

## PATOLOGIA ORIFICIAIS. TEMA I-FISSURA ANAL

José Hyppólito da SILVA\*

SILVA, J. H. Patologias orificiais. Tema I-Fissura anal. Arq. med. ABC, 2 (2): 73-5, 1979

**RESUMO:** A fissura anal constitui-se em uma das afecções mais comuns em proctologia, assumindo grande importância clínica pela dor que acarreta. Vários métodos têm sido propostos para o seu tratamento, mas é a esfínterectomia lateral instantânea aquela que tem dado melhor resultado na experiência do autor.

**UNTERMOS:** Ânus; Fissura. Cirureia; Esfínterectomia lateral.

A fissura anal constitui uma das das lesões mais frequentes em patologia proctológica. Apresenta-se como uma solução de continuidade do epitélio de revestimento do canal anal, de forma elíptica, disposta no sentido longitudinal, quase sempre na linha mediana posterior, com cerca de um centímetro de extensão, de bordas salientes e leito constituído por tecido fibromuscular.

A fissura anal é conseqüente a processo infeccioso da cripta anal, quer provocado por traumatismo de fezes endurecidas ou corpos estranhos, quer por infecção intestinal. A propagação da infecção críptica ao tecido celular sub-cutâneo do canal anal provoca uma necrose do epitélio de revestimento dando surgimento à ulceração. A fissura pode também ser devida a uma superdistensão da linha pectínea provocada no ato da defecação.

Situa-se, na maioria dos casos, na linha mediana posterior, provavelmente pelo maior número de criptas nessa localização.

O leito da fissura é constituído, inicialmente, por fibras do músculo longitudinal combinado; estas se inflamam e ulceram e o leito torna-se, então, representado pelas fibras transversas subjacentes da porção distal do músculo esfínter interno, apresentando aspecto de tecido fibrosado.

A infecção pode propagar-se a estruturas vizinhas, como à papila correspondente, ocasionando o aparecimento de uma formação saliente, que recebe a denominação de papilite ou pólipio fibroso, ou ao tegumento caudal, originando uma exuberância conhecida como plicoma sentinela, que nada mais é do que uma seqüela de linfangite regional. Outras vezes a infecção ocasiona a formação de abscesso local.

### SINTOMATOLOGIA E DIAGNÓSTICO

A dor constitui a principal queixa do paciente. É intensa, em queimação, facada ou rasgadura, relacionada sempre com o ato da evacuação e durando em geral várias horas. O sangramento é raro e em geral mínimo.

O exame proctológico revela, à inspeção, uma úlcera com os caracteres e localização já descritos (Fig. 1); se a fissura for lateral ou múltipla, deve-se pensar em etiologia específica. O toque retal mostra um espasmo acentuado da musculatura esfíntérica e é extremamente doloroso, fato este que limita o exame proctológico. Este pode ser complementado sob anestesia, durante o ato cirúrgico.

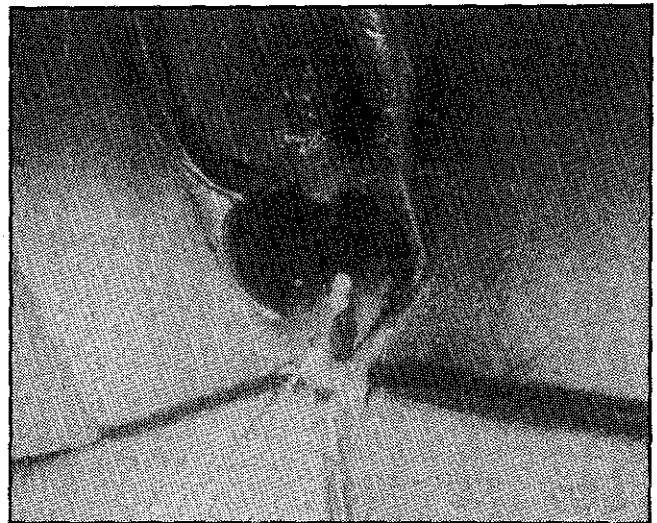


Fig. 1 - Fissura anal - notar plicoma e papilite

### TRATAMENTO

A sintomatologia pode ser mitigada com o uso de medidas higieno-dietéticas e medicamentosas, mas é o tratamento cirúrgico que oferece melhores resultados na grande maioria dos casos. Três técnicas têm sido utilizadas no tratamento da fissura anal crônica.

