

Hemorroidectomia: Estudo de 2.417 Pacientes Submetidos à Cirurgia para Tratamento da Doença Hemorroidária

Hemorrhoidectomy: 2417 Operated Patients for Hemorrhoidal Disease Treatment

GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ*, JORGE LUIZ SANTANA**, SANDRA KELLY ALVES DE ALMEIDA SANTANA**, RENATA MAGALI RIBEIRO SILLUZIO FERREIRA***, PETERSON MARTINS NEVES*** MARINA NEVES ZERBINI DE FARIA****.

(*) *Mestre, Doutor e Professor Titular de Coloproctologia;* (**) *Pós-graduandos lato sensu em Coloproctologia;* (***) *Assistentes do Grupo de Coloproctologia;* (****) *Estagiária Voluntária do Serviço de Coloproctologia. Santa Casa e Faculdade de Ciências Médicas - MG - Brasil.*

CRUZ GMG; SANTANA JL; SANTANA SKAA; FERREIRA RMRS; NEVES PM; FARIA MNZ. Hemorroidectomia: Estudo de 2.417 Pacientes Submetidos à Cirurgia para Tratamento da Doença Hemorroidária. **Rev bras Coloproct**, 2006;26(3): 253-268.

RESUMO: Em 34.000 pacientes coloproctológicos foi feito o diagnóstico de DH, como doença coloproctológica principal, em 9.289 pacientes (27,3%), dos quais 2.417 (26,0%) foram submetidos à hemorroidectomia. O objetivo deste trabalho é estudar estes 2.417 pacientes submetidos à hemorroidectomia, com análise dos aspectos epidemiológicos (idades, sexos), dos aspectos envolvendo a cirurgia (posições dos pacientes, anestésias usadas e técnicas cirúrgicas praticadas e complicações cirúrgicas), comparando os achados com os da literatura correlata. Dos 2.417 pacientes operados a maioria apresentava hemorróidas de terceiro (30,5%) e de quarto (60,2%). Predominou, de forma estatisticamente significativa, a incidência de DH entre mulheres (5.007 mulheres, 53,9%) sobre homens (4.282 homens, 46,1%), bem como de cirurgias (1.330 mulheres ou 26,6% de 9.289 portadores de DH ou 55,0% dos 2.417 operados). A média etária dos pacientes por ocasião do diagnóstico foi 39,9 anos, sendo 74,8% entre 21 e 50 anos de idade; e a média etária por ocasião da cirurgia foi 41,6 anos, sendo 71,8% entre 21 e 50 anos de idade. Foram encontradas, por ocasião do diagnóstico da DH 1.122 casos (12,1%) de doenças anais concomitantes, sobretudo fissuras anais (5,8%) e hipertrofia de papilas anais (3,4%). A incidência de DAC operadas foi de 30,1% (729 pacientes), sendo a fissurectomia (13,1%) e a papilectomia (11,0%) as duas DAC mais comumente operadas em concomitância à DH. Dos 2.417 pacientes operados de DH 45 pacientes (1,9%) foram operados de outras doenças que não no ânus, sobretudo plástica de períneo e varizes de membros inferiores, tendo, ainda, 26 pacientes (2,0%) sido operados em situações patológicas e fisiológicas especiais, sobretudo gravidez (8 casos, 0,3%). A anestesia mais usada foi a peridural (42,3%) e a local associada à analgesia (34,9%); as posições na mesa cirúrgica mais usadas foram o decúbito lateral esquerdo de Sims (58,4%) e “em canivete” (40,1%); e a técnica cirúrgica mais usada foi a técnica aberta (Milligan-Morgan) (2.014 casos, 83,3%). Foram observadas 76 complicações (3,1%), sobretudo estenoses anais (40 casos, 1,8%) e hemorragia anal (21 casos, 0,9%).

Descritores: Hemorroidectomia; cirurgia anal; tratamento cirúrgico da doença hemorroidária.

Trabalho executado no Grupo de Coloproctologia da Santa Casa de Belo Horizonte & Disciplina de Coloproctologia da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Minas Gerais - Brasil.

Recebido em 26/06/2006

Aceito para publicação em 28/07/2006

INTRODUÇÃO

As hemorróidas são verdadeiros coxins de tecido conjuntivo fibroelástico, ricos em plexos vasculares e com múltiplas anastomoses arteriovenosas, situados na submucosa da região anorretal, que se comportam como uma “almofada”, ajudando na continência anal, permitindo a chamada “oclusão anal de repouso”^{6, 7, 9, 10, 15, 16, 17, 24, 26, 29, 45}. Do ponto de vista etiopatogênico, o reconhecimento anatômico destes coxins reforça a teoria do “deslizamento do assoalho anal” proposta por Haas et al.^{16, 17}, que explica a evolução das hemorróidas ao longo das várias faixas etárias, com aparecimento dos sintomas em virtude da perda de elasticidade e da ruptura dos elementos estruturais de sustentação, devido aos fatores involutivos naturais que, sob a ação dos fatores desencadeantes de esforço, facultariam o referido deslizamento. Devem ser salientados, além destes fatores de sustentação, os fatores vasculares e a micro-circulação dos plexos hemorroidários, além da elevação da pressão máxima de repouso ao nível do canal anal associada à presença de hemorróidas, enfatizada por Santos^{44, 45}.

Quanto à localização anatômica, a DH pode ser classificada em “internas” (submucosa anorretal acima do ligamento de Parks³⁶, recobertas por epitélio mucoso), “externas” (abaixo do ligamento de Parks, recobertas por pele modificada do canal anal) e “mistas” (extensões internas e externas). Quanto à disposição em torno do canal anal - uma vez que os dos vasos hemorroidários superiores seguem uma distribuição anatômica bem definida na grande maioria das pessoas, formando três “coxins” ou “mamilos” mais volumosos ou principais ou primários, situados na submucosa anorretal – os mamilos ou coxins distribuem-se nas posições lateral esquerdo, ântero-lateral direito e pósterolateral direito (duas, cinco e nove horas, em analogia aos ponteiros do relógio afixado no períneo do paciente em posição genupeitoral)^{6, 7, 9, 10, 15, 16, 17, 24, 26, 29, 45}.

A DH pode ser abordada por condutas clínicas³⁷, intervencionistas não cirúrgicas^{1, 2, 4, 8, 20, 21, 25, 28, 29, 30, 33, 35, 37, 39, 40, 44, 50, 53} e cirúrgicas^{10, 11, 13, 15, 18, 19, 23, 25, 26, 27, 29, 31, 32, 34, 36, 38, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 51, 52}.

O objetivo das várias modalidades de abordagens intervencionistas não-cirúrgicas é destruir os plexos hemorroidários, podendo-se citar entre eles: ligadura elástica^{3, 8, 21, 25, 33, 35, 44, 50, 53}, escleroterapia^{11, 21, 25, 33}, crioterapia^{11, 12, 21, 25, 28, 30, 33}, *infrared* ou fotocoagulação^{11, 25, 30, 33, 40}, diatermia^{1, 25}, eletrocoagulação^{20, 39}.

O objetivo do tratamento cirúrgico na DH é a ressecção dos componentes internos e externos dos plexos hemorroidários e de tecidos envolvendo-os e comprometidos pelos mesmos. Apesar dos inúmeros epônimos cirúrgicos, há, na verdade, quatro técnicas básicas: técnicas abertas^{11, 15, 25, 42}, técnicas fechadas^{5, 11, 15, 25, 27, 42}, técnicas mistas^{5, 34, 36, 43} e técnicas amputativas (técnica de Whitehead e PPH)⁵². Todas estas cirurgias, tradicionalmente realizadas em regime hospitalar, hoje podem ser executadas também ambulatorialmente^{11, 18, 22, 23, 38, 41, 44, 48}. Da mesma forma, além do tradicional bisturi e da tradicional tesoura, podem, também, ser realizadas à laser (laser de CO₂ e o *Nd:YAG laser*)^{11, 18, 19, 23, 25, 46, 47, 51}.

Alguns nomes ficaram definitivamente e historicamente ligados às cirurgias para a DH, quer por terem criado técnicas: técnica aberta (Milligan-Morgan²⁹), técnica fechada (Ferguson¹³), técnica circunferencial (Whitehead⁵²), quer por terem aperfeiçoado técnicas, como Parks³⁶, Ruiz Moreno⁴³, Sokol⁵ e Obando³⁴.

Dentre as grandes séries registradas na literatura merecem destaques especiais as séries de Ganchrow et al.¹⁴ com 2.038 casos (*Hemorrhoidectomy revisited – a computer analysis of 2.038 cases*. Dis Colon Rectum 1971; 14: 128-133) e a série de Iwagaki et al.¹⁹ com 1.816 casos (*The laser treatment of hemorrhoids: results of a study on 1.816 patients*. Jpn J Surg 1989; 19: 658-61).

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é estudar 2.417 pacientes submetidos à hemorroidectomia, analisando a idade e sexo dos pacientes operados, a gradação dos processos hemorroidários operados, as técnicas cirúrgicas usadas e seus periféricos (posicionamentos cirúrgicos, anestésias, doenças anais e extra-anais abordadas em concomitância), os resultados cirúrgicos e as complicações decorrentes das cirurgias.

