

Retalhos de Avanço no Tratamento da Fissura Anal Crônica - Experiência Inicial

Advancement Flap in the Treatment of Chronic Anal Fissure: Inicial Experience

MARIA AUXILIADORA PROLUNGATTI CESAR¹; LÍVIA ALKMIN UEMURA²; MARIA H PRATA SOLDI PASSOS³

¹ Mestre e Doutora em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Professora Assistente Doutor do Departamento de Medicina da Universidade de Taubaté; ² Médica . Ex-Aluna do Departamento de Medicina da Universidade de Taubaté; ³ Médica . Ex-Aluna do Departamento de Medicina da Universidade de Taubaté.

CESAR MAP; UEMURA LA; PASSOS MPS. Retalhos de Avanço no Tratamento da Fissura Anal Crônica - Experiência Inicial. *Rev bras Coloproct*, 2009;29(4): 466-471.

RESUMO: A fissura anal é uma laceração do canal anal relacionada ao trauma, hipertonia esfíncteriana e isquemia. A maioria cicatriza espontaneamente ou com tratamento conservador, e poucas requerem tratamento cirúrgico. O objetivo deste trabalho é verificar os resultados clínicos e alterações manométricas de pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da fissura anal com avançamento de retalhos em v-y. **Métodos:** Estudo prospectivo, realizado nos anos de 2007, 2008 e 2009, que abrangeu nove pacientes portadores de fissura anal crônica submetidos ao avançamento de retalho anal. Foram avaliadas as pressões do canal anal ao repouso, contração e esforço evacuatório; no pré e pós-operatório. **Resultados:** Na amostra, todos os pacientes apresentaram hipertonia esfíncteriana prévia. seis (66,6%) obtiveram resolução total dos sintomas e das lesões. Um (11,1%) sofreu deiscência parcial do retalho, sem sintomas clínicos; e outros dois (22,22%), infecção com perda dos mesmos e persistência da fissura. A análise manométrica das pressões de repouso, contração e evacuação nos grupos não mostrou alteração estatisticamente significativa ($p>0,05$), o que comprova que a cirurgia não incluiu manipulação dos esfíncteres. **Conclusão:** Os retalhos anais mostraram-se efetivos no tratamento da fissura anal, com cicatrização da lesão, sem que ocorram alterações nas pressões anais desses pacientes.

Descritores: Fissura, manometria, procedimentos cirúrgicos.

INTRODUÇÃO

A fissura anal é uma laceração da pele que recobre o canal anal e que se manifesta por dor severa e sangramento vivo. Está relacionada ao trauma (constipação e fezes endurecidas), hipertonia esfíncteriana e isquemia (1).

Na fase aguda inicial da doença muitas fissuras cicatrizam espontaneamente ou com tratamento conservador (2) e a minoria requer tratamento cirúrgico. As lesões crônicas, com duração maior do que dois meses, com papila anal hipertrófica, plicoma sentinela e exposição do esfíncter interno, quase sempre necessitam de correção cirúrgica (2,3).

Na avaliação desses pacientes a manometria anal tem sido utilizada na pesquisa da hipertonia esfíncteriana (4,5).

O objetivo desse estudo é verificar os resultados clínicos e alterações manométricas em pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da fissura anal através da utilização de retalhos de avanço em v-y.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo prospectivo, realizado nos anos de 2007, 2008 e 2009, que abrangeu nove pacientes portadores de fissura anal crônica refratária ao tratamento clínico, com indicação cirúrgica. Foram

Trabalho realizado no Hospital Universitário de Taubaté - UNITAU.

Recebido em 27/11/2008

Aceito para publicação em 16/02/2009

avaliados as pressões do canal anal e os resultados clínicos quanto à cicatrização e a presença de sintomas no pós-operatório.

Foram excluídos do estudo aqueles que apresentavam cirurgias prévias anorretais ou presença de outra doença anorretal concomitante. O trabalho foi aprovado pelo CEP-UNITAU e todos os pacientes assinaram um termo de concordância com o tratamento e com os exames propostos.

