



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
Departamento de Cirurgia e Anatomia

PEDRO HENRIQUE BAUTH SILVA

**Análise dos resultados cirúrgicos das operações anais
realizadas em um centro de treinamento de nível secundário**

RIBEIRÃO PRETO

2023

**Análise dos resultados cirúrgicos das operações anais realizadas em um
centro de treinamento de nível secundário**

**Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca
da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e
Dissertações da USP (BDTD)**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título em Mestre em ciências

Área de Concentração: Clínica Cirúrgica

Orientador: Prof. Dr. Marley Ribeiro Feitosa

RIBEIRÃO PRETO

2023

AUTORIZAÇÃO PARA REPRODUÇÃO

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Bauth-Silva, Pedro Henrique

Análise dos resultados cirúrgicos das operações anais realizadas em um centro de treinamento de nível secundário. Ribeirão Preto, 2023.

64 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Clínica Cirúrgica.

Orientador: Prof. Dr. Marley Ribeiro Feitosa

1. Hemorroida.
2. Fissura anal.
3. Fístula anal.
4. Condiloma acuminado.
5. Cisto pilonidal.
6. Complicações pós-operatórias

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: BAUTH-SILVA, Pedro Henrique

Título: **Análise dos resultados cirúrgicos das operações anais realizadas em um centro de treinamento de nível secundário**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título em Mestre em ciências

Data da Defesa: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.

Instituição:

Julgamento: _____ Assinatura:

Prof. Dr.

Instituição:

Julgamento: _____ Assinatura:

Prof. Dr.

Instituição:

Julgamento: _____ Assinatura:

Prof. Dr. Marley Ribeiro Feitosa - Orientador e Presidente da Banca Examinadora

Assinatura:

Dedico este trabalho a minha mãe Dilma por todo amor e incentivo durante minha formação profissional. No período de realização do presente mestrado, a mesma foi diagnosticada com neoplasia mamária, foi tratada e hoje se encontra curada.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, que sempre direciona meus caminhos.

Ao **Prof. Dr. Marley Ribeiro Feitosa** e ao **Prof. Dr. Omar Feres**, pelo privilégio único de ser orientado por vocês, compartilhando seus conhecimentos e incentivando a carreira acadêmica. O suporte de vocês foi fundamental para conclusão do presente trabalho.

Ao **Prof. Dr. José Joaquim Ribeiro da Rocha** agradeço pela oportunidade de ter aprendido tanto, não somente sobre coloproctologia, mas também sobre trato com pacientes e relação interpessoal.

Aos **Professores do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto** que tanto me ensinaram nos ambulatórios, enfermarias, centro de endoscopia e centro cirúrgico. Hoje na minha carreira profissional sigo seus conselhos, suas orientações e suas técnicas.

À **minha família**, em especial minha mãe **Dilma**, meu pai **Nilberto** e minha noiva **Marcela**, pelo apoio e amor incondicional.

Aos meus colegas de residência **Gustavo Vilar**, **Juliana Mamede** e **Mabel Silveira** pelo companheirismo durante os dois anos de residência.

À **Marlene Lúcio** e **Juliana Pischiottin**, secretárias da Disciplina de Coloproctologia e do Departamento de Cirurgia e Anatomia, respectivamente, que tanto me ajudaram burocraticamente na realização do mestrado.

Ao **Prof. Dr. Rogério Serafim Parra** e **Prof. Dr. Lourenço Sbragia Neto** pelas contribuições durante o exame de qualificação.

Aos **alunos de graduação** que coletaram os dados nos prontuários eletrônicos com tanta dedicação.

À CAPES - o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

RESUMO

BAUTH-SILVA, P. H. **Análise dos resultados cirúrgicos das operações anais realizadas em um centro de treinamento de nível secundário.** [Dissertação]. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2023.

Introdução: As doenças anais benignas possuem elevada incidência na população geral. De forma geral, podem ser tratadas de forma conservadora e, em caso de insucesso, submetidas à cirurgia. Algumas doenças, como a fístula anal e o cisto pilonidal, possuem indicação cirúrgica ao diagnóstico. Com o advento da cirurgia ambulatorial, as operações anais passaram a ser realizadas em centros de menor complexidade, entretanto, pouco se sabe sobre os principais desfechos cirúrgicos dos centros de treinamento. O presente estudo visa ampliar o entendimento sobre o impacto do treinamento médico nos resultados das cirurgias anais benignas.

Objetivos: Avaliar perfil epidemiológico, tipos de cirurgia e complicações das doenças anais submetidas ao tratamento cirúrgico em um centro de treinamento de nível secundário de Ribeirão Preto. **Método:** Trata-se de uma análise retrospectiva de um banco de dados prospectivo de pacientes operados no Hospital Estadual de Ribeirão Preto (HERP) entre janeiro de 2010 e junho de 2018. **Resultados:** Foram analisados 1856 prontuários; os pacientes eram em sua maioria do sexo masculino (n=1137; 61,3%), com idade média de 39,7 anos e índice de massa corporal médio de 26,9 kg/m². A maioria dos pacientes não possuía comorbidades (n=1313; 70,7%). Tabagismo e etilismo foram observados em 612 (33%) e 177 (9,5%) pacientes, respectivamente. A maior parte dos procedimentos ocorreu no primeiro semestre de cada ano (n=1004; 54,1%) e no período da manhã (n=947; 51,0%). A duração média dos procedimentos foi de 21,8 minutos. A distribuição das doenças tratadas foi: doença hemorroidária (n=804; 43,3%), condiloma anal (n=406; 24,6%), fissura anal (n=244; 13,1%), fístula anal (n=224; 12,1%) e doença pilonidal (n=128; 6,9%). Hemorragia anal foi a única complicação precoce observada (n=8, 0,4%). Desses, 7 (87,5%) necessitaram de reoperação imediata. A maior parte dos pacientes recebeu alta no mesmo dia do procedimento (n=1819, 98%). Complicações tardias ocorreram em 140 (7,5%) pacientes, sendo as mais comuns: sangramento anal persistente (n=43, 30,7%), infecção de ferida operatória (n=36, 25,7%) e fissura anal (n=23, 16,3%). Na análise multivariada observou-se que o tratamento cirúrgico da fissura anal foi preditor de menor taxa de complicação tardia (3,7% x 8,4%; p=0,012 [1,2-4,7]). Na doença hemorroidária, a ressecção de múltiplos mamilos associou-se a maiores taxas de complicações tardias (11,2% x 6,5%; p=0,026). **Conclusão:** No presente estudo, observou-se uma população relativamente jovem, com poucas comorbidades. Hemorroidas, condilomas e fissuras anais foram os principais diagnósticos. No geral, as doenças apresentavam longo tempo de sintomas. As taxas de complicações observadas foram baixas e a ressecção de múltiplos mamilos hemorroidários foi fator de risco para complicações tardias. A cirurgia para fissura foi preditor independente de menores taxas de complicações tardias.

Palavras chave: hemorroida; fissura anal; fístula anal; condiloma acuminado; cisto pilonidal; complicações pós-operatórias.

ABSTRACT

BAUTH-SILVA, P. H. **Analysis of the surgical results of the anal operations performed in a secondary level training center.** [Dissertation]. Ribeirão Preto School of Medicine, University of São Paulo, Ribeirão Preto; 2023.

Introduction: Benign anal diseases have a high incidence in the general population. In general, they can be treated conservatively and, in case of failure, submitted to surgery. Some diseases, such as anal fistula and pilonidal cyst, have surgical indication at diagnosis. With the advent of outpatient surgery, the anal operations began to be performed in less complex centers; however, little is known about the main surgical outcomes of training centers. The present study aims to broaden the understanding of the impact of medical training on the results of benign anal surgeries. **Objectives:** To evaluate epidemiological profile, types of surgery and complications of the anal diseases submitted to surgical treatment in a secondary level training center in Ribeirão Preto. **Method:** This is a retrospective analysis of a prospective database of patients operated at the State Hospital of Ribeirão Preto (HERP) between January 2010 and June 2018. **Results:** A total of 1,856 medical records were analyzed; the patients were mostly male (n=1137; 61.3%), with a mean age of 39.7 years and mean body mass index of 26.9 kg/m². Most patients did not have comorbidities (n=1313; 70.7%). Smoking and alcohol consumption were observed in 612 (33%) and 177 (9.5%) patients, respectively. Most procedures occurred in the first semester of each year (n=1004; 54.1%) and in the morning (n=947; 51.0%). The mean duration of the procedures was 21.8 minutes. The distribution of the treated diseases was: hemorrhoidal disease (n=804; 43.3%), anal condyloma (n=406; 24.6%), anal fissure (n=244; 13.1%), anal fistula (n=224; 12.1%) and pilonidal disease (n=128; 6.9%). Anal hemorrhage was the only early complication observed (n=8, 0.4%). Of these, 7 (87.5%) required immediate reoperation. Most patients were discharged on the same day of the procedure (n=1819, 98%). Late complications occurred in 140 (7.5%) patients, the most common being: persistent anal bleeding (n=43, 30.7%), surgical wound infection (n=36, 25.7%) and anal fissure (n=23, 16.3%). In the multivariate analysis, it was observed that surgical treatment of anal fissure was a predictor of lower late complication rate (3.7% x 8.4%; p=0.012 [1.2-4.7]). In hemorrhoidal disease, multiple pile resection was associated with higher rates of late complications (11.2% x 6.5%; p=0.026). **Conclusion:** In the present study, a relatively young population, with few comorbidities, was treated. Hemorrhoids, condylomas and fissures were the main diagnoses. In general, the diseases had long-term symptoms. The rates of complications observed were low and resection of multiple hemorrhoidal nipples was associated with higher rates of late complications. Anal Sphincterotomy was an independent predictor of lower rates of late complications.

