

Revista Brasileira de Saúde

ISSN 3085-8089

vol. 1, n. 7, 2025

••• ARTIGO

Data de Aceite: 31/10/2025

PRINCIPAIS TÉCNICAS CIRÚRGICAS PARA TRATAMENTO DE AFECÇÕES ORIFICIAIS: HEMORROIDA, FISSURA ANAL E FÍSTULA ANAL

Maria Beatriz Aparecida Orrú

Eloa Borges Oliveira Andrade

Nathalia Minuncio Nogueira

Miguel Josue Pitta Rodrigues Ferreira de Moraes

Rogério Luporini



Todo o conteúdo desta revista está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

RESUMO: **Introdução:** Doença hemorroidária, fissura anal e fístula anal são afecções anorrectais de alta prevalência na rotina médica e apresentam grande impacto na qualidade de vida dos pacientes, os quais costumam se queixar de dor, sangramento, prolapso e constipação. Por mais que o tratamento ambulatorial seja a primeira linha terapêutica para quadros leves, os mais complexos e refratários costumam exigir correção cirúrgica. **Objetivo:** Sintetizar e informar os profissionais da saúde sobre as indicações e os aspectos cirúrgicos gerais das principais abordagens dessas condições proctológicas. **Metodologia:** Foi feito um levantamento bibliográfico em artigos, livros e documentos científicos, nas bases PubMed, SciELO, Google Acadêmico e bibliotecas virtuais, publicados em português e inglês. Pesquisas fora do tema, incluindo tratamento em gestantes e pediatria, foram excluídas. **Resultados e Discussão:** Hemorroidectomias, principalmente a excisional, costumam ter altas taxas de sucesso e pouca recidiva. A fissura anal crônica e refratária tende a ser tratada, preferencialmente, com a esfinterotomia lateral interna, mas alternativas poupadoras de esfíncter podem ser utilizadas em casos selecionados. Fístulas anais simples tendem a ser corrigidas com fistulotomia, enquanto os casos mais complexos ficam reservados para técnicas preservadoras da musculatura esfinteriana, como uso de sedenho e avanço de retalho. **Conclusão:** A seleção da técnica cirúrgica das afecções anorrectais deve ser individualizada, considerando os sintomas e a anatomia do paciente, além de levar em conta suas expectativas, a eficácia terapêutica e a preservação funcional da continência anal. O domínio das técnicas e o manejo criterioso do paciente são cruciais para melhores resultados clínicos.

Palavras-chave: indicações; hemorroidas; fístula anal; fissura anal; técnica cirúrgica.

INTRODUÇÃO

A proctologia moderna tem buscado demonstrar a importância da preservação das estruturas anatômicas, a fim de evitar sequelas pós-cirúrgicas causadas por incisões nas partes anorrectais, o que é bastante comum e relevante nos casos de fístulas anais e hemorroidas, por exemplo (Tutino *et al.*, 2023). Essas afecções anorrectais não são recentes; são demonstradas na literatura por relatos históricos desde 3.000 a.C. (Burger; Barreto, 2023). Ainda que as técnicas cirúrgicas tenham sofrido diversas modificações no processo evolutivo, o risco de lesionar o esfíncter anal permanece como uma preocupação aos cirurgiões. Nos casos de cirurgias hemorroidárias, a musculatura não costuma ser comprometida (menos de 0,5% dos casos), visto que se trata de estruturas específicas, entretanto os procedimentos indicados para fissura anal, como esfinterotomia lateral interna (ELI), e fístulas complexas, como fistulotomia, demonstram risco importante de incontinência fecal, ultrapassando uma taxa de 50%. Dessa maneira, nesses casos que envolvem maior comprometimento da musculatura, tem sido preferíveis abordagens poupadoras de esfíncter, sendo consideradas um padrão de cuidado desses cenários (Aarons; Senthovich, 2017).

Doença hemorroidária

Considerada uma das afecções anorrectais mais antiga e comum, a doença hemorroidária tem grande relação com o estilo de vida, como dieta inadequada e sedentarismo. No contexto anatômico e fisiológico, os plexos hemorroidários são compostos de coxins vasculares do canal anal, com arteríolas, vênulas e tecido conjuntivo

elástico, sendo sustentados pelos músculos da submucosa, os quais são fundamentais para a continência. A patologia é decorrente de alterações nesses coxins, que causam congestão, dilatação e aumento do volume vascular, provocando o quadro sintomático (Burger; Barreto, 2023).

