

Este exemplar refere-se ao
trabalho de conclusão de curso
de Mestrado em Medicina, na área de Clínica
Cirúrgica, apresentado à Faculdade de
Ciências Médicas da UNICAMP,
por Fernando Cordeiro.
Campinas, 13 de maio de 1989.
Prof. Dr. [Assinatura]
[Assinatura]

FERNANDO CORDEIRO

TRATAMENTO CIRÚRGICO EM REGIME AMBULATORIAL DA FISSURA
ANAL CRÔNICA POR ESFINCTEROTOMIA LATERAL INTERNA
SUBCUTÂNEA: ANÁLISE DOS RESULTADOS

Trabalho apresentado para conclusão do Curso
de Mestrado em Medicina, na área de Clínica
Cirúrgica, pelos cursos de Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Univer-
sidade Estadual de Campinas.

CAMPINAS - SP

1989

FERNANDO CORDEIRO

TRATAMENTO CIRÚRGICO EM REGIME AMBULATORIAL DA FISSURA
ANAL CRÔNICA POR ESFINCTEROTOMIA LATERAL
INTERNA SUBCUTÂNEA: ANÁLISE DOS RESULTADOS

ORIENTADOR: PROF. DR. MARIO MANTOVANI
PROFESSOR TITULAR E CHEFE DA DISCIPLINA DE CIRURGIA
DO TRAUMA DO DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DA FACULDADE
DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Trabalho apresentado para conclusão do Curso
de Mestrado em Medicina, na área de Clínica
Cirúrgica, pelos cursos de Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Univer-
sidade Estadual de Campinas

CAMPINAS - SP

1989

A Maria de Lourdes, minha mulher,
e a Fernando, meu filho,

pela compreensão e amor
na minha ausência, durante esta caminhada,
e por existirem na minha vida.

A meus pais,
Feliciano (in memoriam) e Alfreida,
pela dedicação e incentivo
nos meus estudos.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. José Alfredo dos Reis Neto,
incentivador, guia e mestre aplicado da minha formação profissional e amigo fiel dos momentos cruciais.

Ao Prof. Dr. Mario Mantovani,
orientador dedicado desta tese de mestrado e do meu programa nos cursos de pós-graduação em clínica cirúrgica na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, pelo incentivo, apoio, atenção e dedicação.

Aos Profs. Drs. Manlio Basílio Speranzini
e Raul Raposo de Medeiros,
e ao Dr. Flávio Antonio Quilici,
pelo estímulo e pelas importantes sugestões e correções.

Aos Drs. Lix Alfredo Reis de Oliveira
e José Francisco Giostri,
pelo apoio e colaboração na revisão bibliográfica e redação.

À Sra. Lígia Abramides Testa,
pela revisão técnica e de vernáculo.

À Sra. Maria Lúcia Nery Dutra de Castro,
pela montagem da bibliografia.

À Srta. Maria Regina Abramides Testa,
pela composição datilográfica do texto.

À Sra. Lenita de Camargo Galli,
pela execução dos desenhos.

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO	1
1.1. Fisiopatologia da enfermidade fissurária	2
1.2. Histórico	4
1.2.1. Tratamento clínico	4
1.2.2. Tratamento cirúrgico	6
1.3. Objetivo	10
II. CASUÍSTICA E MÉTODO	11
2.1. Casuística	11
2.1.1. Sexo	11
2.1.2. Grupo etário	11
2.1.3. Dados de anamnese	13
2.2. Método	13
2.2.1. Exame proctológico	13
2.2.2. Localização e enfermidades associadas ...	13
2.2.3. Preparo pré-operatório	15
2.2.4. Posição cirúrgica e anti-sepsia	15
2.2.5. Anestesia	16
2.2.6. Técnica operatória	16
2.2.7. Pós-operatório	20
2.2.7.1. Seguimento	20
2.2.7.2. Medicação	20
2.2.7.3. Hábito intestinal	21
2.2.7.4. Cuidados locais com a ferida operatória ..	21
2.2.7.5. Cuidados gerais	21

2.2.8. Observações no pós-operatório	21
2.2.8.1. Dor	21
2.2.8.2. Complicações locais	22
2.2.8.3. Cicatrização	22
2.2.8.4. Incontinência fecal e a gases	23
2.2.8.5. Complicações gerais	23
III. RESULTADOS	24
3.1. Dor	24
3.2. Cirurgia realizada	25
3.3. Complicações	26
3.3.1. Gerais	26
3.3.2. Locais	26
3.3.2.1. Intra-operatórias	26
3.3.2.2. Pós-operatórias	26
3.4. Continência	28
3.5. Cicatrização	29
IV. DISCUSSÃO	30
V. CONCLUSÃO	42
VI. RESUMO	43
VII. SUMMARY	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
APÊNDICE	55

ÍNDICE DE TABELAS

I. Número de pacientes conforme o sexo	12
II. Número de casos conforme a faixa etária	12
III. Número de casos conforme a localização da fissura anal crônica	14
IV. Número de casos conforme a presença ou não de plicomas e papilas hipertróficas associadas ...	15
V. Número de casos conforme a intensidade da dor na ferida operatória nas primeiras quarenta e oito horas	24
VI. Número de casos conforme a cirurgia realizada	25
VII. Número de casos conforme as complicações intra-operatórias e o tratamento realizado	27
VIII. Número de casos conforme o período pós- -operatório, as complicações locais e o tratamento realizado	28
IX. Número de casos conforme a continência, seu tipo e período	29

ÍNDICE DE FIGURAS

1. Representação esquemática do círculo vicioso da fisiopatologia da fissura anal	3
2. Representação esquemática da incisão da pele perianal	17
3. Representação esquemática da dissecação do músculo esfíncter interno com tesoura	18
4. Representação esquemática da secção esfinc- teriana subcutânea do músculo esfíncter in- terno e avaliação digital da tonicidade	19

I. INTRODUÇÃO

Das enfermidades orificiais, poucas causam tanta dor e sofrimento e apresentam incidência tão alta quanto a fissura anal (BLAISDELL, 1937; BAPTISTA, 1958; PARKS, 1967; MILLAR, 1971; REIS NETO & QUILICI, 1973, 1977; QUILICI & REIS NETO, 1974; FERGUSON & MACKEIGAN, 1978; GUTIERRES & CELSO, 1978; FERREIRA et al., 1981; APRILLI, 1982; PANDINI et al., 1984, e QUILICI et al., 1987).

A doença fissurária é caracterizada por uma ulceração crônica no anoderma do canal anal, cujas inúmeras terminações nervosas o tornam muito sensível a estímulos dolorosos (PARKS, 1967). As lesões no local são extremamente dolorosas e de intensidade máxima durante ou imediatamente após as evacuações ou a distensão do canal anal (BLAISDELL, 1937; BAPTISTA, 1958; GRAHAM-STEWART, 1962; PARKS, 1967; MILLAR, 1971; FERREIRA et al., 1981; ALLAN & MAY, 1985, e NORA, 1986).

A enfermidade fissurária, segundo GRAHAM-STEWART (1962), identificada e diferenciada das demais enfermidades

orificiais desde a antiguidade por vários autores, caracteriza-se por sua localização predominante na região posterior, expondo, freqüentemente, as fibras do músculo esfíncter anal interno (EISENHAMMER, 1951, 1953a,b; BAPTISTA, 1958; PARKS, 1967; MILLAR, 1971; MAZIER, 1972; REIS NETO & QUILICI, 1973, 1977; AJAYI et al., 1974; QUILICI & REIS NETO, 1974; FERGUSON & MACKEIGAN, 1978; GOLIGHER, 1980; FERREIRA et al., 1981; APRILLI, 1982; PANDINI et al., 1984; NORA, 1986, e QUILICI et al., 1987).

Em decorrência do processo inflamatório observado no canal anal, a fissura pode estar associada a uma prega cutânea edemaciada em forma de capuz na extremidade externa, dita plicoma sentinela, e a uma papila anal hipertrofiada justamente na extremidade interna, marcando assim o limite interno da mesma, simultâneas ou não. Segundo D'ÁVILA (1943), somente a úlcera é obrigatória, sendo os demais elementos falhos na constância.

1.1. FISIOPATOLOGIA DA ENFERMIDADE FISSURÁRIA

Segundo BAPTISTA (1958), GRAHAM-STEWART (1962), GOLIGHER (1980) e ALLAN & MAY (1985), a doença fissurária é geralmente ocasionada por um trauma do canal anal que, provocando a estimulação das terminações nervosas sensitivas, acarreta uma hipertonía reflexa do esfíncter anal interno. A passa-

gem das fezes na evacuação produz distensão das fibras musculares lisas e, junto com a sensibilidade local da ulceração, dor anal (OLIVEIRA & MAFFEI, 1942; EISENHAMMER, 1951, 1953a,b; RIBEIRO, 1960a,b, 1967; BENNETT & DUTHIE, 1964; ARABY et al., 1977; HANCOCK, 1977; FERGUSON & MACKEIGAN, 1978; GOLIGHER, 1980; ABCARIAN et al., 1982; APRILLI, 1982; BRÜHL, 1982; CÉRDAN et al., 1982, 1987; KUYPERS, 1983, e HILTUNEN & MATIKAINEN, 1986).

A conscientização da evacuação dolorosa inicia um mecanismo reflexo tanto voluntário como involuntário, provocando interrupção e ressecamento das fezes, que, quando expelidas endurecidas, podem traumatizar ainda mais o anoderma. Isso agrava a lesão fissurária e dificulta a sua cicatrização, completando, dessa forma, o círculo vicioso esquematizado na Figura 1 (BLAISDELL, 1937; EISENHAMMER, 1951; GRAHAM-STEWART,

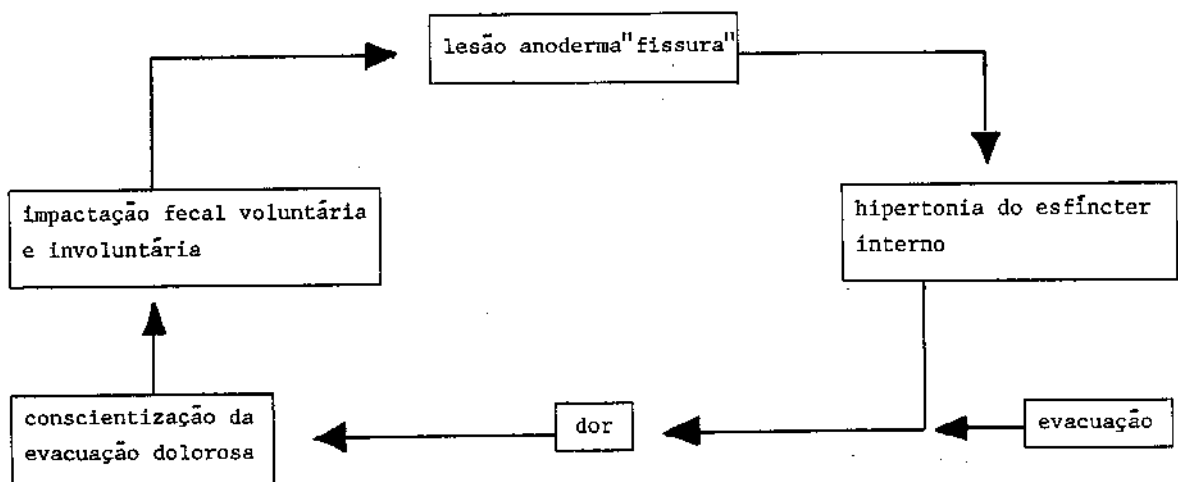


Figura 1. Representação esquemática do círculo vicioso da fisiopatologia da fissura anal (apud REIS NETO & QUILICI, 1973).

1962; ALLGOWER, 1969; REIS NETO & QUILICI, 1973, 1977; CANDIOTTI, 1974; QUILICI & REIS NETO, 1974; RAY et al., 1974; CRAPP & ALEXANDER-WILLIAMS, 1975; REIS NETO, 1976; WARDE & CUTAIT, 1976; ARABY, 1977; FERGUSON & MACKEIGAN, 1978; GOLIGHER, 1980; ABCARIAN et al., 1982; APRILLI, 1982; BRÜHL, 1982; CÉRDAN et al., 1982, 1987; KUYPERS, 1983; REIS NETO & QUILICI, 1983; HILTUNEN & MATIKAINEN, 1986; QUILICI, 1986, e REIS NETO et al., 1986).

A hipertonia esfinteriana é considerada responsável pela cronificação da doença fissurária. Nesse ponto se baseiam algumas técnicas de tratamento cirúrgico, com secção parcial do esfíncter anal interno, a fim de diminuir o tônus esfinteriano e, dessa forma, quebrando o ciclo vicioso, possibilitar a cura da ulceração (GABRIEL, 1932; OLIVEIRA & MAFFEI, 1942; GOLIGHER et al., 1955; BROSSY, 1956; RIBEIRO, 1958, 1960a,b, 1967; MOORE, 1964; PETROZZI et al., 1967; NOTARAS, 1969, 1971; ABCARIAN, 1975; RUDD, 1975, e NUNES, 1981).

