

EFICÁCIA DA TÉCNICA DE LIGADURA INTERESFINCTERIANA DO TRATO FISTULOSO (LIFT) NO TRATAMENTO DA FÍSTULA ANAL: RESULTADOS INICIAIS

Effectiveness of the ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT) in the treatment of anal fistula: initial results

Sergio Danilo Tanahara **TOMIYOSHI**, Carlos Henrique Marques **DOS SANTOS**

Trabalho realizado no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil

RESUMO - Racional: Os abscessos e fístulas anais representam cerca de 70% do total das supurações perianais, estimando-se incidência de 1/10000 habitantes por ano e representando 5% das consultas em coloproctologia. **Objetivo:** Avaliar a eficácia da técnica de ligadura interesfincteriana do trato fistuloso no tratamento de fístula anal. **Métodos:** Foram estudados os prontuários de oito pacientes submetidos à essa técnica avaliando-se idade, sexo e presença de incontinência. Denominou-se primeiro tempo da técnica a passagem de sedenho com fio de algodão zero a fim da correta individualização do trajeto fistuloso e, como segundo tempo a realização do procedimento. **Resultados:** Dois pacientes eram homens e oito mulheres. A média de idade foi de 42,8 anos. Desse total, sete (87,5%) evoluíram com cura completa da fístula, seis somente com esse procedimento e um necessitou passar por operação adicional após a realização do segundo tempo, com fistulotomia simples. Apenas uma paciente evoluiu com incontinência fecal a qual foi documentada por exame de manometria anorretal. Não houve óbitos nessa série. **Conclusão:** A técnica de ligadura interesfincteriana do trato fistuloso mostrou-se eficaz para o tratamento da fístula anal e não deve ser desestimulada a despeito da ocorrência de incontinência fecal.

DESCRIPTORIOS - Fístula anal. Incontinência fecal. Cirurgia.

Correspondência:
Sergio Danilo Tanahara Tomiyoshi
E-mail: sergio_danilo@hotmail.com

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 13/11/2013
Aceito para publicação: 21/01/2014

HEADINGS - Anal fistula. Fecal incontinence. Surgery.

ABSTRACT - Background: The abscesses and anal fistulas represent about 70% of perianal suppuration, with an estimated incidence of 1/10000 inhabitants per year and representing 5% of queries in coloproctology. **Aim:** To evaluate the effectiveness of the intersphincteric ligation technique of the fistulous tract in the treatment of anal fistula. **Methods:** The records of eight patients who underwent this technique, evaluating age, gender and presence of incontinence were studied. Was named technical first-step the passage of cotton thread to promote the correct individualization of the fistula and, as the second, the surgical procedure. **Results:** Two patients were men and eight women. The mean age was 42.8 years. Of these, seven (87.5%) had complete healing of the fistula; six were cured only with this procedure and one required additional operation with simple fistulotomy. Only one patient developed fecal incontinence which was documented by anorectal manometry. There were no deaths in this series. **Conclusion:** The intersphincteric ligation technique of the fistulous tract proved to be effective for the treatment of anal fistula and should not be discouraged despite the occurrence of eventual fecal incontinence.

INTRODUÇÃO

Os abscessos e fístulas anais representam cerca de 70% do total das supurações perianais, estimando-se incidência de 1/10 000 habitantes por ano e representando 5% das consultas em coloproctologia¹.

Fístula anal é a fase crônica da infecção anorretal sendo caracterizada por drenagem purulenta crônica ou por dor cíclica associada à reagudização do abscesso seguido de descompressão espontânea intermitente². Cerca de 65% dos pacientes com abscesso perianal irão desenvolver uma fístula anal crônica ou recorrente. A operação para correção da fístula anal tem por objetivo a sua cura juntamente com a preservação do mecanismo de continência.

Entre as opções atuais de tratamento estão: fistulotomia simples, aplicação de cola de fibrina, retalho de avanço endorretal, VAAFT (técnica videoassistida) e a ligadura do trato interesfinctérico da fístula (LIFT, do inglês ligation of intersphincteric fistula tract)³.