A classificação das hemorroidas pode ser dada de acordo com a localização (internas, externa ou mistas) ou com uma graduação dos estágios (graus I, II, III e IV). As internas se encontram acima da linha pectínea, com cobertura mucosa e ineração visceral e, por isso, não costumam causar dor, manifestando-se comumente com sangramento vivo e prolapsos. As externas estão abaixo dessa mesma linha, cobertas por anoderma, o que justifica a possível dor intensa em quadros trombosados. As mistas envolvem a vascularização interna e externa (Corman, 2017; Burger; Barreto, 2023). Quando há queixas de dor em hemorroidas internas, o profissional deve suspeitar de complicações agudas, como edema ou trombose, ou até outras afecções, como fissura anal ou abscesso (Burger; Barreto, 2023).

Quanto ao estadiamento em graus, as internas de primeiro grau englobam veias aumentadas sem prolapsos, mas que podem sangrar. O prolapsos ocorre nas hemorroidas de segundo grau, durante a evacuação, e a redução é espontânea, enquanto o terceiro grau exige a redução manual do plexo prolapso. As de quarto grau se encontram em estágio irredutível (Corman, 2017; Aarons; Sentovich, 2017; Burger; Barreto, 2023). Essa classificação orienta a decisão terapêutica: o tratamento conservador costuma ser suficiente para hemorroidas de graus I e II, enquanto as de grau III e IV costumam envolver alguma abordagem cirúrgica (Burger; Barreto, 2023).

Fissura anal

Também considerada uma das afecções anorrectais mais prevalentes na rotina médica, a fissura anal corresponde à segunda causa mais comum de consultas proctológicas, atrás apenas das hemorroidas (Moreira *et al.*, 2003; Higueiro, 2015; Tutino *et al.*, 2023). Essa condição é representada por uma solução de continuidade do epitélio escamoso ou da anoderma, comumente localizada na linha média posterior do canal anal, e, em menor proporção, na linha anterior, principalmente em mulheres (Nelson *et al.*, 2010; Aarons; Sentovich, 2017; Dagnoni; Dagnoni; Howes, 2023). A fissura anal típica é comumente decorrente de um trauma local por esforço evacuatório, causando dor intensa e espasmo do esfíncter anal interno, que mantém e fortalece um ciclo de isquemia, dor e atraso no processo de cicatrização (Nelson *et al.*, 2010; Aarons; Sentovich, 2017).

Quanto ao quadro clínico, a fissura anal costuma causar dor anal aguda e lancinante durante a evacuação, que pode se perdurar por minutos ou até horas após (Moreira *et al.*, 2003; Jopanputra, 2017; Dagnoni; Dagnoni; Howes, 2023; Loureiro *et al.*, 2023). A dor pode provocar medo de evacuar e um consequente quadro de constipação que agrava a condição (Higueiro, 2015; Aarons; Sentovich, 2017). Também pode haver prurido anal, umidade local e, em casos crônicos, presença de plicoma sentinel e papila anal hipertrófica (Aarons; Sentovich, 2017; Loureiro *et al.*, 2023).

Essa afecção pode ser classificada como aguda, quando presente há menos de seis semanas, ou crônicas, há mais de seis semanas, com bordas fibróticas, plicoma sentinel e papila hipertrófica, caracterizando uma úlcera de difícil cicatrização (Higueiro, 2015; Aarons; Sentovich, 2017; Loureiro *et al.*, 2023; Tutino *et al.*, 2023).

O objetivo do tratamento dessa condição é interromper o ciclo de dor e espasmo, a fim de facilitar a cicatrização. A abordagem conservadora inclui dieta rica em fibras, administração de emolientes fecais e banhos de assento, podendo necessitar de nitratos tópicos, bloqueadores de canais de cálcio ou toxina botulínica para controlar o tônus esfíncteriano (Loureiro *et al.*, 2023; Tutino *et al.*, 2023). Em casos crônicos ou de fissuras refratárias, é recomendado o tratamento cirúrgico, principalmente a ELI, sendo considerada a técnica mais eficaz em longo prazo, mas é necessário uma avaliação criteriosa devido ao risco de complicações, como incontinência anal (Higueiro, 2015; Loureiro *et al.*, 2023; Tutino *et al.*, 2023).

Fístula anal

A fistula anal é originada por uma obstrução e posterior infecção das glândulas encontradas nas criptas anais da linha denteadas, podendo evoluir para abscessos anorretais agudos e condições fistulares crônicas (Farret Jr.; Biazus; Leão, 2023). Após a drenagem do abscesso, 30 a 60% dos pacientes podem persistir com o quadro ou recidivar com um episódio inflamatório, caracterizando a formação de uma fistula anal (Aarons; Sentovich, 2017). Os sintomas mais descritos são dor, edema e corrimento, sendo a secreção descrita como purulenta ou mucosa, muito relacionada ao abscesso drenado anteriormente de forma espontânea ou cirúrgica (Ky; Steinhagen, 2017).