1.2. HISTÓRICO

1.2.1. Tratamento clínico

Na antiguidade, Celsus (apud GRAHAM-STEWART, 1962) recomendava o tratamento local com banhos quentes, enquanto Octavius Horatianus (apud GRAHAM-STEWART, 1962) aconselhava

medicação local para resolução da fissura, além da proibição de pimenta na dieta para melhora da dor.

Vários autores no século passado utilizaram a dilatação anal digital para aliviar o sintoma doloroso provocado pela ulceração e até mesmo para seu tratamento e cura, mas foi a partir de Récamier, citado por GRAHAM-STEWART (1962), que a dilatação anal, digital ou instrumental, realizada periódica e progressivamente, passou a ser difundida.

A cauterização com nitrato de prata, as injeções de benacol e, mais recentemente, o uso de anestésicos locais endo-anais, foram propostos para tratamento das fissuras anais agudas (GABRIEL, 1929, 1930; REIS NETO & QUILICI, 1973; QUILICI & REIS NETO, 1974; GOLIGHER, 1980; GOUGH & LEWIS, 1983, e DIGGORY et al., 1984).

Esses procedimentos, assim como a dilatação anal digital, apresentam como inconvenientes a possibilidade de destruição irregular do aparelho esfinteriano, a alta incidência de recidivas e alterações na continência anorretal. Segundo WEAVER et al. (1987), essa incidência de recidivas fissurárias atinge 8,5%, enquanto outros autores, como HILTUNEN & MATIKAINEN (1986), relatam uma incidência de 10 e até 16% em algumas séries apresentadas na literatura (TURELL, 1984; FRIES & RIETZ, 1964; WATTS et al., 1964; GOLIGHER, 1965, 1980; SANAN & SINGH, 1968, e FORMENTO et al., 1985).

A prática da dilatação anal digital pode provocar incontinência anal temporária e até permanente. Segundo MOORE (1964), a incontinência a gases atinge até 20% dos casos, metade destes de maneira permanente e, segundo WATTS et al. (1964), CRAPP & ALEXANDER-WILLIAMS (1975), GOLIGHER (1980) e REBEL (1984), a incidência de incontinência anal é menor, porém com escape mucoso (ou *soiling*, como é conhecido na língua inglesa).

1.2.2. Tratamento cirúrgico

Desde a antiguidade, existem relatos sobre a necessidade de cirurgia para o tratamento da fissura anal crônica, os quais variavam desde sua simples incisão até a secção subcutânea de parte do aparelho esfínteriano anal (MILLIGAN & MORGAN, 1934).

GABRIEL (1930, 1932) descreve técnica de excisão da fissura anal com área de drenagem triangular e secção do esfínter anal interno, além da ressecção simultânea da papila anal hipertrófica e do plicoma anal sentinela quando existentes. EISENHAMMER (1951, 1953a,b) introduz a esfínterotomia interna aberta com excelentes resultados. Ambas as técnicas, bastante difundidas, foram realizadas, com modificações ou não, por diversos autores (BLAISDELL, 1937; HUGHES, 1953; GOLIGHER et al., 1955; BROSSY, 1956; LOCKHART-MUMMERY, 1957; GOLIGHER,

1965; HARDY, 1967; PARKS, 1967; ALLGOWER, 1969; MAZIER, 1972; MOREIRA et al., 1975; FERGUSON & MACKEIGAN, 1978; FERREIRA et al., 1981; NUNES, 1981; CATAN, 1983; BADEJO, 1984; BODE, 1984; BOULOS & ARAÚJO, 1984; DUL'TSEV et al., 1984; REBEL, 1984; ALLAN & MAY, 1985; BASILE et al., 1985; EKTOV et al., 1986, e LAGRANGE, 1986).

Essas cirurgias podem provocar o aparecimento de alterações na morfologia anal, conhecidas como "buraco-de-fechadura", as quais são caracterizadas pela perda de sua forma anatômica habitual em fenda, com repercussões na continência anal, desde o escape mucoso até a incontinência a gases ou a fezes, permanente ou temporária, podendo atingir até 40% dos pacientes operados (BROSSY, 1956; GOLIGHER, 1965, 1980; MAGEE & THOMPSON, 1966; HARDY, 1967; ALLGOWER, 1969; HARDY & CUTHBERTSON, 1969; HAWLEY, 1969; MILLAR, 1971; MAZIER, 1972; FERGUSON & MACKEIGAN, 1978; ABCARIAN, 1980; BRÜHL, 1982; BODE et al., 1984; ALLAN & MAY, 1985, e BASILE, 1985).

A recidiva da lesão fissurária com esse procedimento varia de 7% (GOLIGHER, 1965), a 17,6% (HARDY & CUTHBERTSON, 1969; BODE, 1984, e HSU & MACKEIGAN, 1984).

RIBEIRO (1958, 1960a,b, 1967) descreve, pela primeira vez, a técnica da esfínterectomia anal interna por acesso subcutâneo mucoso lateral, com melhores resultados, como rápida cicatrização da fissura, baixo índice de recidivas, discreta

dor pós-operatória, raros distúrbios de continência e simplicidade de execução. Técnica semelhante foi proposta por NOTARAS (1969, 1971) e logo realizada por outros autores (GRAHAM-STEWART et al., 1961; BENNETT & GOLIGHER, 1962; CLERY & O'RIORDAN, 1970; HOFFMANN & GOLIGHER, 1970; MILLAR, 1971; AJAYI et al., 1974; HADDAD, 1974; RAY et al., 1974; ABCARIAN, 1975; CRAPP & ALEXANDER-WILLIAMS, 1975; FRAIHA et al., 1975; HUNTER, 1975; RUDD, 1975; GUTIERRES & CELSO, 1978; HABR-GAMA, 1980; BARONE et al., 1981; FERREIRA et al., 1981; KEIGHLEY et al., 1981; NUNES, 1981; RAVIKUMAR, 1982; JENSEN et al., 1984; SCHOUTEN & VAN VROONHOVEN, 1984; NORDSTRAND et al., 1985; BORGHESI et al., 1986; CHOWCAT et al., 1986; HANSEN & IVERSEN, 1986; BARONE & MATOS, 1987, e GINGOLD, 1987).

Segundo GRAHAM-STEWART (1962), a cirurgia ideal da enfermidade fissurária envolve o mínimo de desconforto, o desaparecimento imediato da dor, execução simples, poucas complicações e, principalmente, um retorno precoce às atividades normais.

Nos séculos mais recentes, quase toda a cirurgia foi desviada para o ambiente hospitalar e, somente no século XX, houve tentativas de popularizar e ampliar as vantagens de dar alta hospitalar no mesmo dia da cirurgia aos pacientes submetidos a operações de complexidade moderada.

O primeiro programa moderno de cirurgia ambulatorial surgiu em Michigan, em 1961, seguido nos anos setentas

pelo "Surgicenter", em Phoenix, nos EUA, com excelentes resultados, dinamizando assim a prestação de assistência médica com redução de custos.

De acordo com DAVIS (1987), uma das mudanças mais importantes, oportunas, econômicas e recompensadoras na prática cirúrgica atual é a transferência de procedimentos operatórios do ambiente hospitalar para o ambulatorial. Essa alternativa propicia assistência cirúrgica mais vantajosa, permitindo economia nos custos e melhor conveniência de horário e expondo o paciente a menores riscos infecciosos.

Até recentemente, os cirurgiões hesitavam em realizar procedimentos anorretais em ambulatório devido à dor pós-operatória e à possibilidade de que ela não fosse adequadamente controlada. A experiência mostrou que se pode evitar a dor, especialmente com a infiltração local de agentes anestésicos de ação duradoura e analgésicos no pós-operatório (FONSECA & ROCHA, 1979, e FREITAS & FIGUEIREDO, 1988). Assim CRAPP & ALEXANDER-WILLIAMS (1975) e RUDD (1975) introduziram a esfincterotomia lateral interna subcutânea em regime ambulatorial, com anestesia local, diminuindo os riscos hospitalares, as despesas suplementares e o desconforto do paciente.

Segundo REIS NETO & QUILICI (1977, 1978), MEDWELL & FRIEND (1979), LAHT (1981) e PINHO (1987), mais de 90% das cirurgias anorretais podem ser executadas com êxito em regime

ambulatorial (BATAGINI et al., 1978; REIS NETO et al., 1980; QUILICI et al., 1983, 1987; PANDINI et al., 1984; SANTOS, 1984, 1986, e PINHO, 1987).

1.3. OBJETIVO

Este trabalho teve como objetivo avaliar, clinicamente, os resultados obtidos com o tratamento cirúrgico em regime ambulatorial da fissura anal crônica, pela esfincterotomia lateral interna subcutânea sob anestesia local, tais como o desaparecimento da dor anal provocada pela enfermidade e as complicações no período pós-operatório imediato e no tardio.

II. CASUÍSTICA E MÉTODO

2.1. CASUÍSTICA

Foram analisados cento e noventa e cinco pacientes da clínica particular, portadores de fissura anal crônica e submetidos a tratamento cirúrgico em regime ambulatorial sob anestesia local, no período janeiro de 1986-dezembro de 1987, tendo o autor participado de todas as intervenções.

Os pacientes portadores de outras moléstias orificiais concomitantes foram excluídos dessa série em decorrência da diversidade de tratamentos existentes.

2.1.1. Sexo

Dos pacientes, noventa e nove (50,7%) eram do sexo masculino e noventa e seis (49,3%), do feminino (Tabela I).

2.1.2. Grupo etário

A idade variou de dezoito a setenta e cinco anos, com maior frequência na quarta década. A média etária foi de quarenta e um anos e meio (Tabela II).

TABELA I
NÚMERO DE PACIENTES CONFORME O SEXO

Sexo	Número de casos	Porcentagem (%)
Masculino	99	50,7
Feminino	96	49,3
Total	195	100,0

TABELA II
NÚMERO DE CASOS CONFORME A FAIXA ETÁRIA

Faixa etária (anos)	Número de casos	Porcentagem (%)
00-09	0	0,0
10-19	4	2,0
20-29	31	15,9
30-39	62	31,8
40-49	49	25,2
50-59	30	15,4
60-69	15	7,7
70-79	4	2,0
Total	195	100,0

2.1.3. Dados de anamnese

As principais manifestações verificadas foram a dor durante e imediatamente após a evacuação, com intensidade variável segundo os diferentes pacientes, e o sangramento anal, rutilante, após a evacuação, acompanhado de lesão fissurária e hipertonia esfínteriana em 100% dos pacientes. A exsudação e o prurido anal apareceram em poucos casos.

2.2. MÉTODO

2.2.1. Exame proctológico

Os pacientes foram submetidos a exame proctológico, constando de inspecção, toque retal, anoscopia e retossigmoidoscopia. Naqueles cuja dor impedia o toque retal, anoscopia e retossigmoidoscopia, eles foram realizados antes do ato cirúrgico proposto sob anestesia local.

2.2.2. Localização e enfermidades associadas

Na maioria, os pacientes eram portadores de fissura anal crônica com localização posterior (86,7%). As fissuras anteriores foram observadas em menor número (7,2%), assim como a associação anterior-posterior (5,6%) e a localização

lateral (0,5%). O número de casos conforme a localização da fissura anal crônica encontra-se na Tabela III.

TABELA III
NÚMERO DE CASOS CONFORME A LOCALIZAÇÃO DA FISSURA ANAL CRÔNICA

Localização	Número de casos	Porcentagem (%)
Posterior	169	86,7
Anterior	14	7,2
Anterior-posterior	11	5,6
Lateral	1	0,5
Total	195	100,0

Com relação à associação de plicoma e papila hipertrófica encontrada nos pacientes portadores da doença fissurária, sua distribuição mostrou que a incidência da fissura anal isolada é maior do que a de papilas ou de plicomas ou do que a associação fissura-plicoma, fissura-papila ou ainda fissura-plicoma-papila hipertrófica. O número de casos conforme a presença ou não de plicomas e papilas hipertróficas associadas é apresentado na Tabela IV.

TABELA IV
NÚMERO DE CASOS CONFORME A PRESENÇA OU NÃO
DE PLICOMAS E PAPILAS HIPERTRÓFICAS ASSOCIADAS

Enfermidades	Número de casos	Porcentagem (%)
Fissura anal isolada	136	69,8
Fissura anal-plicomas	39	20,0
Fissura anal-papila	13	6,6
Fissura anal-plicomas- -papila hipertrófica	7	3,6
Total	195	100,0

2.2.3. Preparo pré-operatório

Paciente algum fez qualquer tipo de preparo intestinal prévio ou tricotomia para realização do ato cirúrgico. O jejum foi desaconselhado; mantendo-se a alimentação normal.

2.2.4. Posição cirúrgica e anti-sepsia

Os pacientes foram colocados em decúbito lateral esquerdo, com os membros inferiores fletidos sobre o tronco, segundo a posição de Sims.

A anti-sepsia da região perianal realizou-se com solução de polivinil-pirrolidona-iodo a 10%.

2.2.5. Anestesia

A anestesia foi local, perianal, no pólo posterior e nos quadrantes posteriores esquerdo e direito, superficial e profunda, com carpule, utilizando-se de seis a oito flaconetes de 1ml de cloridrato de prilocaína a 3%. Nos pacientes com plicomas associados, estes foram anestesiados com um flaconete complementar.

