

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

CC349

HEMORROIDECTOMIA: ANÁLISE DE 36 CASOS

- \* Edson Luis Lemos
- \* Enzo Luiz Sugayama Campanella

(\*)Alunos da XII fase do Curso de Medicina  
da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, junho de 1988.

## ÍNDICE

	pág.
1 - INTRODUÇÃO .....	01
2 - RESUMO.....	02
3 - ABSTRACT.....	03
4 - <i>material</i> PACIENTES E MÉTODOS.....	04
5 - DISCUSSÃO.....	13
— <i>Resultados</i> — <i>conclusões</i> 6 - BIBLIOGRAFIA.....	17

Agradecimentos:

\* Ao Prof. Dr. Armando J. d'Acampora pela valiosa colaboração, auxílio e orientação que possibilitaram a realização deste.

## INTRODUÇÃO

O termo hemorróida é derivado do grego significando sangramento (haimo= sangue, rhoos= fluxo) 12. Hipócrates definira hemorróidas como fluxo de sangue pelas veias do ânus e recomendava seu tratamento cirúrgico com a eversão do ânus com os dedos e queimadura dos mamilos. — ? quem diz?

As hemorróidas constituem-se numa das principais afecções anorretais (9,12) e parecem aumentar de incidência com a idade, entretanto, pode acometer pacientes jovens. 27 Atualmente com os melhores conhecimentos de anatomia e fisiologia anorretal são propostos vários tratamentos, desde o expectante, o clínico até o cirúrgico.

Tendo em vista estes fatores, nos propomos a avaliar a incidência da doença hemorroidária no ambulatório de Coloproctologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, nos detendo principalmente nos pacientes que foram submetidos ao tratamento cirúrgico, comparando os resultados obtidos com os outros autores.

## RESUMO

Foram estudados retrospectivamente 573 (quinhentos e setenta e três) pacientes que se submeteram ao exame proctológico no ambulatório de coloproctologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-Santa Catarina, no período de fevereiro de 1983 à maio de 1988.

Notou-se que a doença de maior incidência foi a hemorróida com um índice de 60,2% das consultas (345 casos). Se submeteram ao tratamento cirúrgico somente 36 (trinta e seis) pacientes (10,4%). Dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico 75% eram do sexo masculino. Setenta e cinco (75%) dos pacientes se encontravam na faixa etária entre 30 e 60 anos. A hematoquesia foi a queixa principal em 33,3% dos casos, seguido da dor anal em 27,8%. As hemorroidas mistas do III grau foram a principal indicação cirúrgica em 50,2% dos casos, seguido das hemorroidas internas do II grau em 33,3% dos casos. A técnica cirúrgica predominante foi a Milligan-Morgan em 34 casos. Na avaliação do pós-operatório, ocorreram 04 (quatro) casos de retenção urinária. A primeira evacuação ocorreu em média em 59,3 horas. A dor ocorreu em todos os casos, sendo que em 17% era de forte intensidade. O sangramento ocorreu em 47% dos casos. O período de internação teve uma média de 9,3 dias.

## ABSTRACT

Five hundred seventy patients who had undergone to proctologic examination in the Santa Catarina University Hospital, Florianópolis, between february of 1983 and may of 1988, were retrospectively studied. It was observed that was hemorrhoids the most frequent disease with 60,2% of all consultations (345 cases). Only 36 (19,4%) patients were surgically treated, 75% of whom male. Among the patients studied 75% had ages between 30 e 60 years old. Hematoquesis was the main complain in 33,3% of the cases, followed by anal pain in 27,8%. The main surgical indications were the third grade mixed hemorrhoids (50,2%), followed by second grade internal hemorrhoids (33,3%).

The most used technique was Milligan-Morgan in 34 cases. There were four cases of urinary retention during the postoperative period. The first discharge occurred in average after 59,3 hours. Pain was present in all cases, and in 17% had strong intensity. Bleeding occurred in 47% of the cases. The average hospital stay was 9,3 days.