### FISSURECTOMIA E ESFÍNCTEROTOMIA

Consiste na exérese da fissura com seus anexos (Fig. 2) em uma peça triangular de pele perianal, seguida de esfínterectomia.

\* Professor Assistente Doutor da Faculdade de Medicina da USP; Assistente do Serviço de Cóloons e Reto do Hospital das Clínicas de São Paulo (Depto. de Cirurgia); Chefe do Serviço de Proctologia do Hospital Heliópolis de São Paulo (INAMPS).

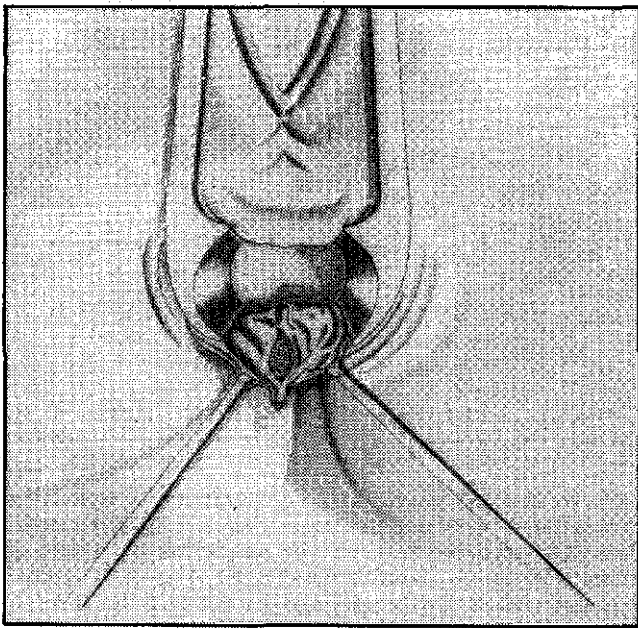


Fig. 2 - Fissura anal, plicoma e papilite

Como preparo faz-se lavagem intestinal e tricotomia perianal na noite que antecede à cirurgia. A intervenção é executada sob anestesia, e o paciente é colocado em posição de litotomia. A primeira manobra consiste na dilatação suave do esfíncter anal, após colocação de um afastador tipo Pitanga Santos, efetua-se uma incisão triangular de base externa e vértice interno, no qual estão incluídos a fissura, o plicoma e a papila (Fig. 3). O retalho cutâneo-mucoso é removido após transfixação e ligadura do vértice com catgut 00 simples (Fig. 4). Seccionam-se a seguir as últimas fibras do músculo esfíncter interno, em quantidade suficiente para provocar relaxamento esfíncteriano adequado (Fig. 5). Tampona-se a ferida cirúrgica com uma película de gelfoan.

