

# PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM PACIENTES PROCTOLÓGICOS SELECIONADOS, SOB ANESTESIA LOCAL. Estudo de 150 casos

Alexandre Cruz **HENRIQUES\***, Sérgio Henrique Couto **HORTA\*\***, Sérgio **PEZZOLO\***, Jaques **WAISBERG\***, Sandra Di Felice **BORATTO\*\***, Soraia **HELAL\*\*\***, Marise **GOMES\*\*** e Manlio Basilio **SPERANZINI\*\*\*\***

**RESUMO** - Experiência no tratamento de 150 pacientes portadores de afecções anorretais e da região sacrococcígea operados sob anestesia local no Hospital de Ensino da Faculdade de Medicina do ABC, São Bernardo do Campo, SP, no período de março de 1995 a março de 1998. Descrevem a técnica anestésica empregada, operações realizadas e a tolerância ao procedimento. A morbidade intra-operatória foi de 10,6% (16 pacientes) e a pós-operatória de 6% (9 pacientes). A idade dos pacientes variou entre 15 e 92 anos de idade, com média de 42 anos; 58% eram do sexo masculino e 42% feminino. O tempo médio de cirurgia foi de 45 minutos e o de permanência hospitalar foi de 8 horas. Todos os pacientes foram orientados sobre a técnica anestésica, suas vantagens e desvantagens, e somente após sua aprovação, a cirurgia era programada. Internação hospitalar foi necessária em cinco pacientes (3,3%). Em nenhum caso foi necessário modificar a técnica anestésica. Interrogados, 96,7% dos pacientes afirmaram não sentir dor durante a operação e que repetiriam o procedimento. Conclui-se que o tratamento cirúrgico das afecções orificiais e da região sacrococcígea com anestesia local além de viável e seguro, é bem aceito pelos pacientes.

**DESCRIPTORIOS** - Cirurgia de cólon e reto. Cirurgia ambulatorial. Anestesia local.

## INTRODUÇÃO

A partir de 1995, iniciamos o tratamento de afecções anorretais e da região sacrococcígea com anestesia local. A necessidade de reduzir custos hospitalares, a crescente demanda e a espera dos pacientes nas filas de internação, motivaram-nos a

adotar esta conduta, especialmente levando em conta que a região anorretal e sacrococcígea são locais apropriados para este tipo de anestesia<sup>(8, 11, 13)</sup>.

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência da equipe de cirurgia geral do Hospital de Ensino da Faculdade de Medicina do ABC, São Bernardo do Campo, SP, com 150

Trabalho realizado no Hospital de Ensino da Faculdade de Medicina do ABC, São Bernardo do Campo, SP.

\* Professor Assistente do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina do ABC.

\*\* Médico Colaborador do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina do ABC.

\*\*\* Médica Residente da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Faculdade de Medicina do ABC.

\*\*\*\* Professor Titular da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Faculdade de Medicina do ABC.

Endereço para correspondência: Dr. Alexandre Cruz Henriques - Rua Mediterrâneo, 928 - Jardim do Mar - 09750-420 - São Bernardo do Campo, SP.

casos de afecções anorretais e da região sacrococcígea operados sob anestesia local, avaliando sua viabilidade, segurança e aceitação pelo paciente.

## PACIENTES E MÉTODO

No período de março de 1995 a março de 1998, 150 pacientes portadores de afecções anorretais e da região sacrococcígea foram operados sob anestesia local no Hospital de Ensino da Faculdade de Medicina do ABC.

Foram incluídos no protocolo os pacientes com idade superior a 15 anos, portadores de afecções orificiais e da região sacrococcígea. Foram excluídos os casos de fístulas anais complexas, recidivadas ou supra-esfincterianas, pseudostrangulamento hemorroidário, cisto pilonidal extenso, infectado ou recidivado, condiloma acuminado de grandes proporções, pacientes pouco colaborativos e os portadores de doença neurológica ou psiquiátrica. A idade variou de 15 a 92 anos com média de 42 anos; 58% dos pacientes eram do sexo masculino e 42% do feminino. Todos foram informados sobre como seria realizada a anestesia, suas vantagens e inconvenientes, e somente com o consentimento do mesmo era programada a operação.

A avaliação clínica pré-operatória constava de exame clínico geral, exames subsidiários e avaliação específica de alguma doença associada. Doze pacientes apresentavam hipertensão arterial sistêmica, quatro eram cardiopatas, cinco apresentavam diabetes mellitus e quatro doença pulmonar obstrutiva crônica. Todos estavam compensados na ocasião da operação.

