

Clinica Cirúrgica

ESFINCTEROTOMIA QUÍMICA NO TRATAMENTO DA FISSURA ANAL

Aproximadamente 90% das fissuras anais cicatrizam espontaneamente. As fissuras crônicas representam cerca de 40% do total de fissuras e têm tratamento mais complexo. Os sintomas e sinais principais são a dor e o sangramento nas evacuações.

O tratamento clássico é a esfínterectomia cirúrgica, no entanto, outros tipos de tratamento têm surgido nos últimos anos, principalmente medicamentos de uso local, como citaremos a seguir.

A nitroglicerina local causa um relaxamento de 25% a 30% no esfínter anal e tem poucos efeitos colaterais, como a cefaléia em 20% a 30% dos pacientes, que pode levar a descontinuidade do tratamento.

Os bloqueadores dos canais de cálcio, como o diltiazem e a nifedipina, podem ser usados topicamente ou oralmente com bons resultados, porém o uso tópico apresenta menos efeitos colaterais. Os resultados são semelhantes ao da nitroglicerina, mas seus efeitos colaterais são menores.

A toxina botulínica em injeção esfínteriana tem resultado semelhante ao da nitroglicerina, no entanto seu efeito fugaz e seu alto custo limitam o uso rotineiro. Existem também controvérsias quanto o local de sua aplicação na região anal.

Concluindo, o tratamento da fissura anal pode ser iniciado com dieta rica em fibras, anestésicos locais e um medicamento como a nitroglicerina ou um bloqueador de canal de cálcio tópico. Caso não haja melhora com este tratamento, o uso da toxina botulínica em injeção local pode ser tentado. O tratamento cirúrgico pode ser reservado aos pacientes que não respondam ao tratamento conservador, ou aos indisciplinados, que não conseguem seguir as orientações médicas para uso de medicamentos a longo prazo.

Comentário

Nos últimos anos houve grandes progressos no tratamento das fissuras anais, principalmente as crônicas. Sempre aprendemos que o tratamento de eleição nas fissuras crônicas era o cirúrgico com a esfínterectomia. As substâncias vasodilatadoras e o Botox em uso local nas fissuras trouxe uma grande colaboração no seu tratamento, principalmente pelo uso ambulatorial e pelo baixo custo com baixa morbidade. Acreditamos que o tratamento com estes medicamentos locais deva ser a primeira opção, reservando-se o tratamento cirúrgico para os casos não responsivos à terapia medicamentosa.

ELIAS JIRJOSS ILIAS
PAULO KASSAB

Referência
MacLean A. Chemical sphincterotomy in the treatment of anal fissure. J Gastrointest Surg. 2006;10(5):629-30.

Pediatria

APENDICITE AGUDA COM PERITONITE: É ÚTIL A DRENAGEM DA CAVIDADE PERITONIAL?

É antiga a polêmica sobre a utilidade da drenagem da cavidade peritoneal após apendicectomia em crianças quando há perfuração do apêndice e conseqüente supuração peritoneal. Em artigo científico recentemente publicado, que avalia 226 crianças com apendicite aguda perfurada, os autores fizeram um estudo prospectivo quanto às principais complicações pós-operatórias imediatas. Os pacientes foram aleatoriamente divididos em dois grupos, de acordo com a colocação ou não de dreno na cavidade peritoneal. Nos pacientes em que foram colocados drenos verificou-se maior incidência de abscessos intraperitoneais, maior tempo de internação hospitalar, maior período de jejum pós-operatório, maior tempo de hipertermia e necessidade de administração de antibióticos. Os autores concluem de forma categórica que a drenagem intraperitoneal nestas condições deve ser definitivamente abolida.

Comentário

Apendicite aguda é a causa mais freqüente de abdome agudo nas crianças com mais de dois anos de idade. Por outro lado, por motivos de dificuldade de avaliação e diálogo com o paciente, bem como inespecificidade dos sintomas, é freqüente que em crianças com menos de cinco anos de idade o diagnóstico da apendicite aguda seja feito em fases mais tardias, com peritonite difusa e abscessos intraperitoneais. Na prática, verifica-se que apesar da colocação de drenos, pode ocorrer à formação de abscessos intraperitoneais, cuja manifestação clínica é a persistência de febre e de dor abdominal. Por vezes, abscessos intraperitoneais podem sofrer drenagem espontânea por meio da incisão cirúrgica, que se torna deiscente para permitir a ampla drenagem do pus. Portanto, em crianças com apendicite aguda supurada, peritonite difusa ou localizada, a recomendação é que se proceda rigorosa limpeza mecânica das secreções e fibrina, seguida de fechamento total da incisão operatória e antibioticoterapia de largo espectro no período pós-operatório, de preferência a associação de metronidazol, aminoglicosídeo e ampicilina.

UENIS TANNURI

Referência
Narci A, Karaman I, Karaman A, Erdogan D, Cavusoglu YH, Aslan MK, et al. Is peritoneal drainage necessary in childhood perforated appendicitis? A comparative study. J Pediatr Surg. 2007;42(11):1864-8. ■