A origem criptoglacial corresponde a 90% dos casos, enquanto os outros 10% abrangem causas menos frequentes como doença inflamatória intestinal, trauma, fissura anal, tuberculose e complicações pós-cirúrgicas (Farret Jr.; Biazus; Leão, 2023).

O diagnóstico é baseado nos sintomas, na identificação clínica de uma abertura externa à palpação do trajeto fistuloso e no antecedente pessoal de um abscesso anorretal. É recomendar considerar como fistula qualquer lesão que não cicatrize, podendo utilizar exames de imagem como auxílio diagnóstico em casos complexos ou recorrentes, como a ressonância magnética e a ultrassonografia endoanal, visto que demonstram maior detalhamento anatômico e relação com a musculatura esfíncteriana (Aarons; Sentovich, 2017).

A conduta é exclusivamente cirúrgica, considerando não só a erradicação da fistula, mas também a preservação esfíncteriana de continência. A fistulotomia primária é considerada a abordagem padrão nos casos de fistula simples (Farret Jr.; Biazus; Leão, 2023). Casos mais complexos exigem técnicas poupadoras de esfíncter, visto que a lesão muscular pode implicar condições como incontinência fecal (Aarons; Sentovich, 2017; Farret Jr.; Biazus; Leão, 2023).

Uma vez que as doenças anorretais apresentam alta prevalência e impacto na vida dos pacientes, além dos possíveis riscos funcionais associados às abordagens cirúrgicas, é de grande importância clínico-cirúrgica compreender as diversas indicações e os aspectos cirúrgicos das diferentes abordagens operatórias. Por isso, esta revisão visa fornecer uma visão atualizada e crítica sobre o manejo das principais afecções proctológicas - hemorroide, fissura anal e fistula anal.

JUSTIFICATIVA

Doença hemorroidária, fissura anal e fistula anal são afecções oriciais muito prevalentes na rotina do médico, além de serem condições que afetam bastante a qualidade

de vida dos pacientes. Sintomas como sangramentos, prolapo, edema e dor intensa, principalmente na evacuação, podem proporcionar, ao indivíduo, receio de evacuar e causar um quadro de constipação intestinal, piorando ainda mais o quadro. Por isso, embora existam casos que sejam tratados de maneira convencional, é crucial que os profissionais da saúde estejam sempre capacitados a identificar os quadros que exigem tratamento cirúrgico.

As cirurgias orificiais são delicadas e com grande risco de desenvolvimento de incontinência fecal, que pode causar grande impacto em sua vida, justificando a necessidade do profissional conhecer as principais técnicas cirúrgicas e seus riscos.

Dessa maneira, o presente estudo se justifica pela importância clínica e acadêmica de se compreender, de forma aprofundada, tais afecções, suas indicações e técnicas cirúrgicas, bem como seus possíveis resultados e complicações. O domínio teórico-técnico é crucial para uma melhor preparação dos profissionais de saúde na execução segura e eficaz desses procedimentos, sempre avaliando criteriosamente o candidato à cirurgia, preservando o controle esfinteriano e minimizando impactos negativos na qualidade de vida dos pacientes.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Demonstrar os aspectos cirúrgicos gerais das abordagens das condições proctológicas mais comuns: hemorroidas, fissura e fistula anais.

Objetivos Específicos

- a. Apresentar as indicações cirúrgicas das afecções anorretais mais frequentes;
- b. Descrever os aspectos técnicos da hemorroidectomia;
- c. Demonstrar as generalidades técnicas da fissurectomia e esfincterotomia;
- d. Explicar as abordagens cirúrgicas da fistulectomia e fistulotomia.

METODOLOGIA

Para a execução deste estudo, foi feito um levantamento bibliográfico que incluiu artigos, livros e outros documentos científicos que abordassem o tema de cirurgias orificiais para correção de doença hemorroidária, fissura anal e fistula anal, nos idiomas português e inglês. As pesquisas que não estivessem devidamente relacionadas com o tema foram excluídas, bem como aquelas que tratassesem de conteúdo específicos, como o tratamento em gestantes e na população pediátrica, por exemplo.