Keywords: hemorrhoid; anal fissure; anal fistula; condyloma acuminata; pilonidal cyst; postoperative complications.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Histograma de distribuição da idade em anos dos pacientes estudados

Figura 2. Histograma de distribuição do Índice de Massa Corpórea (em kg/m^2) dos pacientes estudados

Figura 3. Principais diagnósticos observados

Figura 4. Histograma de distribuição do tempo de sintomas (em meses) no momento da primeira avaliação com o coloproctologista

Figura 5. Média do tempo de sintomas de acordo com o diagnóstico estudado.

Figura 6. Quantidade de cirurgias realizadas ao longo de todo o período do estudo

Figura 7. Número de pacientes agrupados pela quantidade de mamilos hemorroidários ressecados no mesmo ato operatório

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Principais manifestações clínicas de acordo com o tipo de doença diagnosticada

Tabela 2. Procedimentos cirúrgicos realizados

Tabela 3. Anestésias realizadas

Tabela 4. Principais indicações para internação hospitalar

Tabela 5. Complicações observadas após os procedimentos cirúrgicos

Tabela 6. Complicações tardias por tipo de doença

Tabela 7. Análise multivariada de fatores associados à complicação tardia

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HPV – Papiloma vírus humano

HIV – Vírus da imunodeficiência humana

IMC – Índice de massa corpórea

HSH – Homens que fazem sexo com outros homens

ASA – American Society of Anesthesiologists

HCFMRP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto

HERP – Hospital Estadual de Ribeirão Preto

CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

< - Menor

≥ - Maior ou igual

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1. Hemorroidas	14
1.2. Fissura anal	17
1.3. Fístula anal	18
1.4. Cisto pilonidal	20
1.5. Condiloma anal	21
1.6. Tratamento ambulatorial das doenças anais	23
2. OBJETIVOS	25
3. MÉTODOS	27
3.1. Tipo de pesquisa	28
3.2. Local e período da coleta de dados	28
3.3. Fontes de dados e casuística.....	28
3.4. População estudada	28
3.5. Variáveis coletadas	29
3.6. Análise estatística	30
3.7. Aspectos éticos	31
4. RESULTADOS	32
5. DISCUSSÃO	42
5.1. Amostra estudada	44
5.2. Manifestações clínicas	46
5.3. Complicações cirúrgicas	47
5.4. Considerações finais	51
6. CONCLUSÕES	52
REFERÊNCIAS	54
ANEXO	61

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

As doenças anais benignas possuem elevada prevalência na população geral. Dentre as mais comuns, podemos citar a doença hemorroidária, a fístula perianal, a fissura anal e as verrugas anais (condilomas) induzidas pelo vírus HPV (1). A doença pilonidal também pode fazer parte desse grupo de doenças, dado sua proximidade à região anal e suas manifestações que exigem diagnóstico diferencial com as fístulas anorretais (2). Abaixo uma contextualização das doenças abordadas no presente estudo.

1.1. Hemorroidas

Hemorroidas são dilatações varicosas das veias anorretais submucosas devido à pressão venosa persistentemente elevada no plexo hemorroidário. Dividem-se em hemorroidas externas, internas e mistas. As externas localizam-se abaixo da linha pectínea, são revestidas por epitélio escamoso e o plexo hemorroidário drena para as veias ilíacas internas, conseqüentemente para o sistema cava. As internas localizam-se acima da linha pectínea, são revestidas por mucosa colunar e o plexo hemorroidário drena para o sistema porta. As externas por se localizarem abaixo da linha pectínea tem inervação somática, rica em fibras sensitivas e dolorosas, ao contrário das hemorroidas internas (3).

A verdadeira incidência da doença hemorroidária é de difícil determinação. Estimam-se na população americana que a prevalência da doença hemorroidária é de 4,4%, sendo as taxas mais altas em indivíduos entre 45-65 anos e caucasianos (4).

Os principais sintomas relacionados à doença hemorroidária são sangramentos anais, desconforto local, prolapso e prurido (3). Quando o paciente

referir dor forte, deve-se pensar inicialmente em complicações de doença hemorroidária (trombose hemorroidária) ou outros diagnósticos diferenciais (fissura anal ou abscesso anal) (3). Clinicamente a doença hemorroidária interna é classificada em graus: grau I, quando o mamilo hemorroidário permanece no interior do canal anal, não ultrapassando a linha pectínea; grau II, quando há prolapso, porém o mamilo retorna espontaneamente para o canal anal; grau III, quando há prolapso e para redução do mesmo é necessária redução digital; e grau IV, que o prolapso é permanente, não reduz (5).

O diagnóstico da doença hemorroidária é clínico, necessitando de anamnese (interrogando sintomas, hábito intestinais e história familiar) e exame clínico (que inclui inspeção, toque retal e anoscopia) (5). Atenção especial deve ser dada para indivíduos com sangramento, pois os mesmos devem ser considerados para realização de colonoscopia para exclusão de diagnósticos diferenciais, como moléstia diverticular, doença inflamatória intestinal e câncer colorretal (3,5).

O tratamento da doença hemorroidária pode ser clínico, ambulatorial ou cirúrgico. O tratamento clínico inclui primeiramente medidas comportamentais, como dieta rica em fibras, aumento da ingestão hídrica, minimização de tempo de no banheiro, alterações de hábito de higiene local, banhos de assento. Além disso, podem-se empregar também medicações como laxantes (principalmente osmólares), terapias tópicas e flavonoides orais (4,5). Entre os tratamentos ambulatoriais (que podem ser utilizados apenas para tratamento de hemorroidas internas) têm-se a ligadura elástica, fotocoagulação infravermelha e escleroterapia. Esses procedimentos devem ser reservados para pacientes com doença hemorroidária grau I, II e no máximo alguns casos selecionados grau III (5,6).

O tratamento cirúrgico fica reservado para aqueles pacientes que não responderam a tratamento clínico ou às terapias mencionadas anteriormente, sendo que tipicamente 5-10% dos pacientes com doença hemorroidária precisarão de cirurgia (4,7). Entre as técnicas tradicionais de hemorroidectomia temos a Fergusson e Milligan-Morgan. Em ambas as técnicas faz-se uma incisão elíptica ao redor do mamilo, dissecação da hemorroida das fibras esfínterianas e ligadura do pedículo vascular. Na técnica de Milligan-Morgan o leito de dissecação da hemorroidectomia fica aberto, ao contrário da técnica de Fergusson, onde se fecha esse leito. Alternativas às hemorroidectomias tradicionais são: desarterialização hemorroidária transanal, em que se utiliza um doppler para identificar exatamente o influxo arterial às hemorroidas, sendo essas artérias ligadas e hemorroidopexia com uso de grampeador, quando um grampeador circular terminoterminal é utilizado para grampear todas as hemorroidas acima da linha dentada. Esses dois últimos procedimentos geram menos dor no pós-operatório quando comparados às técnicas tradicionais de hemorroidectomia (6,7).

Outra complicação que pode ocorrer é a hemorragia pós-operatória imediata, que acontece em média em 1% dos casos de hemorroidectomia (por erro técnico). Tardiamente pode aparecer em até 5,4% dos casos. A maioria dos casos se resolve com compressão local, porém em alguns pacientes pode ser necessária reabordagem (4,6). Infecções pós-operatória são surpreendentemente incomuns (menos de 1%) (4).

Como complicações mais severas, tem-se a estenose anal e incontinência fecal. A estenose anal ocorre quando uma quantidade excessiva de anoderma é removida no momento da hemorroidectomia. O cenário mais comum para que isso ocorra é cirurgia de urgência devido hemorroidas trombosadas. Pode-se ser

necessária realização de dilatações anais ou anoplastias para correção dessas estenoses (4,8). A incontinência fecal é incomum, estando muito relacionada à lesão direta do complexo esfíncteriano ou perda de coxins vasculares que auxiliavam na continência (4).

1.2. Fissura anal

Fissura anal é uma ruptura do revestimento epitelial do canal anal distal. Está relacionada a trauma local, constipação e hipertonicidade do esfíncter anal. Classifica-se em aguda, quando tem menos de seis semanas e crônica, quando tem mais. Geralmente as fissuras aparecem na linha média do canal anal, sendo que fissuras fora dessa localização levam-nos a pensar em diagnósticos associados (malignidade, doença de Crohn, infecção pelo HIV, sífilis, tuberculose) (4,9).

Os principais sintomas relacionados à fissura anal são dor e sangramento anal vermelho-vivo após evacuação. Geralmente a dor é aguda, em queimação, cortante ou em espasmos. O diagnóstico é clínico, e ao exame físico o que se observa é uma separação linear do anoderma, sendo que nas fissuras crônicas há exposição do esfíncter anal, com plicoma sentinela e papila hipertrófica associados (6,9).

O tratamento da fissura anal aguda é clínico, apenas com banhos de assento e alterações de hábitos alimentares, sendo que 90% dos pacientes melhoram com esse tipo de tratamento (4). Já a fissura anal crônica inicialmente tenta-se aliviar a hipertonicidade esfíncteriana através de agentes tópicos locais com diltiazem ou nitroglicerina. As taxas de cura com a nitroglicerina, por exemplo, gira em torno de 68%. Em alguns casos, pode-se realizar aplicação tópica de toxina botulínica, também no objetivo de aliviar a hipertonicidade esfíncteriana (6,10).

Se o paciente não responde a medidas conservadoras, resta o tratamento cirúrgico da fissura anal. A esfínterectomia anal é a técnica padrão, nela faz-se uma secção do esfínter anal interno na região lateral esquerda do canal anal por meio de uma técnica aberta ou fechada. Alguns cirurgiões ainda realizam a fissurectomia, com objetivo de diminuir as taxas de incontinência fecal (4).

As complicações que podem ocorrer devido esfínterectomia mais comuns são equimose, sangramento anal, abscesso. Porém a mais temida é a incontinência fecal (6,10). Os estudos atuais apontam taxas extremamente variáveis de incontinência fecal pós cirurgia para fissura anal. Alguns estudos apontam para taxas de 2% e outros chegam a falar em 30-40% (4).