CASUÍSTICA – PACIENTES E MÉTODO

Em 34.000 pacientes coloproctológicos foi feito o diagnóstico de DH como doença coloproctológica principal em 9.289 pacientes (27,3%), dos quais 2.417 (26,0%) foram submetidos à hemorroidectomia.

A facilidade de levantamento destes dados, na ausência de informatização do serviço, foi ensejada por um carimbo na face externa dos envelopes de prontuário dos pacientes portadores de DH, em que constavam,

na linha superior, os dados genéricos a serem coletados - **Id** (Idade), **Se** (Sexo), **DgP** (Diagnóstico Primário, **DgS** (Diagnóstico Secundário), **Tr** (Tratamento), **An** (Anestesia), **Po** (Posição), **TeCi** (Técnica Cirúrgica), **EHP** (Exame Histopatológico, além dos achados de hemorróidas), **Co** (Complicações), **CiCo** (Cirurgias Concomitantes) (**tabela A superior**) -, e na linha inferior, um exemplo de preenchimento de uma ficha: **I** (33 anos), **S** (F: feminino), **DgP** (HMGIV: hemorróidas mistas de quarto grau), **DAC** (FAP: fissura anal posterior), **Tr** (Ci: cirúrgico), **An** (AL: analgesia + local), **Po** (La: lateral ou Sims), **TeCi** (Hab: hemorroidectomia aberta), **CiCo** (VMI: varicectomia de membros inferiores), **EHP** (SM: esquistossomose mansônica), **SE** (Gr: gravidez), **Co** (EA: estenose anal) - (**tabela A, inferior**).

RESULTADOS

Incidência absoluta: em um fichário de pacientes coloproctológicos atendidos no curso de 38 anos de prática coloproctológica, contando com 34.000 prontuários, foram diagnosticados 9.289 casos de DH (27,3%), doença responsável pelos sintomas apresentados pelos pacientes. Destes, foram operados de DH 2.417 pacientes (26,00%) (**tabela 1 e figura 1**).

Incidência de hemorroidectomia por sexo: a incidência de DH entre mulheres foi de 53,9% (5.007 mulheres) e de 46,1% entre os homens (4.282 homens). A incidência de cirurgias entre as mulheres foi maior

(1.330 ou 26,6% das 5.007 mulheres portadoras de DH portadores de DH ou 55,0% dos 2.417 pacientes operados) que entre os homens (1.087 ou 25,4% dos homens portadores de DH ou 45,0% dos 2.417 pacientes operados) (**tabela 2 e figura 2**).

Incidência de hemorroidectomia por idade: a **tabela 3 e a figura 3** mostram a distribuição, por faixas etárias, da DH em 9.289 pacientes: 4,3% (401 pacientes) na segunda década, 21,0% (1.957 pacientes) na terceira, 30,4% (2.820 pacientes) na quarta, 23,4% (2.172 pacientes) na quinta, 11,7% (1.088 pacientes) na sexta, 5,5% (516 pacientes) na sétima, 3,3% (302 pacientes) na oitava, 0,3% (27 pacientes) na nona e 0,1% (6 pacientes) na décima décadas. A média etária por ocasião do diagnóstico da DH foi 39,9 anos. Por ocasião da cirurgia a média etária foi 41,6 anos, tendo sido a seguinte a distribuição etária por décadas (**tabela 3 e figura 3**): 0% (nenhum paciente) na primeira década, 5,6% (137 pacientes) na segunda, 20,8% (502 pacientes) na terceira, 28,5% (688 pacientes) na quarta, 22,5% (543 pacientes) na quinta, 11,3% (274 pacientes) na sexta, 6,3% (152 pacientes) na sétima, 4,5% (110 pacientes) na oitava, 0,5% (11 pacientes) na nona e nenhum paciente na décima décadas.

Diagnóstico primário e abordagem cirúrgica pela graduação da DH: foi a incidência de cirurgias pela graduação da DH: 0% do primeiro grau (nenhuma cirurgia em 1.135 pacientes); 6,5% do segundo

Tabela A - Teor do carimbo fonte dos dados de 9.289 envelopes contendo prontuários de pacientes portadores de doença hemorroidária (DH) atendidos ao longo de 34 anos de exercício profissional e de 2.417 pacientes submetidos à hemorroidectomia (tabela superior, em negrito)*; e exemplo do preenchimento de um caso de um paciente (tabela inferior, sem negrito).**

Id	Se	DgP	DAC	Tr	An	PO	Tci	CiCo	EHP	SE	Co
I	S	DgP	DAC	Tr	An	Po	Tci	CiCo	EHP	SE	Co
33	F	HMGIV	FAP	Ci	AL	La	Hab	VMI	SM	Gr	EA

(* **I** (Idade), **S** (Sexo), **DgP** (Diagnóstico Primário), **DAC** (Doenças Anais concomitantes), **Tr** (Tratamento), **An** (Anestesia), **Po** (Posição), **TeCi** (Técnica Cirúrgica), **CiCo** (Cirurgias Concomitantes), **EHP** (Exame Histopatológico, além dos achados de DH), **SE** (Situações especiais), **Co** (Complicações), (**tabela A superior**).

(** **I** (33 anos), **S** (F: feminino), **DgP** (HMGIV: hemorróidas mistas de quarto grau), **DAC** (FAP: fissura anal posterior), **Tr** (Ci: cirúrgico), **An** (AL: analgesia + local), **Po** (La: lateral ou Sims), **TeCi** (Hab: hemorroidectomia aberta), **CiCo** (VMI: varicectomia de membros inferiores), **EHP** (SM: esquistossomose mansônica), **SE** (Gr: gravidez), **Co** (EA: estenose anal) - (**tabela A inferior**).

Tabela 1 - Números absolutos (N) e percentuais (%) de pacientes portadores de doença hemorroidária (DH) e submetidos à hemorroidectomia.

Informações	N	%
Total de pacientes atendidos	34.000	
Portadores de hemorróidas	9.289	27,3%
Portadores de DH operados	2.417	26,0%

grau (170 cirurgias em 2.625 pacientes), 30,5% do terceiro grau (1.046 cirurgias em 3.429 pacientes), 60,2% do quarto grau (1.134 cirurgias em 1.883 pacientes) e 30,9% dos plicomas anais (67 cirurgias em 217 pacientes) (**tabela 4 e figura 4**). Foi a seguinte a distribuição das várias formas de DH operadas em relação ao total de pacientes portadores de DH (9.289): foram operados, dos 9.289 portadores de DH, 2.417 pacientes (26,0%), sendo 0% do primeiro grau, 1,8% do segundo grau (170 pacientes), 11,3% do terceiro grau (1.046 pacientes), 12,2% do quarto grau (1.134 pacientes operados) e 0,7% de plicomas anais ou hemorróidas externas (67 pacientes operados) (**tabela 4 e figura 4**).

Incidência absoluta de doenças anais concomitantes (DAC) à DH e abordadas em conjunto: dos 9.289 portadores de DH (27,3%) 1.122 eram portadores de doenças anais concomitantes – DAC – (12,1%); dos 9.289 portadores de DH 2.417 foram operados de DH (26,0%); destes, 729 foram operados, ao mesmo tempo, de DAC (30,2%); sendo que dos 1.122 portadores de DAC 729 foram operados das referidas DAC (65,0%) (**tabela 5 e figura 5**).

Incidência específica de doenças anais concomitantes (DAC) à DH e abordadas em conjunto: foi a seguinte a distribuição dos 1.122 casos de DAC diagnosticados com a DH: 48,2% (541 casos) eram fissuras anais, 27,8% (312 casos) hipertrofia de papilas anais, 10,4% (117 casos) fístulas anais, 10,0% (112 casos) hipotonia anal com incontinência parcial, 3,3% (37 casos) condilomas anais acuminados e 0,3% (3 casos) tumores anais malignos (**tabela 6 e figura 6**). E foi a seguinte a distribuição das 729 DAC operadas entre os 2.417 pacientes operados de DH (30,1%): fissura anal 13,1% (317 pacientes), hipertrofia de papilas anais 11,0% (267 pacientes), fístula anal 3,7% (89 pacientes), hipotonia anal com incontinência anal parcial

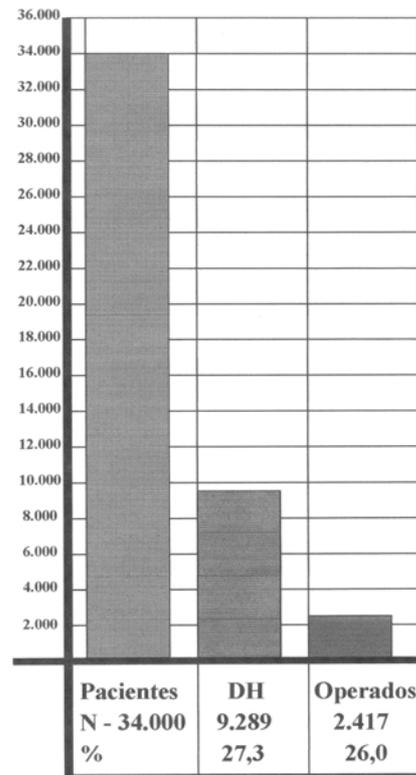


Figura 1 - Números absolutos (N) e percentuais (%) de pacientes portadores de doença hemorroidária (DH) e de pacientes submetidos à hemorroidectomia.