2.2.6. Técnica operatória

a) Incisão da pele perianal entre 3 e 5mm de extensão, com tesoura delicada, na região pôstero-lateral esquerda, a 1cm da margem anal e paralela a esta. A representação dessa incisão é mostrada na Figura 2.

b) Introdução do dedo indicador da mão esquerda do cirurgião no canal anal, para orientação táctil da dissecação do músculo esfíncter interno com tesoura de Metzemaum, e que deve ser o menos ampla possível, com cuidado especial ao ultrapassar a linha pectínea para não perfurar a mucosa. A representação dessa dissecação encontra-se na Figura 3.

c) Secção parcial do músculo esfíncter interno, de acordo com o grau de hipertonia, até conseguir o desaparecimento desta, avaliado pelo dedo indicador que se encontra no canal anal. A representação da secção esfíncteriana é mostrada na Figura 4.

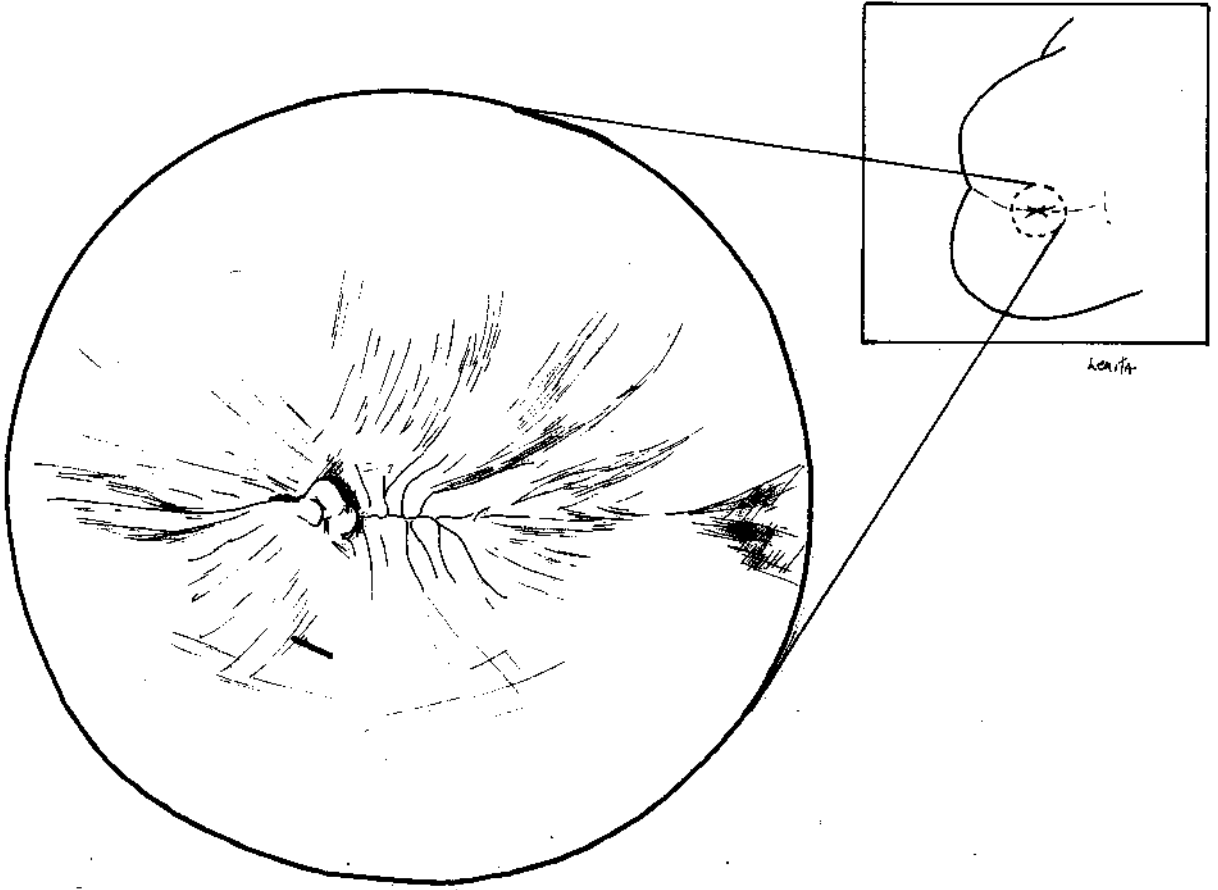


Figura 2. Representação esquemática da incisão da pele perianal.

d) Hemostasia, por compressão local, e fechamento da incisão cirúrgica, com um ou dois pontos separados de fio sintético absorvível de poliglatina 910, 4.0, com agulha curva cilíndrica atraumática.

e) Exêrese do plicoma sentinela e da papila hipertrófica, se existirem, com tesoura, e sutura da incisão com fio absorvível sintético de poliglatina 910, 4.0.

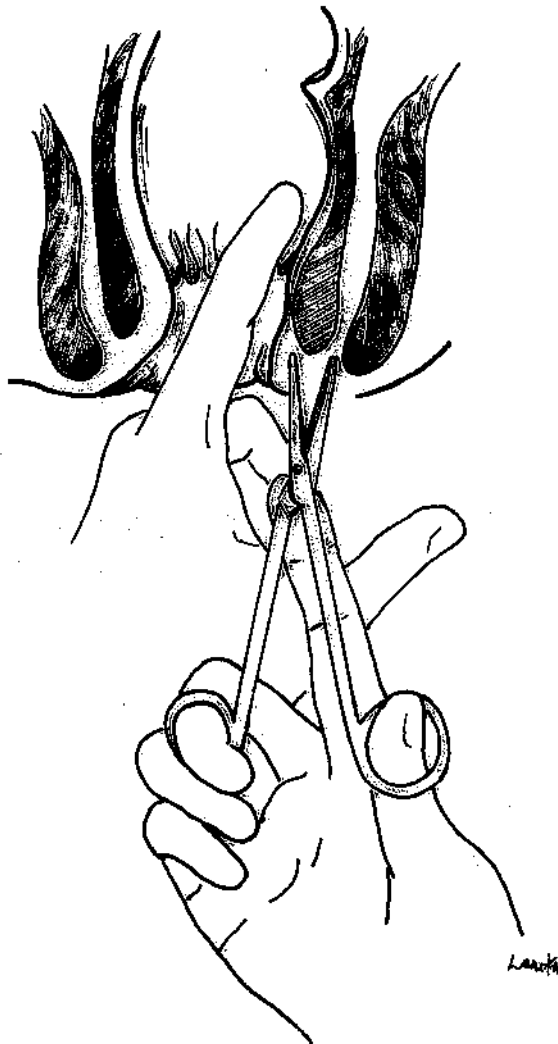


Figura 3. Representação esquemática da dissecação do músculo esfíncter interno com tesoura.

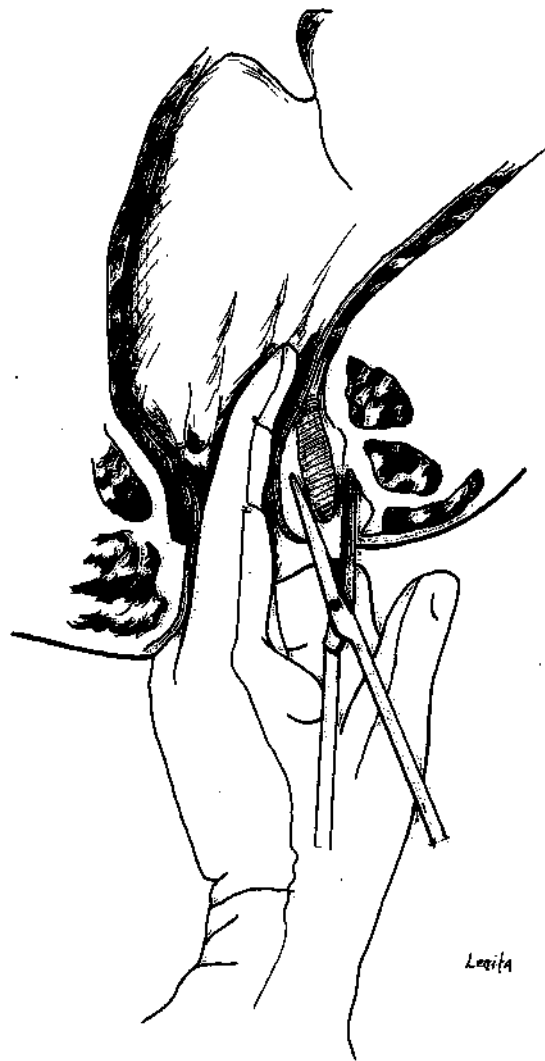


Figura 4. Representação esquemática da secção esfinteriana subcutânea do músculo esfíncter interno e avaliação digital da tonicidade.

f) Em caso de perfuração pequena da mucosa anal, menor que 3mm, suturá-la com pontos separados de fio sintético absorvível de poliglatina 910, 4.0, por visualização direta, após colocação de espêculo anal bivalvar tipo Pitanga-Santos.

g) Nas perfurações maiores, ainda em regime ambulatorial e no mesmo ato cirúrgico, retirar o retalho cutâneo mucoso correspondente à área lesada, permanecendo a ferida aberta, como área de drenagem.

h) Completar o ato operatório com uma suave dilatação anal digital, mantendo a ferida cirúrgica com curativo oclusivo com gaze e pomada anestésica até a primeira evacuação.

2.2.7. Pós-operatório

2.2.7.1. Seguimento

Todos os pacientes foram acompanhados no pós-operatório com retornos decorridos quinze a trinta dias do ato cirúrgico, ou antes em caso de queixas importantes.

Foram revistos, dessa forma, quinzenalmente no primeiro mês, mensalmente até completados três meses e trimestralmente até o sexto mês, quando foram definitivamente liberados.

2.2.7.2. Medicação

Antiinflamatórios- Todos os pacientes foram medicados com antiinflamatório não-hormonais (cetoprofeno), na dose de 100 a 200mg por dia (em duas ou três tomadas por via oral) durante cinco dias.

Analgésicos - Em caso de dor discreta, os pacientes foram orientados a utilizar viminal, 50mg por via oral até quatro vezes ao dia. Na presença de dor mais intensa, foram medicados com dipirona por via parenteral até três vezes ao dia.

2.2.7.3. Hábito intestinal

Em todos os pacientes, estabeleceu-se uma dieta rica em fibras. Naqueles considerados constipados crônicos, associou-se o mucilóide hidrófilo de psyllium para auxiliar a formação do bolo fecal e facilitar a evacuação.

2.2.7.4. Cuidados locais com a ferida operatória

A limpeza perianal foi sempre realizada com semicúpios com água morna seguidos da aplicação local de pomada anestésica à base de lidocaína, proibindo-se o uso de papel higiênico.

2.2.7.5. Cuidados gerais

Os pacientes, após repouso por vinte e quatro horas, retornaram a suas atividades normais.

2.2.8. Observações no pós-operatório

2.2.8.1. Dor

O critério de avaliação da intensidade da dor pós-operatória baseou-se na quantidade de analgésicos utilizados

pelo paciente para eliminá-la nas primeiras quarenta e oito horas, segundo suas informações no retorno.

Essa intensidade foi considerada:

a) **discreta**, quando empregados somente analgésicos orais nas primeiras vinte e quatro horas;

b) **moderada**, quando usado analgésico por via parenteral a cada doze horas, nas primeiras vinte e quatro horas, e oral, quando necessário, nas vinte e quatro horas seguintes;

c) **intensa**, quando utilizado analgésico por via parenteral a cada oito horas, nas primeiras vinte e quatro horas, e oral nas vinte e quatro horas subseqüentes.

2.2.8.2. Complicações locais

Foi pesquisada a existência de complicações locais, tais como fístulas, abscessos, hematomas, equimoses e hemorragias, imediatamente após o ato cirúrgico e, depois, pela informação dos pacientes e pelo exame local no retorno.

2.2.8.3. Cicatrização

A observação da fissura e a pesquisa de recidiva local foram realizadas diretamente pela inspecção estática e pela anuscopia no seguimento ambulatorial proposto.

2.2.8.4. Incontinência fecal e a gases

Os pacientes foram questionados e avaliados no tocante às alterações da continência fecal e a gases e quanto à persistência de tais manifestações.

2.2.8.5. Complicações gerais

Foi observada a existência de complicações de ordem geral no pós-operatório, através das informações e do exame físico dos pacientes no retorno proposto.

III. RESULTADOS

Todos os pacientes foram acompanhados no pós-operatório de acordo com o seguimento proposto.

3.1. DOR

A dor provocada pelo trauma cirúrgico foi de intensidade discreta em 180 pacientes (92,3%) e moderada nos restantes (7,7%). Nenhum deles se queixou de dor à evacuação no pós-operatório. O número de casos conforme a intensidade da dor na ferida operatória nas primeiras quarenta e oito horas encontra-se na Tabela V.