1.3. Fístula anal

Fístula por definição é uma comunicação anormal entre duas superfícies epitelizadas. No caso da fístula anal, essa comunicação é entre a pele perineal e o reto/canal anal. A etiologia da fístula anal é criptoglandular e idiopática em 90% dos casos, sendo na minoria dos casos secundária a outra condição (pós-operatória, doença inflamatória intestinal, tuberculose). Geralmente acomete adultos com menos de quarenta anos, IMC maior que 25kg/m² e com algumas outras condições associadas (diabetes, hiperlipidemia, dermatose, sedentarismo, tabagismo, etilismo). Geralmente a fístula anal idiopática é precedida por uma história de abscesso anorretal drenado (4,6).

A fístula inicialmente pode ser caracterizada de acordo com a relação do trajeto da mesma e o esfínter externo: submucosa, interesfíntérica, transesfíntérica, supraesfíntérica, extraesfíntérica. A fístula transesfíntérica é a

mais comum, sendo que o trajeto da mesma atravessa os dois esfíncteres (interno e externo). Fístula transesfíntéricas altas ou anteriores em mulheres, supra e extraesfíntéricas são ditas complexas, necessitando geralmente de inúmeras cirurgias para resolução (4,6).

Os principais sintomas relacionados à fístula anal são eliminação de secreção perianal serosa ou purulenta, dor e desconforto anal cíclicos, sangramentos. O exame físico é patognomônico para condição (abertura externa na margem anal com tecido de granulação acumulado). Para ajudar na identificação da abertura interna da fístula anal, utiliza-se anoscopia (embora na menor parte das vezes isso seja possível). Uma regra que pode auxiliar nessa identificação é a regra de Goodsall que prediz que fístulas localizadas anteriormente drenam para abertura interna radial e fístulas localizadas posteriormente drenam para linha média posterior (11,12).

Exames complementares para fístula anal estão indicados em condições específicas: pacientes com múltiplos orifícios externos, aquele que a abertura interna não é identificada no intra-operatório em casos de recorrência. O exame mais indicado é a ressonância nuclear magnética de pelve (11).

O tratamento da fístula anal sempre é cirúrgico e os principais objetivos são: eliminação da sepse, fechamento da fístula, preservação da continência anal e função esfínteriana e minimizar recorrências. É fundamental a identificação das aberturas internas e externas da fístula durante a cirurgia (4).

A principal técnica utilizada atualmente é a fistulotomia aberta, em que se faz a abertura do trajeto e em quatro a seis semanas a ferida cicatriza. A recorrência e a incontinência são as complicações mais significativas, sendo que a recorrência varia de 4-33% à depender da extensão da fistulotomia, cirurgias prévias, experiência do

cirurgião. A incontinência aumenta conforme a complexidade da fístula, chegando até a 83% em fístulas extra-esfincterianas (4,6).

Os sedenhos utilizados são passados para promover drenagem e fibrose do trajeto da fístula. Os mesmos podem ser utilizados com um reparo não cortante ou como tratamento definitivo. Dessa segunda maneira eles são tensionados sequencialmente, dividindo o esfíncter muscular e preservando a continência. Com o uso de sedenhos as taxas de recorrência a longo prazo variam 3-5% e a incontinência de 5,6-25,2%. Outras cirurgias que podem ser utilizadas para tratamento de fístulas anais são retalhos de avanço, ligadura da fístula interesfincteriana, cola de fibrina e plugue (6,12).

1.4. Cisto pilonidal

O cisto pilonidal consiste em processo inflamatório crônico que ocorre com frequência na região sacrococcígea, estando geralmente associado à presença de pelos. É mais comuns em homens, principalmente na segunda e terceira décadas de vida, com história familiar positiva, IMC maior que 25kg/m², higiene precária, hirsutismo e anatomia profunda da fenda original. A doença pode variar desde um seio único assintomático e encontrado acidentalmente até uma doença incapacitante (4,6).

O cisto pilonidal pode-se apresentar na forma de abscesso agudo, que requer apenas drenagem e posterior terapia definitiva. As queixas mais comuns são dor e drenagem de líquido seroso ou seropurulento na região sacrococcígea. Ao exame físico haverá depressões na linha média da região, com orifícios drenando secreções (6,13).

O tratamento deve ser adequado às expectativas do paciente, anatomia e gravidade da doença. As terapias variam desde terapias conservadoras até excisão local ampla e rotação de retalhos. Paciente assintomático e exame físico sem grandes alterações podem ser tratados com medidas comportamentais (perda de peso, higiene local, corte de pelos local ou mesmo depilação à laser). Alguns cirurgiões empregam injeção de fenol e cola de fibrina para obliteração do trato fistuloso (6,13)

Entre as opções cirúrgicas para o tratamento da doença pilonidal temos: abertura do cisto e de todos os trajetos, removendo a “cobertura” da doença, porém com taxas de recorrências entre 15-35%; ampla excisão local de toda doença até a fáscia pré-sacral, com maiores taxas de infecção de sítio cirúrgico; descolamento do trajeto e curetagem; fechamento primário da ferida; e até mesmo procedimentos mais complexos com rotação de retalhos, como retalho romboide, por exemplo (4).

As complicações mais comuns são deiscência da ferida operatória (4%), necrose de retalho, hematoma, infecção de ferida operatória (3-5%), seroma (3%) (4,13).

1.5. Condiloma anal

Há cerca de 40 subtipos de HPV que podem causar infecção genital. Os tipos de HPV de baixo risco para carcinoma espinocelular que constituem os principais agentes etiológicos de verrugas genitais são os tipos 6 e 11. As verrugas também podem ser causadas por outros subtipos como 16, 18, 31, 33 e 35. Por poder conter displasias em seu interior, a lesão causada pelo condiloma vírus pode-se tornar

carcinoma espinocelular. Essas lesões anais são mais comuns em homens que fazem sexo com outros homens (HSH) e pacientes HIV-positivos (14,15).

A maioria das infecções causada pelo papiloma vírus humano (HPV) é assintomática ou auto-limitada. As verrugas genitais no canal anal podem ser associadas à sexo anorreceptivo, porém isso não necessariamente precisa ocorrer. As lesões podem ser únicas ou múltiplas, de aspecto plano, polipoide, semelhante à couve-flor, verrucoso, cerebriforme. Podem ter cores variadas, desde cor da pele até violácea e marrom. Geralmente são indolores (4,16).

Pacientes com infecção pelo HIV têm mais chances de desenvolver verrugas genitais que um paciente imunocompetente infectado pelo HPV, além de mais chances de recorrência a longo prazo e de carcinoma espinocelular do canal anal. Devido isso hoje está bem estabelecido que algumas populações de indivíduos infectados pelo HIV, como aqueles que fazer sexo com outros homens, se beneficiariam de métodos de rastreamento para detectar lesões precursoras do carcinoma anal, através de citologia anorretal (4,16).

As verrugas anogenitais causadas pelo HPV podem sofrer resolução espontânea. Quando externas as mesmas podem ser tratadas de forma conservadora através das aplicações pelo próprio paciente (podofilotoxina, imiquimode ou sinecatequina) ou pelo médico (ácido tricloroacético, podofilina e crioterapia). No caso de lesões no interior do canal anal, pode-se utilizar ácido tricloroacético, crioterapia. Em casos refratários indica-se a cirurgia para extirpar as lesões através de exéreses das mesmas ou uso de eletrocautério. Nesse caso as lesões extirpadas são mandadas para análise anatomopatológica, as menores são eletrocauterizadas (4,16). As complicações que podem ocorrer com a

eletrocauterização são dor e em casos muito raros de grandes áreas queimadas a estenose anal (6).

1.6. Tratamento ambulatorial das doenças anais

De uma forma resumida, o tratamento das doenças anais é variado, entretanto, a grande maioria dos pacientes beneficia-se de medidas clínicas como higiene adequada da região anal, banhos de assentos com água morna e ingestão de quantidades adequadas de fibras vegetais (17,18). A doença hemorroidária e as fissuras anais apresentam elevadas taxas de resposta ao tratamento clínico (19,20). No caso dos condilomas anais, o tratamento clínico com uso de medicações tópicas pode ser utilizado na presença de lesões anais pequenas e pouco difusas (2). A cirurgia é a primeira opção no tratamento das fístulas anorretais e da doença pilonidal (2,21). Nos casos de doença hemorroidária e fissuras anais refratárias ao tratamento clínico, a cirurgia está indicada.

Historicamente, em Ribeirão Preto, as cirurgias anais costumavam ser realizadas em centros hospitalares de níveis terciário, o que se associava ao surgimento de grandes filas à espera de cirurgia, por falta de capacidade de atendimento integral dessa grande demanda. Uma solução para esse problema foi a criação de centros hospitalares de nível secundários, capazes de atender a demanda por procedimentos cirúrgicos de menor porte (22). Desde 2009, o complexo hospitalar do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto tem realizado as cirurgias anais por doenças benignas, de forma ambulatorial, em centro de nível secundário de atenção à Saúde, o Hospital Estadual de Ribeirão Preto.

A mudança do pensamento médico sobre o valor terapêutico do repouso no pós-operatório abriu espaço para o desenvolvimento da cirurgia ambulatorial (23). A cirurgia ambulatorial torna-se uma prática segura, se empreendida com a seriedade e controles rigorosos, não havendo razões para a ocorrência de maior incidência de complicações em comparação ao tratamento feito em ambiente hospitalar (24).

As operações em regime ambulatorial são realizadas sob qualquer tipo de anestesia, não demandam internação hospitalar e a permanência do paciente no serviço não deve exceder 24 horas. As principais vantagens para os pacientes submetidos a procedimentos ambulatoriais são: alterações mínimas da rotina de vida do paciente e de sua família, redução do risco de infecção hospitalar, retorno mais precoce ao trabalho e menor morbimortalidade. Para o sistema de saúde gera uma economia importante de gastos, disponibilizando mais leitos hospitalares para grandes procedimentos (24).