As bases de dados utilizadas na busca bibliográfica foram *PubMed*, *SciELO*, Google Acadêmico e livros referenciados, disponíveis em bibliotecas virtuais, acessadas por meio de mídia eletrônica. Os descritores empregados na pesquisa foram: “doença hemorroidária”, “fissura anal”, “fistula anal”, “indicações cirúrgicas”, “cirurgias orificiais”, “hemorroidectomia”, “fissurectomia”, “esfincterotomia lateral interna”, “fistulotomia”, “fistulectomia”.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Indicações cirúrgicas das doenças anorretais: doença hemorroidária, fissura e fistula anais

Doença hemorroidária

O tratamento da doença hemorroidária é a hemorroidectomia, a qual é indicada aos pacientes que possuem sintomas persistentes mesmo após a abordagem conservadora, como mudança de hábitos e tratamentos ambulatoriais (Aarons; Sentovich, 2017). Os quadros geralmente candidatos à cirurgia são os de hemorroidas internas de terceiro ou quarto grau, em que o prolapsos é persistente ou com difícil redução manual, ou os de hemorroidas mistas com componente externo importante (Aarons; Sentovich, 2017; Burger; Barreto, 2023). Outra indicação cirúrgica se dá pela presença de um comprometimento significativo da estrutura anorretal, como presença de porção externa, úlcera, gangrena, trombose importante, papilas hipertróficas ou fissura associada (Corman, 2017; Burger; Barreto, 2023).

Ainda que uma pequena porção (entre 5 e 10% dos pacientes) necessite de intervenção cirúrgica, a hemorroidectomia possui alta eficácia, com regressão sintomática a longo prazo em até 95% dos casos. É crucial que seja feita uma seleção criteriosa do paciente ao procedimento, a fim de garantir bons desfechos e reduzir as chances de complicações pós-operatórias (Burger; Barreto, 2023).

Fissura anal

Os casos de fissura anal com falha terapêutica ao tratamento conservador são exemplos para a realização da fissurectomia. Outras indicações incluem fissura anal aguda com dor intensa e incapacitante, quadro crônico ou refratário após seis a oito semanas de tratamento, fissuras infectadas, complicadas ou atípicas e suspeita de malignidade (Higueiro, 2015; Loureiro *et al.*, 2023).

A seleção da técnica cirúrgica varia de acordo com as condições da fissura e o risco de possíveis complicações, com um olhar especial ao risco de incontinência fecal. A técnica mais utilizada em casos de fissuras agudas incapacitantes, com espasmo esfinteriano e pouca fibrosa é a ELI (Higueiro, 2015; Loureiro *et al.*, 2023).

Os quadros infectados podem exigir uma esfincterotomia com fissurectomia e drenagem de coleções interesfinterianas. A presença de uma fibrose importante, principalmente em pacientes com risco elevado para incontinência ou que não aceitam o risco relativo à ELI, apresenta uma técnica alternativa de uma fissurectomia com anoplastia (Higueiro, 2015).

Fissuras complicadas, como as que progressam com formação de fistula ou abscesso, requerem uma abertura ou excisão do trajeto fistuloso associada à drenagem de coleção purulenta. Depois, o profissional avalia qual técnica definitiva será realizada para o tratamento conclusivo. As fissuras atípicas, que não cicatrizam, não se encontram na linha média ou possuem lesões múltiplas e endurcidas, podem indicar que haja uma doença subjacente, como tuberculose, câncer, infecção sexualmente transmissível (IST) ou doença de Crohn, o que demonstra a necessidade de realizar uma investigação específica.

ca e, possivelmente, uma biópsia ou coleta de material anal para avaliação laboratorial e diagnóstica (Loureiro *et al.*, 2023).

É importante ressaltar que a indicação cirúrgica da fissura anal deve ser criteriosa, levando em consideração aspectos como a eficácia do procedimento e a preservação do tônus e controle esfínteriano, assegurando melhores resultados clínicos e minimizando as possíveis complicações pós-cirúrgicas (Higueiro, 2015; Loureiro *et al.*, 2023).

Fistula anal

Segundo Cabral *et al.* (2023), a principal linha de tratamento da fistula anal corresponde à abordagem cirúrgica. No entanto, antes de defini-la, é crucial que seja investigado e identificado a etiologia da afecção para tratar a doença de base, já que existem casos de fistulas secundárias, em sua maioria relacionados com doença de Crohn, IST, tuberculose, lesões obstétricas, sequelas de radioterapia pélvica.

Os autores ainda definiram que a indicação cirúrgica de fistulas anais é atribuída especialmente quando não há resposta a terapias convencionais ou quando já existem sinais de complicações locais. A cirurgia tem o intuito de erradicar o trajeto fistuloso, drenar adequadamente a lesão, prevenir recorrências e fechar a fistula, sempre preservando a integridade da musculatura do esfínter anal. Esse manejo é crucial para manter a continência e, por conseguinte, a qualidade de vida do paciente.