O preparo para a cirurgia era iniciado 12 horas antes e constava de tricotomia perianal, "fleet" enema e jejum de 6 horas. O paciente era admitido no hospital 1 hora antes da operação, com acompanhante adulto, quando menor. A operação era realizada no centro cirúrgico. Obtinha-se acesso venoso que era mantido com soro glicosado a 5%. Instalava-se monitorização cardíaca e da pressão arterial; equipamentos para intubação orotraqueal, ventilação mecânica e para ressuscitação cardiorespiratória estavam disponíveis. O paciente era sedado com midazolam na dose de 0,1 a 0,2 mg por quilo de peso, por via endovenosa, estando disponível o seu antagonista – o flumazenil. Eram administrados por via intramuscular 75 mg de diclofenaco de sódio com o objetivo de obter-se melhor analgesia no pós-operatório. O paciente era colocado na posição de litomia para os procedimentos anais e na posição de canivete ("jackknife") para os casos de cisto pilonidal sacrococcígeo, seguindo-se a assepsia e anti-sepsia com solução de povidine tópico e colocação dos campos cirúrgicos esterilizados. As operações eram realizadas por residentes de cirurgia geral, sempre auxiliados por preceptores da Disciplina.

Nos primeiros 100 casos utilizou-se uma solução anestésica, que constava da mistura de 10 mL de bupivacaína 0,5%, 10 mL de lidocaína 2% e 20 mL de água destilada, com solução total de 40 mL de bupiva-

caína a 0,125% e de lidocaína a 0,5%. Nos 50 casos seguintes, passamos a utilizar associação de 10 mL de lidocaína a 2% e 10 mL de bupivacaína a 0,5% com epinefrina 1:200.000, com solução total de 20 mL de lidocaína a 1%, bupivacaína a 0,25% e epinefrina 1:400.000. A infiltração era feita na região anal, na hemicircunferência anterior e posterior, em leque, entre o esfíncter anal interno e externo, com uma agulha 25 x 8; injetavam-se 3 mL da solução anestésica em cada quadrante, profundamente e orientada pelo toque retal. Em média, eram utilizados 12 mL da solução anestésica. Nos casos de cisto pilonidal sacrococcígeo, a anestesia era em forma de losango ao redor do cisto e com aplicação de 5 mL da solução anestésica em cada quadrante. Durante a operação era dada especial atenção ao comportamento do paciente em relação a reações adversas ao anestésico, à sedação e sua tolerabilidade ao procedimento. Havendo necessidade, aumentava-se a sedação com midazolam ou com a infiltração anestésica. O período pós-operatório imediato era realizado na recuperação pós-anestésica onde, após 6 horas, o paciente era reavaliado e recebia alta hospitalar ou se preciso, era internado. Os pacientes que receberam alta hospitalar eram orientados quanto aos cuidados higieno-dietéticos, receberam receita de analgésicos, anti-inflamatórios e laxativos de volume, caso fossem obstipados. Marcado retorno para o terceiro dia de pós-operatório ou antes, se necessário. A opinião do paciente sobre o procedimento era solicitada no momento da alta hospitalar.

O número de casos de cada afecção e as cirurgias realizadas estão demonstrados na Tabela 1.

## RESULTADOS

Houve boa aceitação por parte dos pacientes quanto ao método proposto; interrogados, 96,7% responderam não ter sentido dor durante a operação e que repetiriam o procedimento nas mesmas condições. Em nenhum caso foi preciso modificar a técnica anestésica. A duração das operações variou de 15 a 90 minutos, com média de 45 minutos. O tempo médio de permanência hospitalar foi de 8 horas. A morbidade intra-operatória foi de 10,6% (16 pacientes): seis casos (4%) apresentaram dor em membros inferiores, com melhora após o término da cirurgia, cinco casos (3,3%) apresentaram dor na região cirúrgica onde foi realizada complementação anestésica, dois casos (1,3%) apresentaram reação idiossincrásica (agitação) à sedação, que foi revertida com flumazenil na dosagem de 0,5 mg por via endovenosa, em um caso (0,6%) ocorreu depressão respiratória devido o uso de midazolam, revertida com flumazenil e em dois casos (1,2%) ocorreu sangramento excessivo durante a hemorroidectomia. A morbidade no pós-operatório imediato foi de 6,0% (nove casos): em cinco casos houve sangramento na ferida operatória, que evoluíram bem com curativo compressivo, um caso de retenção urinária, tratado com sondagem vesical de alívio e, em três pacientes com idade avançada, ocorreu sedação acentuada. A internação foi necessária em cinco paci-

TABELA 1 – Distribuição dos casos segundo a etiologia

Doença	Operação	Nº de casos	%
Hemorróidas	Hemorroidectomia aberta	78	52,0
Fissura anal	Esfincterotomia anal	32	21,3
Fístula anal	Fistulotomia anal	19	12,6
Cisto pilonidal sacrococcígeo	Incisão e curetagem	10	6,7
Condiloma anal	Exérese e cauterização	04	2,7
Plicoma anal	Ressecção	04	2,7
Procidência retal	Anel de Thiersch	03	2,0

entes (3,3%): três, com idade avançada devido à sedação acentuada, e dois, por sangramento excessivo durante hemorroidectomia. Todos tiveram boa evolução, recebendo alta no primeiro dia de pós-operatório. Nenhum paciente precisou retornar antes da data marcada no terceiro dia pós-operatório.