Como desvantagens dos procedimentos ambulatoriais podemos enumerar a não realização de um pré-operatório adequado, como por exemplo a observância do jejum, a necessidade de garantir o transporte após o procedimento por parte dos familiares ou gestores de saúde e falta de ajuda no domicílio, para aqueles pacientes que moram sozinhos, podendo ser um grande empecilho para realização dos mesmos (24).

Apesar das cirurgias anais serem procedimentos de pequeno à médio porte e com baixo risco anestésico e cirúrgico, as complicações podem ocorrer e pouco se sabe sobre sua prevalência, particularmente em centros de ensino. O presente estudo visa ampliar o entendimento sobre a cirurgia anal em um grande centro secundário de atenção à saúde, particularmente no que diz respeito ao sucesso e desfechos negativos das cirurgias realizadas em regime ambulatorial.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico ambulatorial das doenças anais benignas.

2.2. Avaliar os principais procedimentos cirúrgicos ambulatoriais realizados para tratamento das doenças anais benignas.

2.3. Avaliar as principais complicações associadas à cirurgia anal ambulatorial e seus fatores de risco.

MÉTODOS

3. MÉTODOS

3.1. Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo de coorte, com análise retrospectiva, com amostragem sequencial e de conveniência.

3.2. Local e período da coleta de dados

O estudo foi realizado no Hospital Estadual de Ribeirão Preto e os dados foram coletados de janeiro de 2010 a junho de 2018.

3.3. Fontes de dados e casuística

O estudo foi realizado a partir da análise de um banco de dados prospectivo de todas as cirurgias realizadas pela equipe de coloproctologia do Hospital Estadual de Ribeirão Preto. Os dados clínicos dos pacientes foram obtidos a partir da revisão dos prontuários eletrônicos da mesma instituição.

3.4. População estudada

Paciente com idade superior a 18 anos e submetidos à cirurgia anal para tratamento de doenças benignas foram selecionados para o estudo. Todos os pacientes foram operados por médicos residentes do primeiro ano da especialização em coloproctologia, sob a supervisão de médicos assistentes. Pacientes com idade inferior a 18 anos, aqueles submetidos a procedimentos abdominais ou múltiplas cirurgias anais e pacientes operados pelos médicos assistentes foram excluídos da análise. A presença prontuário médico incompleto também foi considerada fator de exclusão para o estudo.

Todos os pacientes seguiram o mesmo protocolo de atendimento, que incluiu a consulta com coloproctologista (que realizou o diagnóstico e indicou o procedimento cirúrgico), avaliação anestésica e de enfermagem. Todos os pacientes foram operados sem necessidade de preparo do cólon. Em todos os casos, realizou-se antibioticoprofilaxia 30 minutos antes do ato cirúrgico (ceftriaxona 1g + metronidazol 500mg).

Nas doenças hemorroidárias, todos os pacientes foram submetidos à ressecção dos mamilos hemorroidários com tesoura ou eletrocautério pelas técnicas de Milligan-Morgan ou Ferguson. Pacientes com condiloma anal foram tratados por fulguração ou ressecção com eletrocautério. Todos os pacientes com fissura anal foram tratados por meio de esfínterectomia lateral interna. Os pacientes com fístula anal foram abordados por fistulotomia (com ou sem aposição de sedenho) ou uso de sedenho exclusivo. A doença pilonidal foi tratada por excisão local, com ou sem rafia primária do ferimento cirúrgico.

Após a cirurgia, os pacientes eram encaminhados para a sala de recuperação anestésica e lá permaneciam até o momento da alta hospitalar, dada pelo anestesista e pelo coloproctologista responsável. Em caso de internação, os pacientes eram encaminhados para a enfermaria do próprio HERP e reavaliados até a condição de alta.

Após a alta hospitalar, todos os pacientes eram agendados para retorno pós-operatório entre 15 e 30 dias após o procedimento cirúrgico e a alta da instituição ocorreu após melhora definitiva do quadro ou resolução de possíveis complicações.

3.5. Variáveis coletadas

As seguintes variáveis foram coletadas das fontes de dados selecionadas: identificação dos pacientes, sexo, idade, altura, peso, índice de massa corpórea (kg/m^2), hábitos (tabagismo e etilismo), doenças associadas e classificação ASA de risco anestésico, tipo de doença anal, manifestações clínicas, duração dos sintomas no momento do tratamento cirúrgico, operação realizada, tipo de dissecação dos mamilos hemorroidários, tipo de anestesia, duração do procedimento cirúrgico, complicações cirúrgicas imediatas (consideradas precoces) e complicações até 30 dias do procedimento (consideradas tardias), necessidade de internação, reoperação e mortalidade. Foram consideradas complicações tardias o sangramento anal persistente (acima de 15 dias ou a hemorragia não associada às evacuações e higiene anal), a infecção de ferida operatória com necessidade de prescrição de antibioticoterapia oral no pós-operatório, presença de erosões anais, estenose anal, incontinência fecal persistente, fístula anal, trombose hemorroidária e retenção fecal (fecaloma).

3.6. Análise estatística

Os dados coletados foram inseridos e organizados em banco de dados na plataforma Microsoft Excel e analisados com o uso do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 21.0.

A avaliação da distribuição das variáveis foi feita pelo teste de Kruskal-Wallis. Para caracterização da amostra e análise descritiva das variáveis, utilizamos as medidas de frequência (contagem absoluta e percentual), medidas de tendência central (media ou mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão ou intervalo interquartil). A Identificação de fatores de risco complicações foi feita através de análise univariada, seguida de análise multivariada pelo método retroceder de Wald.

A identificação de fatores de risco foi realizada considerando-se todos os procedimentos. No caso da doença hemorroidária, avaliou-se o impacto do tipo de disseção dos mamilos e técnica operatória nas complicações tardias. Nos pacientes com fístulas, avaliou-se associação entre o tipo de trajeto e as complicações tardias. Na doença pilonidal, avaliou-se a associação entre o tipo de tratamento da ferida operatória e a presença de complicações tardias. Utilizou-se o teste exato de Fisher para avaliar associação entre as variáveis. Para todas as análises, adotou-se um valor de $p < 0,05$ como significativamente estatístico.

3.7. Aspectos éticos

O presente estudo segue as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos da Resolução CNS 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP, via Plataforma Brasil – Protocolo de Aprovação CAAE: 27120815.6.0000.5440. Por se tratar de um estudo retrospectivo, sem intervenção ou mesmo risco aos pacientes, foi dispensado o termo de consentimento livre e esclarecido. Ressaltamos que não houve desenvolvimento e/ou patenteamento de novo produto e o pesquisador não obterá lucros financeiros decorrentes destas pesquisas. Para assegurar o sigilo, os dados foram coletados apenas em discos eletrônicos criptografados, sendo posteriormente alimentados em base de dados da pesquisa protegido por senha e disponível apenas para a equipe de pesquisa. Declaramos, ainda, não haver conflitos de interesse de qualquer natureza.

RESULTADOS

4. RESULTADOS

Foram analisadas 1856 cirurgias anais no período selecionado. A maior parte dos pacientes era do sexo masculino ($n=1137$; 61,3%), com idade média de $39,7 \pm 13,4$ anos e IMC médio de $26,9 \pm 5,3$ kg/m^2 (figuras 1 e 2). A maioria não apresentava comorbidades ($n=1313$; 70,7%). Tabagismo e etilismo foram observados em 612 (33%) e 177 (9,5%) pacientes, respectivamente.

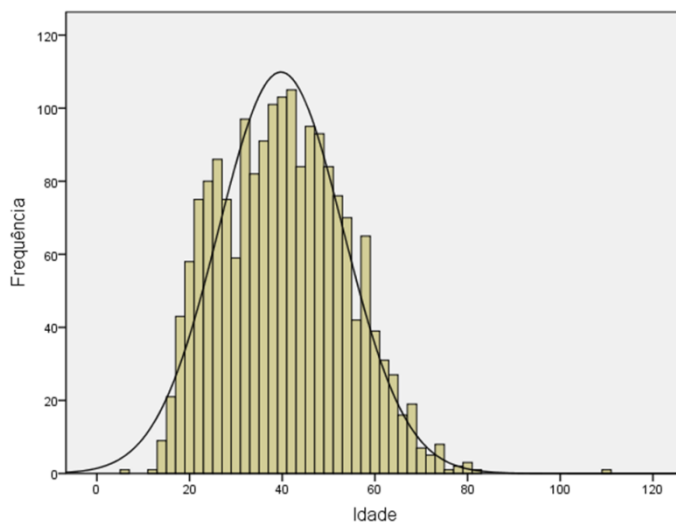


Figura 1. Histograma de distribuição da idade em anos dos pacientes estudados

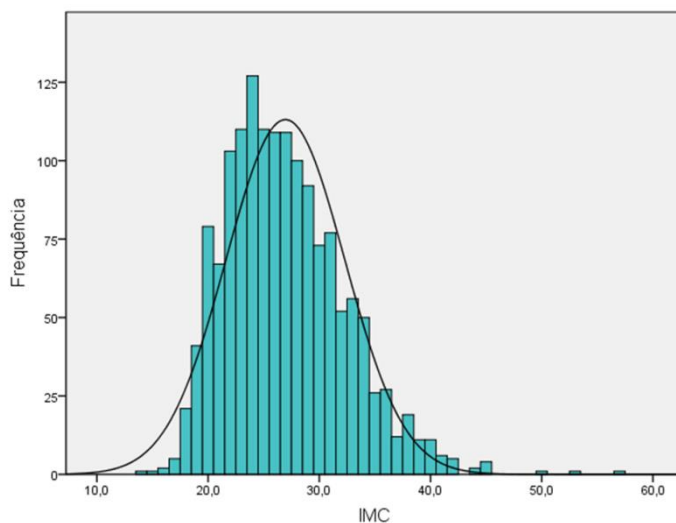


Figura 2. Histograma de distribuição do Índice de Massa Corpórea (em kg/m^2) dos pacientes estudados

Em relação aos diagnósticos, observou-se a seguinte distribuição: doença hemorroidária (n=804; 43,3%), condiloma anal (n=406; 24,6%), fissura anal (n=244; 13,1%), fístula anal (n=224; 12,1%) e doença pilonidal (n=128; 6,9%) (figura 3).