CIRURGIA

Realizada com o paciente em decúbito dorsal e bloqueio espinal com raquianestesia. Os retalhos foram confeccionados em formato triangular, de aproximadamente 3 mm de base e 5 mm de altura; retirados da margem anal próxima à área (fissura) a ser recoberta. Foram realizados o desbridamento do leito fissurário e avanço do retalho em V-Y sobre o mesmo. A sutura do retalho no leito foi feita com fio catgute 3-0 cromado, em pontos simples; e o curativo com gaze embebida de gel anestésico, retirado em 24h.

Os cuidados pós-operatórios incluíram antibiótico cefalexina 2g/dia por 24 horas, antiinflamatório não hormonal por quatro dias, a cada 8h; analgésico não opióide por cinco dias e banhos de assento quatro vezes ao dia durante duas semanas.

MANOMETRIA ANAL

A manometria anal foi realizada sem preparo intestinal prévio, no pré-operatório e no 40º dia pós-operatório, com o aparelho *Alacer*, acoplado a um cateter flexível de 5 mm de diâmetro, com oito orifícios radiados em sua extremidade distal, por onde há perfusão de água numa velocidade de 18 ml/minuto. Durante o exame, o paciente permaneceu em decúbito lateral esquerdo com as pernas fletidas sobre as coxas. O cateter, lubrificado em solução inerte, era delicadamente introduzido no ânus do paciente até cinco centímetros da borda anal, sendo então retirado a cada centímetro e registrando-se as medidas abaixo descritas:

o Pressão Máxima de Repouso (PR): aferida com o paciente em situação de relaxamento. Reflete a atividade do esfíncter interno do ânus;

o Pressão Máxima de Contração (PC): obtida com o paciente em situação de contração. Afere a atividade do esfíncter externo do ânus e músculo pubo-retal;

o Pressão Mínima de Evacuação (PEv): medida com o paciente em situação de esforço evacuatório. Representa a atividade dos esfíncteres anais no momento da evacuação;

o Ponto de Maior Pressão: é o ponto do canal anal em que a pressão de repouso apresenta o maior valor;

o Comprimento Manométrico do Canal Anal: valor, em centímetros, do canal anal funcional, obtido através das pressões de repouso.

A avaliação pós-operatória foi semanal no primeiro mês e quinzenal no segundo mês, momentos em que eram observadas a viabilidade do retalho e a presença de sintomas.

Para análise dos dados, os pacientes foram divididos em grupo 1 (pré-operatório) e grupo 2 (pós-operatório).

A análise estatística foi realizada com intervalo de confiança de 95% e os testes estatísticos utilizados foram ANOVA (A Parametric Test for Inequality of Population Means) e Mann-Whitney/ Wilcoxon.

RESULTADOS

A amostra foi representada por cinco (55,55%) pacientes do sexo feminino e quatro (44,4%) do masculino; com idade média de 37,3 anos, com mínima de 20 e máxima de 55 anos.

Os pacientes apresentavam, em média, 4,9 anos de evolução do quadro antes do tratamento cirúrgico; e todos os seis pacientes realizaram tratamento clínico por, pelo menos, 60 dias antes de serem submetidos ao avanço de retalho para o tratamento da fissura anal. Em relação à localização das lesões, sete (77,77%) eram na linha média posterior, um (11,11%) na anterior e um (11,11%) na lateral direita. Todos apresentaram, à manometria, hipertonia esfíncteriana prévia. (Tabela 1)

Os resultados das pressões de repouso, contração e evacuação obtidos nas manometrias estão dispostos nas tabelas 2, 3 e 4 respectivamente. Em todas as variáveis analisadas não houve diferença estatisticamente significativa exceto na pressão de evacuação a 1 cm do canal anal.

A tabela 5 demonstra as maiores pressões de repouso e contração no pré e pós-operatório e não apresentam diferença estatisticamente significativa. O mesmo ocorreu quando observamos os pontos de maior pressão de repouso e contração.