1,3% (31 pacientes), condilomas anais acuminados 0,9% (22 pacientes) e tumores anais malignos 0,1% (3 pacientes) (**tabela 5 e figura 5**).

Doenças extra-anais abordadas em concomitância com a abordagem da DH: fos 2.417 pacientes operados de DH, foram operados 45 pacientes (1,9%) de outras doenças que não no ânus - plástica de períneo com 21 casos (0,9%), varicectomia de membros inferiores com 12 casos (0,5%), cirurgias abdomino-pélvicas em 8 casos (0,3%) e outras cirurgias (2 casos de ressecção de nódulos mamários, 1 caso de plástica na face e 1 caso de colonoscopia) em 4 casos (0,2%) (**tabela 7 e figura 7**).

Doenças sistêmicas e condições especiais em pacientes operados de DH: dos 2.417 pacientes operados de DH, 26 (2,0%) apresentavam doenças sistêmicas e situações fisiológicas especiais, dentre elas a gravidez (8 casos, 0,3%), a hipertensão portal com insuficiência hepática importante (8 casos, 0,3%), as doenças inflamatórias intestinais (6 casos, 0,2%),

Tabela 2 - Incidência absoluta e percentual, por sexo, de 9.289 pacientes portadores de DH e de 2.417 pacientes submetidos à hemorroidectomia.

Sexos	N de DH	N de operados de DH	% de operados em relação ao N de DH	% de operados em relação ao N de operados de DH
Feminino	5.007	1.330	26,6%	55,0%
Masculino	4.282	1.087	25,4%	45,0%
Total	9.289	2.417	26,0%	100,0%

Tabela 3 - Incidência, por faixas etárias, em números absolutos (N) e percentuais (%) de 9.289 pacientes portadores de doença hemorroidária (DH) e de 2.417 portadores submetidos à hemorroidectomia.

Faixas etárias	N de DH	% de DH	N de operados de DH	% de operados de DH
1 – 10	000		000	
11 – 20	401	4,3%	137	5,6%
21 – 30	1.957	21,0%	502	20,8%
31 – 40	2.820	30,4%	688	28,5%
41 – 50	2.172	23,4%	543	22,5%
51 – 60	1.088	11,7%	274	11,3%
61 – 70	516	5,5%	152	6,3%
71 – 80	302	3,3%	110	4,5%
81 – 90	027	0,3%	011	0,5%
91 -100	006	0,1%	000	0%
Total	9.289	100,0%	2417	100,0%

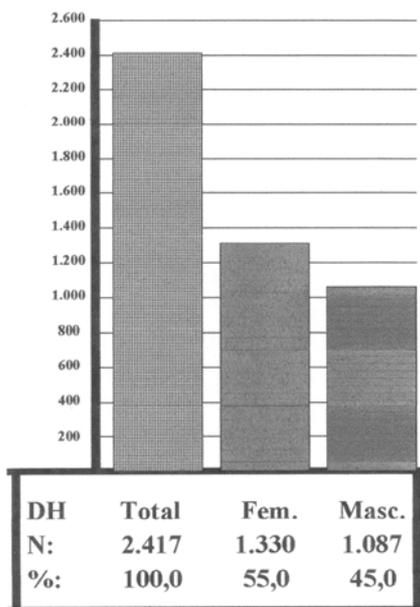


Figura 2 - Incidência, por sexos, em números absolutos (N) e percentuais (%) de 2.417 pacientes portadores de doença hemorroidária (DH) submetidos à hemorroidectomia.

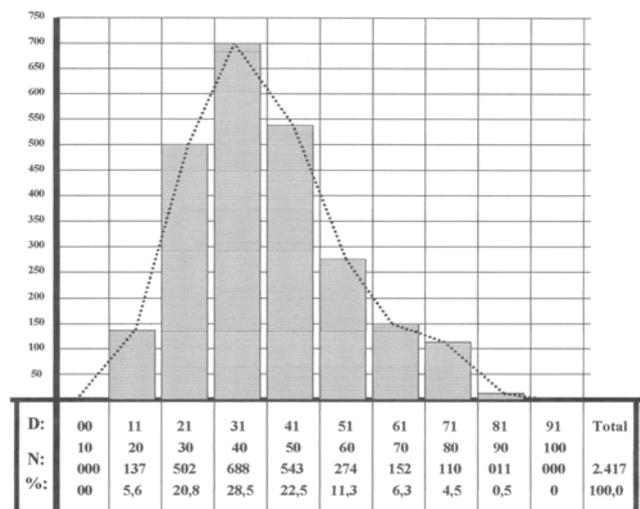


Figura 3 - Distribuição, por décadas (D) etárias, de 2.417 pacientes operados de doença hemorroidária (DH), em números absolutos (N) e percentuais (%), sendo as colunas representativas unidas pela linha pontilhada, fluxo das décadas etárias por ocasião da cirurgia.

Tabela 4 - Distribuição dos 9.289 portadores e dos 2.417 pacientes operados de doença hemorroidária (DH), pelas formas anatômicas e achados do exame proctológico, em números absolutos (N) e percentuais (%).

Graus da DH	N de cirurgias por N de cada grau dos 2.417 portadores de DH operada	% de cirurgias por cada grau dos 2.417 pacientes com DH operados	% cirurgias por N de cada grau de DH operada
Grau I	0	0%	0%
Grau II	170	7,0%	6,5%
Grau III	1.046	43,3%	30,5%
Grau IV	1.134	46,9%	60,2%
Plicomas	67	2,8%	30,9%
Total	2.417	100,0%	

Tabela 5 - De 34.000 pacientes atendidos, 9.289 eram portadores de DH (27,3%); destes, 1.122 eram portadores de doenças anais concomitantes – DAC – (12,1%); dos 9.289 portadores de DH 2.417 foram operados de DH (26,0%); destes 729 foram operados, ao mesmo tempo, de DAC (30,2%); sendo que dos 1.122 portadores de DAC 729 foram operados das referidas DAC (65,0%).

N SOBRE DH E DAC	N	%
N portadores de DH	9.289	27,3%
N de portadores de DAC	1.122	12,1%
N pacientes operados de DH	2.417	26,0%
N operados de DAC : N operados de DH	729:2.417	30,2%
N operados de DAC : N portadores de DAC	729:1.122	65,0%

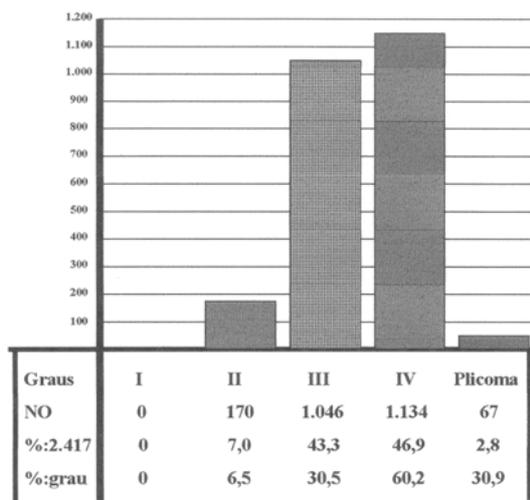


Figura 4 - Distribuição dos 2.417 pacientes operados de doença hemorroidária (DH), em números absolutos (NO), e percentuais relativos aos 2.417 (%:2.417) e a cada grau operado (%:grau), de acordo com seus vários graus (I, II, III, IV e plicomas).

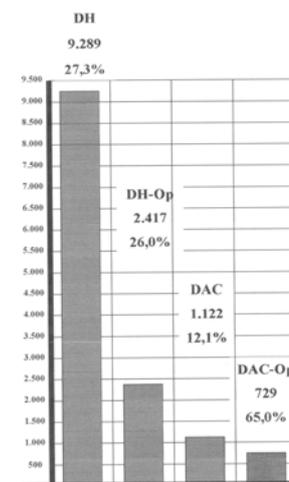


Figura 5 - De 9.289 pacientes portadores de DH 1.122 eram portadores de doenças anais concomitantes – DAC – (12,1%); dos 9.289 portadores de DH, 2.417 foram operados de DH (26,0%); destes, 729 foram operados, ao mesmo tempo, de DAC (30,2%); sendo que dos 1.122 portadores de DAC 729 foram operados das referidas DAC (65,0%)

Tabela 6 - Incidência de doenças anais concomitantes (DAC) à DH em 9.289 pacientes portadores de doença hemorroidária (DH) ao exame proctológico (coluna A em números absolutos e coluna B em percentuais) e incidência relativa de cada DAC em relação aos 1.122 casos de DAC diagnosticados ao exame proctológico (coluna C).