## DISCUSSÃO

Desde 1948, vários autores preconizam o uso da anestesia local em cirurgias orificiais<sup>(8)</sup>. Atualmente é um procedimento utilizado em muitos centros, devido ao menor custo, recuperação rápida, baixo risco anestésico com possibilidade de anestesia local prolongada e boa aceitação do método pelos pacientes<sup>(6, 8, 9, 10, 11, 12, 13)</sup>. As afecções mais adequadamente tratadas com anestesia local são as hemorroidas internas e externas, fissura anal, papila hipertrófica, plicoma anal, fístula perianal, procidência retal, pólipos retais, condilomas anais e cisto pilonidal sacrococcígeo. Devem ser evitados os casos com supuração e quando a extensão do processo não possa ser determinada até o momento da operação, hemorroidas internas trombosadas e prolapsadas, fístulas complexas complicadas ou com trajetos que possam comprometer a continência anal, condilomas extensos e câncer<sup>(7, 8, 9, 11)</sup>.

Os pacientes devem ser preparados psicologicamente para colaborar com o procedimento, visto que podem sentir dor no momento da aplicação do anestésico e podem se mexer durante a operação. Deve-se evitar o emprego deste método em pacientes que não possam colaborar, com distúrbios psiquiátricos, emocionalmente instáveis e crianças abaixo de 12 anos. Caso os pacientes apresentem doenças sistêmicas, estas devem ser de leve ou moderada intensidade e estar bem controladas, ASA I e ASA II<sup>(2, 8, 13)</sup>.

As drogas anestésicas mais comumente empregadas na anestesia local são a lidocaína e a bupivacaína, o que permite uma rápida instalação da anestesia (lidocaína) com ação anestésica mais demorada (bupivacaína). Nos primeiros 100 pacientes utilizou-se uma solução de lidocaína a 0,5% e bupivacaína a 0,125%. A associação com a bupivacaína prolonga a analgesia por aproximadamente 4 horas. Nos 50 pacientes seguintes, passou-se a utilizar a epinefrina 1:400.000

para contrabalançar a vasodilatação dos anestésicos locais, diminuindo sua absorção e o sangramento<sup>(1, 3, 5)</sup>. Alguns autores preconizam o uso da hialuronidase, enzima com ação mucolítica que favorece a difusão do anestésico nos tecidos, proporcionando a redução do volume de anestésico injetado<sup>(3, 9)</sup>. A adição de bicarbonato de sódio a 8,4%, reduziria a acidez da solução, diminuindo a sensação desagradável da injeção de lidocaína (pH-6,0) e da adrenalina (pH-4,5)<sup>(1, 3, 5, 7, 9)</sup>. A anestesia aplicada entre os músculos esfínter anal interno e externo, sem fazer botões subcutâneos, permite distribuir bem o anestésico, evitando edema, hematomas e distensão dos tecidos locais, mantendo a configuração do canal anal<sup>(1, 4, 5, 7, 8, 13)</sup>. SOBRADO e HABR-GAMA<sup>(12)</sup> propõem técnica anestésica onde se realiza a punção na linha pectínia e infusão na submucosa, nos quatro quadrantes. Esta técnica permitiu procedimentos ambulatoriais em 60 pacientes com conforto e segurança. Dada a boa aceitação e a anestesia satisfatória obtida com baixos volumes da solução empregada, não houve necessidade de associá-la a outras drogas, nem do emprego de infiltração na submucosa. O paciente acusa dor no momento da picada e durante a infusão do anestésico, que é maior no início da infiltração; no entanto em 96,7% dos casos a dor é leve e transitória<sup>(2)</sup>, o que confere alto índice de aceitação deste método anestésico. Na presente casuística, 96,7% dos pacientes manifestaram-se satisfeitos e que repetiriam o procedimento.