TABELA V

NÚMERO DE CASOS CONFORME A INTENSIDADE DA DOR
NA FERIDA OPERATÓRIA NAS PRIMEIRAS QUARENTA E OITO HORAS

Intensidade dolorosa	Número de casos	Porcentagem (%)
Discreta	180	92,3
Moderada	15	7,7
Intensa	0	0,0
Total	195	100,0

3.2. CIRURGIA REALIZADA

Todos os pacientes foram submetidos à esfínterectomia interna subcutânea póstero-lateral esquerda. Destes, 39 (20%) foram submetidos à exérese de plicoma associado; 13 (6,6%) tiveram também ressecção de papila anal hipertrófica e 7 (3,6%) submeteram-se, concomitantemente, à esfínterectomia, à exérese do plicoma sentinela e à papilectomia. Os dados relativos ao número de casos conforme a cirurgia proposta encontram-se na Tabela VI.

TABELA VI
NÚMERO DE CASOS CONFORME A CIRURGIA REALIZADA

Cirurgia realizada	Número de casos	Porcentagem (%)
Esfínterectomia interna subcutânea póstero-lateral esquerda	136	69,8
Esfínterectomia interna subcutânea póstero-lateral esquerda e exérese de plicoma	39	20,0
Esfínterectomia interna subcutânea póstero-lateral esquerda e papilectomia	13	6,6
Esfínterectomia interna subcutânea póstero-lateral esquerda, plicomec-tomia e papilectomia	7	3,6
Total	195	100,0

3.3. COMPLICAÇÕES

3.3.1. Gerais

Nenhum paciente apresentou complicações gerais no pós-operatório.

3.3.2. Locais

3.3.2.1. Intra-operatórias

Cento e noventa pacientes (97,4%) evoluíram sem complicações no ato cirúrgico. Dois deles (1,0%) apresentaram lesão da mucosa anal menor do que 3mm durante a esfincterotomia, sendo submetidos a sua sutura simples e evoluindo sem outra complicação. Três pacientes (1,5%) apresentaram lesão da mucosa anal maior do que 3mm e foram submetidos no mesmo ato operatório à retirada do retalho cutâneo-mucoso correspondente à lesão, evoluindo também sem outra complicação. O número de casos conforme as complicações intra-operatórias e o tratamento realizado é mostrado na Tabela VII.

3.3.2.2. Pós-operatórias

A morbidade apresentada foi de:

a) **Imediato** - No pós-operatório imediato dois pacientes (1,0%) evoluíram com a presença de fístula perianal tratada em regime ambulatorial por fistulectomia sob anestesia local; um paciente (0,5%) apresentou, no lugar da incisão

cirúrgica, hematoma que drenou espontaneamente, e dois (1,0%) observaram, na região glútea esquerda, equimose, que desapareceu após tratamento clínico com antiinflamatórios não-hormonais e bolsa de água quente.

TABELA VII
NÚMERO DE CASOS CONFORME AS COMPLICAÇÕES INTRA-OPERATÓRIAS
E O TRATAMENTO REALIZADO

Complicação local	Tratamento	Número de casos	Porcentagem (%)
Lesão da mucosa (< 3mm)	Sutura simples	2	1,0
Perfuração da mucosa (> 3mm)	Retirada do retalho cutâneo-mucoso	3	1,5
Total		5	2,5

b) Tardio - Dos cento e noventa e cinco pacientes, somente dois (1,0%) apresentaram, como complicações pós-operatórias tardias, a recidiva fissurária no terceiro e no sexto mês respectivamente. Foram submetidos a nova esfínterectomia interna subcutânea pôsterio-lateral esquerda, ainda em regime ambulatorial, tornando-se curados e assintomáticos. O número de casos conforme o período pós-operatório, as complicações locais e o tratamento realizado encontra-se na Tabela VIII.

TABELA VIII
NÚMERO DE CASOS CONFORME O PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO,
AS COMPLICAÇÕES LOCAIS E O TRATAMENTO REALIZADO

Período pós-operatório	Complicações locais	Tratamento	Número de casos	Porcentagem (%)
Imediato	Fístula perianal	Fistulectomia ambulatorial	2	1,0
	Equimose glútea	Clínico	2	1,0
	Hematoma	Clínico	1	0,5
Tardio	Recidiva fissurária	Esfinctero- tomia interna subcutânea lateral	2	1,0
Total			7	3,5

3.4. CONTINÊNCIA

Cento e oitenta e dois pacientes (93,3%) não apresentaram alteração da continência, tanto fecal quanto para gases. Treze (6,7%) revelaram incontinência temporária somente a gases, no máximo por quatro semanas, restabelecendo a normalidade sem nenhuma terapêutica específica. Nenhum paciente apresentou incontinência fecal. O número de casos conforme a continência, seu tipo e período é apresentado na Tabela IX.

TABELA IX

NÚMERO DE CASOS CONFORME A CONTINÊNCIA, SEU TIPO E PERÍODO

Continência	Tipo	Período	Número de casos	Porcentagem (%)
Continente	Fezes e gases	Permanente	182	93,3
Incontinente	Gases	Temporária	13	6,7
Incontinente	Fezes	Temporária	0	0,0
Total			195	100,0

3.5. CICATRIZAÇÃO

A cicatrização completa da lesão fissurária ocorreu entre a segunda e a quarta semana pós-operatória em cento e noventa e três pacientes (99%), estendendo-se além de quatro semanas apenas em dois deles (1%).

IV. DISCUSSÃO

O tratamento da fissura anal crônica, em virtude do sofrimento do paciente, vem sendo estudado desde a antiguidade.

A ulceração expõe, na base, as fibras espásticas do músculo esfíncter anal interno, ocasionando-lhe hipertrofia e podendo provocar infecções secundárias na pele, com formação de uma prega sentinela externa e hipertrofia de papila anal (GABRIEL, 1929, 1930, 1932; MILLIGAN & MORGAN, 1934; BLAISDELL, 1937; OLIVEIRA & MAFFEI, 1942; EISENHAMMER, 1951, 1953a, b; GOLIGHER et al., 1955; BROSSY, 1956; LOCKHART-MUMMERY, 1957; BAPTISTA, 1958; GRAHAM-STEWART, 1962; BENNETT & DUTHIE, 1964; MOORE, 1964; WATTS et al., 1964; PARKS, 1967; PETROZZI et al., 1967; RIBEIRO, 1960, 1967; HAWLEY, 1969; MILLAR, 1971; NOTARAS, 1971; HUNTER, 1975; ARABY et al., 1977; GUTIERRES & CELSO, 1978; HABR-GAMA, 1980; ABCARIAN et al., 1982; APRILLI, 1982; BRÜHL, 1982; CÉRDAN et al., 1982, 1987; CATAN, 1983; BOULOS & ARAÚJO, 1984; SCHOUTEN & VAN VROONHOVEN, 1984; CHOWCAT et al., 1986; NORA, 1986, e BARONE & MATOS, 1987).

A hipertrofia esfíncteriana e sua conseqüente hipertonia são responsáveis pela perpetuação do processo doloroso e da lesão fissurária. Em decorrência disso, as principais técnicas descritas têm como objetivo seccionar as fibras musculares do esfíncter anal interno e, assim, diminuir essa tonicidade (OLIVEIRA & MAFFEI, 1942; EISENHAMMER, 1951, 1953a,b; GOLIGHER et al., 1955; BROSSY, 1956; LOCKHART-MUMMERY, 1957; RIBEIRO, 1960a,b, 1967; PARKS, 1967; HOFFMANN & GOLIGHER, 1970; MILLAR, 1971; HADDAD, 1974; FRAIHA et al., 1975; HUNTER, 1975; ARABY et al., 1977; FERGUSON & MACKEIGAN, 1978; GOLIGHER, 1980; HABR-GAMA, 1980; FERREIRA et al., 1981; ABCARIAN et al., 1982; APRILLI, 1982; BRÜHL, 1982; CÉRDAN et al., 1982, 1987; CATAN, 1983; BODE, 1984; NOTARAS, 1984; SCHOUTEN & VAN VROONHOVEN, 1984; HILTUNEN & MATIKAINEN, 1986, e NORA, 1986).

A simples dilatação digital anal encontrou vários seguidores, a partir de Récamier (apud GRAHAM-STEWART, 1962). Apesar do alívio dos sintomas dolorosos e de não exigir hospitalização ou repouso prolongado, a incidência de recidivas observadas na literatura varia de 10 a 28% (FRIEZ & RIETZ, 1964; WATTS et al., 1964; GOLIGHER, 1965, 1980; HAWLEY, 1969; CRAPP & ALEXANDER-WILLIAMS, 1975; FERGUSON & MACKEIGAN, 1978; REBEL, 1984; FORMENTO et al., 1985, e HILTUNEN et al., 1986).

A ressecção do leito fissurário junto com segmento do esfíncter anal interno à GABRIEL (1932) tem como principal inconveniente produzir alteração morfológica do ânus em buraco

-de-fechadura (NOTARAS, 1971; ABCARIAN, 1980, e REBEL, 1984), o que ocasiona incontinência anal e aumento do período de cicatrização (ABCARIAN, 1980; DUL'TSEV et al., 1984, e HSU & MACKEIGAN, 1984). Essas complicações levam à internação hospitalar e à incapacidade do paciente por período maior (ABCARIAN, 1980; FERREIRA et al., 1981, e HSU & MACKEIGAN, 1984).

Os resultados apresentados nessa série de pacientes submetidos à esfínterectomia lateral interna subcutânea em regime ambulatorial mostraram a ausência de tais inconvenientes, bem como da alta incidência de recidiva fissurária, em conformidade com diversos autores da literatura (RIBEIRO, 1960a,b; 1967; BENNETT & GOLIGHER, 1962; MAGEE & THOMPSON, 1966; HAWLEY, 1969; NOTARAS, 1969, 1971, 1984; HOFFMANN & GOLIGHER, 1970; MILLAR, 1971; RAY et al., 1974; ABCARIAN, 1975, 1980; CRAPP & ALEXANDER-WILLIAMS, 1975; HUNTER, 1975; RUDD, 1975; GOLIGHER, 1980; BARONE et al., 1981; FERREIRA et al., 1981; KEIGHLEY et al., 1981; APRILLI, 1982; RAVIKUMAR, 1982; BADEJO, 1984; JENSEN et al., 1984; HSU & MACKEIGAN, 1984; SCHOUTEN & VAN VROONHOVEN, 1984; NORSTRAND et al., 1985, e GINGOLD, 1987).

O grande benefício desse procedimento, no entanto, está na possibilidade de execução sob anestesia local realizada em regime ambulatorial, o que se traduz em mudança mínima nos hábitos dos pacientes, que associam seu retorno ao lar no mesmo dia com o fato de que não foram submetidos a procedimento operatório de grande amplitude. Em consequência, deambulam

melhor, retornam à atividade normal quase imediatamente e voltam ao trabalho mais cedo que os pacientes que receberam assistência cirúrgica internados em hospitais (DAVIS, 1987).

Os pacientes assim tratados recebem atendimento mais personalizado, com cuidados iguais aos do hospitalizado, e apresentam ansiedade reduzida por não se encontrarem com pacientes obviamente com enfermidades mais graves. Dessa forma aumentam a aceitação e a conveniência, por parte deles e dos familiares, para o tratamento preconizado e, conseqüentemente, o benefício do ponto de vista psicológico. Frequentemente, muitos pacientes bem informados estão cientes das possibilidades (por menores que sejam) de contraírem qualquer tipo de infecção hospitalar e ficam gratos pela oportunidade de evitar esse risco. Além disso, o tratamento em regime ambulatorial não provoca aumento da morbidade ou da mortalidade decorrentes do ato cirúrgico.

Tais vantagens estão ainda associadas a custos mais reduzidos ao próprio paciente e também à ausência dos custos hospitalares, o que não significa que se possa realizar uma cirurgia em regime ambulatorial em qualquer local, pois são necessárias condições mínimas ao adequado ato cirúrgico (FREITAS & FIGUEIREDO, 1988).

Finalmente, para a instituição hospitalar, o procedimento em regime ambulatorial diminui a ocupação de leitos, com o conseqüente aumento da disponibilidade para pacientes mais necessitados (REIS NETO & QUILICI, 1973, 1977, 1978;

QUILICI & REIS NETO, 1974; CRAPP & ALEXANDER-WILLIAMS, 1975; RUDD, 1975; BATAGINI et al., 1978; FONSECA & ROCHA, 1979; MEDWELL & FRIEND, 1979; REIS NETO et al., 1980; DAVIS, 1981; LAHT, 1981; QUILICI et al., 1983, 1987; PANDINI et al., 1984, e FREITAS & FIGUEIREDO, 1980).

O maior número de pacientes portadores da doença fissurária e submetidos à esfínterectomia interna nas diversas séries da literatura ocorreu entre a quarta e a quinta década, coincidente com o grupo etário deste estudo (GRAHAM-STEWART et al., 1961; HARDY, 1967; HOFFMANN & GOLIGHER, 1970; MAZIER, 1972; ABCARIAN, 1975; MOREIRA et al., 1975; CÉRDAN et al., 1982, 1987; BORGHESI et al., 1986; HILTUNEN et al., 1986, e GINGOLD, 1987).

Com relação ao sexo, não houve maior prevalência de um ou outro, o que está de acordo com GRAHAM-STEWART et al. (1961); HARDY (1967); MAZIER (1972); ABCARIAN (1975); MOREIRA et al. (1975); CÉRDAN et al. (1982, 1987); HILTUNEN et al. (1986) e GINGOLD (1987). Apenas dois relatos apresentam uma nítida diferença relativa à distribuição por sexo, um por parte da série masculina (HOFFMANN & GOLIGHER, 1970), e outro, da feminina (BORGHESI et al., 1986).