## PACIENTES E MÉTODOS

Foram estudados retrospectivamente <sup>de</sup> 573 <sup>proctológicos</sup> pacientes que se submeteram ao exame proctológico, no Ambulatório de Coloproctologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de fevereiro de 1983 a maio de 1988. Os dados foram extraídos do Arquivo do Serviço de Coloproctologia e os pacientes que se submeteram à cirurgia tiveram a análise corroborada no Serviço de Arquivos Médicos e Estatística (SAME) do Hospital Universitário.

Todos os pacientes foram submetidos à uma análise semiológica completa da região anorretal que consiste na inspeção, toque retal, especuloscopia e retossigmoidoscopia.

A classificação das hemorróidas utilizada foi a proposta por Dodd ( St. Mark's Hospital) acrescida apenas as hemorróidas externas com sua única variedade admitida que é a trombose hemorroidária externa.

Todos os pacientes foram examinados e/ou operados pelos membros do Serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário.

RESULTADOS *na l está no índice*  
 ( *deveriam ser dos 36 operados* )

*estes números podem ser encontrados nos mesmos pacientes*

No período de fevereiro de 1983 a maio de 1988 foram realizados no ambulatório de coloproctologia 573 exames proctológicos notando-se que a doença de maior incidência foi a hemorroida com 345 casos, seguido do plicoma anal em 104 casos e da hipertrofia de papilas em 81 casos. Outras doenças também foram notadas coma mostra a tabela 01.

tabela 01. Análise dos exames proctológicos

doença	nº	%
hemorróidas	345	60,20
plicomas	104	18,15
hipertrofia de papilas	81	14,13
fissura	73	12,73
fístula	66	11,52
cisto pilonidal	49	8,55
papilite	36	6,28
diarréia a esclarecer	33	5,76
RCUI	21	3,66
Neo de reto	15	2,62
condiloma acuminado	12	2,09
pólipo retal	11	1,92
abscesso perianal	09	1,57
prolapso mucoso	07	1,22
outras	?	?

*mesma coisa ou papilite afuda?*



Dos 345 pacientes portadores de doença hemorroidária, 10,4%(36 pacientes) foram submetidos à hemorroidectomia. Nestes 36 pacientes estudados notou-se uma predominância no sexo masculino com 27 casos perfazendo 75% da casuística, como pode-se ver na tabela 02.

tabela 02. Distribuição quanto ao sexo

SEXO	Nº	%
Masculino	27	75
Feminino	09	25
TOTAL	36	100

A idade de acometimento variou dos 22 aos 74 anos, sendo que 75% dos casos estavam na faixa etária compreendida entre 30 e 60 anos, como pode-se ver na tabela 03.

tabela 03. Distribuição quanto à faixa etária.

IDADE (anos)	Nº	%
0-10	0	0
10-20	0	0
20-30	03	8,3
30-40	09	25,0
40-50	10	27,8
50-60	08	22,2
acima de 60	06	16,7
TOTAL	36	100,0

*explicae* <

Misturando os dados dos 573 examinados com os operados.

Isto é dos pacientes examinados e nos dos operados. 07

Na análise da queixa principal ( tabela 04 ) notamos que o sintoma predominante foi a hematoquesia em 33,3% dos casos, seguido da dor anal em 27,8% e da dor evacuatória em 16,7% dos casos.

tabela 04 . Queixa principal nos pacientes submetidos à hemorroidectomia - no pré-operatório

SINTOMA	Nº	%
hematoquesia	12	33,3
dor anal	10	27,8
dor às evacuações	06	16,7
exteriorização dos mamilos aos esforços	03	8,3
"hemorróidas"	01	2,7
-diarréia	01	2,7
-dor abdominal	01	2,7
secreção na região anal	01	2,7
"ferida anal"	01	2,7

porque?