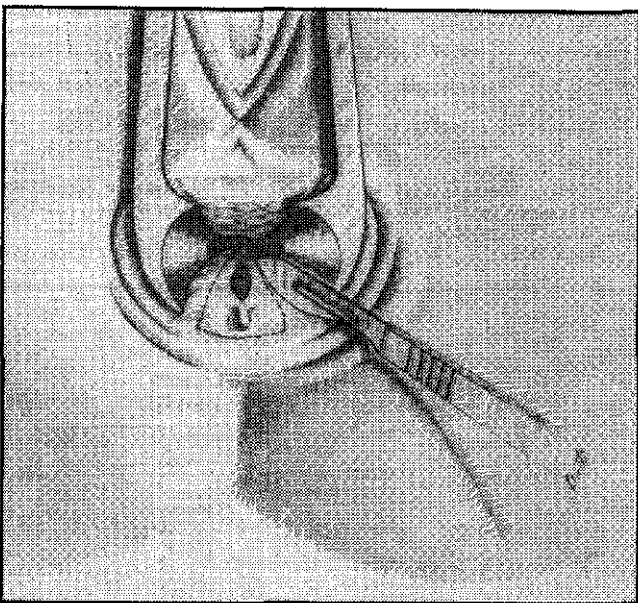


Fig. 3 - Incisão triangular

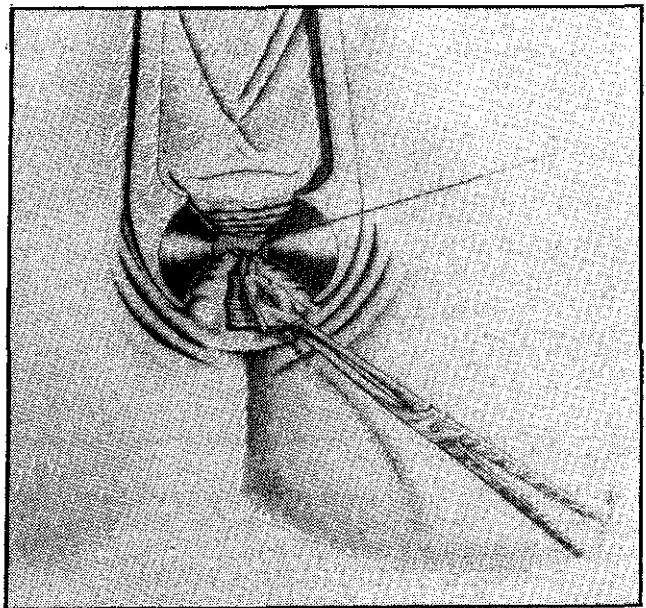


Fig. 4 - Transfixação e ligadura

Na tarde do dia cirúrgico, o paciente ingere líquido e a partir do segundo dia recebe dieta geral. Laxativos suaves são administrados durante alguns dias. O toque retal é realizado semanalmente até a cura da ferida cirúrgica.

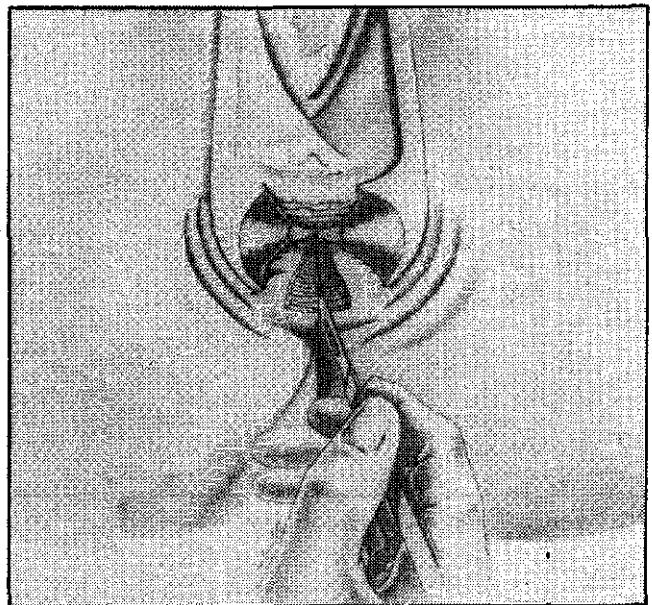


Fig. 5 - Esfincterotomia

#### ESFINCTEROTOMIA LATERAL

Consiste na incisão da pele na altura das 3 horas, a 2 cm da borda anal, numa extensão de 1 a 2 cm, identificação e secção das últimas fibras do músculo esfíncter interno, hemostasia e sutura da pele com fio absorvível (Fig. 6). Caso haja plicoma e papilite pratica-se a excisão dos mesmos.

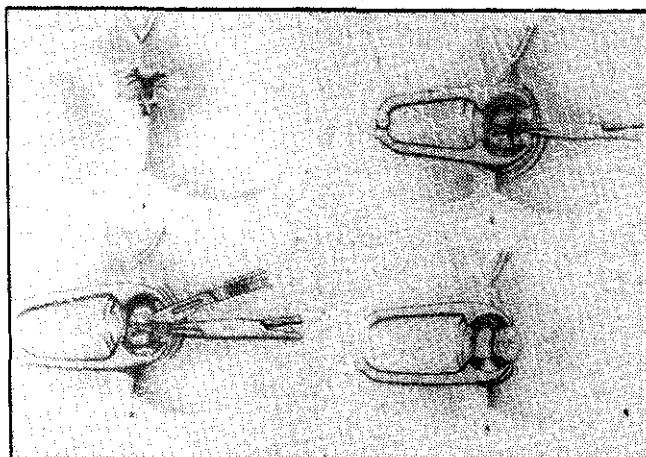


Fig. 6 - Esfincterotomia lateral

O alívio da dor é imediato. Os cuidados pré e pós operatórios são semelhantes àqueles utilizados nos pacientes submetidos a fissurectomia.