Aspectos técnicos da hemorroidectomia

A técnica de referência para correção de doença hemorroidária é a hemorroidectomia excisional, visto que apresenta resultados satisfatórios com muitas taxas de sucesso e poucas de recidiva. Para a realização desse

procedimento, o paciente é posicionado em litotomia ou em decúbito ventral. A técnica envolve a excisão das hemorroidas com tesoura, cautério ou bisturi harmônico, com o fechamento parcial ou total das incisões, ou até deixadas abertas de acordo com a preferência do cirurgião. É fundamental que o procedimento seja feito com muita cautela para preservar o esfínter anal e limitar a ressecção da mucosa e anoderme, para prevenir que haja complicações como estenose anal (Aarons; Sentovich, 2017). Não obstante sua eficácia, muitos pacientes se queixam de uma dor pós-operatória importante, além de existir a possibilidade de complicações: precoces, como sangramento, infecção e retenção urinária, e tardias, como ectrópio mucoso e deformidade de Whitehead. Esses motivos levaram à necessidade de desenvolver métodos operatórios alternativos (Aarons; Sentovich, 2017; Corman, 2017).

Entre as opções, tem-se a hemorroidectomia fechada, descrita por Ferguson, em que é feita a retirada do pedículo hemorroidário com posterior sutura contínua de fio absorvível para assegurar uma cicatrização mais controlada e um menor tempo de recuperação. Por outro lado, a técnica aberta de Milligan-Morgan mantém as incisões sem fechar, sendo muito indicada em quadros mais graves, como hemorroidas gangrenosas ou circunferenciais. Já a hemorroidectomia de Parks consiste na técnica submucosa, com remoção do tecido hemorroidário através desse tecido, seguida de fechamento da mucosa, o que minimiza o risco de estenose e contribui para uma cicatrização mais rápida (Corman, 2017).

A introdução da hemorroidectomia guiada por Doppler demonstrou uma evolução significativa no tratamento de doenças hemorroidárias. Essa prática utiliza um

anoscópio com sonda para visualizar os pêndulos hemorroidários e ligá-los de maneira seletiva. Os desfechos desse procedimento têm sido tão satisfatórios quanto à técnica excisional nos casos de hemoroidas internas de graus II e III, com baixas taxas de complicações precoces. No entanto, ainda é preciso que sejam feitos mais estudos para investigar sua eficácia a longo prazo (Aarons; Sentovich, 2017).

Historicamente, a hemorroidectomia de Whitehead também é descrita como uma opção, mas tem sido pouco utilizada por conta de suas complicações frequentes, muito relacionadas a interpretações errôneas da técnica original, como estenose e ectrópio mucoso. Por mais que mudanças técnicas tenham demonstrado melhores resultados em certos grupos de pacientes, essa abordagem ainda apresenta uma taxa relevante de complicações tardias, o que favorece seu abandono progressivo na prática médica (Corman, 2017).

De modo geral, as abordagens de correção cirúrgica das hemoroidas podem ser agrupadas em excisionais, em que é feita a extração dos mamilos hemorroidários, e não excisionais, cuja prática age sobre a fisiopatologia da doença, reduzindo o fluxo arterial e corrigindo o prolapsus mucoso. A seleção da técnica deve sempre considerar o grau de acometimento anatômico da doença, os sintomas relatados pelo paciente, suas expectativas com o tratamento e, principalmente, a experiência do cirurgião. É de suma importância que todos esses fatores sejam levados em consideração, visto que exercem influência direta nos resultados e nas chances de complicações (Burger; Barreto, 2023).

Aspectos técnicos da fissurectomia e da esfincterotomia

Houve muitos avanços quanto ao tratamento cirúrgico da fissura anal crônica, desde uma técnica de fissurectomia isolada até práticas associadas a esfincterotomia. Essa evolução veio com o intuito de avaliar mais especificamente a hipertonia do esfíncter anal interno, garantir uma melhor cicatrização e minimizar as taxas de recidiva (Loureiro *et al.*, 2023; Tutino *et al.*, 2023).

A fissurectomia corresponde à remoção da fissura e suas bordas, cujo conteúdo deve ser enviado a uma avaliação histológica. A excisão cria uma ferida limpa, o que favorece o processo de cicatrização. Alguns quadros, como as fissuras de linha média posterior, podem ser corrigidos com anoplastia com retalho de mucosa retal, viabilizando melhores resultados estéticos e funcionais (Higueiro, 2015). Quando esse procedimento é feito em associação com a esfincterotomia interna, a fissurectomia passa a demonstrar desfechos mais satisfatórios e com melhor cicatrização, especialmente quando é feito o desbridamento da base da ferida (Higueiro, 2015; Loureiro *et al.*, 2023).