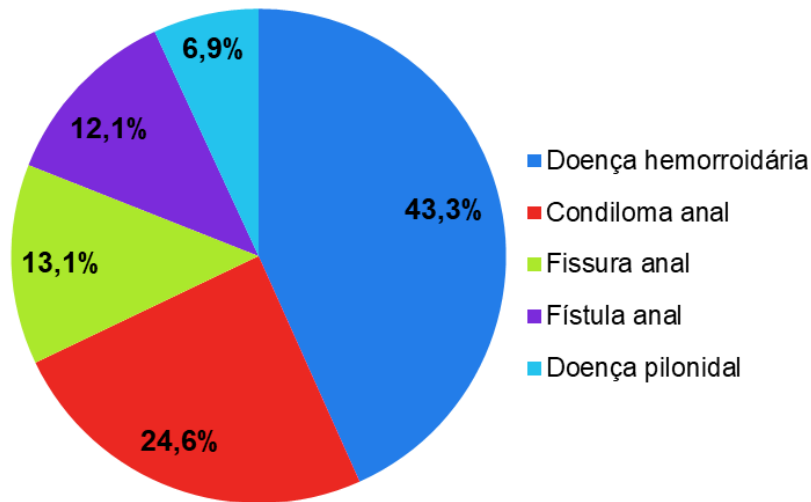


Figura 3. Principais diagnósticos observados.

Na primeira avaliação especializada, a mediana do tempo de sintomas foi de 12 meses (IIQ: 4-36 meses) (figura 4).

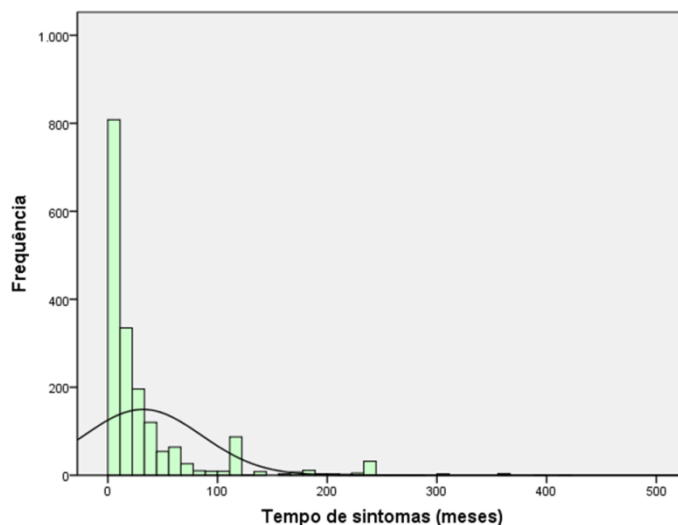


Figura 4. Histograma de distribuição do tempo de sintomas (em meses) no momento da primeira avaliação com o coloproctologista

Ainda em relação ao tempo de sintomas, as médias de acordo com as doenças diagnosticadas estão ilustradas na figura 5.

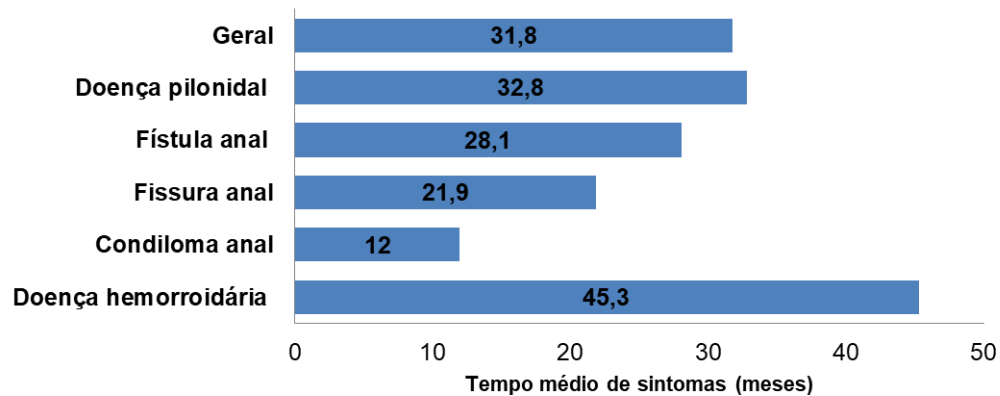


Figura 5. Média do tempo de sintomas de acordo com o diagnóstico estudado.

Quando comparados de acordo com o tipo de diagnóstico e tempo de sintomas, pacientes com doença hemorroidária apresentavam maiores médias (45,3 x 21,0 meses; $p < 0,001$). De forma contrária, pacientes com condilomas e fissuras anais, apresentaram menores médias (12,0 x 37,3 meses; $p < 0,001$ e 21,9 x 33,4 meses; $p = 0,002$). Nos pacientes com fístulas anais e doença pilonidal, não houve diferença nas médias, quando comparados aos demais (28,1 x 32,9 meses; $p = 0,263$ e 32,8 x 31,8 meses; $p = 0,831$).

As principais manifestações clínicas dos pacientes foram: massa palpável ($n = 1205$; 66,7%), sangramento ($n = 945$; 52,3%), dor ($n = 857$; 47,5%), secreção mucopurulenta ($n = 338$; 18,7%) e prurido ($n = 142$; 7,9%). Na tabela 1, podem-se observar as principais manifestações clínicas de cada doença.

Tabela 1. Principais manifestações clínicas de acordo com o tipo de doença diagnosticada.

Sintoma	Hemorroidas n(%)	Condiloma n(%)	Fissura n(%)	Fístula n(%)	Pilonidal n(%)
Dor	383 (47,6%)	53 (13,1%)	224 (91,8%)	125 (55,8%)	72 (57,3%)
Massa	549 (68,3%)	397 (97,8%)	76 (31,1%)	114 (50,9%)	69 (53,9%)
Secreção	21 (2,6%)	27 (6,7%)	10 (4,1%)	178 (79,5%)	102 (79,9%)
Sangue	590 (73,4%)	70 (17,2%)	196 (80,3%)	53 (23,2%)	37 (28,9%)
Prurido	47 (5,8%)	54 (13,3%)	17 (7,0%)	16 (7,1%)	8 (6,3%)

A distribuição temporal das operações realizadas pode ser observada na figura 6. A hemorroidectomia foi o procedimento cirúrgico realizado com maior frequência (n=804, 43,3%) e todos os procedimentos estão ilustrados na tabela 2.

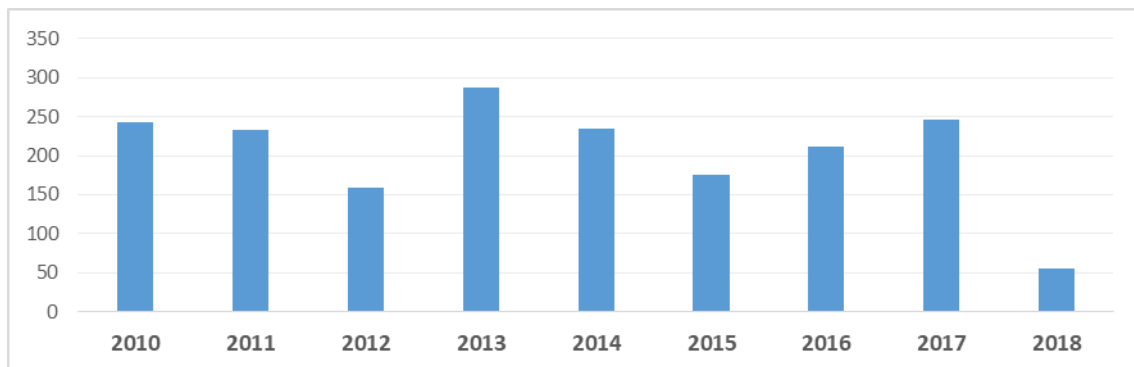


Figura 6. Quantidade de cirurgias realizadas ao longo de todo o período do estudo

Tabela 2. Procedimentos cirúrgicos realizados

Procedimento	Frequência	(%)
Hemorroidectomia	804	43,3
Exérese de condiloma	456	24,6
Esfincterotomia	244	13,1
Excisão pilonidal	128	6,9
Fistulotomia	126	6,8
Sedenho	60	3,2
Fistulotomia+sedenho	38	2,0

Ainda em relação às operações realizadas, a maior parte dos procedimentos ocorreu no primeiro semestre de cada ano (n=1004; 54,1%) e no período da manhã (n=947; 51,0%). Os principais tipos de anestesia estão ilustrados na tabela 3. Os procedimentos cirúrgicos tiveram duração média de 21,8±12,7 minutos.

Tabela 3. Anestésias realizadas

Procedimento	Frequência	(%)
Raquianestesia	1106	59,6
Local+sedação	380	20,5
Raquianestesia em sela	260	14,0
Geral	99	5,3
Sedação	10	0,5
Peridural	1	0,1

Em relação aos principais aspectos anatômicos e cirúrgicos da doença hemorroidária, as técnicas operatórias mais utilizadas foram a Milligan-Morgan (n=773; 96,1%) e Ferguson (n=31, 3,9%). Em 785 (97,6%) pacientes a dissecação dos mamilos foi feita por diatermia e nos demais (n=19; 2,4%) utilizou-se apenas a tesoura. Na maior parte dos casos houve ressecção de mais de um mamilo hemorroidário (n=420; 52,25). Os pacientes foram separados pela quantidade de mamilos hemorroidários e os resultados podem ser observados na figura 7.