A fissura anal crônica, sem o acompanhamento de papilas hipertróficas ou de plicomas sentinelas, revelou-se significativamente mais freqüente nesta série do que associada às duas enfermidades. Apesar de ser tida como clássica a

presença desses três elementos juntos, D'ÁVILA (1943) considera óbvio que somente a úlcera seja obrigatória, sendo os outros dois de constância falha.

A dor, o sangramento anal e a hipertonia esfinc-
teriana apresentaram-se como manifestações pré-operatórias na
maioria dos pacientes, em total acordo com a literatura
(BAPTISTA, 1958; RIBEIRO, 1967; HARDY & CUTHBERTSON, 1969;
MAZIER, 1972; ABCARIAN, 1975, 1980; FRAIHA et al., 1975;
FERGUSON & MACKEIGAN, 1978; FERREIRA et al., 1981; APRILLI,
1982; RAVIKUMAR et al., 1982; BADEJO, 1984; BORGHESI et al.,
1986; HANSEN & IVERSEN, 1986; HILTUNEN et al., 1986, e GINGOLD,
1987).

Com relação aos pormenores de técnica cirúrgica, a
posição adotada no ato operatório teve por finalidade favorecer
boa exposição do ânus e da região perianal; ser confortável
ao paciente, evitando posições viciosas que pudessem acarretar-
-lhe problemas e propiciar ao cirurgião trabalhar adequada e
confortavelmente sentado (FONSECA & ROCHA, 1979, e BADEJO, 1984).

A anestesia local, com agulha fina e carpule, além
de eficaz, mostrou-se pouco dolorosa, diminuindo, assim, o
temor dos pacientes no tocante à sua execução.

A prática desta cirurgia sob anestesia local permite
ao cirurgião sentir o esfíncter anal hipertônico sem o rela-
xamento habitual dos bloqueios anestésicos regionais, bem

como comprovar, com a diminuição da tonicidade esfíncteriana, a realização correta da técnica cirúrgica (CRAPP & ALEXANDER-WILLIAMS, 1975, e NOTARAS, 1985).

Uma suave dilatação anal digital, efetuada em todos os casos após a esfínterectomia lateral interna subcutânea, promove maior relaxamento anal, possibilitando um pós-operatório menos doloroso.

GOLIGHER et al. (1969) reconhecem a dificuldade de quantificar o desconforto corporal, porque a dor é essencialmente um fenômeno subjetivo individual, não podendo ser submetida a mensuração objetiva precisa. Os resultados observados permitiram verificar que a técnica cirúrgica utilizada propiciou uma intensidade de dor pós-operatória discreta na maioria dos enfermos. Já a dor provocada pela fissura anal e desencadeada pela evacuação não ocorreu em paciente algum no pós-operatório, sugerindo, dessa forma, a associação de hipertonia esfíncteriana à dor fissurária e ao desaparecimento desta com o ato cirúrgico (BLAISDELL, 1937; EISENHAMMER, 1951; BENNETT & GOLIGHER, 1962; BENNETT & DUTHIE, 1964; GOLIGHER, 1964; MAGEE & THOMPSON, 1966; PARKS, 1967; RIBEIRO, 1967; MILLAR, 1971; NOTARAS, 1971; ABCARIAN, 1975, 1980; MOREIRA et al., 1975; RUDD, 1975; ARABY et al., 1977; HANCOCK, 1977; FERREIRA et al., 1981; KEIGHLEY et al., 1981; APRILLI, 1982; BORGHESI et al., 1986, e CHOWCAT et al., 1986).

Com o intuito de obter uma evacuação fisiológica no pós-operatório imediato, caracterizada por fezes com pH neutro

e de consistência pastosa, utilizaram-se, nesse período, nos pacientes previamente constipados, substâncias que aumentam o volume do bolo fecal, como as mucilagens (REIS NETO, 1976; WARDE & CUTAIT, 1976; REIS NETO & QUILICI, 1983, e REIS NETO et al., 1986), evitando-se, assim, o intenso ardor anal provocado pelos laxativos (CANDIOTTI, 1974). A maioria dos pacientes referiu, no retorno, regularização do hábito intestinal, bem como fezes menos ressecadas, com o uso da medicação.

A principal complicação intra-operatória dessa técnica, relatada na literatura, é a lesão da mucosa retal. Seu tratamento, que depende do reconhecimento no instante da sua ocorrência e da sua extensão, pode ser a sutura simples ou a abertura completa da ferida, com retirada de retalho cutâneo-mucoso de drenagem.

Nessa série, sua incidência foi de 1% (dois pacientes com lesões menores do que 3mm), enquanto a das lesões com mais de 3mm foi de 1,5% (três pacientes), tratadas com a abertura completa destas, como se fora uma fistulotomia, com resultados semelhantes aos diversos relatos da literatura (HOFFMANN & GOLIGHER, 1970; NOTARAS, 1971, e BARONE & MATOS, 1987).

Alguns autores relatam a ocorrência de hemorragia como complicação intra-operatória (HOFFMANN & GOLIGHER, 1970; NOTARAS, 1971; RUDD, 1975; KEIGHLEY et al., 1981, e BORGHESI et al., 1986). Na presente série, ela não ocorreu em nenhum paciente, talvez devido à hemostasia eficaz realizada.

No tocante às complicações pós-operatórias deste estudo, dois pacientes (1,0%) tiveram fístula perianal tratada com fistulectomia. BORGHESI et al. (1986) e BARONE & MATOS (1987) relatam essa complicação, não indicando, porém, a sua incidência. Acreditamos que ela seja oriunda de um processo infeccioso instalado ou em instalação, como uma criptite, ou mesmo de uma fissura infectada previamente ao ato cirúrgico e provavelmente não reconhecida, bem como de possível contaminação da incisão cirúrgica no ato operatório pelo próprio cirurgião ou em decorrência de má higiene local pós-operatória. Devemos lembrar ainda a possibilidade de uma lesão de mucosa não reconhecida no intra-operatório.

A presença de hematoma no local da incisão cirúrgica é citada por diversos autores com uma incidência variando de 0,7 a 6,6% (MILLAR, 1971; MOREIRA et al., 1975; RUDD, 1975; GUTIERRES & CELSO, 1978; KEIGHLEY et al., 1981; RAVIKUMAR et al., 1982, e BORGHESI et al., 1986).

Na presente série, um paciente (0,5%) apresentou hematoma, eliminado espontaneamente após tratamento com calor local mediante bolsa de água quente, e dois enfermos (1,0%) apresentaram equimose glútea, resolvida com o mesmo tratamento clínico. A etiologia desta complicação decorre da maior ou menor dissecação do esfíncter anal interno com lesão vascular cuja hemostasia não tenha ocorrido de maneira eficaz.

É relatado, na literatura, o aparecimento de prolapso hemorroidário, abscesso perianal e deiscência da sutura da

pele (RAY et al., 1974; RUDD, 1975; GUTIERRES & CELSO, 1978; FERREIRA et al., 1981, e BORGHESI et al., 1986). Na presente série, paciente algum apresentou ou relatou tais problemas.

Quanto às complicações ocorridas tardiamente e aos resultados funcionais da esfínterectomia lateral interna subcutânea, a literatura faz referência a alterações da continência desde os escapes mucosos esparsos até a perda constante e permanente de fezes, em incidência variada. Alguns autores relatam incontinência temporária a fezes, apesar de sua raridade, em incidência de até 11% (BENNETT & GOLIGHER, 1962, e FRAIHA et al., 1975). No tocante a alterações permanentes da continência fecal, apenas BENNETT & GOLIGHER (1962) relatam o seu aparecimento, com uma incidência de 9%. Alguns autores citam incontinência temporária a gases de 1,2 a até 41% (BENNETT & GOLIGHER, 1962; MAGEE & THOMPSON, 1966; HARDY & CUTHBERTSON, 1969; HUNTER, 1975; FERGUSON & MACKEIGAN, 1978; FERREIRA et al., 1981; KEIGHLEY et al., 1981; BOULOS & ARAÚJO, 1984; BORGHESI et al., 1986, e WEAVER et al., 1987). Nesta série, treze pacientes (6,7%) apresentaram incontinência temporária a gases que desapareceu espontaneamente. Não houve incontinência permanente ou alteração na continência fecal de nenhum paciente.

A cicatrização do leito fissurário ocorreu entre a segunda e a quarta semana, na maioria dos pacientes, proporcionando-lhes, assim, um retorno precoce às suas atividades normais.

Apenas dois deles (1%) apresentaram recidiva da fissura anal, resultado esse concordante com os de RIBEIRO (1967), HOFFMANN & GOLIGHER (1970), FRAIHA et al. (1975) e ABCARIAN (1980), mostrando a eficácia do método empregado.

A possibilidade da presença de complicações pós-operatórias tardias, até no máximo seis meses, levou-nos a acompanhar os pacientes por esse período. Isso posto, na presente casuística, foi observada baixa morbidade, 3,5%, decorrente de complicações locais, imediatas e tardias, e ausência de mortalidade.

O tratamento cirúrgico da fissura anal crônica tem a sua indicação precisamente delineada em virtude da dor anal e do desconforto, mas a necessidade de uma intervenção cirúrgica, de internação hospitalar com seus conseqüentes gastos e inconvenientes e de um período de afastamento profissional, obriga, por vezes, o paciente a suportá-la e até a agravar um problema de resolução simples.

A esfínterectomia lateral interna subcutânea proporciona ao paciente uma técnica cirúrgica com boa eficácia com relação à resolução rápida dos sintomas dolorosos e à cura da lesão fissurária, com uma pequena incidência de complicações pós-operatórias.

A execução deste método cirúrgico em regime ambulatorial sob anestesia local beneficia a todos.

Segundo SANTOS (1984, 1986) e PINHO (1987), isso traz uma primeira vantagem econômica pelo não-pagamento de diárias hospitalares, além da economia proporcionada pela não-ocupação de leitos de enfermaria cujos custos leito/dia são, na maioria das vezes, proibitivos, quando comparados com a receita auferida. A segunda vantagem é a desobstrução do sistema atual de atuação cirúrgica à população, agilizando a prestação de serviços, dispensando as listas de espera e liberando os centros cirúrgicos dos hospitais para os procedimentos de médio e grande porte.

Para o paciente, torna-se mais conveniente, mais rápido e com mudanças mínimas nos seus hábitos. Tudo isso é muito mais importante para ele do que a sua economia, apesar da influência decisiva na escolha de tal opção.

Para o médico, diminui o número de pacientes internados e a necessidade de visitas hospitalares.

Apesar de o material analisado não verificar numericamente a relação custo-benefício, entende-se que esta seja mais aceitável, e isso amplia as possibilidades do nosso sistema de saúde, provocando um contínuo crescimento da disponibilidade e da utilização da cirurgia em regime ambulatorial.

O mais importante, porém, continua sendo o bem-estar dos pacientes. Por isso, é preciso que sua saúde, segurança, conforto e comodidade sejam sempre a prioridade máxima nesse nosso objetivo final de implantar, de forma rápida e correta, o novo tipo de atendimento cirúrgico.

V. CONCLUSÃO

A análise dos resultados verificados, de cento e noventa e cinco pacientes da clínica particular, portadores de fissura anal crônica e submetidos à esfínterectomia lateral interna subcutânea em regime ambulatorial sob anestesia local, em janeiro de 1986-dezembro de 1987, permite a seguinte conclusão:

A técnica cirúrgica utilizada em regime ambulatorial mostrou-se eficaz e rápida na resolução das manifestações dolorosas provocadas pela enfermidade, propiciando aos pacientes um retorno precoce às suas atividades sociais e profissionais, sem os inconvenientes da internação hospitalar e com baixa morbidade (3,5%), entre as complicações imediatas e tardias, e ausência de mortalidade.

RESUMO

O método de escolha para o tratamento da fissura anal crônica é reconhecidamente cirúrgico. Entre os vários procedimentos possíveis, o que apresenta melhores resultados é a esfínterectomia lateral interna subcutânea. A possibilidade de realizar esse ato cirúrgico em regime ambulatorial sob anestesia local amplia o seu uso. Neste estudo, foram analisados os resultados de cento e noventa e cinco pacientes submetidos a essa técnica, ambulatorialmente, de janeiro (1986) a dezembro (1987), com acompanhamento mensal pós-operatório. Durante seis meses avaliaram-se, nesse período, a dor, as complicações locais e gerais, a cicatrização do leito fissurário, a continência anal e a presença de recidivas. Concluiu-se que a técnica cirúrgica utilizada em regime ambulatorial mostrou-se eficaz e rápida na resolução das manifestações dolorosas provocadas pela enfermidade, propiciando aos pacientes um retorno precoce às suas atividades sociais e profissionais sem os inconvenientes da internação hospitalar e com baixa morbidade, entre as complicações imediatas e tardias, e ausência de mortalidade.

SUMMARY

Surgery is the method of choice for treatment of chronic anal fissure. Lateral subcutaneous sphincterotomy of the internal sphincter is one widespread surgical procedure which presents successful results.