DAC à DH	A N-DAC relativo a 9.289 DH	B %-DAC relativo a 9.289 DH	C %-DAC relativo a 1.122 DAC
Fissura anal	541	5,8%	48,2%
Hipertrofia de papilas anais	312	3,4%	27,8%
Fístula anal	117	1,3%	10,4%
Hipotonia com incont. parcial	112	1,2%	10,0%
Condilomas acuminados	37	0,4%	3,3%
Tumor perianal	3	0,03%	0,3%
Total	1.122	12,1%	100,0%

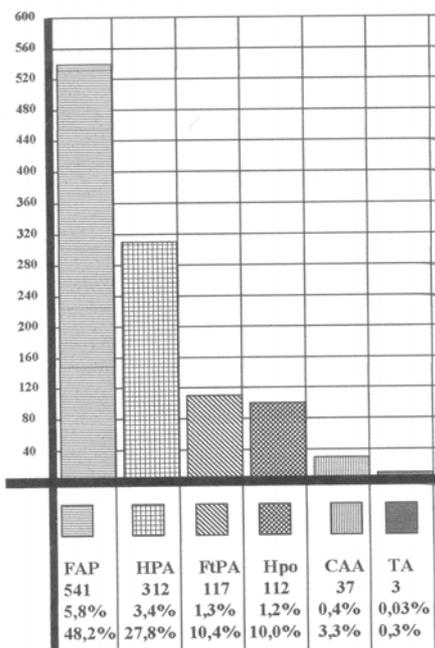


Figura 6 - Incidências de DAC diagnosticadas ao exame proctológico (1.122 casos) - fissura anal posterior (FAP), hipertrofia de papila anal (HPA), fístula perianal (FiPA), hipotonia esfinteriana (Hpo), condiloma anal acuminado (CAA) e tumor perianal (TPA) - , em relação aos pacientes portadores de DH (9.289 casos) em números absolutos e percentuais e em relação às próprias DAC.

linfomas e leucemias (2 casos, 0,1%) e AIDS (2 casos, 0,1%) (**tabela 8 e figura 8**).

Anestésias para hemorroidectomia: foram utilizadas as seguintes anestésias usadas nos 2.417

pacientes submetidos à hemorroidectomia: 1.022 anestésias peridurais (42,3%), 844 anestésias locais associadas à analgesias (34,9%), 318 anestésias locais (13,2%), 217 anestésias raqueanas (9,0%) e 16 anestésias gerais com entubação endotraqueal (0,6%) (**tabela 9 e figura 9**).

Posicionamentos dos pacientes para hemorroidectomia: foram as seguintes os posicionamentos dos pacientes em mesa cirúrgica adotadas nas 2.417 hemorroidectomias: decúbito lateral esquerdo (Sims) em 1.412 pacientes (58,4%), “em canivete” em 968 pacientes (40,1%) e ginecológica em 37 pacientes (1,5%) (**tabela 10 e figura 10**).

Técnicas cirúrgicas usadas para hemorroidectomia: dos 2.417 pacientes operados de DH, em 2.014 (83,3%) foi usada técnica aberta (Milligan-Morgan), em 232 (9,6%) técnica fechada (Ferguson) e em 171 (7,1%), técnica mista (**tabela 11 e figura 11**).

Complicações cirúrgicas anais: houve uma incidência de 3,1% (76 casos) de complicações cirúrgicas, dentre elas as estenoses anais com 44 casos (1,8%), seguidas de 11 casos de hemorragia anal cirúrgica (0,5%), 8 casos de agravamento da incontinência anal (0,3%), sendo importantes 3 casos de complicações extra-anais graves – 2 casos de crise hipertensiva com hemorragia grave e 1 caso de choque anafilático com parada cardíaca e manobras de ressuscitação (**tabela 12 e figura 12**).

Tabela 7 - Incidência de doenças extra-anais abordadas concomitantemente, por outros especialistas, no decurso de a hemorroidectomias, em 2.417 pacientes portadores e submetidos à cirurgia para doença hemorroidária (DH), em números absolutos (N) e percentuais (%).

Outras doenças extra-anais abordadas com a DH	N	%
Plástica de períneo e ginecológicas	21	0,9%
Varicectomia de membros inferiores	12	0,5%
Cirurgias abdominopélvicas	8	0,3%
Ressecção nódulo mamário	2	0,1%
Plástica na face	1	0,05%
Colposcopia	1	0,05%
Total	45	1,9%

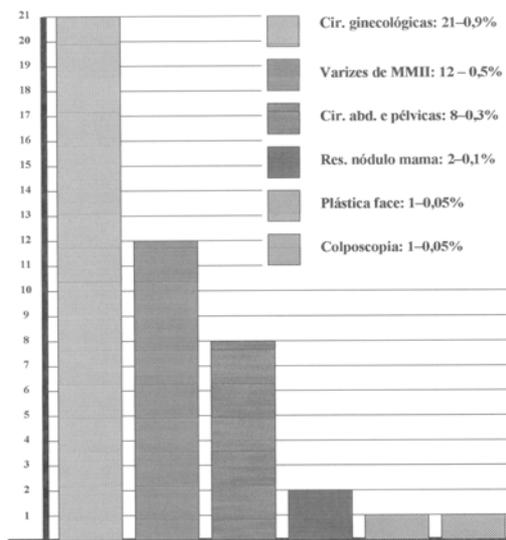


Figura 7 - Incidência de doenças extra-anais operadas concomitantemente à hemorroidectomia: cirurgias ginecológicas, varizes de membros inferiores, cirurgias abdominopélvicas, ressecção de nódulo mamário, plástica na face e colposcopia.

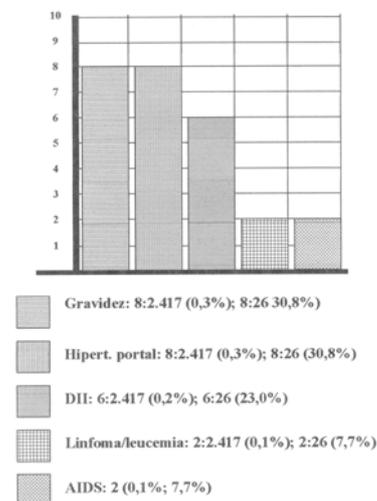


Figura 8 - Incidência de doenças sistêmicas e condições especiais – gravidez, hipertensão portal, doença inflamatória intestinal (DII), linfoma e leucemia e HIV-, em números absolutos (N) e percentuais (%), encontradas em 2.417 pacientes operados de doença hemorroidária (DH).

Tabela 8 - Incidência de doenças sistêmicas e condições fisiológicas especiais em 2.417 pacientes operados de DH.

Situações especiais em 2.417 pacientes submetidos à hemorroidectomia	N de situações especiais	% de situações especiais relativas aos 2.417 operados de DH	% de situações especiais relativas aos 26 casos de situações especiais
Gravidez	8	0,3%	30,8%
Hipertensão portal	8	0,3%	30,8%
DII	6	0,2%	23,0%
Linfoma e Leucemia	2	0,1%	7,7%
HIV positivo	2	0,1%	7,7%
Total	26	1,0%	100,0%

Tabela 9 - Distribuição de 2.417 pacientes operados de doença hemorroidária (DH) pelas anestésias a que foram submetidos para a cirurgia, em números absolutos (N) e percentuais (%).

Anestésias	N	%
Local	318	13,2%
Local + analgesia	844	34,9%
Geral com intubação	16	0,6%
Peridural	1.022	42,3%
Raqueana	217	9,0%
Total	2.417	100,0%

Tabela 10 - Posicionamentos, em mesa cirúrgica, de 2.417 pacientes operados de doença hemorroidária (DH).

Posições	N	%
“Em canivete”	968	40,1%
Sims (decúbito lateral)	1.412	58,4%
Ginecológica	37	1,5%
Total	2.417	100,0%

Relação entre as técnicas cirúrgicas empregadas e as complicações anais pós-operatórias: das 2.417 hemorroidectomias resultaram 76 complicações importantes (3,1%), assim distribuídas: 44 casos de estenose anal (1,8%), 21 casos de hemorragia anal (0,9%), 5 casos de agravamento de incontinência fecal (0,2%), 3 casos de sepse anal (0,1%) e 3 casos de complicações sistêmicas (0,1%), sendo 2 casos de crise hipertensiva com hemorragia vicariante e 1 caso de choque anafilático com parada cardíaca e ressuscitação. Das 2.014 cirurgias abertas resultaram 61 complicações anais (3,0%), assim distribuídas: 38 casos de estenose anal (1,9%), 19 casos de hemorragia anal (0,9%), 3 casos de agravamento de incontinência fecal (0,1%), nenhuma sepse anal (0%) e 1 caso de crise hipertensiva (0,05%); das 232 cirurgias fechadas resultaram 8 complicações (3,4%): 4 casos de estenose anal (1,7%), 1 caso de hemorragia anal (0,4%), 1 caso de agravamento da incontinência fecal (0,4%), 2 casos de sepse anal (0,9%) e nenhuma complicação sistêmica (0%); e das 171 cirurgias mistas resultaram 7 complicações (4,1%), sendo 2 casos de estenose anal

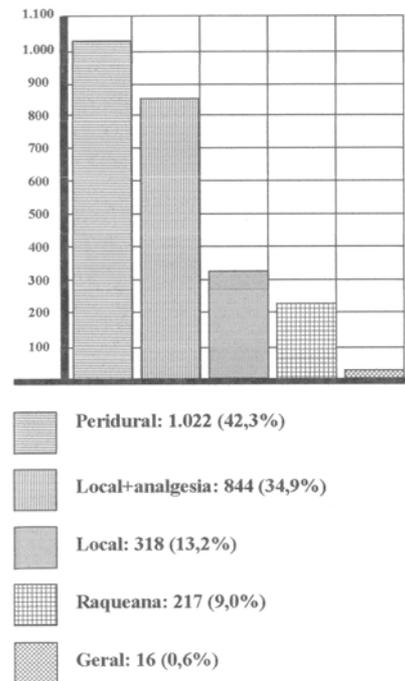


Figura 9 - Anestésias empregadas em 2.417 pacientes submetidos à hemorroidectomia: peridural, local associada à analgesia, local, raqueana e geral com intubação.