Tabela 1 - Características dos pacientes submetidos ao retalho de avanço para tratamento da fissura anal.

Paciente	Sexo	Idade	Hipertonia esfinteriana prévia	Localização da fissura	Cicatrização após retalho em v-y
1	Masculino	34	Sim	Lateral direita	Sim
2	Feminino	39	Sim	Anterior	Sim
3	Masculino	30	Sim	Posterior	Sim
4	Masculino	38	Sim	Posterior	Não
5	Masculino	20	Sim	Posterior	Sim
6	Feminino	55	Sim	Posterior	Sim
7	Feminino	42	Sim	Posterior	Sim
8	Feminino	28	Sim	Posterior	Não
9	Feminino	50	Sim	Posterior	Sim

Tabela 2 – Pressões de repouso, segundo a altura do canal anal, de pacientes submetidos ao retalho de avanço para tratamento da fissura anal.

Altura do canal anal	Grupo	N	Média	DP	Mínima	Mediana	Máxima	Análise estatística	
								Anova	M-W
1 cm	1	9	83,85	30,07	37,50	78,40	136,20	0,84	0,50
	2	9	80,91	33,39	32,40	72,30	137,60		
2cm	1	9	82,28	23,06	48,20	92,70	112,10	0,99	0,62
	2	9	82,24	30,36	46,60	84,90	144,30		
3cm	1	9	43,23	30,76	15,30	31,70	108,90	0,47	0,40
	2	9	54,23	32,38	16,50	48,60	109,10		
4cm	1	9	20,73	12,54	9,00	19,00	49,10	0,21	0,14
	2	9	28,93	14,52	13,50	29,90	54,20		
5cm	1	9	20,37	15,97	6,40	15,30	57,40	0,59	0,70
	2	9	17,42	3,80	11,50	17,90	21,80		

Grupo 1: pré operatório; **Grupo 2:** pós-operatório; **N:** número de pacientes analisados; **DP:** Desvio padrão. **M-W:** Mann-Whitney.

Tabela 3 - Pressões de contração, segundo a altura do canal anal, de pacientes submetidos ao retalho de avanço para tratamento da fissura anal.

Altura do canal anal	Grupo	N	Média	DP	Mínima	Mediana	Máxima	Análise estatística	
								Anova	M-W
1 cm	1	9	171,16	63,99	76,50	144,00	273,70	0,74	0,92
	2	9	184,06	95,69	86,40	183,60	357,70		
2 cm	1	9	155,36	83,51	58,90	132,30	314,90	0,48	0,45
	2	9	187,64	108,01	65,00	178,40	354,10		
3 cm	1	9	95,22	63,78	27,50	96,60	188,00	0,18	0,26
	2	9	145,27	87,64	25,70	156,70	287,70		
4 cm	1	9	52,54	31,07	11,50	53,20	106,50	0,53	0,75
	2	9	64,01	44,10	18,30	59,10	157,20		
5 cm	1	9	36,18	20,49	11,60	28,10	78,00	0,25	0,23
	2	9	48,07	21,76	25,50	40,70	80,40		

Grupo 1: pré operatório; **Grupo 2:** pós-operatório; **N:** número de pacientes analisados; **DP:** Desvio padrão. **M-W:** Mann-Whitney.

Tabela 4 - Pressões de evacuação, segundo a altura do canal anal, de pacientes submetidos ao retalho de avanço para tratamento da fissura anal.

Altura do canal anal	Grupo	N	Média	DP	Mínima	Mediana	Máxima	Análise estatística	
								Anova	M-W
1 cm	1	9	64,22	33,68	18,50	68,20	114,40	0,32	0,40
	2	9	79,85	30,95	41,10	75,40	129,00		
2cm	1	9	66,00	32,29	19,00	83,50	104,20	0,95	0,89
	2	9	66,91	29,58	34,20	56,70	126,50		
3cm	1	9	50,17	27,68	18,60	47,00	107,20	0,93	0,96
	2	9	49,26	21,68	23,00	44,10	88,80		
4cm	1	9	45,11	29,17	23,50	41,20	117,40	0,56	0,26
	2	9	52,84	26,61	26,10	48,30	115,10		
5cm	1	9	47,10	23,73	20,40	43,40	96,20	0,92	0,96
	2	9	48,22	27,54	20,80	42,00	114,60		

Grupo 1: pré operatório; Grupo 2: pós-operatório; N: número de pacientes analisados; DP: Desvio padrão. M-W: Mann-Whitney.