fissura associada a hemorroidas

Foram analisadas outras queixas associadas sendo que novamente a hematoquesia foi o sintoma mais frequente, notado em 44,4% dos casos, seguido do prolapso anal em 27,7% e da dor anal em 25%. Outras queixas também foram notadas, como mostra a tabela 05. Salientamos que em 06 casos só foi notado a queixa principal (16,6%)

os sintomas sob os mesmos; poderiam  
estar associados. - 08

tabela 05 - (Outros) sintomas associados nos pacientes  
submetidos à hemorroidectomia

SINTOMA	Nº	%
hematoquesia	16	44,4
prolapso anal	10	27,7
dor anal	09	25
constipação	05	13,9
secreção na região perianal	04	11,1
prurido	02	5,5
diarréia	02	5,5
tenesmo	01	2,8
tumoração pruriginosa	01	2,8
hemorroidectomia prévia	01	2,8
queimor anal	01	2,8

As queixas gerais não relacionadas com trato gastroin-  
testinal e com a região anorretal, só ocorreram em 05 casos, sen-  
do que em 03 destes o emagrecimento era a queixa. O exame físi-  
co da região é composto por três fases distintas, a inspeção anal,  
o toque retal e a especuloscopia seguido da sigmoidoscopia. A ta-  
bela 06 mostra os resultados obtidos na inspeção anal onde, a vi-  
sualização de plicomas ocorreu em 19 casos, totalizando 52,7% dos  
casos, seguido de exteriorização de mamilos em 44,5% da amostra  
(16 casos). O prolapso mucoso foi notado em 19,5% dos casos, bem  
como a fissura anal. Outro dado importante foi a inspeção anal  
normal em 07 casos (19,5%).

3 mas  
sem 4  
Somando as tab. 4 e 5 temos 13

tabela 06. Inspeção anal nos pacientes submetidos à hemorroidectomia

SINAL	Nº	%
plicoma	19	52,7
mamilos externos	16	44,5
prolapso mucoso	07	19,5
fissura anal	07	19,5
dermatite perianal	04	11,0
orifício secundário da fístula	03	8,0
sinais de hemorroidectomia		
prévia	01	3,0
pólipo anal	01	3,0
condiloma perianal	01	3,0
NORMAL	07	19,5

*mas eram trombose  
proctante, nas  
classificação*

*estava exterior-  
Rezados ? ?*

O toque retal foi normal em 25 pacientes (69,4%). Notou-se hipertonia esfinteriana em 16,6% e dor em 13,9%. Em 2 casos foi notado tumoração na região anal. (tabela 07).

tabela 07. Toque retal nos pacientes submetidos à hemorroidectomia

SINAL	Nº	%
Normal	25	69,4
Esfínter hipertônico	06	16,6
Dor - associada a fissura, etc.	05	13,8
Tumoração anal de que tipo abscesso? trombose?	02	5,5

*Só especulo?  
deu M vez bem as hemorroides  
Retoscopia?*

Os resultados da especuloscopia mostram a preseça de hemorróidas mistas de III grau em 19 casos, seguidas de hemorróidas internas do II grau em 12 casos. A papilite esteve presente em 06 casos. Outros dados poderão ser vistos na tabela 08.

tabela 08. Especuloscopia nos pacientes submetidos à hemorroidectomia

*simultaneos 7*

SINAL	Nº	%
Hemorróidas mistas III grau	19	52,7
Hemorróidas internas II grau	12	25,0
Papilite	06	16,7
Hemorróidas mistas II grau	03	8,0
Pólipo retal	02	5,5
Fissura anal	02	5,5
Hemorróidas internas II grau	02	5,5

46

O diagnóstico definitivo (tabela 09) mostra que dos pacientes submetidos à hemorroidectomia, 19 casos eram de hemorróidas mistas do III grau, seguido das hemorróidas internas do II grau com 12 casos. As hemorróidas mistas do II grau foi notada em 03 casos e a hemorróida interna do III grau em 02 casos.