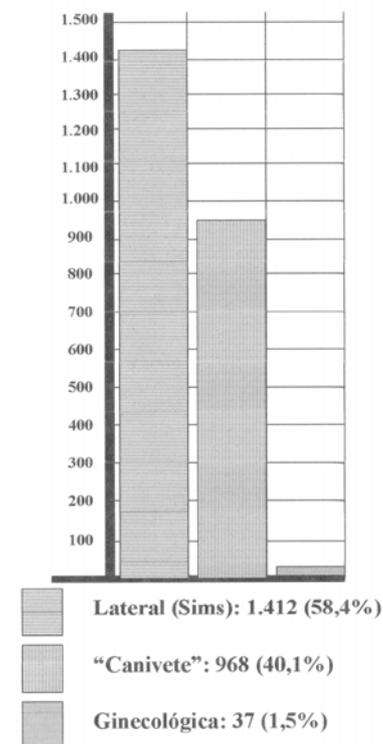


Figura 10 - Posicionamentos, em mesa cirúrgica, de 2.417 pacientes submetidos à hemorroidectomia: lateral (Sims), “canivete” e ginecológica.

Tabela 11 - Distribuição de 2.417 pacientes operados de doença hemorroidária (DH) pelas técnicas cirúrgicas básicas empregadas.

Técnicas cirúrgicas	N	%
Aberta (Milligan-Morgan)	2014	83,3%
Fechada (Ferguson)	232	9,6%
Mista (leitos abertos e fechados)	171	7,1%
Total	2.417	100,0%

(1,2%), 2 casos de hemorragia anal (0,6%), 1 caso de agravamento de incontinência fecal (0,6%), 1 caso de sepse anal (0,6%) e 2 casos de complicações sistêmicas (1,2%), sendo um caso de crise hipertensiva com hemorragia vicariante e 1 caso de choque anafilático com parada cardíaca e ressuscitação (**tabela 13 e figura 13**).

DISCUSSÃO

Incidência absoluta DA DH: há muita controvérsia sobre a epidemiologia da DH, e trabalhos, os mais diversos, têm sido publicados com referência ao estudo da incidência de DH na população, e os dados têm sido conflitantes, com autores estabelecendo incidências médias que vão de próximos a 4,4%, como Johanson et al²¹ e Loder et al²⁴; a 86% da humanidade, conforme afirmado por Hass et al¹⁶; e passando por incidências em torno de 10%, como admitem Ganchrow et al.¹⁴ e Iwagaki et al.¹⁹. Isto faz concluir existência de metodologias completamente diversas, e que pode eivar de erros conclusões precipitadas, pois vão desde a denominação para a DH sintomática até achados de necrópsias. Em estudo comparativo entre grupos sintomáticos e assintomáticos, Hass et al.¹⁶ relatam uma incidência bastante semelhante, com identificação de hemorróidas em 88% no grupo sintomático (DH), e 82% no grupo assintomático (submetido a exame proctológico de rotina para rastreamento de câncer colorretal ou por solicitação de outras clínicas).

No decurso de 38 anos de profissão com prática totalmente centrada em Coloproctologia tivemos a oportunidade de formar um fichário constituído de 34.000 pacientes, tendo feito diagnóstico de DH como doença de fundo e motivo da consulta, portanto sintomáticas, em 9.289 pacientes (27,32%) e operado 2.417 deles (**tabela 1**).

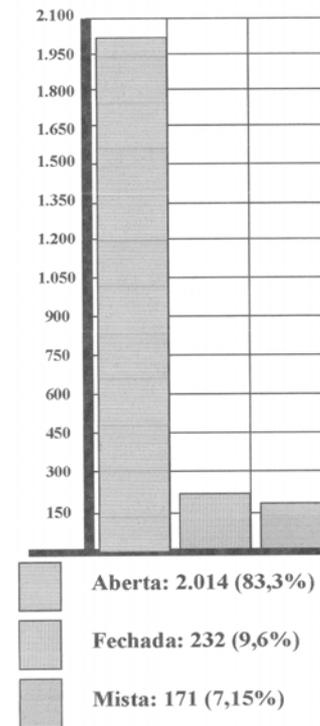


Figura 11 - Técnicas cirúrgicas básicas utilizadas em 2.417 pacientes submetidos à hemorroidectomia: aberta, fechada e mista.

Incidência por sexo: a maioria dos autores admite predominância da DH no homem, às vezes com uma frequência quase em dobro em relação às mulheres. Santos^{44,45}, em sua experiência pessoal com 1.327 pacientes operados de DH, encontrou 768 homens (57,87%) e 559 mulheres (42,13%). Corroborando estes achados, Ganchrow et al.¹⁴ em série histórica de 2.038 pacientes operados de DH por técnica fechada de Ferguson, encontraram 1.237 homens (62,7%) e 761 mulheres (37,3%).

Contrariamente à maioria dos autores, tanto a DH hemorroidária foi mais comum entre mulheres (5.007 mulheres, 53,9%; 4.282 homens, 46,1%) (**tabela 2**) quanto as hemorroidectomias (1.330 ou 55,0% dos 2.417 operados), de forma estatisticamente significativa.

Incidência de DH por idades: são raríssimas as ocorrências descritas de DH na infância e muito pouco frequentes antes dos 20 anos, admitindo alguns autores incidências mais elevadas entre 30 e 60 anos. Após os 60 anos, com a diminuição de alguns fatores desencadeantes, a incidência decresce, cedendo lugar

Tabela 12 - Complicações importantes, imediatas e de longo prazo, decorrentes de 2.417 hemorroidectomias*.

Complicações	N	%
Estenose anal cirúrgica	44	1,8%
Hemorragia anal cirúrgica	21	0,9%
Agravamento da incontinência anal	5	0,2%
Sepse anal grave	3	0,1%
Complicações clínicas graves**	3	0,1%
Total	76	3,1%

(*) Não foram computadas complicações com as seguintes características: pequena gravidade, resolução clínica e de causas múltiplas – cirúrgicas, anestésicas, medicamentosas, de posição na mesa cirúrgica - como e.g., retenção urinária, cefaléia, lombalgia, febre sem causa aparente, dentre outras.

(**) Crise hipertensiva com hemorragia controlada clinicamente e com transfusão de sangue (2 pacientes); choque anafilático com parada cardíaca e ressuscitação (1 paciente).

ao aparecimento de doenças relacionadas à diminuição do tônus muscular pelviperineal e do assoalho pélvico, tendo Santos^{44,45}, em 1.327 portadores de DH encontrado 53,96% dos casos em pacientes entre 31 e 50 anos e 70,0% entre 31 e 60 anos.

Ganchrow et al.¹⁴, em série histórica de 2.038 pacientes operados de DH encontrou apenas 37 pacientes com idades inferiores a 20 anos (1,8%), e 666 pacientes com idades entre 21 e 39 anos (32,7%) e 1.035 entre 40 e 59 anos (50,8%).

A média etária dos pacientes por ocasião do diagnóstico foi de 39,9 anos, com 51,4% dos pacientes com idades entre 21 e 40 anos e 74,8% entre 21 e 50 anos; e a média etária dos pacientes por ocasião da cirurgia foi de 41,6 anos, com 51,4% com idades entre 21 e 40 anos e 71,8% entre 21 e 50 anos (**tabela 3 e figura 3**). Conclui-se, portanto, que em nossa série, as idades dos pacientes, tanto por ocasião do diagnóstico quanto por ocasião da cirurgia foram muito inferiores às séries relatadas^{14, 44, 45}.