A ELI foi consolidada como procedimento preferencial nos casos de fissura anal crônica refratária, sendo descrita em abordagem aberta e fechada. Na técnica aberta, a dissecação permite a identificação do esfíncter anal interno, o qual é seccionado com precisão. Na abordagem fechada, o esfíncter é dissecado sem exposição direta, por meio de uma punção lateral com tesoura ou bisturi, de forma a preservar a mucosa anal (Higueiro, 2015; Jopanputra, 2017). As duas práticas possuem uma ótima taxa de cicatrização (entre 90% e 100%) e complicações semelhantes, por mais que a técnica fechada tenha maiores chances de secção in-

completa, permitindo, assim, maiores taxas de recorrência, enquanto a aberta por causar dor pós-operatória mais significativa (Higueiro, 2015; Davids *et al.*, 2023; Loureiro *et al.*, 2023).

Ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas constataram a superioridade da ELI quando comparada à terapia conservadora com nitratos, bloqueadores de canais de cálcio, toxina botulínica ou à fissurectomia isolada, demonstrando possibilidade de cura em mais de 90% dos casos e chances de recorrência em menos de 10% (Aarons; Sentovich, 2017; Dagnoni; Dagnoni; Howes, 2023; Davids *et al.*, 2023). Ainda assim, a esfincterotomia também apresenta riscos, como incontinência anal transitória ou persistente, presente em 3% a 15% dos casos, especialmente para gases e *soiling* (escape fecal mínimo), exigindo uma avaliação cuidadosa de cada paciente antes do procedimento (Davids *et al.*, 2023; Loureiro *et al.*, 2023). Com isso, evolutivamente, técnicas como a esfincterotomia “sob medida”, restrita à dimensão da fissura, têm sido sugeridas, a fim de minimizar a possibilidade de incontinência sem prejudicar o processo cicatricial, com bons desfechos clínicos (Davids *et al.*, 2023).

A fissurectomia isolada, embora defendida por Gabriel no final da década de 50, apresenta respostas inferiores quando comparada à ELI, principalmente no quesito de recidiva (Dagnoni; Dagnoni; Howes, 2023; Loureiro *et al.*, 2023). Entretanto, essa prática ainda pode ser recomendada nos casos de fissuras com bordas elevadas que apresentam fibrosa, cujo desbridamento contribui para a cicatrização (Loureiro *et al.*, 2023). Nesses quadros, a técnica pode ser associada a outros procedimentos, como anoplastia ou utilização de toxina botulínica, permitindo

melhores resultados terapêuticos (Higueiro, 2015; Dagnoni; Dagnoni; Howes, 2023; Loureiro *et al.*, 2023).

De forma geral, é necessário avaliar criteriosamente fatores como tempo de evolução da fissura, sintomas associados, risco basal de incontinência e expectativas do paciente, para definir qual técnica será realizada. Por mais que a ELI seja referenciada como padrão-ouro para casos crônicos de fissura anal refratária, abordagens com preservação do esfíncter, alternativamente, como a fissurectomia isolada ou associada à toxina botulínica, têm se destacado pela busca de equilibrar eficácia terapêutica e preservação funcional (Loureiro *et al.*, 2023; Tutino *et al.*, 2023).

Aspectos técnicos da fistulotomia e da fistulectomia

A fistula anal pode ser tratada cirurgicamente por duas abordagens principais: a fistulotomia, que corresponde à incisão do trajeto fistuloso para curetagem, e a fistulectomia, que consiste em sua completa excisão (Farret Jr.; Biazus; Leão, 2023).

O estudo comparativo de Kronborg citado por Ky e Steinhagen (2017) é um exemplo de pesquisa que demonstrou como a fistulotomia tem associação a menores períodos de cicatrização, ainda que suas taxas de recidiva sejam semelhantes às da fistulectomia. Por isso, a fistulotomia costuma ser o procedimento de referência nas correções de fistula anorretal, especialmente por conta de sua menor morbidade no período pós-operatório. A fistulectomia tende a ser reservada para os casos que necessitam de um exame histopatológico para a exclusão de diagnósticos diferenciais, como doença de Crohn e neoplasias (Ky; Steinhagen, 2017).

Quanto ao contexto técnico, para iniciar a fistulotomia convencional, é necessário identificar os orifícios interno e externo. Em seguida, é feita uma incisão do trajeto fistuloso com posterior curetagem do tecido de granulação. A abertura cutânea pode ser ampliada para contribuir no processo cicatricial e, em alguns quadros, pode ser feita a sutura da borda da mucosa anal e do esfíncter interno para garantir a hemostasia. A incisão é mantida aberta, onde deve ser feito um curativo leve, sem compressão excessiva, já que isso pode causar um quadro de celulite ou abscesso. No pós-operatório, é essencial realizar higiene local cuidadosa, com banhos de assento, e seguimento ambulatorial contínuo até que a cicatrização esteja completa (Ky; Steinhagen, 2017).