Tabela 5 - Maiores pressões de repouso e contração de pacientes submetidos ao retalho de avanço para tratamento da fissura anal.

Altura das maiores pressões	Grupo	N	Média	DP	Mínima	Mediana	Máxima	Análise estatística	
								Anova	M-W
Repouso	1	9	93,66	33,49	15,50	100,60	136,20	0,90	0,30
	2	9	91,96	28,34	50,40	90,70	144,30		
Contração	1	9	182,37	84,62	38,90	172,00	314,90	0,69	0,75
	2	9	199,94	101,72	71,30	182,00	357,70		

Grupo 1: pré operatório; Grupo 2: pós-operatório; N: número de pacientes analisados; DP: Desvio padrão. M-W: Mann-Whitney.

Seis dos nove pacientes operados, obtiveram resolução total dos sintomas e das lesões que, recobertas pelos retalhos íntegros, não eram mais visíveis ao exame clínico. Um paciente sofreu deiscência parcial do retalho inicialmente, mas manteve-se assintomático e apresentou cicatrização total da fissura. Outros dois (22,22%) sofreram infecção e perda do retalho anal, com persistência da fissura e de suas manifestações; sendo submetidos à esfínterectomia um mês após a primeira cirurgia. As cicatrizações foram obtidas com sucesso e houve cura da doença.

DISCUSSÃO

O avanço de retalhos anais tem sido uma alternativa terapêutica no tratamento da fissura anal

em pacientes com complicações obstétricas, recorrência das fissuras após esfínterectomia e para o tratamento de estenoses anais. Dentre as vantagens, os retalhos anais evitam lesões do esfínter interno e proporcionam menor dor pós-operatória, cicatrização rápida e retorno precoce às atividades. As complicações incluem incontinência leve, cicatriz de mau aspecto, infecção e sensibilidade anormal (6,7). Em nossa casuística, apenas os dois pacientes que apresentaram perda do retalho após infecção queixaram-se de dor intensa no pós-operatório. Nenhum referiu incontinência, cicatriz não estética ou deformidades.

Uma queda da pressão de repouso no pós-operatório comparada com a do pré-operatório poderia ser interpretado como esfínterectomia parcial interna

associada ao retalho anal, impossibilitando afirmar com certeza qual procedimento foi o responsável pela cicatrização da fissura. Em nosso estudo, onde as pressões não se alteraram após a cirurgia, é demonstrada ausência de lesão, mesmo que mínima, do esfíncter interno do ânus.

Outro estudo, com quarenta pacientes com fissuras crônicas, comparou as técnicas de avanço de retalho e esfínterectomia interna lateral. Vinte pacientes, com idade média de 34 anos, foram submetidos à esfínterectomia, enquanto outros 20, com idade média de 32, à reconstrução com retalho. Todos os pacientes do primeiro grupo cicatrizaram sem intercorrências, enquanto três do segundo não obtiveram sucesso com a cirurgia. Nenhum paciente apresentou incontinência e o grau de satisfação foi semelhante em ambos os grupos (7). Em nossa casuística, uma paciente apresentou deiscência parcial do retalho no 13º pós-operatório, mas sem sintomas clínicos; e evoluiu com cicatrização completa da fissura mantendo-se sem a lesão há cerca de um ano. Outros dois apresentaram infecção e foram reoperados (esfínterectomia lateral) em um mês com resolução do quadro. Não houve caso de estenose.

