



CSB360[®]

NEWSLETTER DA CASA DE SAÚDE DA BOAVISTA

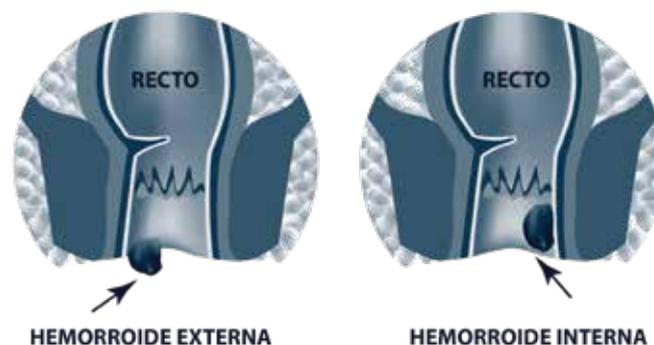


TRATAMENTO DA **DOENÇA HEMORROIDÁRIA**



Por Dr. Pedro Correia da Silva
Cirurgia Geral
da Casa de Saúde da Boavista

Ao iniciarmos um artigo de divulgação sobre doença hemorroidária devemos antes de mais sublinhar que a existência de hemorroides não constitui doença. Estas estruturas anatómicas são sim almofadas vasculares e adiposas que ajudam ao encerramento do canal anal. Este efeito é um dos fatores contribuintes para a continência pelo que deveremos chamar desde já a atenção para a inconveniência de a sua remoção ser feita em pessoas de muita idade ou que apresentem antecedentes pessoais de risco para incontinência fecal (diabetes, passado obstétrico distóxico com lesões associadas, antecedentes de cirurgias proctológicas por supuração - abscessos ou fístula)



A sua existência é portanto normal. Em certas circunstâncias, a maior parte das vezes devido a esforço defecatório exagerado, as estruturas ligamentares que as mantêm em posição vão-se tornando mais laxas permitindo a descida das almofadas hemorroidárias. O aumento gradiente de pressão a que o seu componente vascular passa a ser submetido facilita a distorção e fragilização da parede das veias nelas incluídas que rompendo provocam hemorragias que são uma das razões principais que levam o doente ao médico.

A exteriorização do revestimento interno do canal anal permite que o muco segregado pelas suas células entre em contacto com a pele peri anal provocando prurido intenso. A rotura de pequenos vasos da pele anal pode por activar os mecanismos de coagulação provocar uma trombose apercebida como um nódulo duro justa anal intensamente doloroso.

Fora esta situação de uma maneira geral a dor não faz parte dos sintomas de apresentação da doença hemorroidária. A sua ocorrência deve-se com frequência à ocorrência de fissuras anais entre os pedículos hemorroidários provocadas pela passagem de fezes duras.

Conforme o grau de exteriorização o prolapso hemorroidário pode ser classificado em quatro graus.

GRAU I	Hemorroides, que não se exteriorizam na defecação podendo eventualmente sangrar ou provocar prurido.
GRAU II	Hemorroides que se exteriorizam mas recolhem espontaneamente.
GRAU III	Hemorroides que após se exteriorizarem necessitam de ajuda manual para recolherem.
GRAU IV	Hemorroides que estão sempre prolapsadas não sendo possível a sua redução.

Há tratamentos médicos e instrumentais (normalização do transito intestinal com medidas dietéticas e laxantes, utilização de tópicos, injeção de substâncias que provocam esclerose das veias, utilização de laser para obter o mesmo efeito etc.) que estão indicados nos dois primeiros graus.

O tratamento cirúrgico deve ser reservado a doentes com grandes componentes hemorroidários, ou para doentes com associação de componentes externos e internos com prolapso significativo (graus III-IV) - Nível de evidência I; Grau de recomendação, B.

Analisando os estudos prospectivos randomizados disponíveis na literatura verifica-se ser a hemorroidectomia o tratamento mais eficaz para a doença hemorroidária. No entanto está também associada às mais altas taxas de complicações e aos maiores problemas funcionais pós operatórios.

Deste modo os factores individuais dos doentes e mesmo as suas preferências após claro esclarecimento, devem ser cuidadosamente equacionados As alternativas cirúrgicas incluem a hemorroidectomia aberta ou fechada executada com bisturi, pinça seladora (Ligasure) ou diatermia.

Todas são opções razoáveis, nenhuma apresentando clara vantagem sobre as outras.

A hemorroidopexia com agrafador circular com corte é uma alternativa cirúrgica já consagrada adaptando-se especialmente a indivíduos com prolapso hemorroidário interno, sem componente externo significativo. Implica uma ressecção circular da mucosa e submucosa praticada no vértice dos pedículos hemorroidários. Além da redução do prolapso da mucosa, as almofadas hemorroidárias são fixadas à parede muscular e a circulação sanguínea do plexo hemorroidário é interrompida. Estes objectivos são conseguidos com um disparo de um agrafador circular, modificado a partir dos dispositivos desde há muito utilizados em anastomoses do tubo digestivo.

Múltiplos ensaios prospectivos randomizados têm sido publicados comparando a hemorroidectomia aberta ou fechada com a hemorroidopexia. A maioria deles demonstram diminuição da dor pós operatória, mais rápido regresso à atividade com a hemorroidopexia mas um menor controlo da recidiva à distância. As taxas de complicações parecem muito idênticas. A hemorroidopexia não é no entanto eficaz no tratamento de grandes componentes hemorroidários externos.

Baseadas na tese da origem arterial da doença hemorroidária, tem vindo a ser propostas técnicas de laqueação das artérias hemorroidárias para tal utilizando anuscópios fenestrados com dispositivos de Dopler associados que ajudam à localização dos ramos arteriais.

A laqueação das artérias hemorroidárias pode ser associada a uma suspensão dos componentes internos resultando numa técnica que teoricamente beneficiaria do melhor controlo da dor pós operatória com o mesmo princípio de reforço da suspensão proposto pela hemorroidopexia. São técnicas que embora sedutoras não têm ainda confirmação categórica de eficácia.

A especificidade da indicação de cada técnica, e os efeitos devastadores de uma indicação errada ou de uma má execução devem reservar o tratamento da doença hemorroidária a unidades de saúde dotadas de recursos técnicos e humanos especializados.