Aarons e Sentovich (2017) explicaram que as fistulas superficiais podem ser corrigidas em um único tempo cirúrgico, mantendo o trajeto aberto para a cicatrização.

Quando há um maior envolvimento esfincteriano, os autores demonstraram que a abordagem pode ser realizada em dois tempos: a princípio, é feito uma fistulotomia parcial com colocação de sedenho, um fio ou dreno em alça passado pelo trajeto fistuloso e amarrado sobre si mesmo para controlar a infecção; em seguida e após a cicatrização é que se realiza a fistulotomia completa. Uma alternativa à técnica de duas etapas é, no primeiro passo, utilizar o sedenho cortante, a fim de gerar uma divisão progressiva do trajeto e do esfíncter através de ajustes graduais.

Ainda que seja muito utilizada, a fistulotomia possui risco de incontinência fecal, que aumenta conforme a extensão do esfíncter. Isso tem incentivado a busca por alternativas técnicas. Uma variação corresponde à fistulotomia com reconstrução imediata, recomendada para os casos complexos ou recorrentes, principalmente nos pacientes que apresentam maior risco de in-

continência. Essa prática apresenta taxas de cicatrização entre 80% e 95%, com baixos índices de desidratação, cujos relatos aparecem em cerca de 5% a 10% dos casos (Farret Jr.; Biazus; Leão, 2023). Já a fistulectomia é criticada como uma alternativa, visto que apresenta maior perda tecidual, tempo de cicatrização prolongado e aumento no risco de incontinência (Ky; Steinhagen, 2017; Farret Jr.; Biazus; Leão, 2023); por isso, costuma ser mais indicada aos quadros que necessitam de um anatomo-patológico para confirmação diagnóstica (Ky; Steinhagen, 2017).

A preocupação com o risco de comprometimento da continência incentivou o desenvolvimento de abordagens que pouparam o esfíncter anal, principalmente para os quadros de fistulas transesfínterianas. Entre elas, o uso do sedenho cortante, a ligadura interesfínteriana do trajeto fistuloso (LIFT, do inglês *Ligation of Intersphincteric Fistula Tract*) e o avanço do retalho retal. A segunda técnica corresponde à dissecção do trajeto fistuloso, seguida de uma ligadura interesfínteriana, preservando o esfíncter, com desfechos bem sucedidos em torno de 80% dos casos. O avanço com retalho, por sua vez, possui uma prática mais complexa, com fechamento da abertura interna e reparo com retalho mucoso, com taxas de sucesso entre 85% e 95%, especialmente quando associada ao uso prévio de sedenho. Outras técnicas utilizam o uso de cola de fibrina ou plugues de colágeno, mas apresentam uma cicatrização mais limitada, entre 60% e 70%, sendo recomendadas a casos mais selecionados (Aarons; Sentovich, 2017).

CONCLUSÃO

Na prática clínica, as afecções anorrectais, como hemorroide, fissura e fistula anais, possuem alta prevalência e são responsáveis por causar grande impacto na qualidade de vida e em condições fisiológicas dos pacien-

tes. Ainda que as terapias conservadoras sejam recomendadas como primeira linha de tratamento para os estágios iniciais e mais leves das doenças, o tratamento cirúrgico mantém-se crucial no contexto clínico de quadros mais graves, refratários e avançados.

A doença hemorroidária pode ser corrigida com uma hemorroidectomia, técnica que possui diversas variações, sendo a hemorroidectomia excisional a abordagem preferencial, principalmente nos casos mais complicados, já que possui grandes chances de sucesso e baixa recidiva. Já nos casos de fissura anal, a técnica consolidada como referência na prática médica é a ELI, apresentando, da mesma forma, boa cicatrização e pouca recorrência. No entanto, é necessário avaliar cada caso individualmente, devido aos riscos de incontinência anal, o que pode guiar o tratamento para alternativas poupadoras de esfíncter, como a fissurectomia

isolada. Por último, as fistulas anais podem ser tratadas, tradicionalmente e de maneira mais aceita, com fistulotomia, enquanto as técnicas poupadoras de esfíncter como a LIFT, uso de sedenho e avanço de retalho retal, que ficam reservadas para casos mais complexos.

Dessa maneira, é imprescindível que a escolha da técnica para o manejo dessas afecções anorrectais seja feita de forma individualizada, de modo a equilibrar eficácia terapêutica, segurança do paciente, preservação da continência anal e, consequentemente, de sua qualidade de vida. A seleção deve sempre considerar a gravidade do quadro, a anatomia e a expectativa do paciente, bem como a experiência do cirurgião, o que reafirma a importância do contínuo aprimoramento médico no âmbito das cirurgias proctológicas.