As alterações manométricas não ocorreram mesmo depois de as fissuras estarem totalmente cicatrizadas e o paciente sem dor. Em alguns pacientes as pressões foram maiores tanto no repouso quanto na contração após a cirurgia (como pode ser observado nas tabelas 2, 3 e 5). Esse dado garante que realmente não houve manipulação do esfíncter, e sugere ainda outros fatores importantes na gênese e manutenção da fissura além da hipertonia esfínteriana.

O retalho anal em v-y nos pareceu ser boa opção para o tratamento cirúrgico da fissura anal crônica. As pressões manométricas de repouso, contração e evacuação no pré e pós-operatório mostraram não haver manipulação ou lesão dos esfíncteres interno e externo, com menor risco de incontinência e com resultados semelhantes à técnica mais utilizada (esfínterectomia lateral interna).

CONCLUSÃO

Os retalhos anais de avanço mostraram-se efetivos no tratamento da fissura anal, com cicatrização da lesão e sem alterações nas pressões anais desses pacientes.

ABSTRACT: The anal fissure is a laceration of the anal canal related to trauma, hypertonic sphincter and ischemia. The majority heals spontaneously or with conservative treatment and only a few requires surgical treatment. The objective of this study is to verify the clinical results and manometric alterations of patients submitted to the surgical treatment of the anal fissure with advance of v-y skin flaps. **Methods:** Prospective study, accomplished in 2007, 2008 and 2009, in which nine patients with chronic anal fissure were submitted to v-y advance. The pressures of the anal canal at rest, contraction and at evacuation effort were evaluated in the pre and postoperative. **Results:** In the sample, all the patients had presented previous hypertonic sphincter. six (66.6%) had gotten total resolution of the symptoms and the injuries. One (16.6%) suffered partial dehiscence of the flap, without clinical symptoms; and another two (22.2%), infection with loss of the same and persistence of the fissure. The manometric analysis of the pressures at rest, contraction and evacuation did not show significant statistical alteration ($p > 0,05$), what proves that the surgery did not manipulated the sphincters. **Conclusion:** The anal flap had revealed an effective treatment of the anal fissure with total healing of the injury, without alterations in the pressures of the sphincters.

Key words: Fissure, manometry, chirurgial procedures.

REFERÊNCIAS

1. MALLMANN AC; CARVALHO LP; KOSHIMIZU RT Tratamento da fissura anal. In: Cruz GMG. Coloproctologia terapêutica. Rio de Janeiro: Revinter LTDA; 2000. 2161-8.
2. MCCALLION K; GARDINER KR. Progress in the understanding and treatment of chronic anal fissure. Postgrad Med J 2001;77:753-8.
3. FERREIRA CAB; LACOMBE DLP; MIGUEL W. Tratamento cirúrgico da fissura anal – esfínterectomia ou fissurectomia. Rev Bras Coloproct 1981;3(1):161-7.
4. CRUZ GMG. Propedêutica da constipação intestinal. In: Cruz GMG Coloproctologia Propedêutica Geral. Rio de Janeiro: Revinter LTDA; 2000; 656-82.
5. CESAR MAP; JEHÁ MR; FERRETTI CEA; CESAR RP; PAULA PR; BASSI DG; SPERANZINI MB; ORTIZ JA. Avaliação

- manometrica anal pré e pós tratamento da fissura anal crônica com nifedipina tópica 0,2%. Rev bras Coloproct, 2007;27(2): 185-189.
6. NYAM DC; PEMBERTON JH. Long-term results of lateral sphincterotomy for chronic anal fissure with particular reference to incidence of fecal incontinence. Dis Colon Rectum 1999; 42: 1306–1310
 7. LEONG AFPK; SEOW-CHOEN F. Lateral sphincterotomy compared with anal advancement flap for chronic anal fissure. Dis Colon Rectum 1995;38:69-71.

Endereço para correspondência:

MARIA AUXILIADORA PROLUNGATTI CÉSAR
Hospital Universitário de Taubaté – Serviço de Clínica Cirúrgica
Av Granadeiro Guimarães, 270 – Centro – Taubaté-SP
CEP: 12.020-130
E-mail: prolongatti@uol.com.br