Diagnóstico primário e abordagem cirúrgica pela gradação da DH: A DH é classificada em graus de evolução: hemorróidas grau I (os coxins ou mamilos hemorroidários se apresentam congestos e intumescidos e podem sangrar sem haver exteriorização), hemorróidas grau II (os coxins ou mamilos internos se prolabam, projetando-se externamente ao ânus durante o esforço da defecação, entretanto

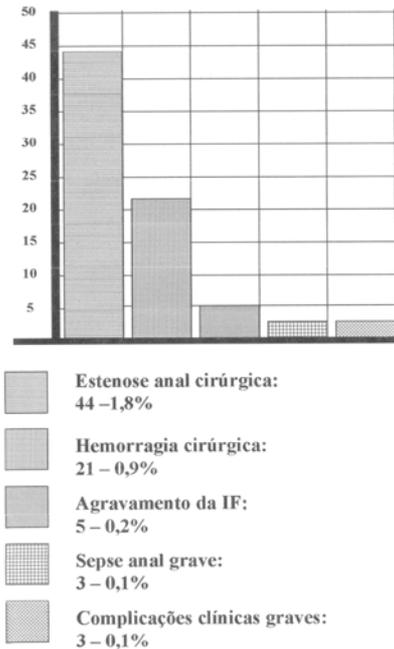


Figura 12 - Complicações decorrentes de 2.417 hemorroidectomias praticadas: estenoses anais cirúrgicas, hemorragias cirúrgicas, agravamento da incontinência fecal parcial, sepse anal grave e complicações clínicas graves.

recolhem-se espontaneamente após a cessação do esforço defecatório, podendo apresentar sangramento associado), hemorróidas grau III (os mamilos apresentam um volume maior e se prolabam mais facilmente com o esforço, de forma que o seu retorno à parte interna é sempre muito lento com auxílio de manobras manuais), hemorróidas grau IV (o volume dos mamilos e a flacidez dos tecidos são tão acentuados que o prolapso se torna incoercível, com a intitulada “perda de domicílio dos mamilos hemorroidários internos”, que se apresentam permanentemente exteriorizados, apresentando macerações e erosões importantes do revestimento mucoso).

Na série de Ganchrow et al.¹⁴, dos 2.038 pacientes operados de DH, 94,8% apresentavam DH de terceiro e quarto graus.

Em relação aos portadores dos vários graus de DH de nossa série (**tabela 4 e figura 4**) nenhum paciente com DH de primeiro grau foi operado e apenas 6,5% em segundo grau foi operado. 30,5% dos pacientes operados apresentavam DH de terceiro grau e 60,2% de quarto grau, totalizando 90,7%, portanto muito semelhante aos achados de Ganchrow et al.¹⁴ (94,8%).

Tabela 13 - Complicações pós-hemorroidectomia: incidência específica de cada complicação pós-operatória em 2.417 pacientes operados de doença hemorroidária (DH), de acordo com as técnicas cirúrgicas praticadas (aberta, fechada e mista), em números absolutos (N) e percentuais (%).

Técnicas Cirúrgicas	Complicações N.....%	Estenose N.....%	Hemorragia N.....%	Inc. Fecal N.....%	Sepse N.....%	Outras* N.....%
Aberta (2.014)	61 3,0	38 1,9	19 0,9	3 0,1	0 0,0	1 0,05
Fechada (232)	8 3,4	4 1,7	1 0,4	1 0,4	2 0,9	0 0,0
Mista (171)	7 4,1	2 1,2	1 0,6	1 0,6	1 0,6	2 1,2
Total (2.417)	76 3,1	44 1,8	21 0,9	5 0,2	3 0,1	3 0,1

(*) Crise hipertensiva com hemorragia controlada clinicamente e com transfusão de sangue (2 pacientes); choque anafilático com parada cardíaca e ressuscitação (1 paciente).

Doenças anais concomitantes à DH e abordagens cirúrgicas das mesmas: é comum a associação de DH com outras doenças anais, merecendo destaques as fissuras, além de outras menos incidentes, como as papilites, as criptites, as fístulas, os prolapsos, os condilomas e os pólipos. Diagnósticos concomitantes ao diagnóstico da DH, por ocasião do exame proctológico, como doenças paralelas ou secundárias, foram feitos em 1.122 pacientes (12,1%) (**tabela 6 e figura 6**), destacando-se 541 (5,8%) casos de fissuras anais, seguindo-se 312 (3,4%) casos de hipertrofia de papilas anais, 117 (1,3%) casos de fístula anal, 112 (1,2%) casos de hipotonia anal com incontinência parcial, 37 (0,4%) casos de condilomas anais acuminados e 3 (0,03%) de tumores perianais.

Na série de Ganchrow et al.¹⁴ dos 2.038 pacientes operados de DH foi a seguinte a incidência de DAC à DH: 26,9% (548 casos), dentre os quais fissuras anais (344 casos, 16,9%), hipertrofia de papilas anais (69 casos, 4,0%), fístulas anais (63 casos, 3,2%), prurido anal (26 casos, 1,3%), estenoses anais (22 casos, 1,1%), abscessos anais (13 casos, 0,6%), condilomas anais (6 casos, 0,3%) e doença pilonidal (5 casos, 0,2%).

Entre os 2.417 pacientes operados de DH 729 (30,1%) foram operados de outras doenças anais, destacando-se 13,1% (317 pacientes) de fissura anal, 11,0% (267 pacientes) de hipertrofia de papilas anais, 3,7% (89 pacientes) de fístula anal, 1,3% (31 pacientes) de hipotonia anal com incontinência anal parcial, 0,9% (22 pacientes) de condilomas anais acuminados e 0,1% (3 pacientes) de tumores anais malignos (**tabelas 5 e 6 e figuras 5 e 6**).

Na série de Ganchrow et al.¹⁴ dos 2.038 pacientes operados de DH 955 foram também operados de DAC à DH (46,8%), assim distribuídas: fissura anal (433

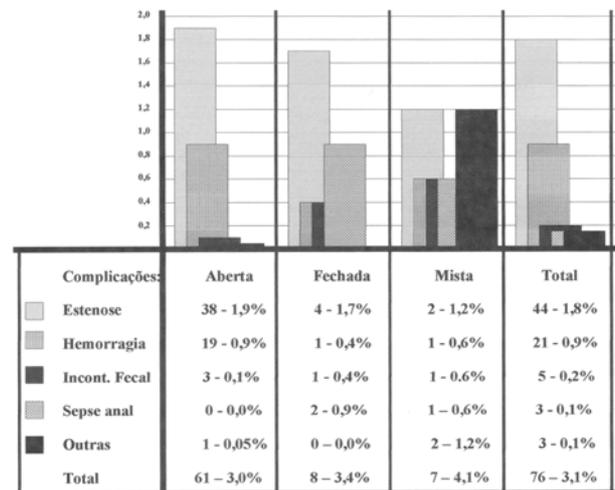


Figura 13 - Complicações pós-hemorroidectomia: gráfico comparando as incidências específicas de cada uma das complicações pós-operatórias em 2.417 pacientes operados de doença hemorroidária (DH), de acordo com as técnicas cirúrgicas praticadas.

casos, 21,3%), fistulectomia (120 casos, 5,9%), papilectomia (50 casos, 2,4%), drenagem de abscesso (21 casos, 1,0%), ressecção de doença pilonidal (20 casos, 0,9%) e anoplastia (22 casos, 1,0%). Foram feitas, ainda 244 anoplastias (12,0%), não visando DAC, fato que diminui a incidência global de abordagens cirúrgicas de DAC de 46,8% para 34,9%.

Comparando nossos achados com os de Ganchrow et al.¹⁴, no tocante às cirurgias de DAC à DH, subtraindo-se as 244 anoplastias, verificamos o seguinte: 2.417 pacientes operados contra 2.038; operados de DAC 30,1% contra 34,9%; operados de fissura anal 11,0% contra 21,3%; operados de hipertrofia de papilas anais 3,7% contra 2,4%; operados de fístula anal 1,3% contra 5,9%; não houve, na série de

Ganchrow et al.¹⁴ casos de cirurgias em portadores de hipotonia anal com incontinência anal parcial, de condilomas anais acuminados e de tumores anais malignos; em contrapartida não houve em nossa série pacientes operados de doença pilonidal, estenoses anais e abscessos perianais. Verificamos, portanto, apesar de semelhanças globais (30,1% contra 34,9%), grande discrepância de incidência de cirurgias específicas em DAC e DH entre nossas séries.

Doenças extra anais abordadas em concomitância à DH: De modo geral não são aconselháveis cirurgias concomitantes à cirurgia visando DH, sobretudo doenças cuas vias de acessos são próximas (cirurgias perineais), doenças que exigem cuidados posoperatórios diferentes (varizes de membros inferiores). Todavia, mesmo assim, foram realizadas algumas cirurgias concomitantes às 2.417 hemorroidectomias: 45 pacientes (1,9%), sobressaindo: plástica de períneo com 21 casos (0,9%), varicectomia de membros inferiores com 12 casos (0,5%), cirurgias abdomino-pélvicas em 8 casos (0,3%) e outras cirurgias (2 casos de ressecção de nódulos mamários, 1 caso de plástica na face e 1 caso de colonoscopia) em 4 casos (0,2%) (**tabela 7 e figura 7**). Não tivemos como aferir tais resultados com a literatura.