REFERÊNCIAS

- Aarons, C. B.; Sentovich, S. M. **Anorreto**. In: Doherty, G. M. (org.) *CURRENT Cirurgia: Diagnóstico e Tratamento*. 14^a edição. Tradução de André Garcia Islabão. Porto Alegre: AMGH Editora, 2017. e-book.
- Burger, M. B.; Barreto, A. **Doença hemorroidária**. In: Quaresma, A. B.; Ferreira, L. C. (org.). *Rotinas em Coloproctologia: etiologia, epidemiologia, diagnóstico e tratamento*. Joaçaba: Editora Unoesc, 2023. p. 25-34. DOI: 10.18593/9788598084268.
- Cabral, F. C. B. *et al.* **Intervenções cirúrgicas das fistulas anais**. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, v. 23, n. 4, 2023. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAMed.e12474.2023>.
- Corman, M. L. **Hemorroidas**. In: Corman, M. L. (ed.); Bergamaschi, R. C. M.; Nichollis, R. J.; Fazio, V. W. (eds.). *Corman – cirurgia colorretal*. 6. ed. Tradução de N. R. Juozapavicius (caps. 11–15). Revisão técnica de M. de A. Bonardi; O. de O. Junior; J. Skinovsky. Rio de Janeiro: Revinter, 2017. p. 274–346.
- Dagnoni, R. A.; Dagnoni, C. K.; Howes, R. **Fissura anal**. In: Quaresma, A. B.; Ferreira, L. C. (org.). *Rotinas em Coloproctologia: etiologia, epidemiologia, diagnóstico e tratamento*. Joaçaba: Editora Unoesc, 2023. p. 25-44. DOI: 10.18593/9788598084268.

Davids, J. S. et al. **The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Anal Fissures.** *Diseases of the Colon & Rectum*, v. 66, n. 2, p. 190-199, 2023. DOI: 10.1097/DCR.0000000000002664. Disponível em: https://journals.lww.com/dcrjournal/fulltext/2023/02000/the_american_society_of_colon_and_rectal_surgeons.8.aspx. Acesso em: 15 ago 2025.

Farret Jr, L. C.; Biazus, R.; Leão, T. A. **Abscesso e fistula anal.** In: Quaresma, A. B.; Ferreira, L. C. (org.). *Rotinas em Coloproctologia: etiologia, epidemiologia, diagnóstico e tratamento*. Joaçaba: Editora Unoesc, 2023. p. 45-52. DOI: 10.18593/9788598084268.

Higuero, T. **Update on the management of anal fissure.** *Journal of Visceral Surgery*, v. 152, 2, p. S37-S43, 2015. DOI: 10.1016/j.jviscsurg.2014.07.007. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878788614001003?via%3Dihub>. Acesso em: 15 ago 2025.

Jopanputra, S. P. **Fissura anal.** In: Corman, M. L. (ed.); Bergamaschi, R. C. M.; Nichollis, R. J.; Fazio, V. W. (eds.). *Corman – cirurgia colorretal*. 6. ed. Tradução de N. R. Juozapavicius (caps. 11–15). Revisão técnica de M. de A. Bonardi; O. de O. Junior; J. Skinovsky. Rio de Janeiro: Revinter, 2017. p. 347–368.

Ky, A. J.; Steinhagen, E. **Fistula anal.** In: Corman, M. L. (ed.); Bergamaschi, R. C. M.; Nichollis, R. J.; Fazio, V. W. (eds.). *Corman – cirurgia colorretal*. 6. ed. Tradução de N. R. Juozapavicius (caps. 11–15). Revisão técnica de M. de A. Bonardi; O. de O. Junior; J. Skinovsky. Rio de Janeiro: Revinter, 2017. p. 386–430.

Loureiro, R. V. et al. **Recomendações de tratamento da fissura anal.** Lisboa: Sociedade Portuguesa de Coloproctologia, 2023

Moreira, H. et al. **Tratamento clínico conservador e cirúrgico da fissura anal.** *Rev. Bras. Coloproct.*, v. 23, n. 2, p. 89-99, 2003.

Nelson, R. L. et al. **Operative procedures for fissure in ano.** *Cochrane Database of Systematic reviews*, 2010. DOI: 10.1002/14651858.CD002199.pub3. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002199.pub3/full/pt?contentLanguage=pt>. Acesso em: 15 ago 2025.

Tutino, R. et al. **Fissurectomy versus lateral internal sphincterotomy in the treatment of chronic anal fissures: no advantages in terms of post-operative incontinence.** *Techniques in Coloproctology*, v. 27, p. 885-889, 2023. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10151-023-02780-8>. Acesso em: 15 ago 2025.