotherapy for the treatment of fissure in ano. Sur. Gynecol. Obstet. 160: 204-206, 1985.
2. BARONE B; MATOS D; PAN CHACON J. Esfincterotomia lateral sub-cutânea. An. paul. Med. Cir. 108:25-34, 1981.
3. BODE W; CULP C.E; SPENCER R.J.; BEART R.W. Fissurectomy with superficial midline sphincterotomy: a viable alternative for the surgical correction of chronic fissure/ulcer-in-ano. Dis.Col.Rect.,27:93-95,1984.
4. BOULOS P.B.; ARAÚJO J.G.C. Adequate internal sphincterotomy for chronic anal fissure: subcutaneous or open technique? Br. J.Surg. 71:360-362,1984.
5. GIBBONS C.P.; READ N.W. Anal hypertonia in fissures: cause or effect? Br. J.Surg.,73:443-445, 1986.
6. GINGOLD B.S.; Simple in-office sphincterotomy with partial fissurectomy for chronic anal fissure. Surg. Ginecol. Obstet.,165:46-48,1987.
7. GOLDMAN G.; ZILBERMAN M.; WERBIN N. Bacteremia in anal dilatation. Dis. Col. Rect.,29:304-305, 1986.
8. GOLIGHER J. Anal fissure. Surgery of the ânus rectum and colon. Landon, Ed. Balliere Thidell, 5 ed, pp 150-167, 1984.
9. HSU T.C.; Mackeigan J.M. Surgical treatment of chronic anal fissure: a retrospective study of 1753 cases. Dis. Col. Rect., 27:475-478, 1984.

10. JENSEN S.L.; LUND F.; NIELSEN O.V.; TANGE G. Lateral subcutaneous sphincterotomy versus anal dilatation in the treatment of fissure in ano in outpatients: a prospective randomised study. Br. Med. J., 289: 528-530, 1984.
11. LIEBERMAN D.A. Common anorectal disorders. An. of Int. Inter. Med., 101:837-846, 1984.
12. MARKOWITZ J.; DAUN F.; AIGES H.; KAHN E.; SILVERBERG M.; FISHER S.E. Perianal disease in children and adolescents with Crohn's disease. Gastroent., 86: 829-833, 1984.
13. WEAVER R.M.; AMBROSE N.S.; ALEXANDER-WILLIAMS J.; KEIGHLEY M.R.B. Manual dilatation of the ânus vs. lateral subcutaneous sphincterotomy in the treatment of chronic fissure-in-ano: results of a prospective, randomized, clinical trial. Dis. Col. Rect. 30:420-423, 1987.
14. ZERBINI E.J. Fissura anal. Clínica Cirúrgica Alípio Corrêa Neto. São Paulo, Ed. Savier S/A, 3 ed, pp 240-242, 1974.

TCC
UFSC
CC
0177

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CC 0177

Autor: Veiga, Murilo

Título: Fissura anal- estudo de 152 caso



972804556

Ac. 253003

Ex.1 UFSC BSCCSM