A taxa de cura da fistulotomia é de 0-64%, com incontinência de até 17%³. Uso de cola de fibrina cura até 60% e não causa incontinência³. Avanço endorretal tem taxa de cura de 98% com incontinência de até 35%³. O VAAFT no seguimento de um ano obtém cura de cerca de 85% sem incontinência⁴.

Em 2007 Arun Rojanasakul et al. do Departamento de Cirurgia Colorretal da Universidade de Chulalongkorn, Bangkok, Tailândia, desenvolveram a técnica de ligadura do trato interesfinctérico da fístula (LIFT)⁵. A ideia central do procedimento é que a ligadura e a excisão do trato interesfinctérico poderia ocluir a entrada de partículas fecais na fístula e, ao mesmo tempo, eliminar o foco séptico interesfinctérico. Isso poderia resultar na cura da fístula anal. Este procedimento visa manter o esfíncter anal intacto, preservando a continência no pós-operatório^{3,5}.

O tratamento da fístula anal é eminentemente cirúrgico, visando eliminar a fístula,

prevenir recorrência e preservar a continência anal. Entretanto, dentre as diversas alternativas para o tratamento de fístulas anais, até o momento, nenhuma delas é considerada como a técnica de eleição devido às suas taxas de recorrência e incontinência.

Sendo assim, como não existe um modelo rígido de escolha do tratamento cirúrgico a ser empregado, a tendência atual é que as técnicas com preservação do esfíncter anal, como o LIFT e VAAFT, ganhem cada vez mais espaço no tratamento das fístulas anais.

O objetivo deste estudo é apresentar os resultados iniciais em médio prazo do uso do LIFT no tratamento destas fístulas.

MÉTODO

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil. Todos os pacientes foram esclarecidos pela equipe cirúrgica sobre a técnica a ser utilizada, resultado esperado e complicações. O estudo foi prospectivo. Foram incluídos homens e mulheres portadores de fístulas perianais de origem criptoglandular transesfincterianas sem intervenções cirúrgicas prévias, na faixa etária de 21 a 68 anos, pertencentes ao serviço de coloproctologia do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, no período de março de 2011 a julho de 2013. Foram excluídos os portadores de fístulas perianais de outra origem, doença de Crohn, tuberculose, neoplasia anal e fístulas recidivadas bem como aqueles que previamente foram operados por outro cirurgião.

Todos foram submetidos a dois tempos cirúrgicos.

No primeiro tempo, após raquianestesia com morfina e com o paciente em posição de Lloyd Daves, realizou-se verificação intraoperatória da fístula, pela passagem de estilete através do orifício externo a fim de ser observado seu trajeto e desembocadura no orifício interno. Em todos os casos caracterizou-se a fístula como transesfincteriana. Uma vez definido o trajeto, realizava-se o primeiro tempo propriamente dito que consistia na passagem de fio de sedenho (cinco fios de algodão zero) que eram amarrados entre si com nós cirúrgicos manuais.

O segundo tempo ocorria entre 4-6 semanas após o primeiro. A posição do paciente e técnica anestésica foram iguais. Antes da retirada do sedenho, era realizada nova exploração do trajeto fistuloso com estilete. Em nenhum caso houve surgimento de um "novo trajeto" nesse período. Procedia-se a retirada do sedenho com posterior realização da técnica de LIFT. A partir do trajeto palpado após a retirada do sedenho, realizava-se uma incisão transversal medial ao orifício externo da fístula que permitisse dissecação meticulosa com tesoura e bisturi elétrico. A exposição do plano interesfincteriano era facilitada usando afastadores cirúrgicos do tipo Farabeuf. O trajeto interesfincteriano foi ligado em dois pontos: um na emergência do esfíncter interno e outro na do esfíncter externo, com fio de poliglactina 2.0. Depois disso, o trato interesfinctérico remanescente era ressecado a fim de se evitar que tecido infectado permanecesse na ferida operatória. O trajeto da fístula era novamente curetado e confirmado a efetividade da ligadura com a não penetração da cureta no canal anal pela oclusão do ponto de emergência da fístula no músculo esfíncter interno. O orifício externo era deixado aberto para cicatrizar por segunda intenção e também para que nesse período pudesse promover boa drenagem da ferida operatória (Figuras 1 e 2).