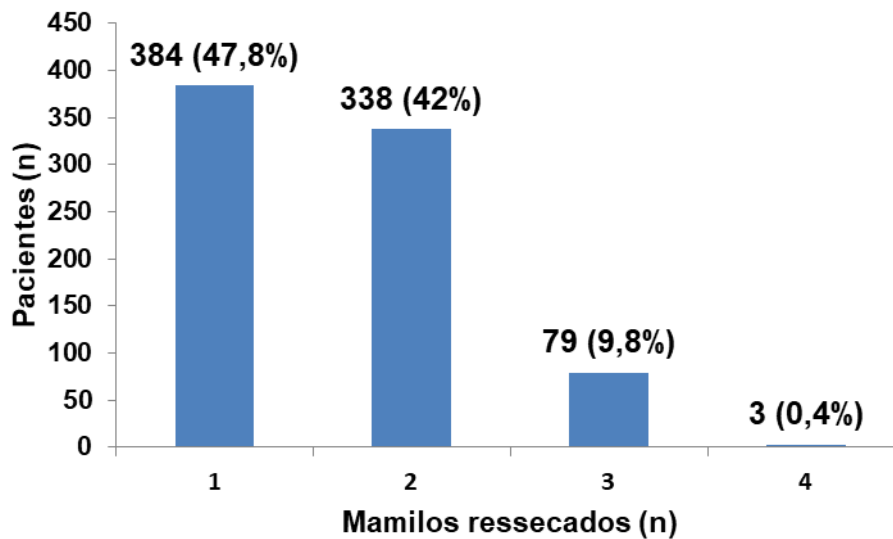


Figura 7. Número de pacientes agrupados pela quantidade de mamilos hemorroidários ressecados no mesmo ato operatório.

A maior parte dos pacientes operados por fístula anal apresentava orifício externo único (n=193; 86,2%). Os demais apresentavam 2 (n=29; 12,9%) ou 3 (n=2; 0,9%) orifícios. Em relação à complexidade da fístula anal, os pacientes foram classificados com doença complexa (n=118; 52,7%) ou simples (n=106; 47,3%). A fistulotomia seguida ou não do uso do sedenho foi o principal procedimento realizado (n=164; 73,2%) e em 60 (26,8%) pacientes, optou-se pela passagem do sedenho sem fistulotomia.

Nos pacientes operados por doença pilonidal, a cicatrização por segunda intenção com cuidados locais foi a principal forma de tratamento da ferida operatória (n=84; 65,9%). Em 44 (34,4%), optou-se pelo fechamento primário da ferida operatória.

Não foram registrados acidentes no período intraoperatório e a taxa de mortalidade do estudo foi nula. Complicações precoces imediatas foram observadas em 8 (0,4%) pacientes e, em todos os casos, a complicação relatada foi hemorragia anal e a cirurgia foi hemorroidectomia. Dos pacientes que apresentaram hemorragia no pós-operatório imediato, apenas um teve resolução espontânea. Nos demais casos (n=7, 87,5%), houve necessidade de retorno ao centro cirúrgico para reoperação.

Na maior parte dos casos os pacientes receberam alta no mesmo dia do procedimento (n=1819, 98%). Em 37 casos (2%) houve necessidade internação hospitalar. As principais indicações para internação hospitalar estão ilustradas na tabela 4.

Tabela 4. Principais indicações para internação hospitalar

Justificativa	Frequência	(%)
Necessidade de observação clínica	18	48,6
Horário da cirurgia	11	29,7
Hemorragia	6	16,2
Ajuste de anticoagulação	2	5,4

A necessidade de observação clínica se deu muitas vezes por intercorrências clínicas durante o período operatório, como picos pressóricos e hipoglicemia, por exemplo, necessitando o paciente permanecer em observação. O horário da cirurgia indicou internação naqueles pacientes que foram operados ao final do dia e não tiveram os efeitos da raquianestesia suspensos até o horário limite para alta. Durante o seguimento dos pacientes, foram observadas complicações tardias em 140 (7,5%) casos. As complicações estão ilustradas na tabela 5.

Tabela 5. Complicações observadas após os procedimentos cirúrgicos

Complicação	Frequência	(%)
Sangramento anal persistente	43	30,7
Infecção de ferida operatória	36	25,7
Fissura anal	23	16,4
Estenose anal	19	13,5
Incontinência fecal	15	10,7
Úlcera persistente	11	7,8
Fístula anal	9	6,4
Trombose hemorroidária	6	4,2
Fecaloma	1	0,7

A principal complicação dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da doença hemorroidária foi o sangramento persistente (n=24, 3,0%). As principais complicações dos pacientes operados por condiloma foram infecção de ferida operatória (n=11, 2,4%) e úlcera anal (n=11, 2,4%). Sangramento anal persistente foi a principal complicação nos casos submetidos à cirurgia para fissura anal (n=5, 2,0%). Infecção anal foi a principal complicação nos casos submetidos à cirurgia para fístula anal (n=6, 2,7%) e doença pilonidal (n=7, 5,5%) (tabela 6).

Tabela 6. Complicações tardias por tipo de doença

Complicações	Hemorroidas	Condiloma	Fissura	Fístula	Pilonidal
Sangramento	24 (3,0%)	10 (2,2%)	5 (2,0%)	3 (1,3%)	1 (0,8%)
Infecção	9 (1,1%)	11 (2,4%)	2 (0,8%)	6 (2,7%)	7 (5,5%)
Fissura	21 (2,6%)	0	0	2 (0,9%)	0
Estenose	11 (1,4%)	7 (1,5%)	1 (0,4%)	0	0
Incontinência	6 (0,7%)	5 (1,1%)	1 (0,4%)	3 (1,3%)	0
Úlcera	0	11 (2,4%)	0	0	0
Fístula	8 (1,0%)	1 (0,2%)	0	0	0
Trombose	6 (0,7%)	0	0	0	0
Fecaloma	0	1 (0,2%)	0	0	0

Na análise multivariada não se observaram fatores de riscos para complicações pós-operatórias após cirurgia anal, entretanto, o tratamento cirúrgico da fissura anal foi preditor independente de menor risco cirúrgico (tabela 7).

Tabela 7. Análise multivariada de fatores associados à complicação tardia

Variáveis	Valor observado - n/(%)		P	OR(IC95%)
Gênero				
Masculino x Feminino	89 (7,8)	56 (7,8)	1,000	NC
Hábitos				
Com x sem tabagismo	45 (7,4)	100 (8,0)	0,646	NC
Com x sem etilismo	14 (7,9)	131 (7,8)	0,884	NC
Doença				
Hemorroidas x outras	75 (9,3)	70 (6,7)	0,200	1,2 (0,8-1,7)
Condiloma x outras	40 (8,8)	105 (7,5)	0,363	NC
Fissura x outras	9 (3,7)	136 (8,4)	0,012	2,4 (1,2-4,7)
Fístula x outras	13 (5,8)	132 (8,1)	0,287	NC
Pilonidal x outras	8 (6,2)	137 (7,9)	0,609	NC
Experiência				
1º x 2º semestre	71 (7,1)	74 (8,7)	0,224	NC
Período				
Manhã x tarde	75 (7,9)	70 (7,7)	0,863	NC

P, valor do p calculado pelo teste exato de Fisher. OR, odds ratio. IC95%, intervalo de confiança de 95%. NC, não calculado

Na doença hemorroidária, a ressecção de múltiplos mamilos associou-se a maiores taxas de complicação (11,2% x 6,5%, $p=0,026$). A dissecação com electrocautério não aumentou o risco de complicações, quando comparado ao uso exclusivo da tesoura (8,9% x 10,5%; $p=0,685$). Não houve diferença estatística nas taxas de complicação das hemorroidectomias à Milligan-Morgan e Ferguson (19,4% x 8,5%; $p=0,051$). Nos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da fístula anal, a taxa de complicações em pacientes com doença simples ou complexa foi semelhante (4,3% x 7,5%; $p=0,397$). A taxa de complicação de pacientes submetidos à fistulotomia ou sedenho exclusivo também foi semelhante (5,5% x 6,7%; $p=0,751$). Nos pacientes operados por doença pilonidal, a cicatrização por primeira ou segunda intenção, não interferiu nas taxas de complicação (6,8 x 6,0%; $p=1,000$).

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

O tratamento clínico é geralmente a abordagem inicial das doenças anais benignas (25). Nos casos refratários ao tratamento clínico e nos pacientes com fístulas anais, abscessos anorretais ou doença pilonidal, o manejo clínico é realizado de forma adjuvante ao tratamento cirúrgico (26, 27, 28). As cirurgias anais menos complexas, como ligadura elástica de hemorroidas internas grau II e drenagem de abscessos anais, podem ser realizadas no próprio consultório, sem necessidade de hospitalização (29, 30). Entretanto, a maior parte dos pacientes com doenças anais benignas necessitam de centros cirúrgicos, uma vez que sua abordagem exige boa sedação e ampla exposição do ânus e materiais específicos (25).

Apesar de atrativo, a realização de intervenções cirúrgicas em regime de internação hospitalar possui impacto na elevação dos custos, maiores riscos de complicações infecciosas e diminuição da quantidade de leitos para tratamentos de doenças mais complexas, como as neoplasias malignas. Essa preocupação tem sido crescente e atual, considerando-se o perfil de envelhecimento populacional e o surgimento de situações extremas como a pandemia de Covid-19 (31, 32).

No período compreendido entre o final do século 19 e o início do século 20, observaram-se os primeiros estudos sobre cirurgias ambulatoriais realizadas nos Estados Unidos da América, Inglaterra e Escócia, entretanto não houve adoção generalizada do método. Foi no final de século 20 que a cirurgia ambulatorial ganhou força. De fato, estimou-se um aumento significativo das cirurgias ambulatoriais nos Estados Unidos a partir de 1980. Naquele ano, 16% das cirurgias foram realizados em regime ambulatorial, já em 2003, esse número passou para 67% (33). Longe de um efeito local, essa tendência foi observada em outros países, incluindo o Brasil, com resultados satisfatórios em diversos centros (34, 35, 36, 37,

38, 39, 40, 41, 42, 43). No Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, a cirurgia anal para doenças benignas foi realizada em regime hospitalar até o ano de 2008. Em 2009, com a criação do HERP, os pacientes sem comorbidades graves e compensadas passaram a ser operados em regime ambulatorial, sem necessidade de internação hospitalar.