#### ESFINCTEROTOMIA LATERAL INTERNA SUB-CUTÂNEA

Consiste na colocação de um afastador tipo Pitanga Santos com suas lâminas dispostas no sentido ântero-posterior; o afastador é aberto até provocar uma discreta dilatação do canal anal. O Esfincter interno é, então, facilmente apalpado como se fora uma corda esticada e proeminente na porção lateral (Fig. 7). Introduce-se, através do sulco existente entre os músculos esfincter interno e externo, uma lâmina de bisturi nº 11 com a face cortante voltada para trás, até a linha pectí-

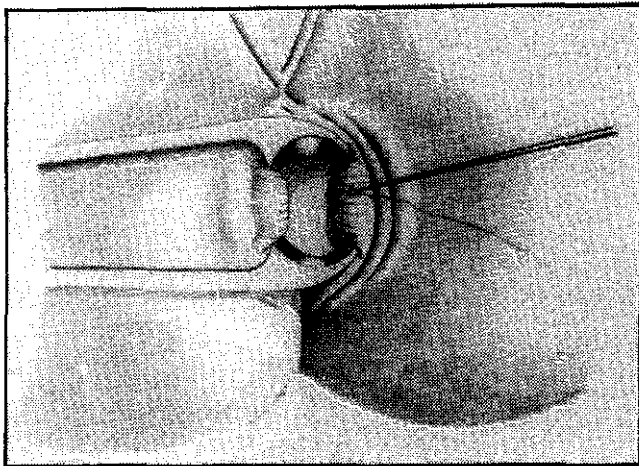


Fig. 7 - Estilete mostrando esfincter interno distendido

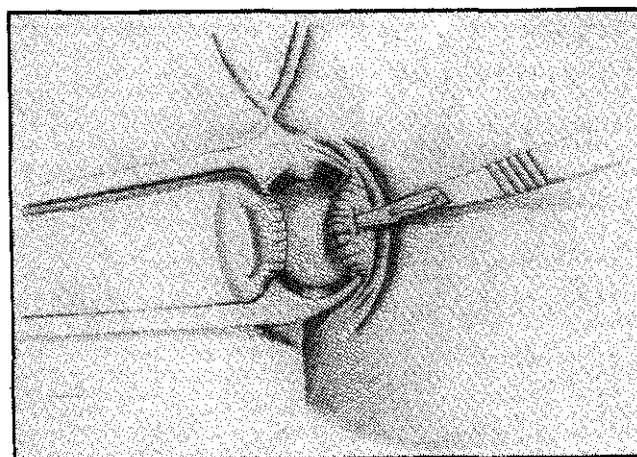


Fig. 8 - Introdução de bisturi lâmina 11 para esfincterotomia

nea; volta-se, então, o bordo cortante em direção à luz intestinal e suavemente pratica-se a esfincterotomia, tomando-se o cuidado de não se incisar o epitélio de revestimento do canal anal (Fig.8). Faz-se, a seguir, compressão da ferida operatória e retira-se o espéculo; caso haja plicoma satélite e polipo fibroso, pratica-se a excisão dos mesmos.

#### CONCLUSÕES

A fissurectomia, seguida de esfincterotomia, intervenção clássica, constitui, ainda, o método universalmente aceito, em virtude dos resultados satisfatórios, não obstante a demora da cicatrização.

A esfincterotomia lateral constitui também método eficiente, sendo preferido por numerosos serviços. Apresenta a vantagem de ser executada sob visão direta, sendo portanto mais acessível aos cirurgiões menos familiarizados com a moléstia.

Em nossa experiência a técnica da esfincterotomia lateral subcutânea interna constitui a operação preferida, em virtude de ser um método simples, promover pronto alívio da dor, alta hospitalar precoce, rápida cicatrização, excelentes resultados funcionais, e apresentar baixo índice de recidiva.

SILVA, J.H. Orifical pathology. Theme I-anal fissure. Arq. med. ABC, 2 (2): 73-5, 1979.

**SUMMARY:** An anal fissure is one of the most common affections in proctology, and it assumes great clinical importance because of the pain it causes.

Various methods have been proposed for its treatment, but instant lateral sphincterotomy is the one which has produced the best results in the author's experience.

**KEY WORDS:** Anus; Fissure; surgery; Lateral sphincterotomy.

Recebido para publicação em 31-8-1979.  
Aprovado para publicação em 31-8-1979.