Doenças sistêmicas e condições especiais em pacientes operados de DH: cirurgias para DH em concomitância a outras doenças e outras condições especiais somente devem ser realizadas como medidas de exceção, devido aos sintomas hemorroidários não cessarem com abordagens clínicas mais vigorosas, sobretudo hemorragia, estrangulamento anal, grandes tromboses hemorroidárias, dor insuportável. Em nossa série de 2.417 pacientes operados de DH, 26 (2,0%) apresentavam situações patológicas e fisiológicas especiais, dentre elas a gravidez (8 casos, 0,3%), a hipertensão portal com insuficiência hepática importante (8 casos, 0,3%), as doenças inflamatórias intestinais (6 casos, 0,2%), linfomas e leucemias (2 casos, 0,1%) e AIDS (2 casos, 0,1%) (**tabela 8 e figura 8**). Não tivemos como aferir tais resultados com a literatura.

Anestésias para hemorroidectomia: como vimos, de nossos 2.417 pacientes operados, 1.022 foram submetidos à anestesia peridural (42,3%), 844 a

anestesia local associada à analgesia (34,9%), 318 a anestesia local (13,2%), 217 a anestesia raquiiana (9,0%) e 16 a anestesia geral com intubação endotraqueal (0,6%). Esta distribuição contemplando pouco a anestesia peridural (anestesia mais usada em nosso serviço) prende-se ao fato de nossa série ter iniciado antes do advento desta anestesia como rotina em nosso meio. Não tivemos como aferir tais resultados com a literatura. Na série de Ganchrow et al.¹⁴, todos os 2.038 pacientes foram operados com bloqueio.

Posicionamentos dos pacientes para hemorroidectomia: o decúbito lateral esquerdo (Sims) foi empregada em 1.412 pacientes (58,4%), sobretudo no início da série, época em que a anestesia de escolha era a associação de local com analgesia, com finalidade de atender a maior facilidade de ventilar o paciente. Com o advento do uso da anestesia peridural como primeira opção, passamos a usar a posição “em canivete” (968 pacientes, 40,1%); a posição ginecológica (37 pacientes, 1,5%) foi usada raramente (pois oferece pouco campo e menor visualização cirúrgica), sobretudo para atender a dois quesitos: pacientes obesos ou com dificuldade de ventilação e pacientes submetidos à cirurgia ginecológica em concomitância à hemorroidectomia.

Técnicas cirúrgicas usadas para hemorroidectomia: em 2.014 (83,3%) foi usada técnica aberta (Milligan-Morgan), em 232 (9,6%) a técnica fechada (Ferguson) e técnica mista em 171 (7,1%). Não tivemos como aferir tais resultados com a literatura.

Todos os 2.038 pacientes da série de Ganchrow et al.¹⁴ foram operados por técnica fechada (Ferguson).

Complicações cirúrgicas anais: houve uma incidência de 3,1% (76 casos) de complicações cirúrgicas em nossa série de 2.417 pacientes operados de DH, dentre elas as estenoses anais com 44 casos (1,8%), seguidas de 11 casos de hemorragia anal cirúrgica (0,5%), 8 casos de agravamento da incontinência anal (0,3%), sendo importantes 3 casos de complicações extra-anais graves – 2 casos de crise hipertensiva com hemorragia grave e 1 caso de choque anafilático com parada cardíaca e manobras de ressuscitação (**tabela 12 e figura 12**).

Ganchrow et al.¹⁴, em sua série de 2.038 pacientes operados agrupam as complicações

posoperatórias em imediatas (82 casos, 4,0%) e tardias (99 casos, 4,8%), contabilizando complicações sistêmicas, desde pneumonias até cistites. Atendo-se apenas às complicações anais foram as seguintes as incidências: fissura anal (54 casos, 2,7%), estenose anal (24 casos, 1,2%), hemorragia cirúrgica 27 casos (1,3%), abscesso anal (17 casos, 0,8%), fístula anal (5 casos, 0,2%), totalizando 127 complicações anais (6,2%).

Comparando-se nossa série (2.417 pacientes operados, a maioria por técnica aberta) (**tabela 12 e figura 12**) e os 2.038 da série de Ganchrow et al.¹⁴ (todos por técnica fechada), verificamos que nosso índice de complicações foi exatamente a metade (76 casos, 3,1%) dos da série do referidos autores (127 casos, 6,2%).

Relação entre as técnicas cirúrgicas empregadas e as complicações anais pós-operatórias: das 2.014 cirurgias abertas resultaram 55 complicações anais (2,7%), sendo 38 estenoses anais (1,9%), 9 hemorragias (0,4%) e 8 outras complicações (0,4%); das 232 cirurgias fechadas resultaram 7 complicações (3,0%), sendo 4 estenoses (1,7%), 1 hemorragia (0,4%) e 2 outras complicações (0,9%); das 171 cirurgias mistas resultaram 4 complicações (2,4%), sendo 2 estenoses (1,2%), 1 hemorragia (0,6%) e 1 outra complicação anal (0,6%) (**tabela 13 e figura 13**). Assim não houve diferença estatística entre as várias técnicas cirúrgicas no tocante aos índices de complicações.

CONCLUSÕES

1. A DH mais operada foi a de quarto (60,2%) e terceiro (30,5%) graus.
2. Predominou a incidência de DH e de hemorrhoidectomia entre mulheres (53,9%).
3. A média etária de diagnóstico foi 39,9 anos e de cirurgia 41,6 anos.
4. 74,8% dos portadores e 71,8% dos operados de DH tinham entre 21 e 50 anos de idade.
5. 12,1% dos portadores de DH apresentavam doenças anais concomitantes.
6. 65,0% dos 729 portadores de doenças anais concomitantes foram operados, sobretudo de fissuras anais e hipertrofia de papilas anais.
7. 1,9% dos pacientes operados de DH foram operados concomitantemente de doenças extra-anais, sobretudo plástica de períneo e varizes de MMII.
8. 1,0% dos pacientes operados de DH apresentou doenças sistêmicas e condições especiais, sobretudo gravidez (0,3%).
9. A anestesia mais usada foi peridural (42,3%) e local com analgesia (34,9%).
10. As posições cirúrgicas mais usadas foram Sims (58,4%) e “em canivete” (40,1%).
11. A técnica cirúrgica mais usada foi a técnica aberta (83,3%).
12. 3,1% (76 casos) dos pacientes operados de DH desenvolveram complicações, sobretudo estenoses anais (1,8%), independente da técnica usada.

ABSTRACT: The author had the opportunity in a 38-year period of practice in Coloproctology, to attend 34,000 patients. Diagnose of hemorrhoid as the main cause of the symptoms presented was achieved in 9,289 patients (27.3%). 2,417 of the 9,289 patients (26.0%) underwent hemorrhoidectomy. The aim of this report is to analyse 2,417 operated patients as far as epidemiologic aspects are concerned (age and gender), surgical procedures (table operative position, anesthesia, surgical techniques, associated anorectal diseases as well as surgical complications). Results are correlated to the literature. Most of the patients submitted to hemorrhoidectomy presented third (30.5%) and fourth grade (60.2%) hemorrhoid. As far as gender is concerned the incidence of hemorrhoid was statistically significant higher among women (5,007 cases, 53.9%) than in men (4,282 cases, 46.1%). And although not statistically significant surgery for hemorrhoid in women (1,330 : 5,007) was more common (26.6%) than in men (1,087 : 4,282) (25.4%). But in relation to the patients who underwent hemorrhoidectomy (2,417) surgery was statistically significant more common among women (1,330 : 2,417 or 55.0%) than in men (1,087 : 2,417 or 45.0%). Mean age of the patients by occasion of diagnose of hemorrhoids was 39.9 year-old, being 74.8% between 21 and 50 year of age; and mean age by occasion of surgery was 41.6 year-old, being 71.8% between 21 and 50 year of age. In 1,122 patients haemorrhoids were associated with several anorectal diseases (12.1%), mainly anal fissures (5.8%) and hyperthrofied anal papila (3.4%). The incidence of surgery for associated anorectal disease was 13.1% (729 patients), being fissurectomy (13.1%) and papilectomy (11.0%) the two most frequently surgery carried out during hemorrhoidal approach. 45 patients (1.9%) were operated for other extra-anal diseases, mainly gynecologic surgery; and 26 patients (2.0%) presented systemic diseases and physiologic conditions as pregnancy (8 cases, 0.3%). The most frequently used anesthesia was peridural (42.3%) and local associated to analgesia (34.9%). Sim's (58.4%) and knife-position (40.1%) were the on table most used operative positions, being open haemorrhoidectomy (2,014 cases, 83.3%) the most frequently used surgical technique. There were 76 cases of surgical complications (3.1%) being anal stricture (40 cases, 1.8%) and postoperative bleeding (21 cases, 0.9%) the two most common complications.

Key words: Hemorrhoidectomy; and surgery; hemorrhoidal disease surgical treatment.