As complicações ocorrem em 1% a 4% dos casos na literatura, entre as mais comuns destacam-se o hematoma e edema da região perianal, dor e sangramento da ferida operatória<sup>(2, 5, 11, 13)</sup>. Nesta série não houve hematoma ou edema da região perianal, devido à infusão do anestésico ser realizada diretamente no espaço inter-esfínteriano. Observamos dor em região cirúrgica (cinco casos) e em membros inferiores (seis casos) devido a posição de litotomia, o que ocorreu quando o tempo de operação ultrapassou 30 minutos. O sangramento da ferida operatória é uma complicação que não está associada à anestesia local e que pode ser diminuído com a associação da adrenalina à solução anestésica. A anestesia local, quando comparada com os bloqueios raquidianos, diminui a incidência de retenção e infecção urinária no pós-operatório, reduz o tempo de permanência hospitalar

e tem menor custo para o sistema de saúde. Não ocorrem náuseas nem cefaléia no pós-operatório. O relaxamento esfinteriano se faz imediatamente após a infusão do anestésico e é semelhante ao do bloqueio raquidiano<sup>(5,13)</sup>.

Conclui-se que a anestesia local para operações proctológicas em casos selecionados é segura, apresentando baixa morbidade intra e pós-operatória, reduz o tempo de permanência hospitalar e tem boa aceitação por parte dos pacientes.

---

Henriques AC, Horta SHC, Pezzolo S, Waisberg J, Boratto S Di F, Helal S, Gomes M, Speranzini MB. Surgical procedures in proctological selected patients, with local anesthesia. Study of 150 cases. *Arq Gastroenterol* 2000;37(3):158-161.

**ABSTRACT** - Experience in the treatment of 150 patients with anorectal disorders and disorders of the sacrococcygeal region who were operated on with local anesthesia at the University Hospital, ABC Medical School, São Bernardo do Campo, SP, Brazil, from March 1995 to March 1998. The anesthesia technique, the operations carried out and the tolerance to the procedure are reported. Intraoperative morbidity was 10.6% (16 patients), and postoperative morbidity was 6% (nine patients). The age of patients was between 15 and 92 years old, with mean age 42 years old; 58% of patients were male and 42% female. Surgical mean time was 45 minutes and the patients remained in the hospital for a mean time of 8 hours. All of patients was instructed about the anesthesia technique, their advantages and disadvantages, and only with their permit the surgery was programmed. Hospitalization was required in five patients (3.3%). The anesthesia technique employed was the same for all patients. Upon survey, 96,7% of the patients stated they did not feel pain during the surgery and that they would go through the procedure again. The authors conclude the surgical treatment of anorectal disorders and disorders of the sacrococcygeal region with local anesthesia is viable and safe, and in addition, is well accepted by the patients.

**HEADINGS** - Colon and rectal surgery. Ambulatory surgery. Anesthesia, local.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bleday R, Pena J, Rothenberger DA, Goldberg SM, Buls JG. Symptomatic hemorrhoids: current incidence and complications of operative therapy. *Dis Colon Rectum* 1992;35:477-8.
2. Buffara Jr VA, Najjar N, Frare RC. Cirurgias anais ambulatoriais sob anestesia local. *Rev Bras Coloproctol* 1991;11:60-7.
3. Celoria G, Falco E, Nardini A, Gianardi M, Polleti G, Di Alesio L. L'anestesia locale nella chirurgia anale. *Minerva Chir* 1993;48:1103-6.
4. Crystal RF, Hopping RA. Early postoperative complications of anorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 1974;17:336-4.
5. Fleischer M, Marini PC, Statman R, Capella J, Shevde K. Local anesthesia is superior to spinal anesthesia for anorectal surgical procedures. *Am Surg* 1994;60:812-5.
6. Goligher J. Princípios e conduta na cirurgia anorretal. In: Goligher J, editor. *Cirurgia do ânus, reto e colo*. 5.ed. São Paulo: Manole; 1990. p.97-8.
7. Kratzer GL. Local anesthesia in anorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 1974;17:441-5.
8. Magi JC, Silva JH, Horta SHC. Anestesia local em cirurgia orifical. *Rev Bras Coloproctol* 1996;16:70-3.
9. Martí MC. Anesthésie loco-régionale en chirurgie proctologique. *Ann Chir* 1993;47:250-5.
10. Medeiros RR. Tratamento ambulatorial das afecções proctológicas. In: Habr-Gama A, Barone B, editores. *Atualização em coloproctologia*. 44º Congresso Brasileiro de Coloproctologia. São Paulo: Aquarela; 1995. p.189.
11. Ramos JR, Pinho M, Valory E. Cirurgia ambulatorial em coloproctologia. *Rev Bras Coloproctol* 1988;8:11-3.
12. Sobrado CW, Habr-Gama A. Hook-needle puncture. A new technique of local anesthesia for anorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 1996;39:1330-3.
13. Tagliolatto Jr L. Analgesia de condução na cirurgia anorretal. Aspectos técnicos. *Rev Bras Coloproctol* 1993;13:113-6.

Recebido para publicação em 7/10/1999.  
Aprovado para publicação em 18/2/2000.