Após receberem alta hospitalar os pacientes eram convidados a comparecer para primeira consulta de retorno 15 dias após o procedimento inicial. A segunda consulta ocorria no 45º dia. Nela eram considerados curados os

pacientes que negavam vazamento de fezes pela ferida operatória. Aqueles que na segunda consulta ainda apresentavam sintomas de fístula anal eram orientados a manter os cuidados básicos de pós-operatório de operações proctológicas e convidados para nova consulta em 30 dias.

Era considerada recidiva nos que após a terceira consulta ainda apresentavam sintomas de fístula anal. Para estes casos, era proposto novo procedimento cirúrgico, podendo ou não ser LIFT novamente.

A presença de abscesso perianal em qualquer consulta de pós-operatório era considerada como complicação e para o seu tratamento era preconizado o uso de quinolona por 14 dias e posterior reavaliação pela equipe cirúrgica.

Denominou-se existir incontinência fecal nos pacientes que anteriormente à operação eram continentares, mas que evoluíram nos pós-operatório com prejuízo evidente da função esfinteriana.

Os pacientes que estavam de alta foram orientados a retornar à consulta em caso de reaparecimento dos sintomas.



FIGURA 1 - Os fios estão reparando o trajeto fistuloso: o da direita está junto ao esfíncter interno e o da esquerda está junto ao esfíncter externo

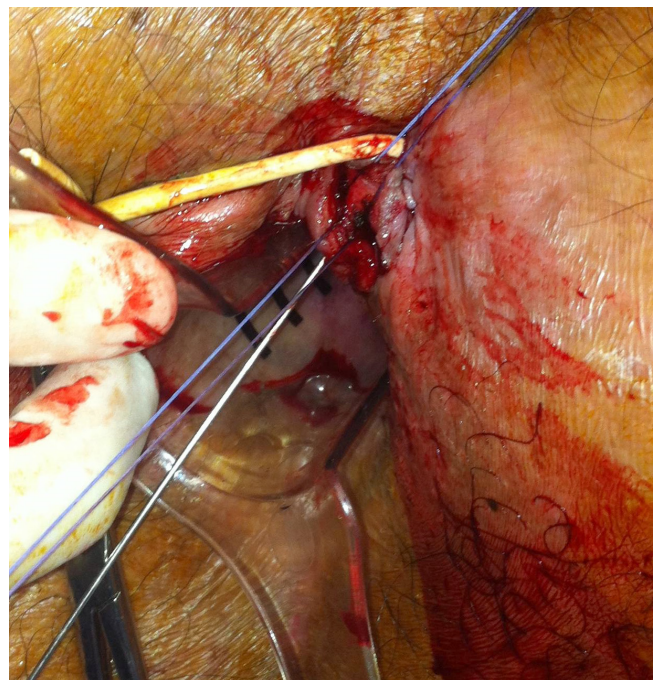


FIGURA 2 - Segundo tempo da técnica, com correta identificação do trajeto fistuloso

RESULTADOS

No período analisado, oito pacientes foram encaminhados para tratamento cirúrgico pela técnica de LIFT.

Em retorno ambulatorial agendado para 15 dias após a alta, todos evoluíram de forma satisfatória sem que houvesse necessidade de reintervenção precoce para drenagem de abscesso. Em nova avaliação, 45 dias após a primeira consulta, seis pacientes foram considerados curados; apenas uma paciente apresentou vazamento de conteúdo fecal pelo orifício da fístula; outra, queixou-se de incontinência.

Para a paciente com vazamento pelo orifício da fístula foi agendada nova consulta em 30 dias e devido à permanência da queixa, optou-se por reintervenção cirúrgica com fistulotomia simples com obtenção da cura do quadro.