REFERÊNCIAS

1. Barone B, Matos D, Deak, Saad SS. Hemorroidectomia com o uso de diatermia e sem ligadura do pedículo. *Rev. Goiana Méd* 1992; 38(1-4):11-4.
2. Rebel K, Rebel VF. Tratamento Não Cirúrgico da Doença Hemorroidária. In: Cruz GMG. *Coloproctologia III: coloproctologia terapêutica*. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p. 2141 – 7.
3. Bat L, Melzer E, Koler M, Dreznick Z, Shemesh E. Complications of Rubber Band Ligation of Symptomatic Internal Hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*, 1993; 36: 287-90.
4. Rebel K, Rebel VF. Tratamento Não Cirúrgico da Doença Hemorroidária. In: Cruz GMG. *Coloproctologia iii: coloproctologia terapêutica*. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 2000. p. 2141 – 7.
5. Borba MR, Sobrado Jr CW, Sokol S. Hemorroidectomia pela técnica fechada (Técnica de Sokol): análise de 322 doentes. *Rev Bras Colo-Proct* 1997; 17(2): 98-100.
6. Copé R. Etiopathogenie de la maladie hémorroïdaire *Acta Gastroent*. 1994; lviii: 206-12.
7. Corman ML. *Colon and Rectal Surgery*. 4ª ed. Philadelphia: Lippincott-Raven 1998
8. Costa e Silva IT, Chamhic JE, Novo NF, Juliano Y, Goldenberg S. Freqüência da dor após a ligadura elástica de hemorróidas: estudo prospectivo e randomizado. *Rev. Bras. Colo-Proctol.*, 1990; 10: 134-8.
9. Cruz GMG. *Coloproctologia i: coloproctologia propedêutica geral*. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 1998.
10. Cruz GMG. *Coloproctologia ii: coloproctologia propedêutica nosológica*. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 1999.
11. Cruz GMG. *Coloproctologia iii: coloproctologia terapêutica*. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.
12. Detrano SJ. The Role of cryosurgery in management of anorectal disease: 350 cases. *Dis Colon Rectum*. 1975; 18: 284-8.
13. Ferguson JA, Heaton JR. Closed hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 1959; 2: 176-9.
14. Ganchrow MI, Mazier WP, Friend WG. Hemorrhoidectomy revisited – a computer analysis of 2.038 cases. *Dis Colon Rectum* 1971; 14: 128-33.
15. Goligher J. *Surgery of the Anus, Rectum and colon*. 5ª ed. London: Baillieri Tindall; 1984.
16. Haas P. A. The pathogenesis of Hemorrhoids. *Diseases of the Colon and Rectum*. 1984; 27 (7): 442-50.
17. Haas P. A. The prevalence of Hemorrhoids. *Diseases of the Colon and Rectum*. 1983; 26 (7): 435-9.
18. Hodgson WJB, Morgan J. Ambulatory hemorrhoidectomy with CO2 laser. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 1265-9.
19. Iwagaki H, Higuchi Y, Fuchimoto S, Orita K. The laser treatment of hemorrhoids: results of a study on 1816 patients. *Jpn J Surg* 1989; 19: 658-61.
20. Jensen DM, Jutabha R, Machicado GA, Jensen ME, Cheng S, Gornbein J, et al. Prospective randomized comparative study of bipolar electrocoagulation versus heater probe for treatment of chronically bleeding internal hemorrhoids. *Gastrointest Endosc*. 1997; 46: 435-43.
21. Johanson JF, Rimm A. Optimal nonsurgical treatment of hemorrhoids: a comparative analysis of Infrared coagulation, Rubber Band ligation and Injection sclerotherapy. *Am J Gastroenterol*. 1992; 87: 1600-6.
22. Lacerda FA, Melo JRC. Hemorroidectomia em regime ambulatorial sob anestesia local: estudo prospectivo de 50 casos. *Rev Bras Colo Proct* 1995; 15(4): 206-10.
23. Leff EI. Hemorrhoidectomy laser vs nonlaser: outpatient surgical experience. *Dis Colon Rectum*. 1992; 35: 743-6.
24. Loder P. B. Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology. *Br. J. Surgery* 1994 ; 81 (7): 946-54.
25. MacRae HM, McLeod JH. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities. A Meta-Analysis. *Dis Colon Rectum*. 1995; 38: 687-94.
26. Mazier WP, Levien DH, Luchtefeld MA, Senagore AJ. *Surgery of the Colon, Rectum and Anus*, W.B. Saunders Company Ltda , 1995.
27. McConnell JC, Khubchandani IT. Long term follow-up of closed hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum*. 1983; 226:797.
28. McLeod JH. In defense of cryotherapy for hemorrhoids: a modified method. *Dis Colon Rectum* 1982; 25: 332-5.
29. Milligan ET, Morgan CN, Jones LE. Surgical anatomy of the anal canal and the operative treatment of haemorrhoids. *Lancet* 1937; 2: 1119-24.
30. Rebel K, Rebel VF. Tratamento Não Cirúrgico da Doença Hemorroidária. In: Cruz GMG. *Coloproctologia iii: coloproctologia terapêutica*. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 2000. p. 2141 – 7.
31. Nahas SC, Sobrado CW, Marques CFS, Habr-Gama A. Projeto doenças orificiais. Experiência do HCFMUSP em Hospital-dia e doenças anorretais. *Rev. Hosp. Clin Fac Med S Paulo* 1999; 54(3): 75-80.
32. Nahas SC, Sobrado CW, Araújo SEA, Imperiale AR, Habr-Gama A, Pinotti HW. Resultados do tratamento cirúrgico da doença hemorroidária em 475 doentes. *Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo*. 1997; 52(4): 175-9.
33. Rebel K, Rebel VF. Tratamento Não Cirúrgico da Doença Hemorroidária. In: Cruz GMG *Coloproctologia iii: coloproctologia terapêutica*. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p.2141 – 7.
34. Obando RN. Hemorrhoids. *An Alap* 1966; 1: 110.
35. Oueidat DM, Jurjus AR. Management of hemorrhoids by Rubber Band Ligation. *J Med Liban*. 1994; 42: 11-4.
36. Parks AG. The surgical treatment of haemorrhoids. *Br J Surg* 1956; 43: 337-51.
37. Perez-Miranda M, Gomez-Cedenilla A, Leon-Colombo T, Pajares J, Mate-Jimenez J. Effect of fiber supplements on internal bleeding hemorrhoids. *Hepatogastroenterology* 1996; 43: 1504-7.

38. Ramos JR, Pinho M, Valory E, Nascimento ML, Souza PCT. Cirurgia ambulatorial em colo-proctologia. Rev Bras colo-Proct 1988; 8(1): 11-3.
39. Randall GM, Jensen DM, Machicado GA, Hirabayashi K, Jensen ME, Yon S, et al. Prospective randomized comparative study of bipolar versus direct current electrocoagulation for treatment of bleeding internal hemorrhoids. Gastrointest Endosc 1994; 40: 403-10.
40. Rebel K, Rebel VF. Tratamento Não Cirúrgico da Doença Hemorroidária. In: Cruz GMG. Coloproctologia iii: coloproctologia terapêutica. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p. 2141 – 7.
41. Reis Netto JA, Quilici FA, Cordeiro F, Reis Junior JA. Tratamento ambulatorial de hemorróidas: estudo prospectivo randomizado. Rev. Bras. Colo-Proctol, 1989; 9: 131-7.
42. Reis Netto JA, Quilici FA, Cordeiro F, Reis Jr JA. Open versus semi-open hemorrhoidectomy: a random trial. Int Surg 1992; 77(2): 84-90.
43. Ruiz Moreno S. Hemorroidectomia in: 21º Congresso Brasileiro de Coloproctologia. 1971. p.33.
44. Santos HA. Doença Hemorroidária. In: Cruz GMG. Coloproctologia ii: coloproctologia propedêutica nosológica. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 1999. 1139 –56.
45. Santos RP. Etiopatogenia das hemorróidas. Rev Bras Colo-Proct 1993; 13(2):55-66.
46. Senagore A, Mazier WP, Lutcheheld MA, MacKeigan JM, Wengert T. Treatment of advanced hemorrhoidal disease: a prospective, randomized comparison of cold scalpel vs contact Nd: YAG laser. Dis Colon Rectum 1993; 36(11): 1042-9.
47. Smith LE. Hemorrhoidectomy with lasers and other contemporary modalities. Surg Clin North Am 1992; 72(3): 665-79.
48. Sobrado CW, Bringel RWA, Nahas SN, Habr-Gama A.. Cirurgia proctológica ambulatorial sob anestesia local: análise de 351 cirurgias. Rev Hosp Clin Fac Med S. Paulo 1998; 53 (6): 277 - 82.
49. Sobrado Jr. CW, Bringel RWA, Nahas SN. Tratamento Cirúrgico da Doença Hemorroidária. In: Cruz GMG. Coloproctologia iii: coloproctologia terapêutica. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 2000. p. 2148 –60.
50. Torres P. Ligadura elástica das hemorróidas (atualização clínica). Rev. Bras. Colo Proctol; 1983: 3: 66-8.
51. Wang JY, Chang-Chien CR, Chen JS. The role of laser in hemorrhoidectomy. Dis Colon Rectum 1991; 34: 78.
52. Whitehead W. The surgical treatment of haemorrhoids. Br Med J 1882; 1: 148-50.
53. Wroblewski DE. Rubberband ligation of hemorrhoids. R I Med; 1995; 78(6): 172-3.

Endereço para correspondência:

GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ
Rua Rio de Janeiro, 2017 / 1401
30160-042 - Belo Horizonte - Minas Gerais
Tel.: (31) 3222-8289