tabela 09. Diagnóstico das hemorróidas que foram submetidos à hemorroidectomia

DIAGNÓSTICO	Nº	%
Hemorróidas mistas III grau	19	52,8
Hemorróidas internas II grau	12	33,3
Hemorróidas mistas II grau	03	8,33
Hemorróidas internas III grau	02	5,56

Nas patologias orificiais associadas 52,7% dos casos apresentaram plicoma anal (19 casos), a fissura anal esteve presente em 19,4% (7 casos) e a papilite em 16,6% (6 casos). Outras patologias também estiveram presentes, mas numa porcentagem menor, como pode ser visto na tabela 10. Não <sup>se</sup> notou-se patologias orificiais concomitantes em 15 casos.

tabela 10. Patologias orificiais associadas nos pacientes submetidos à hemorroidectomia

PATOLOGIA	Nº	%
plicoma anal	19	52,78
fissura anal	07	19,44
papilite	06	16,67
fístula perianal	03	8,33
pólipo retal	02	5,56
oxiuríase	01	2,78
condilomatose	01	2,78

*Host? ?  
Fou??*

A técnica cirúrgica predominante foi Milligan-Morgan com 34 casos, sendo que a técnica de Ferguson só foi utilizada em 01 paciente. Quanto à ligadura simples dos mamilos ela só foi utilizada em 01 paciente. A esfínterectomia foi realizada em 26 pacientes, sendo que em 25 casos foram realizadas no quadrante posterior. Na avaliação do pós-operatório notou-se em 04 casos retenção urinária, sendo que em 03 casos foi utilizada sonda de alívio. A primeira evacuação ocorreu entre 24 e 120 horas sendo que em média ela ocorreu em 59,3 horas. A dor foi uma constante no pós-operatório, ocorrendo em todos os casos, sendo que em 06 pacientes utilizou-se analgésicos como a meperidina, por exemplo. Em 50% dos casos utilizou-se geléia de xylocaina tópica.

*lidocaína*

tabela 11. Análise da dor nos pacientes hemorroidectomizados

*Base desta classificação?  
Dose de analgésico, tipo, etc?*

QUALIFICAÇÃO	Nº	%
fraca	18	50
moderada	12	33
forte	06	17

*evacuaf?*

O sangramento foi notado em 17 casos, não havendo em nenhum caso hemorragia grave. O período de internação variou de 5 à (23) dias com uma média de 9,3 dias.

*Plicomas*

*média alta*

*- alta com qtos dias  
Plicomas, estenose, pós operatório?  
pós operatório  
secret, prurido vs*

## DISCUSSÃO

As hemorróidas são consideradas de alta prevalência na população geral, como mostra uma revisão clínica de 835 pacientes onde Haas e cols. comparando um grupo sintomático com outro assintomático mostrou uma prevalência de 86% no grupo todo, 88% no grupo sintomático e 82% no grupo assintomático. 14

Na nossa casuística notamos que a patologia de maior incidência no ambulatório de Coloproctologia foram as hemorróidas com um índice de 60,2% de todas as consultas, totalizando 345 pacientes. Destes somente 36 pacientes (10,4%) se submeteram à cirurgia. Dos pacientes submetidos à cirurgia notamos um predomínio no sexo masculino de 3:1 que é confirmado por vários autores. 2,12,20 Já Haddad e cols. citam que a incidência é ligeiramente maior na mulher. <sup>15</sup> Haas não notou diferença significativa na incidência quanto ao sexo. <sup>14</sup> Setenta e cinco por cento dos pacientes estudados encontravam-se na faixa etária entre 30 e 60 anos, fato este demonstrado por vários autores. 2,12,13,14,15,20,27 Goliguer diz que a patologia é encontrada ocasionalmente em jovens e crianças fato este que encontra respaldo numa das teorias da patogênese das hemorróidas, em que por volta dos 20 anos de idade se iniciaria um processo de deterioração das fibras do tecido conectivo do canal anal, o que propiciaria o aparecimento das hemorróidas. 13,14

A queixa principal na nossa casuística foi a hematoquesia notada em 33,3% dos pacientes seguida da dor anal em 27,8% e da dor evacuatória em 16,7% dos casos. A exteriorização dos mamilos como queixa principal só ocorreu em 8,3% dos pacientes.