No nosso conhecimento, o presente estudo é o primeiro do gênero a auditar os resultados cirúrgicos da cirurgia anal ambulatorial em um centro universitário, onde todos os pacientes foram operados por médicos residentes em treinamento, e a tentar avaliar as variáveis associadas a complicações cirúrgicas. Além disso, em nenhum outro estudo sobre o tema, se encontrou uma casuística tão robusta como a nossa. O tema é de grande importância visto que as doenças anais benignas são de grande prevalência. Escolhemos o Hospital Estadual de Ribeirão Preto, por se tratar do maior centro de ensino de cirurgia ambulatorial do município, onde médicos residentes fazem o treinamento com especialistas e que dispõe de um banco de dados prospectivo de todas as cirurgias realizadas pela equipe de coloproctologia, o que possibilitou a análise de uma casuística significativa. Para facilitar a discussão dos resultados os principais achados foram separados em tópicos.

5.1. Amostra estudada

No presente estudo, a maioria dos pacientes acometidos com doença hemorroidária, fissura anal, fístula anal, condiloma anal e cisto pilonidal eram do sexo masculino. Em relação à doença hemorroidária a maioria dos trabalhos afirma que a doença tem incidência similar entre os gêneros (5, 44). Em relação à fissura anal, alguns estudos apontam também incidência similar entre homens e mulheres (9), enquanto outros demonstram ligeira superioridade de incidência para o sexo

masculino (45). Já as fístulas anais acometem mais indivíduos do sexo masculino (46, 47), assim como o cisto pilonidal (48). A incidência do condiloma anal está mais relacionada à comportamentos e grupos específicos do que simplesmente o gênero (HSH, pacientes que são portadores do vírus HIV, mulheres com neoplasias do trato genital inferior, etc) (49). Alguns outros estudos apontam ligeira predominância de cirurgias anais realizadas em pacientes do sexo feminino (50, 51).

A idade média dos pacientes do presente estudo foi de 39,7 anos, muito semelhante a diversos estudos na literatura atual (51, 52). A idade média de apresentação da doença hemorroidária é de 45-65 anos (44, 53). Fissura anal é doença típica de adultos jovens (45, 54), assim como fístula anal (47). O cisto pilonidal atinge principalmente indivíduos na terceira década de vida (55). Por fim, o condiloma anal acaba-se tornando também doença de adultos jovens, justamente pelos comportamentos de risco dessa faixa etária (49). Portanto, as patologias perianais são doenças de indivíduos em idade produtiva, cujo afastamento acaba prejudicando seu desempenho laboral. Uma eventual complicação cirúrgica no tratamento dessas doenças aumentaria ainda mais o período de afastamento.

No presente estudo, a grande maioria dos pacientes (70,7%) não apresentava comorbidades. Isso se deve principalmente a dois motivos. Primeiro que as patologias anais, conforme relatado anteriormente, são afecções de adultos jovens, portanto com menos chances de apresentar comorbidades. O segundo motivo é o que o Hospital Estadual de Ribeirão Preto (HERP) é um hospital secundário, que realiza cirurgias menos complexas em pacientes menos complexos. Nesse hospital, operam-se justamente pacientes classificados como ASA I e II, portanto, operam-se enfermos sem comorbidades ou no máximo com comorbidades que estão controladas. Portanto, o perfil do paciente atendido pelo hospital contribuiu para

definir que as cirurgias analisadas e as eventuais complicações fossem em sua grande maioria em pacientes sem comorbidades.

Em nosso estudo o IMC médio foi definido em 26,9 kg/m², configurando categoria sobrepeso. A minoria dos pacientes eram tabagistas (33%) e etilistas (9,5%).

5.2. Manifestações Clínicas

No presente estudo os diagnósticos foram: doença hemorroidária (43,3%), condiloma anal (24,6%), fissura anal (13,1%), fístula anal (12,1%) e doença pilonidal (6,9%). Em outro estudo semelhante, que também analisou complicações cirúrgicas, os diagnósticos mais comuns foram hemorroida (50,3%) e fístula anal (21,4%) (56). Já em um estudo que avaliou a demora entre o início de sintomas e a procura por avaliação especializada, novamente hemorroida foi o mais prevalente (31,4%), seguido de fissura anal (17,3%) (57). A hemorroidectomia foi a operação mais realizada, representando cerca de 40% a 80% dos procedimentos, na maioria dos estudos revisados (50, 58). Portanto, reforça-se que a doença hemorroidária é a patologia mais prevalente nos atendimentos e nas cirurgias anais realizadas por coloproctologistas.

Em nosso estudo, um primeiro ponto que chama atenção é a demora entre o início dos sintomas demonstrado pelo paciente e a avaliação especializada, sendo a média de tempo de 31,8 meses e mediana de 12 meses. Em estudo semelhante a mediana também foi de 12 meses (57). Isso é relevante, pois uma demora entre o começo dos sintomas e a avaliação coloproctológica acarreta doenças em fases mais avançadas já na primeira consulta especializada.

A doença que mais houve esse grande espaço de tempo foi a doença hemorroidária, com média de início de sintomas até passagem com especialista de 45,3 meses. Isso ocorre provavelmente porque a doença hemorroidária inicialmente é oligossintomática e não tem tanto componente doloroso. Já a fissura anal, que apresenta como principal sintoma a dor anal, a média foi menor, de 21,9 meses. A menor média de todas foi o condiloma anal, com 12 meses. Isso provavelmente se deve a bem estabelecida associação entre condiloma anal e câncer de canal anal, já ciente por grande parte da população de risco.

As principais manifestações clínicas da doença hemorroidária demonstradas em nosso estudo foram sangramento (73,4%), abaulamento anal (68,3%) e dor anal (47,6%), os mesmos sintomas observados em diversos estudos (5, 7, 59). Em relação à fissura anal, destaca-se a dor anal (91,8%) e o sangramento anal (80,3%), também observado por outros autores (9, 10).

A fístula anal tem como principal sintoma a secreção perianal (79,5%), destacando-se também dor e abaulamento anal (11,12). Secreção local também representa a principal queixa dos pacientes com cisto pilonidal (79,9%), que também referem massa local e dor (13. 55). Por fim, em relação ao condiloma anal o principal sintoma foi a presença de massa/abaulamento anal, presente em 97,8% dos pacientes.

5.3. Complicações cirúrgicas

Operações anorretais são procedimentos tecnicamente simples e de tempo operatório relativamente curto. Porém, a experiência e cuidado são importantes para realizá-las adequadamente, evitando assim complicações cirúrgicas. Atualmente na

literatura há poucos estudos que avaliam especificamente as complicações pós-operatórias dessas cirurgias, surgindo a necessidade de realizar a presente casuística, em que analisa não somente às complicações em si, mas também às complicações em um regime de cirurgia ambulatorial, realizado por médicos em formação. A partir disso, será possível definir fatores de risco que influenciam tais complicações, aperfeiçoando as técnicas cirúrgicas.

De todas as 1856 cirurgias analisadas, apenas 8 hemorroidectomias (0,4%) apresentaram complicações precoces imediatas, sendo todas elas hemorragia anal. Sete (87,5%) tiveram que retornar ao centro cirúrgico para reoperação. Como o HERP funciona em regime de cirurgia ambulatorial, 98% dos pacientes operaram e tiveram alta no mesmo dia, sendo que 37 (2%) necessitaram de internação. As indicações de internação foram: necessidade de observação clínica (48,6%), horário da cirurgia (29,7%), hemorragia (16,2%) e ajuste de anticoagulação (2%).

Em relação às complicações tardias, durante todo o seguimento foram observadas 140 complicações (7,5% do total). Há três trabalhos nacionais que também avaliaram complicações tardias das operações anorretais, sendo que não há uma metodologia padronizada entre os mesmos e entre esses trabalhos e o presente trabalho. Um primeiro trabalho avaliou 503 pacientes em um período de 8 anos, demonstrando uma taxa de 4,8% de complicações tardias, não deixando claro como foi o seguimento nem os critérios utilizados para definir complicações (43). Um segundo trabalho avaliou 455 operações em um período de 3 anos, sendo que a taxa de complicações tardias girou ao redor de 16% (58). Por fim, um terceiro trabalho analisou 453 operações, com uma taxa de complicações tardias de 22,52%, definindo-se como sucesso cirúrgico aqueles pacientes que com 45 dias de pós

operatório recebiam alta assintomáticos e como complicação aquelas que permaneceram após 45 dias. (56).

Nesse estudo, as complicações tardias em ordem decrescente: sangramento anal persistente (30,7%), infecção de ferida operatória com necessidade de antibioticoterapia oral (25,7%), fissura anal pós operatória (16,4%), estenose anal (13,5%), incontinência fecal (15%), úlcera anal persistente (11%), fístula anal pós operatória (6,4%), trombose hemorroidária (4,2%) e fecaloma (0,7%).

Em relação à hemorroidectomia, as maiores complicações foram a presença de sangramento anal persistente e fissura anal pós-operatória. Em relação à técnica cirúrgica, evidenciou-se que dissecação com eletrocautério não resultou em mais complicações que dissecação com tesoura fria e que a técnica (Milligan-Morgan x Fergusson) também não alterava as taxas de complicações. O único dado que foi significativamente estatístico é que a ressecção de múltiplos mamilos em uma única cirurgia aumenta a taxa de complicações (11,2% x 6,5%, $p=0,026$). Em um estudo que analisou apenas hemorroidectomias, evidenciou-se uma taxa de complicações de 3,1% em 2471 operados, sendo a complicação mais comum estenose anal (60).