However, local anesthesia for this surgical procedure has not been used so frequently; for this reason 195 out-patients with chronic anal fissure were submitted to lateral internal sphincterotomy under local anesthesia and the results obtained were evaluated.

The follow-up included the incidence of local and general complications and pain, time of healing, the presence of incontinence and percentual of recurrence.

The results permits the following conclusions:

1. Pain resulting from anal disease disappears in the immediate post-operative period.
2. Pain resulting from the surgical procedure was insignificant.
3. The incidence of local complications was minimal (3.5%) and there was no incidence of general complications and mortality.
4. Return to normal activities was precece.
5. There was no inconvenient of hospitalization.
6. Healing was observed between 2 to 4 weeks post-operative.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABCARIAN, H. Lateral internal sphincterotomy: a new technique for treatment of chronic fissure-in-ano. *Surg. Clin. N. Am.*, 55:143-150, 1975.
- ABCARIAN, H. Surgical correction of chronic anal fissure: results of lateral internal sphincterotomy vs. fissurectomy - midline sphincterotomy. *Dis. Colon Rectum*, 23:31-36, 1980.
- ABCARIAN, H.; LAKSHMANAN, S.; READ, D.R. & ROCCAFORTE, P. The role of internal sphincter in chronic anal fissures. *Dis. Colon Rectum*, 25:525-528, 1982.
- AJAYI, O.O.; BANIGO, O.G. & NNAMDI, K. Anal fissures, fistulas, abscesses and hemorrhoids in a tropical population. *Dis. Colon Rectum*, 17:55-60, 1974.
- ALLAN, A. & MAY, R. Anal fissure. *Br. J. Hosp. Med.*, 33:41-43, 1985.
- ALLGOWER, M. Surgical intervention on the internal anal sphincter. *Am. J. Proctol.*, 20:55-59, 1969.
- APRILLI, F. Fissura anal. *Rev. Bras. Colo-Proct.*, 2:25-28, 1982.
- ARABY, Y.; ALEXANDER-WILLIAMS, J. & KEIGHLEY, M.R.B. Anal pressures in hemorrhoids and anal fissure. *Am. J. Surg.*, 134:608-610, 1977.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. Referências bibliográficas: procedimentos (NB-66). In: _____. *Normas ABNT sobre documentação*. Rio de Janeiro, 1978. p. 13-29.
- BADEJO, O.A. Outpatient treatment of fissure-in-ano. *Trop. Geogr. Med.*, 36:367-369, 1984.

- BAPTISTA, E.F. Fissura anal. *Rev. Homeop.*, 1:20-24, 1958.
- BARONE, B. & MATOS, D. Esfincterotomia lateral subcutânea, modificação da técnica operatória original. *Rev. Bras. Colo-Proct.*, 7:74-75, 1987.
- BARONE, B.; MATOS, D. & CHACON, J.P. Esfincterotomia lateral subcutânea: análise de 73 pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da fissura anal crônica. *An. Paul. Med. Cir.*, 108:25-33, 1981.
- BASILE, F.; IUPPA, A.; CALI, S.; SANDONATO, L.; SAGLIMBENE, F.; LIOTTA, A. & CATANIA, G. Lateral internal sphincterotomy in the treatment of anal fissure. *Minerva Chir.*, 40:141-143, 1985.
- BATAGINI, G.A.; QUILICI, F.A. & MEDEIROS, R.R. Tratamento ambulatorial das hemorróidas. In: CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE PROCTOLOGIA, Porto Alegre, 1978. *Temas livres*.
- BENNETT, R.C. & DUTHIE, H.L. The functional importance of the internal sphincter. *Br. J. Surg.*, 51:355-358, 1964.
- BENNETT, R.C. & GOLIGHER, J.C. Results of internal sphincterotomy for anal fissure. *Br. Med. J.*, (5318):1500-1503, 1962.
- BIOSCIENCES INFORMATION SERVICE. BIOSIS 1977: list of serials. Philadelphia, 1977. 251 p.
- BLAISDELL, P.C. Pathogenesis of anal fissure and implications as to treatment. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 65:672-677, 1937.
- BODE, W.E.; CULP, C.E.; SPENCER, R.J. & BEART JUNIOR, R.W. Fissurectomy with superficial midline sphincterotomy: a viable alternative for the surgical correction of chronic fissure/ulcer-in-ano. *Dis. Colon Rectum*, 27:93-95, 1984.
- BORGHESI, R.A.; GUTIERRES, A.A.G.; BOCCATO JUNIOR, N. & SAAD, W.A. Tratamento da fissura anal crônica pela esfincterotomia interna lateral. *Rev. Bras. Colo-Proct.*, 6:186-190, 1986.
- BOULOS, P.B. & ARAÚJO, J.G.C. Adequate internal sphincterotomy for chronic anal fissure: subcutaneous or open technique? *Br. J. Surg.*, 71:360-362, 1984.
- BROSSY, J.J. Anatomy and surgery of anal fissure with special reference to internal sphincterotomy. *Ann. Surg.*, 144:991-997, 1956.

- BRÜHL, W. The aetiology and treatment of anal fissures. *Colo-Proctology*, 4:114-115, 1982.
- CANDIOTTI, A.N. Progressos em proctologia. In: SIMPÓSIO DA SOCIEDADE PERUANA DE PROCTOLOGIA, Lima, Peru, 1974.
- CATAN, F. Fissura anal - métodos e técnicas cirúrgicas e seu tratamento. *Rev. Bras. Colo-Proct.*, 3:36-42, 1983.
- CÉRDAN, F.J.; RUIS DE LEON, A.; AZPIROZ, F.; MARTIN, J. & ALIBREA, J.L. Anal sphincteric pressure in fissure-in-ano Before and after lateral internal shincterotomy. *Dis. Colon Rectum*, 25:198-201, 1982.
- CÉRDAN, F.J.; RUIZ DE LEON, A.; PULIDO, M.C.; MARTIN, J.; DE LA MORENA, M.T. & BALIBREA, J.L. Anal manometry before and after subcutaneous lateral internal sphincterotomy in patients with fissure. *Rev. Esp. Enferm. Apar. Dig.*, 71: 391-393, 1987.
- CHOWCAT, N.L.; ARAÚJO, J.G.C. & BOULOS, P.B. Internal sphincterotomy for chronic anal fissure: long term effects on anal pressure. *Br. J. Surg.*, 73:915-916, 1986.
- CLERY, A.P. & O'RIORDAN, J.B. Lateral subcutaneous internal sphincterotomy for fissure in ano: technique and experience with 41 cases. *J. Roy. Coll. Surg.*, (Ireland), 6:10, 1970.
- CRAPP, A.R. & ALEXANDER-WILLIAMS, J. Fissure in ano and anal stenosis. Part I - Conservative management. *Clin. Gastroenterol.*, 4:619-628, 1975.
- D'ÁVILA, S. *Fissura anal: conceito e tratamento*. Rio de Janeiro, Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 1943, 29 p.
- DAVIS, J.E. Grande cirurgia ambulatorial. *Clin. Cir. Am. Norte*, 4:691-713, 1987.
- DIGGORY, R.T.; SIMKIN, E.P.; JENSEN, S.L.; LUND, F.; NIELSEN, O.V.; TANGE, G. & SKINNER, A.C. Treating fissure in ano in out-patients: what dose of local anesthetic? *Br. Med. J. (Clin. Res.)*, 20:289: 1079, 1984.
- DUL'TSEV, I.U.V.; POLETOV, N.V.; SALAMOV, K.N. & PODMARENKOVA, L.F. Operative treatment of patients with chronic anal fissure. *Khirurgiya (Mosc.)*, 12:68-74, 1984.
- EISENHAMMER, S. The evaluation of the internal anal sphincterotomy operation with special reference to anal fissure. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 109:583, 1953a.

- EISENHAMMER, S. The internal anal sphincter; its surgical importance. *S. Afr. Med. J.*, 27:266, 1953b.
- EISENHAMMER, S. The surgical correction of chronic internal anal (sphincteric) contracture. *S. Afr. Med. J.*, 25:486-489, 1951.
- EKTOV, V.N.; NALIVKIN, A.I.; KHRYACHKOV, A.A. & LAKATOSH, K.O. Selection of the most effective technique of lateral subcutaneous sphincterotomy in treatment of anal fissures. *Vestn. khir.*, 136:37-41, 1986.
- FERGUSON, J.A. & MACKEIGAN, J.M. Hemorrhoids, fistulae and fissures: office and hospital management - a critical review. *Yearb. Med.*, 111-153, 1978.
- FERREIRA, C.A.B.; LACOMBE, D.L.P. & MIGUEL, W. Tratamento cirúrgico da fissura anal: esfínterectomia ou fissurectomia? *Rev. Bras. Colo-Proct.*, 1:161-167, 1981.
- FONSECA, F.P. & ROCHA, P.R.S. *Cirurgia ambulatorial*. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1979. 424p.
- FORMENTO, E.; SCAGLIA, M.; CUCCURU, F. & TERRANDO, R. Terapia delle ragadi anali. *Minerva Chir.*, 40:799-802, 1985.
- FORTES, H. & PACHECO, G. *Dicionário médico*. Rio de Janeiro, M. de Mello, 1968. 1139p.
- FRAIHA, A.; HABR-GAMA, A.; VERANI, E. & GOFFI, F.S. Esfínterectomia lateral no tratamento da fissura anal: técnica e resultados. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. Univ. S. Paulo*, 30:161-164, 1975.
- FREITAS, J. & FIGUEIREDO, A.B. *Cirurgia de ambulatório - texto e atlas*. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1988, 187p.
- FRIES, B. & RIETZ, K.A. Treatment of fissure in ano. *Acta Chir. Scand.*, 128:312, 1964.
- GABRIEL, W.B. *The principles and practice of rectal surgery*. London, H.K. Lewis, 1932. p.72.
- GABRIEL, W.B. The treatment of pruritus ani and anal fissure. *Br. Med. J.*, 2:311-312, 1930.
- GABRIEL, W.B. The treatment of pruritus ani and anal fissure: the use of anaesthetic solutions in oil. *Br. Med. J.*, 1:1070-1929.

- GINGOLD, B.S. Simple in-office sphincterotomy with partial fissurectomy for chronic anal fissure. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 165:46-48, 1987.
- GOLIGHER, J.C. An evaluation of internal sphincterotomy and simple sphincter-stretching in the treatment of fissure-in-ano. *Surg. Clin. North Am.*, 45:1299-1304, 1965.
- GOLIGHER, J.C. *Surgery of the anus, rectum and colon*. 4.ed. London, Baillière Tindall, 1980.
- GOLIGHER, J.C.; BRAHAM, N.G.; CLARK, C.G.; DOMBAL, F.T.; GILLES, G. The value of stretching the anal sphincters in the relief of post-hemorrhoidectomy pain. *Br. J. Surg.*, 56:859-861, 1969.
- GOLIGHER, J.C.; LEACOCK, A.G. & BROSSY, J.J. Surgical anatomy of the anal canal. *Br. J. Surg.*, 43:51-61, 1955.
- GOUGH, M.J. & LEWIS, A. The conservative treatment of fissure-in-ano. *Br. J. Surg.*, 70:175-176, 1983.
- GRAHAM-STEWART, C.W. The etiology and treatment of fissure in ano. *Int. Abstr. Surg.*, 115:511-522, 1962.
- GRAHAM-STEWART, C.W.; GREENWOOD, R.K. & LLOYD-DAVIES, R.W. A review of fifty patients with fissure in ano. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 113:445-448, 1961.
- GUTIERRES, A.A.G. & CELSO, N.M. Fissura anal: técnica da realização da esfínterectomia interna lateral para o seu tratamento. *Arq. Gastrent.*, 15:183-185, 1987.
- HBR-GAMA, A. Cirurgia anorretal, bases. In: GOFFI, F.S. *Técnica cirúrgica*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1978. p.775-806.
- HADDAD, J. Processos inflamatórios do canal anal-fissura anal. In: Zerbini, E.J. *Clínica Cirúrgica Alípio Corrêa Neto*. São Paulo, Sarvier, 1974. p.240-242.
- HANCOCK, B.O. The internal sphincter and anal fissure. *Br. J. Surg.*, 64:92-95, 1977.
- HANSEN, B.B. & IVERSEN, O.H. Lateral subcutaneous internal sphincterotomy for anal fissure. *Ugeskr. Laeg.*, 148:1199-1200, 1986.
- HARDY, K.J. Internal sphincterotomy: an appraisal with special reference to sequelae. *Br. J. Surg.*, 54:30-31, 1967.