O f. mais assusta os pacientes ~~são~~ é o sangramento e n° o prurido.



Vários autores afirmam que os sintomas cardinais das hemorróidas são o sangramento e o prolapso, considerando dor como um sintoma não usual, exceto nos casos de prolapso ou na coexistência de outras patologias anorretais.2,10,12,15,27 Goliguer e Haddad citam ainda outros sintomas como evacuação mucosa, irritação anal, anemia.12,15 Se analisarmos outras queixas específicas notamos que o prolapso anal esteve presente em 27,7% dos casos e a secreção na região perianal em 11,1%. Os ltos índices de dor anal evacuatória na nossa casuística se devem principalmente à presença de outras patologias anorretais associadas que esteve presente em 29 casos.

A sintomatologia da região anorretal deve sempre ser muito bem investigada e, não simplesmente catalogada como "hemorróidas", pois corre-se o risco de deixar passar despercebido outras patologias, por vezes malignas. Para isto impõe-se a obrigatoriedade do exame proctológico minucioso e completo, composto pela inspeção, toque retal, especuloscopia e sigmoidoscopia.2,12,15 Estas três fases do exame proctológico nos levam na grande maioria dos casos ao diagnóstico, fato este evidenciado na nossa casuística.

O tratamento das hemorróidas depende da sintomatologia, grau das hemorróidas, tônus do esfíncter anal e presença das patologias associadas.

No presente estudo dos 345 casos de hemorróidas, 209 casos (89,6%) não foram submetidos à tratamento cirúrgico no Hospital Universitário, levantando-se a hipótese de que alguns casos tenham sido operados em outros hospitais da cidade ou que tenham se submetido à tratamento clínico que consiste na correção de hábito intestinal através de dieta sem irritantes, higiene anal correta, pomadas, cremes, banhos de asento.2,12,15

do material  
apresentado?

3 ou  
4 2

*Estes em resultados*

Dos 36 pacientes que foram operados, notamos que as hemorróidas mistas III grau foram prevalentes com 19 casos, seguidos das hemorróidas internas do II grau com 12 casos. As hemorróidas mistas de II grau foram notadas em 03 casos, e as internas de III grau em 02 casos. Associado ao quadro de hemorróidas notamos também que em 19 casos havia presença de plicomas, em 07 casos fissura anal e, em 06 casos notamos a presença de papilite. Todos os pacientes eram sintomáticos e a técnica cirúrgica predominante foi a Milligan-Morgan em 35 casos, Ferguson em 01 caso e a ligadura simples em 01 caso. A esfincterotomia foi associada em 26 casos. A indicação cirúrgica formal preconizada por alguns autores para as hemorróidas de II grau com sintomas persistentes e para as de III grau ou para as trombosadas. 2,10,12,15

A técnica cirúrgica de Milligan-Morgan usada na grande maioria da nossa casuística é também preconizada por vários autores. 2,6,11,12,15,28 Em estudo comparativo entre as mais propagadas técnicas, Ciezynski e cols. concluíram que os melhores resultados foram obtidos pela técnica de Milligan-Morgan por ele modificada. Segundo este autor a técnica previne o sangramento, há uma melhor visualização de detalhes anatômicos, diminui o trauma mecânico e a dor no pós-operatório. 6 Alguns autores preferem a hemorroidectomia fechada, como por exemplo McConnell e cols que obtiveram com esta técnica sob anestesia local, resultados satisfatórios. 19

*Para os pacientes?*

Vários outros tratamentos também são preconizados por vários outros autores. (?) são ditos tratamentos cirúrgicos conservadores como, por exemplo, a esclerose, a ligadura elástica e outras de acordo com a preferência e experiência de cada cirurgião. (?)