Para a paciente com incontinência fecal foi solicitada manometria retal que confirmou esse diagnóstico.

DISCUSSÃO

O trabalho inicial descrevendo a técnica³ foi com 17 pacientes e taxa de cura primária em 94,4%; um foi submetido à reoperação pela mesma técnica de LIFT obtendo cura após. Não houve descrição de incontinência nesse trabalho.

Huda e Ashok⁵ revisaram a publicação inicial com o intuito de estabelecer critérios de inclusão, de certa forma mais rígidos, visando identificar pacientes que se beneficiariam com a operação para correção de fístula pela técnica de LIFT e obtiveram 100% de sucesso no fechamento da fístula após o primeiro procedimento e, nenhum paciente teve prejuízo da continência.

Sileri et al⁷, em estudo prospectivo com 18 pacientes, obtiveram taxa de cura de 83% com apenas três recorrências - o tratamento complementar de um paciente foi fistulotomia e de outros dois avanço endorretal - com posterior cura completa da fístula. Também não houve casos de incontinência nesse estudo.

Makhlouf e Korany⁸ em uma série de 30 pacientes (25 homens), idade média de 36,5 anos, submetidos à LIFT apresentou taxa de cura completa em 90%; um evoluiu com abscesso local seis meses após o procedimento inicial e três com recorrência. Não houve casos de incontinência.

Fica claro que o LIFT possui resultados que comprovam

sua eficácia. Os artigos citados são concordantes com esta publicação no tocante ao resultado positivo da técnica, o que estimula a continuar lançando mão do LIFT quando necessário. Talvez a chave para que taxas de cura de 100% cheguem na primeira intervenção, seja a seleção rígida dos pacientes nos quais as características das fistulas sejam favoráveis ao uso dessa técnica.

Devido aos benefícios mencionados, a técnica de LIFT assumiu e deverá permanecer com considerável espaço no tocante às diversas opções de tratamento da fístula anal. É de se esperar que publicações posteriores com tamanho amostral maior confirmem a eficácia do LIFT encorajando, cada vez mais, os cirurgiões a utilizarem essa técnica.

CONCLUSÃO

A técnica de ligadura interesfincteriana do trato fistuloso (LIFT) em avaliação de médio prazo é eficaz para o tratamento da fístula anal.

REFERÊNCIAS

1. Vergara – Fernandes O, Espino – Urbina LA. Ligation of intersphincteric fistula tract: What is the evidence in a review? *World J Gastroenterol.* 2013 October 28; 19(40): 6805–6813.
2. Whiteford MH, Kilkenny J III, Hyman N, Buie WD, Cohen J, Orsay C, et al. Practice parameters for the treatment of perianal abscess and fistula-in-ano (revised). *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 1337-42.
3. Huda T, Ashok M. Lift Technique for Fistula in ANO with Redefined Criteria – A Step towards Better Outcome. *IOSR Journal Volume 11, Issue 1 (Nov.- Dec. 2013), PP 61-63.*
4. Meinerio P, Mori L. Video-assisted anal fistula treatment (VAAFT): a novel sphincter-saving procedure for treating complex anal fistulas. *Tech Coloproctol.* 2011 December; 15(4): 417–422
5. Rojanasakul A, Pattanaarun J, Sahakitrungruang C, Tantiphlachiva K. Total anal sphincter saving technique for fistula- in- ano; the ligation of intersphincteric fistula tract. *J Med Assoc Thai.* 2007 mar; 90 (3):581-6.
6. Rojanasakul A. LIFT Procedure: a simplified technique for fistula in ano. *Tech coloproctol.* 2009; sep; 13(3):237-40. Epub 2009 Jul. 28.
7. Sileri P. et al. Ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT) to treat anal fistula: early results from a prospective observational study. *Tech Coloproctol.* 2011 Dec;15(4):413-6
8. Makhlouf G. e Korany M. LIFT TECHNIQUE FOR FISTULA-IN-ANO. *Egyptian Journal of Surgery* Vol. 32, No. 1 32-36, January 2013.