- HARDY, K.J. & CUTHBERTSON, A.M. Lateral sphincterotomy: an appraisal with special reference to sequelae. *Aust. N.Z.J. Surg.*, 39:91-93, 1969.
- HAWLEY, P.R. The treatment of chronic fissure-in-ano: a trial of methods. *Br. J. Surg.*, 56:915-918, 1969.
- HILTUNEN, K.M. & MATIKAINEN, M. Anal manometric evaluation in anal fissure: effect of anal dilatation and lateral subcutaneous sphincterotomy. *Acta Chir. Scand.*, 152:65-68, 1986.
- HOFFMANN, D.C. & GOLIGHER, J.C. Lateral subcutaneous internal sphincterotomy in treatment of anal fissure. *Br. Med. J.*, 3:673-675, 1970.
- HSU, T.C. & MACKEIGAN, J.M. Surgical treatment of chronic anal fissure: a retrospective study of 1753 cases. *Dis. Colon Rectum*, 27:475-478, 1984.
- HUGHES, E.S.R. Anal fissure. *Br. Med. J.*, 2:803-805, 1953.
- HUNTER, A. Anorectal problems: lateral subcutaneous anal sphincterotomy (symposium). *Dis. Colon Rectum*, 18:665-668, 1975.
- JENSEN, S.L.; LUND, F.; NIELSEN, O.V. & TANGE, G. Lateral subcutaneous sphincterotomy versus anal dilatation in the treatment of fissure-in-ano in outpatients: a prospective randomized study. *Br. Med. J. (Clin. Res.)*, 289:528-530, 1984.
- KEIGHLEY, M.R.B.; GRECA, F.; NEVAH, E.; HARES, M. & ALEXANDER-WILLIAMS, J. Treatment of anal fissure by lateral subcutaneous sphincterotomy should be under general anesthesia. *Br. J. Surg.*, 68:400-401, 1981.
- KUYPERS, H.C. Is there really sphincter spasm in anal fissure? *Dis. Colon Rectum*, 26:493-494, 1983.
- LAGRANGE, M. Plea for surgery of anal fissure in adults, (letter). *Presse Med.*, 15:1730, 1986.
- LAHTI, P.T. Ambulatory surgery continues to prove itself. *Mich. Med.*, 80:109, 1981.
- LOCKHART-MUMMERY, H.E. *Operative surgery*. London, Butterworths, 1957. Part IV, p. 11.
- MAGEE, H.R. & THOMPSON, H.R. Internal anal sphincterotomy as an out-patient operation. *Gut*, 7:190-193, 1966.

- MAZIER, W.P. An evaluation of the surgical treatment of anal fissures. *Dis. Colon Rectum*, 15:222-227, 1972.
- MEDWELL, S.J. & FRIEND, W.G. Out patient anorectal surgery. *Dis. Colon Rectum*, 22:480-482, 1979.
- MILLAR, D.M. Subcutaneous lateral internal anal sphincterotomy for anal fissure. *Br. J. Surg.*, 58:737-739, 1971.
- MILLIGAN, E.T.C. & MORGAN, C.N. Surgical anatomy of the anal canal: with special reference to anorectal fistulae. *Lancet*, 2:1213-1217, 1934.
- MOORE, H.D. Treatment of fissure-in-ano. *Lancet*, 1:909, 1964.
- MOREIRA, H.; SEBBA, F.; MENDONÇA, T. & AZEVEDO, I.F. Tratamento da fissura anal crônica pela esfínterectomia lateral. *Rev. Goiana Med.*, 21:57-60, 1975.
- NORA, J. Current data on fissures and their treatment. *Ann. Gastroenterol. Hepatol.*, 22:355-359, 1986.
- NORDSTRAND, K.; GAUPERAA, T. & GIERCKSKY, K.E. Anal fissure: lateral subcutaneous internal sphincterotomy. *Tidsskr Nor Laegeforen.*, 105:1699-1701, 1985.
- NOTARAS, M.J. Lateral subcutaneous sphincterotomy for anal fissure: a new technique. *Proc. R. Soc. Med.*, 62:713, 1969.
- NOTARAS, M.J. Treating fissure-in-ano out-patients under local anaesthesia (letter). *Br. Med. J. (Clin. Res.)*, 289:1539, 1984.
- NOTARAS, M.J. The treatment of anal fissure by lateral subcutaneous internal sphincterotomy: a technique and results. *Br. J. Surg.*, 58:96-100, 1971.
- NUNES, V. *Doenças do reto e anus*. São Paulo, Ed. Manole, 1981. p. 108-117.
- OLIVEIRA, E. & MAFFEI, W.E. Pecten: pectenosis; sua relação com as pequenas lesões do canal anal. *Rev. Gastroenterol. São Paulo*, 5:7-14, 1942.
- PANDINI, L.C.; FERREIRA, C.A.B.; LACOMBE, D.L.P. & FERREIRA, J.J. Tratamento ambulatorial da fissura anal. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE COLO-PROCTOLOGIA, Rio de Janeiro, 1984. *Temas livres*.
- PARKS, A.G. The management of fissure-in-ano. *Hosp. Med.*, 1:737-738, 1967.

PETROZZI, C.A.; BREA, R.C. & CELESTE, F. Anal fissure surgical treatment and histopathology. *Am. J. Proctol.*, 18:108, 1967.

PINHO, M. Cirurgia anorretal ambulatorial - uma evolução necessária. *Rev. Bras. Colo-Proct.*, 7:5-6, 1987.

QUILICI, F.A. *Análise dos resultados do tratamento cirúrgico da estenose anal pós-operatória: utilização de uma técnica de anoplastia com retalhos pediculados, cutâneo e mucoso.* Campinas, 1986. Tese de Mestrado - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

QUILICI, F.A.; OLIVEIRA, L.A.R.; CORDEIRO, F.; REIS JUNIOR, J.A. & REIS NETO, J.A. Tratamento ambulatorial da fissura anal. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE COLO-PROCTOLOGIA, Foz de Iguaçu, 1987. *Temas livres*.

QUILICI, F.A. & REIS NETO, J.A. Tratamento da fissura anal aguda. *Rev. Assoc. Paul. Med.*, 84:111-112, 1974.

QUILICI, F.A.; REIS NETO, J.A. & BATAGINI, G.A. Tratamento ambulatorial das hemorróidas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE COLO-PROCTOLOGIA, 33, Campinas, 1983. *Temas livres*.

RAVIKUMAR, T.S.; SRIDHAR, S. & RAO, R.N. Subcutaneous lateral internal sphincterotomy for chronic fissure-in-ano. *Dis. Colon Rectum*, 25:798-801, 1982.

RAY, J.E.; PENFOLD, J.C.B.; GATHRIGHT JUNIOR, J.B. & ROBERSON, S.H. Lateral subcutaneous internal anal sphincterotomy for anal fissure. *Dis. Colon Rectum*, 17:13-144, 1974.

REBEL, K. Anoplastia semi-fechada: uma nova maneira de tratamento cirúrgico para a fissura anal crônica e estenose anal. *Rev. Bras. Colo-Proct.*, 4:80-86, 1984.

REIS NETO, J.A. Hemorroidectomias. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 22:14-17, 1976.

REIS NETO, J.A. & QUILICI, F.A. Ensaio clínico aberto comparativo em pós-operatório imediato de hemorroidectomia: mucilóide hidrófilo de Psillium e farelo de trigo. *F. Med.*, 87:189-194, 1983.

REIS NETO, J.A. & QUILICI, F.A. Novos aspectos no tratamento da fissura anal aguda. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PROCTOLOGIA, Rio de Janeiro, 1973. *Temas livres*.

- REIS NETO, J.A. & QUILICI, F.A. Tratamento ambulatorial das hemorróidas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PROCTOLOGIA, Goiânia, 1977. *Temas livres*.
- REIS NETO, J.A. & QUILICI, F.A. Tratamento ambulatorial das hemorróidas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PROCTOLOGIA, Porto Alegre, 1978. *Temas livres*.
- REIS NETO, J.A.; QUILICI, F.A.; MEDEIROS, R.R. & BATAGINI, G.A. Tratamento ambulatorial das hemorróidas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PROCTOLOGIA, Rio de Janeiro, 1980. *Temas livres*.
- REIS NETO, J.A.; QUILICI, F.A.; OLIVEIRA, L.A.R.; FARIA JÚNIOR, P.C.; CORDEIRO, F. & REIS JUNIOR, J.A. Eficácia e segurança de uma associação laxativa no pós-operatório imediato de cirurgias colo-proctológicas. *Rev. Bras. de Clín. Terap.*, 15:21-26, 1986.
- REY, L. *Como redigir trabalhos científicos*. São Paulo, Edgard Blücher, 1972. 128p.
- RIBEIRO, M.C. Esfincterotomia subcutâneo mucosa no tratamento da fissura anal: técnica original. *Rev. Med. Cir. São Paulo*, 18:399-416, 1958.
- RIBEIRO, M.C. Importância do esfícter anal interno na proctologia clínica e cirúrgica. *Rev. Med. Cir. Farm.*, 287: 115-122, 1960.
- RIBEIRO, M.C. Importância do esfícter interno do ânus. Técnica original para a esfincterotomia no tratamento da fissura anal (398 casos). *Trib. Méd.*, set.:64-74, 1967.
- RUDD, W.W.H. Lateral subcutaneous internal sphincterotomy for chronic anal fissure, an outpatient procedure. *Dis. Colon Rectum*, 18:319-323, 1975.
- SANAN, D.P. & SINGH, A. Results of sphincter dilatation under local anesthesia in anal fissure: report of 100 cases. *Dis. Colon Rectum*, 11:470-472, 1968.
- SANTOS, H.O. *Cirurgia ambulatorial em pediatria*. Campinas, 1984. Tese de Doutorado - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)
- SANTOS, H.O. *Cirurgia ambulatorial em pediatria*. São Paulo, Panamed Editora, 1986. 116p.
- SCHOUTEN, W.R. & VAN VROONHOVEN, J.M.V. Fissure-in-ano: treatment results following lateral internal sphincterotomy. *Ned. Tijdschr. Geneesk.*, 128:540-543, 1984.

- TURELL, R. The surgical treatment of chronic anal fissure. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 88:434, 1948.
- VIEIRA, S. & HOFFMANN, R. *Elementos de estatística*. São Paulo, Atlas, 1986.
- WARDE, P.J. & CUTAIT, D.E. O emprego de terapias laxantes em hemorroidectomias - estudo comparativo. *F. Med. (Br.)*, 3:44-49, 1976.
- WATTS, J.M.; BENNETT, R.C. & GOLIGHER, J.C. Stretching of anal sphincters in treatment of fissure-in-ano. *Br. Med. J.*, 2:342-343, 1964.
- WEAVER, R.M.; AMBROSE, N.S.; ALEXANDER-WILLIAMS, J. & KEIGHLEY, M.R.B. Manual dilatation of the anus versus lateral subcutaneous sphincterotomy in the treatment of chronic fissure-in-ano: results of a prospective, randomized clinical trial. *Dis. Colon Rectum*, 30:420-423, 1987.

X. TABELA GERAL
 RELAÇÃO DOS PACIENTES OPERADOS

Número do caso	Sexo	Idade (anos)	Data da cirurgia	Local da fissura	Enfermidade associada	Cirurgia	Complicações
001	F	30	29.08.86	Post.		E.L.	
002	F	36	05.09.86	Post.		E.L.	
003	M	39	25.02.86	Post.		E.L.	
004	F	45	14.01.86	Post.		E.L.	
005	M	63	21.12.87	Post.		E.L.	+ que 4 sem. p/ cicatriz./dor++
006	F	59	06.02.87	Post.	Plicoma	E.L./EX.	
007	F	27	26.12.86	Ant.	Plicoma/Papila	E.L./EX.PAP.	
008	M	55	10.04.86	Post.		E.L.	
009	M	60	21.01.86	Post.		E.L.	
010	M	40	25.04.86	Post.		E.L.	
011	F	29	11.02.87	Post.	Plicoma	E.L./EX.	
012	F	49	11.06.87	Post.	Plicoma	E.L./EX.	

Continua

TABELA GERAL. Continuação

Número do caso	Sexo	Idade (anos)	Data da cirurgia	Local da fissura	Enfermidade associada	Cirurgia	Complicações
013	F	65	11.03.87	Post.	Plicoma	E.L./EX.	
014	F	42	12.06.86	Post.		E.L.	
015	F	40	13.03.86	Post.		E.L.	Equimose
016	F	38	24.11.86	Post.		E.L.	
017	F	59	20.01.86	Post.		E.L.	+ que 4 sem. p/ cicatriz./incont.
018	M	37	01.09.86	Post.		E.L.	Lesão de mucosa (<0,3cm)
019	M	46	15.12.86	Post.		E.L.	
020	M	68	11.03.87	Post.		E.L.	
021	F	52	04.09.86	Post.		E.L.	
022	F	62	27.10.87	Post.	Plicoma	E.L./EX.	
023	F	53	24.02.87	Post.	Papila	E.L./PAP.	
024	F	53	02.10.87	Post.		E.L.	Incont. p/ gases
025	F	44	20.03.87	Post.		E.L.	

Continua

TABELA GERAL. Continuação

Número do caso	Sexo	Idade (anos)	Data da cirurgia	Local da fissura	Enfermidade associada	Cirurgia	Complicações
026	F	31	21.08.87	Ant.		E.L.	
027	F	47	16.05.86	Ant./Post.		E.L.	
028	M	71	14.08.87	Post.		E.L.	
029	M	50	13.04.87	Post.		E.L.	
030	F	26	14.11.86	Post.		E.L.	
031	F	53	13.02.86	Ant.		E.L.	
032	M	29	20.02.86	Post.		E.L.	
033	F	36	14.07.87	Ant./Post.		E.L.	
034	M	36	02.04.87	Post.		E.L.	Fístula perianal/ dor++
035	F	29	05.08.86	Post.		E.L.	
036	F	20	12.08.86	Post.		E.L.	Lesão da mucosa (>0,3cm)
037	F	56	25.09.87	Post.		E.L.	
038	M	33	01.06.87	Post.	Papila	E.L./PAP.	