|

Desmond em um estudo comparou o tratamento do prolapso hemorroidário pela criocirurgia versus a hemorroidectomia pela técnica de Milligan-Morgan, obtendo-se resultados semelhantes porém, com redução de complicações, retorno mais rápido ao trabalho e diminuição do tempo de internação com a criocirurgia.7

*quem?*

A esclerose é um tratamento antigo e indicado por vários autores nas hemorróidas internas de I e II graus ou em pacientes que não apresentem condições cirúrgicas porém, nos casos mais avançados provoca dor e grande número de recidivas.2,12,15,24

Percebe-se pelo grande número de técnicas cirúrgicas e tratamentos opcionais que apesar de ser a hemorróida uma patologia simples não tem ainda um tratamento ideal.

O presente estudo, apesar de não comparar outros tipos de tratamento, mostra que a técnica de Milligan-Morgan, indicada para diferentes graus de hemorróidas obteve

evolução satisfatória com complicações previsíveis e frequentes, citadas por vários autores, relacionadas com a técnica cirúrgica em si ou, com anestesia. A retenção urinária, por exemplo, é relacionada na maioria das vezes à raquianestesia. A dor foi uma constante no presente estudo, mas controlada com analgésicos e xylocaina tópica

*quem mostra?  
e pelo a anestesia  
é geral?  
ocorre?*

e o sangramento ocorreu em 17 casos porém, de pequena monta. (2,6,7,12,15,19) *este bibliográfico n° corresponde ao parágrafo, pois isto foi do material 36a.*

O período de internação variou de 05 à 23 dias com uma média de 9,3 dias, sendo ao nosso ver um período de internação longo, visto que o paciente não necessita de longo tempo de preparo, a cirurgia e o pós-operatório são simples e o paciente geralmente se encontra em condições de alta hospitalar após a primeira evacuação ( que no nosso estudo foi de 59,3 horas em média, após a cirurgia)

*por que?*

*4-11 dias fixos p/ cirurgia e interna 7-12 dias*

Bibliografie nes usou as de  
no 1, 3, 4, 5, 8, 9, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 25 e 26 17

BIBLIOGRAFIA

Autol do editorial ?

1. ANAL continence after haemorrhoidectomy ( editorial ).  
Lancet , 2 : 696, sep. 25, 1982.
2. ANDRADE, N.A. & PAULA, H.O. : Proctologia elementar. In:  
DANI, R & CASTRO, L.P. Gastroenterologia Clínica:  
Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1981. V1, cap 45, p.634-7.
3. AKOVBIANTZ, A et al. Früh-und Spätkomplikationen nach  
chirurgischer Hämorrhoiden-behandlung. Schweiz Rundschau  
Med, (Praxis), 71 (35): 1349-51, 1982.
4. BAUMGARTNER, R. Das hämorrhoidalleiden. Schweiz Rundschau Med  
(Praxis), 70: 2389-90, 1985.
5. BLOCK, I.R. Obliterative Suture Technique for internal  
hemorrhoidectomy. Dis Colon Rectum, 28: 679-80, 1985.
6. CIESZYNSKI, T. et al. Operative treatment of hemorrhoids-long  
term evaluation Mat Med Polona, 43 (45) : 63-6, 1981.
7. DESMOND, J. et al. inpatient treatment of prolapsing piles:  
cryosurgery versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy  
Br. J. Surg., 69 (3): 157-9, Mar, 1982.
8. DEUTSCH, A. A. et al. Anal dilatation an acceptable alternative  
to hemorrhoidectomy Am. J. Proctol. Gastroenterol. Colon  
Rectal Surg. 32 (10): 7-28, oct., 1981.