Continua

TABELA GERAL. Continuação

Número do caso	Sexo	Idade (anos)	Data da cirurgia	Local da fissura	Enfermidade associada	Cirurgia	Complicações
039	F	37	27.03.87	Post.		E.L.	
040	F	30	14.08.86	Post.		E.L.	
041	F	46	29.05.87	Post.		E.L.	Incont. p/ gases
042	F	47	10.02.87	Post.	Plicoma/Papila	E.L./EX.PAP.	
043	M	31	31.01.86	Post.		E.L.	
044	F	40	29.08.86	Post.		E.L.	
045	F	39	16.10.86	Ant.		E.L.	
046	F	54	15.12.87	Post.		E.L.	
047	F	38	05.08.86	Post.		E.L.	
048	M	53	19.12.86	Post.		E.L.	
049	F	30	20.05.86	Post.		E.L.	
050	F	32	15.04.87	Post.		E.L.	Incont. p/ gases
051	F	39	07.08.86	Post.		E.L.	

Continua

TABELA GERAL. Continuação

Número do caso	Sexo	Idade (anos)	Data da cirurgia	Local da fissura	Enfermidade associada	Cirurgia	Complicações
052	F	34	25.09.87	Ant.	Plicoma	E.L./EX.	
053	F	26	29.07.87	Post.	Plicoma	E.L./EX.	
054	F	32	02.12.87	Post.		E.L.	
055	F	44	21.08.87	Post.	Plicoma	E.L./EX.	
056	M	68	09.01.87	Ant.		E.L.	
057	F	43	02.02.87	Post.	Papila	E.L./PAP.	Lesão de mucosa (>0,3cm)
058	M	38	20.02.86	Post.		E.L.	Incont. p/ gases
059	F	41	30.01.86	Post.		E.L.	Lesão de mucosa (>0,3cm)
060	F	26	16.05.86	Post.		E.L.	Incont. p/ gases
061	M	54	21.08.87	Post.		E.L.	
062	M	39	15.09.86	Post.		E.L.	
063	M	75	27.03.86	Post.		E.L.	
064	M	18	03.11.87	Post.		E.L.	

Continua

TABELA CERAL. Continuação

Número do caso	Sexo	Idade (anos)	Data da cirurgia	Local da fissura	Enfermidade associada	Cirurgia	Complicações
065	M	70	25.04.86	Post.		E.L.	
066	M	52	03.10.86	Post.		E.L.	
067	M	75	22.01.87	Post.		E.L.	
068	M	37	05.09.86	Post.		E.L.	
069	M	21	10.01.86	Post.	Plicoma	E.L./EX.	
070	M	40	10.01.86	Post.		E.L.	
071	M	32	23.01.87	Post.		E.L.	Fístula perianal/ dor++
072	M	42	05.06.87	Post.		E.L.	
073	M	24	15.05.87	Post.	Papila	E.L./PAP.	
074	F	58	21.12.87	Ant.	Plicoma	E.L./EX.	
075	M	50	13.02.86	Post.		E.L.	
076	M	48	21.11.86	Post.		E.L.	
077	F	48	06.11.87	Post.		E.L.	

Continua

TABELA GERAL. Continuação

Número do caso	Sexo	Idade (anos)	Data da cirurgia	Local da fissura	Enfermidade associada	Cirurgia	Complicações
078	F	33	06.06.86	Post.		E.L.	
079	F	30	27.03.86	Post.	Plicoma	E.L./EX.	
080	F	67	23.06.87	Post.	Plicoma	E.L./EX.	
081	F	39	01.12.86	Post.		E.L.	Dor++
082	F	44	16.10.87	Ant.	Plicoma	E.L./EX.	
083	F	27	23.05.86	Post.		E.L.	
084	F	43	05.06.87	Post.	Papila	E.L./PAP.	
085	F	20	29.06.87	Post.		E.L.	
086	F	42	02.09.86	Post.		E.L.	
087	F	37	17.11.86	Post.		E.L.	Hematoma
088	M	29	21.07.87	Post.		E.L.	Incont. p/ gases
089	M	61	17.10.86	Post.		E.L.	
090	F	57	13.03.87	Post.	Plicoma	E.L./EX.	

Continua

TABELA GERAL. Continuação

Número do caso	Sexo	Idade (anos)	Data da cirurgia	Local da fissura	Enfermidade associada	Cirurgia	Complicações
091	F	28	27.03.86	Post.	Plicoma	E.L./EX.	
092	F	55	03.11.86	Post.		E.L.	
093	F	41	13.02.86	Post.		E.L.	
094	F	64	05.12.86	Post.		E.L.	
095	F	41	15.09.86	Ant./Post.	Plicoma	E.L./EX.	Dor++
096	M	44	02.02.87	Post.		E.L.	
097	M	39	29.04.86	Post.		E.L.	
098	M	32	14.08.87	Post.	Plicoma	E.L./EX.	
099	M	46	03.10.87	Post.		E.L.	
100	M	29	10.10.86	Post.		E.L.	Equimose
101	F	37	19.06.87	Post.	Plicoma/Papila	E.L./PAP.EX.	
102	F	39	30.09.86	Post.		E.L.	
103	F	44	23.10.87	Post.	Plicoma	E.L./EX.	

Continua

TABELA GERAL. Continuação

Número do caso	Sexo	Idade (anos)	Data da cirurgia	Local da fissura	Enfermidade associada	Cirurgia	Complicações
104	M	18	25.09.86	Post.		E.L.	
105	F	53	25.09.86	Post.		E.L.	
106	F	46	29.08.86	Post.		E.L.	
107	F	59	07.03.86	Ant./Post.		E.L.	
108	F	36	23.10.87	Post.	Plicoma	E.L./EX.	
109	F	26	04.06.87	Post.		E.L.	
110	F	26	22.08.86	Post.		E.L.	
111	F	31	27.01.87	Ant.		E.L.	
112	F	45	11.03.86	Ant.		E.L.	Incont. p/ gases
113	M	48	27.02.86	Post.		E.L.	
114	F	33	03.03.86	Post.		E.L.	
115	F	31	12.02.87	Post.		E.L.	
116	M	33	17.10.86	Post.		E.L.	

Continua

TABELA GERAL. Continuação

Número do caso	Sexo	Idade (anos)	Data da cirurgia	Local da fissura	Enfermidade associada	Cirurgia	Complicações
117	F	40	06.02.87	Post.	Papila	E.L./PAP.	Dor++
118	M	58	27.02.87	Post.		E.L.	
119	F	43	01.07.86	Post.	Papila	E.L./PAP.	Dor++
120	F	28	03.06.87	Post.	Plicoma/Papila	E.L./PAP.EX.	Dor++
121	F	61	17.08.87	Ant./Post.	Plicoma	E.L./EX.	
122	F	36	30.05.86	Post.	Plicoma	E.L./EX.	
123	F	36	29.01.87	Ant.	Plicoma	E.L./EX.	
124	F	18	20.01.87	Post.	Papila	E.L./PAP.	Incont. p/ gases
125	F	56	07.05.86	Post.		E.L.	
126	F	39	02.09.86	Ant./Post.	Plicoma	E.L./EX.	Dor++
127	F	18	26.08.86	Post.	Plicoma	E.L./EX.	
128	F	34	26.09.86	Post.		E.L.	Recidiva (39 mês) dor++
129	M	64	20.07.87	Post.		E.L.	

Continua

TABELA GERAL. Continuação

Número do caso	Sexo	Idade (anos)	Data da cirurgia	Local da fissura	Enfermidade associada	Cirurgia	Complicações
130	M	59	29.12.86	Post.		E.L.	
131	M	29	27.03.86	Ant.		E.L.	Lesão de mucosa (<0,3cm)
132	F	34	30.09.86	Post.	Plicoma	E.L./EX.	
133	M	42	08.05.86	Post.		E.L.	
134	M	56	30.03.87	Post.		E.L.	
135	M	56	18.03.86	Post.		E.L.	
136	F	46	14.10.87	Post.		E.L.	
137	M	60	18.12.87	Post.		E.L.	
138	M	49	18.04.86	Post.	Plicoma	E.L./EX.	Incont. p/ gases
139	F	37	24.02.86	Ant./Post.		E.L.	
140	F	43	16.10.86	Post.	Plicoma	E.L./EX.	
141	M	42	20.11.86	Post.		E.L.	
142	M	39	19.09.86	Post.		E.L.	

Continua

TABELA GERAL. Continuação

Número do caso	Sexo	Idade (anos)	Data da cirurgia	Local da fissura	Enfermidade associada	Cirurgia	Complicações
143	F	43	23.09.87	Post.		E.L.	
144	M	57	01.08.86	Post.	Plicoma	E.L./EX.	
145	M	38	25.04.86	Post.		E.L.	
146	M	26	17.07.86	Post.		E.L.	
147	F	47	24.03.87	Post.		E.L.	
148	M	29	03.06.86	Post.	Papila	E.L./PAP.	
149	M	33	09.05.86	Post.		E.L.	
150	M	47	14.12.87	Post.		E.L.	Incont. p/ gases
151	F	36	08.08.87	Post.		E.L.	
152	F	27	24.10.86	Ant.	Plicoma	E.L./EX.	
153	F	33	05.12.86	Post.		E.L.	
154	F	33	25.04.86	Post.		E.L.	
155	F	37	24.11.87	Post.	Papila	E.L./PAP.	Dor++

Continua

TABELA GERAL. Continuação

Número do caso	Sexo	Idade (anos)	Data da cirurgia	Local da fissura	Enfermidade associada	Cirurgia	Complicações
156	M	22	27.03.87	Post.		E.L.	
157	M	45	23.11.87	Post.		E.L.	
158	F	40	23.02.87	Post.		E.L.	
159	F	37	06.04.87	Post.	Papila	E.L./PAP.	
160	F	29	08.08.86	Post.		E.L.	
161	F	38	26.11.87	Post.		E.L.	
162	F	60	02.06.86	Ant.	Plicoma/Papila	E.L./PAP./EX.	
163	F	31	19.12.86	Post.	Plicoma	E.L./EX.	
164	F	35	10.09.87	Post.	Papila/Plicoma	E.L./PAP./EX.	Dor++
165	F	57	21.11.86	Post.		E.L.	
166	F	51	23.05.86	Post.	Plicoma	E.L./EX.	
167	F	23	03.04.87	Post.		E.L.	
168	F	40	16.05.86	Post.	Plicoma	E.L./EX.	

Continua

TABELA GERAL. Continuação

Número do caso	Sexo	Idade (anos)	Data da cirurgia	Local da fissura	Enfermidade associada	Cirurgia	Complicações
169	F	32	04.05.87	Post.		E.L.	
170	F	65	06.02.87	Post.	Plicoma	E.L./EX.	
171	F	34	19.12.86	Post.	Papila/Plicoma	E.L./PAP./EX.	Dort++
172	F	49	11.06.87	Post.	Papila	E.L./PAP.	
173	F	39	09.05.86	Ant./Post.	Plicoma	E.L./EX.	
174	F	25	15.08.86	Post.		E.L.	
175	M	55	02.10.86	Post.		E.L.	
176	M	42	11.05.87	Post.		E.L.	
177	M	24	18.09.87	Post.	Plicoma	E.L./EX.	Incont. p/ gases
178	M	36	20.10.86	Post.		E.L.	
179	F	45	25.02.86	Post.		E.L.	
180	F	30	21.05.87	Lat.		E.L.	
181	M	29	16.10.86	Ant./Post.		E.L.	

Continua

TABELA GERAL. Conclusão

Número do caso	Sexo	Idade (anos)	Data da cirurgia	Local da fissura	Enfermidade associada	Cirurgia	Complicações
182	M	37	17.01.86	Post.		E.L.	
183	F	42	18.05.87	Post.	Plicoma	E.L./EX.	Dor++
184	M	61	27.01.87	Post.		E.L.	
185	M	52	12.02.87	Post.	Papila	E.L./PAP.	
186	M	44	21.01.86	Post.		E.L.	
187	F	28	21.11.86	Post.	Plicoma	E.L./EX.	
188	M	46	23.01.87	Post.		E.L.	
189	M	59	25.08.86	Ant./Post.		E.L.	
190	M	34	05.05.86	Post.	Plicoma	E.L./EX.	
191	M	30	21.10.86	Post.		E.L.	Recidiva (60 mês) dor++
192	M	44	16.05.86	Post.		E.L.	
193	M	29	03.12.87	Post.		E.L.	
194	M	42	11.05.87	Post.		E.L.	Incont. p/ gases
195	F	34	23.01.87	Post.	Plicoma	E.L./EX.	

M: Masculino; F: Feminino; Post.: Posterior; Ant.: Anterior; Lat.: Lateral; E.L.: Esfincterotomia Lateral Interna Subcutânea;

PAP.: Papilectomia; EX.: Exérese de Plicoma.