Capítulos diferentes  
mesmo livro

9. GAMA, A. H. Cirurgia anorretal, bases. In. GOFFI, F.S.  
Técnica Cirurgica . 3ª ed Rio de Janeiro, atheneu, 1986.  
Cap76, p 819-20.
10. GAMA, A.H. Cirurgia anorretal, bases. In. GOFFI, F.S.  
Técnica Cirurgica. 3ª ed. Rio de Janeiro, Atheneu, 1986.  
Cap 77, p 835-43.
11. GEMSENJAGER, E. Preserving Treitz's muscle in hemorrhoidectomy  
Dis Colon Rectum, 25 (7): 633-7, 1982.
12. GOLIGHER, J. Haemorrhoids or piles. In: Surgery of the anus  
rectum and colon. 5<sup>th</sup>. ed London, Baillieri Tindal, 1984.
13. HAAS, P.A. et al . The pathogenesis of hemorrhoidis. Dis Colon  
Rectum, 27: 442-50, 1984.
14. HAAS, P.A. et al. The prevalence of hemorrhoids. Dis Colon Rectum,  
26 : 435-439, 1983.
15. HADDAD, J. Doença hemorroidal. In. NETTO, A.C. Clínica Cirurgica,  
3ª ed São Paulo, Sarvier, 1974. V5, cap 20, p 261-75.
16. HANCOCK, B.D. Lord's procedure for haemorrhoids: a prospective  
anal pressure study. Br. J. Surg, 68: 729-30.
17. KATCHIAN, A. Hemorrhoidal banding (letter) Dis Colon Rectum, 25  
(4): 392-3, 1982.
18. LEICESTER, R.J. et al. Infrared coagulation: a new treatment  
for hemorrhoids. Dis Colon Rectum, 24: 602-5, 1981.

19. MCCONNELL, J.C. & KHUBCHANDANI, I.T. long - Term follow-up of closed hemorrhoidectomy. Dis Colon Rectum, 26 (12): 797-9, dec, 1983.
20. MURIE, J. A. et al. Rubber band ligation versus haemorrhoidectomy for prolapsing haemorrhoids: a lang term prospective clinical tual. Br. J. Surg, 69: 536-8, 1982.
21. OH, C. One thousand cryohemorrhoidectomies an overview. Dis Colon Rectum, 24: 613-7, 1981.
22. RAUSIS, C. Chirurgie des hemorroides avec le laser coz. Schweiz Rundschau Med (Praxis), 71: 177-80. 1982
23. READ, M. G. et al. a prospective study for the effect of haemorrhoidectomy on sphincter frinction and faecal continence. Br. J. Surg, 69: 396-8, 1982.
24. RIBBANS, W. J. & RADCLIFFE, A. G. Retro peritoneal abscess following seleroterapy for hemorrhoids. Dis Colon Rectum, 28 (3): 188-9, Mar, 1985.
25. ROBBINS, R. D. et al. Diagnosis of transanal prolapse and bleeding with an inspection mirror. Dis Colon Rectum, 24: 490, 1981.
26. SCHROCK, T. R. Disease of the anorectum In: SLEISENGER, M. H. & FORDTRAN, J. S. Gastrointestinal Disease, 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia, W. B. Sanders, 1978. Chap. 116, p 1875-88.
27. TCHIRKOW, G. et al. Injection of a local anesthetic solution into hemorrhoidal bundles following rubber band ligation. Dis Colon Rectum, 25: 162-3, 1982.

28. WANG, C. H. Urgent hemorrhoidectomy for hemorrhoidal crisis.  
Dis Colon Rectum, 25: 122-4, 1982.

O trabalho quase não fala nada da cirurgia ou pós operatório. Escrever apenas o exame proctológico.  
- Qual anestesia + empregada? tipo de cura-tivo, corticoide na cirurgia? tempo? gel foam? gaze vazelinada? Repouso pós op.?

com Resumo : / O título não foi desenvolvido muito fraco e sem valor científico. Apenas M fazer o trabalho

**TCC  
UFSC  
CC  
0349**

**N.Cham. TCC UFSC CC 0349**

**Autor: Lemos, Edson Luis**

**Título: Hemorroidectomia : análise de 3**



972815386

Ac. 253171

**Ex.1**

Ex.1 UFSC BSCCSM