Para cirurgia de esfínterectomia lateral interna para tratamento de fissura anal, a maior complicação foi sangramento anal persistente. Para cirurgia de eletrocauterização de condiloma anal as principais complicações foram infecção de ferida operatória, úlcera anal e sangramento anal persistente.

Em relação à cirurgia de fístula anal, as maiores complicações foram infecção de ferida operatória, com necessidade de uso de antibioticoterapia, sangramento anal persistente e incontinência fecal. O número de orifícios anais, a complexidade

da fístula e a utilização ou não de sedenhos também não foram significativamente estatísticos para determinar taxas de complicações.

Em relação à cirurgia para cisto pilonidal, que teve como principal complicação a infecção de ferida operatória, como mencionado anteriormente, a cicatrização por 1ª ou 2ª intenção também não determinou taxas de complicações.

Por fim, na análise multivariada, quando analisou diferentes variáveis associados às taxas complicações tardias para as cirurgias anais, não houve nenhum fator de risco significativamente estatístico, sendo que a cirurgia para tratamento da fissura anal (esfincterotomia lateral interna) foi o único fator preditor independente de menor risco cirúrgico. Isso se deve muito provavelmente a simplicidade da cirurgia para tratamento da fissura anal em si, em que se realizada uma esfincterotomia lateral interna à esquerda, com secção do esfíncter anal interno, com posterior sutura da mucosa e pele.

O gênero do paciente não foi determinante nas taxas de complicações, assim como o tabagismo e o etilismo. Em relação à experiência, alocaram-se as cirurgias realizadas no 1º semestre do período de residência médica em um grupo e as realizadas no 2º semestre em outro, para analisar se a experiência do médico residente em executar a cirurgia influenciaria nas taxas de complicações. Porém, a diferença de experiência não se mostrou significativamente estatística. O mesmo tentou-se fazer em relação ao período do dia (manhã x tarde), para saber se cirurgias à tarde, com o cirurgião teoricamente mais cansado, influenciaria nas taxas de complicação. Novamente não foi significativamente estatístico.

5.4 Considerações finais

O presente estudo, apesar de fornecer relevantes informações sobre o tratamento cirúrgico em um centro universitário, apresenta limitações que devem ser apontadas. Por se tratar de um estudo de natureza retrospectiva, é possível que informações importantes tenham se perdido na fase de coleta, entretanto, espera-se que a utilização de um banco de dados alimentado de forma prospectiva possa ter diminuído esses viés. Outro aspecto controverso é o agrupamento de doenças com comportamentos clínicos e desfechos cirúrgicos distintos, que dificultou a identificação de fatores de risco para complicações cirúrgicas, entretanto a grande amostra analisada permitiu observar aspectos interessantes da cirurgia anal no ambiente ambulatorial. Estudos futuros deveriam ser elaborados com intuito de analisar as doenças separadamente e com inclusão de mais variáveis independentes a fim de se melhorar a detecção de fatores de risco. Para esses estudos, grandes amostras seriam necessárias, uma vez que os eventos adversos são pouco comuns nesses tipos de operações. Apesar das limitações, o estudo mostrou-se relevante para caracterizar o perfil clínico e cirúrgico dos pacientes operados por doenças anais benignas no Hospital Estadual de Ribeirão Preto. Até presente momento, não se dispunha dessas informações no nosso centro e as informações observadas confirmam as elevadas taxas de sucesso e segurança das cirurgias anais benignas mesmo em centros de treinamento médico.

CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

6.1. Em geral, os pacientes submetidos à cirurgia anal eram em sua maioria homens jovens e com poucas comorbidades. A doença hemorroidária e a massa anal palpável foram os principais diagnóstico e manifestação clínica observados, respectivamente, e os pacientes apresentavam longos períodos de sintomas até a avaliação especializada e indicação de cirurgia.

6.2. A hemorroidectomia foi o principal procedimento cirúrgico, seguida pela exérese de condiloma anal e o tratamento da fissura anal.

6.3. Observaram-se baixas taxas de complicações imediatas e tardias. A principal complicação tardia foi o sangramento anal persistente. No geral, não se identificaram fatores de risco para complicações tardias, no entanto o tratamento para fissura anal foi considerado preditor independente de menor risco cirúrgico. No caso particular da doença hemorroidária, a ressecção de múltiplos mamilos associou-se a maiores taxas de complicações tardias.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Cohee MW, Hurff A, Gazewood JD. Benign Anorectal Conditions: Evaluation and Management. *Am Fam Physician*. 2020;101(1):24-33.
2. Grabowski J, Oyetunji TA, Goldin AB, Baird R, Gosain A, Lal DR, et al. The management of pilonidal disease: A systematic review. *J Pediatr Surg*. 2019;54(11):2210-2221.
3. Moreira JP, Araújo SE, Oliveira Jr O. Hemorróida: Diagnóstico. In: Projeto Diretrizes. São Paulo: AMB/CFM; 2005.
4. Steele SR, Hull TL, Hyman N, Maykel JA, Read TE, Whitlow CB. Manual ASCRS de Cirurgia de Cólon e Cirurgia Retal. 3ª Ed. Rio de Janeiro/RJ. Dilivros, 2020.737 p.
5. Deus JR, Rama N. Doença Hemorroidária - Recomendações (Guidelines). *Rev Port Coloproct*. 2020;17:40-46.
6. Corman LM, Roberto CM, Bergamaschi R, Nicholls J, Fazio VW. Corman Cirurgia Colorretal. 6ª Ed. Rio de Janeiro/RJ. Revinter, 2017. 1581 p.
7. Sun Z, Migaly J. Review of Hemorrhoid Disease: Presentation and Management. *Clin Colon Rectal Surg*. 2016;29:22–29.
8. Salgueiro P, Caetano AC, Oliveira AM, Rosa B, Mascarenhas-Saraiva M, Ministro P, et al. Portuguese Society of Gastroenterology Consensus on the Diagnosis and Manegement of Hemorrhoidal Disease. *GE Port J Gastroenterol*. 2020;27(2):90-102.
9. Araújo SE, Oliveira Jr O, Moreira JP, Salles RR. Fissura anal: Manejo. In: Projeto Diretrizes. São Paulo: AMB/CFM; 2008.
10. Moreira H, Moreira JP, Moreira Jr H, Lousa LR, Oliveira EC. Tratamento Clínico Conservador e Cirúrgico da Fissura Anal. *Rev bras Coloproct*. 2003;23(2):89-99.
11. Azevedo A, Horta D. Abscessos e fístulas perianais – Recomendações. *Ver Port Coloproct*. 2020;17:26-30.
12. Sneider EB, Maykel JA. Anal Abscess and Fistula. *Gastroenterology Clinics of North America*. 2013;42:773-784.

13. Corsi PR, Corsi RC, Moura LF, Guerreiro TD, Vasconcellos LP. Tratamento Cirúrgico do Cisto Pilonidal através de Ressecção e Fechamento Primário com Retalhos Cutâneos. *Rev bras Coloproct*, 2004;24(3):203-207.
14. Carvalho NS, Silva RJ, Do Val IC, Bazzo ML, Silveira MF. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo papilomavírus humano (HPV). *Epidemiol. Serv. Saude*. 2021; 30(1):e-2020790.
15. Monteiro BK, Santos JG, Maia MM, Freitas DN, Silveira JR, Farias TS, et al. Papilomavírus humano em região anal: Revisão de literatura. *Rev Med Minas Gerais*. 2019;29:e-2027.
16. Veasey JV, Campaner AB. Perfil epidemiológico e análise do impacto na qualidade de vida dos homens portadores de condilomas anogenitais. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2019;64(1):29-34.
17. Oliveira L, Galindo GF, Silva-Velazco JD. Benign Anorectal Disorder Management in Low-Resource Settings. *Clin Colon Rectal Surg*. 2022;35(5):376-389.
18. Lohsiriwat V, Sheikh P, Bandolon R, Ren D, Roslani AC, Schaible K, et al. Recurrence Rates and Pharmacological Treatment for Hemorrhoidal Disease: A Systematic Review. *Adv Ther*. 2022;40(1):117-132.
19. Altomare DF, Giuratrabocchetta S. Conservative and surgical treatment of haemorrhoids. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2013;10(9):513-21.
20. Stewart DB, Gaertner W, Glasgow S, Migaly J, Feingold D, Steele, SR. Clinical Practice Guideline for the Management of Anal Fissures. *Dis Colon Rectum*. 2017;60(1):7-14.
21. Zahra A, Malla J, Selvaraj R, Dhanoa RK, Venugopal S, Shoukrie SI, et al. A Comparison of Different Surgical Treatments for Complex Anal Fistula: A Systematic Review. *Cureus*. 2022;14(8):e28289.
22. Feitosa MR, Parra RS, Freitas LF, Camargo HP, Rocha JJ, Feres O. Teaching Basic Colonoscopy Skills: Quality And Safety Standards Can Be Fulfilled In An Outpatient University Center. *Arq Gastroenterol*. 2021;58(3):384-389.

-
23. Santos JS, Sankarankutty AK, Salgado Jr W, Kemp R, Leonel EP, Castro e Silva Jr O. Cirurgia ambulatorial: do conceito à organização de serviços e seus resultados. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2008;41(3):274-86.
 24. Cohen D, Dillon JB. Anesthesia for outpatient surgery. *JAMA*. 1966;196(13):1114-17.
 25. Wald A, Bharucha AE, Limketkai B, Malcolm A, Remes-Troche JM, Whitehead WE, Zutshi, M. ACG Clinical Guidelines: Management of Benign Anorectal Disorders. *AM J Gastroenterol*. 2021;116(10):1987-2008.
 26. Pescatori M. Surgery for anal fistulae: state of the art. *Int J Colorectal Dis*. 2021;36(10):2071-2079.
 27. Sahnun K, Adegbola SO, Tozer PJ, Phillips RK. Perianal abscess. *BMJ*. 2017;356:j475.
 28. Murphy DC, Merson J. Pilonidal Disease. *JAAPA*. 2022;35(10):54-55.
 29. Kumar M, Roy V, Prasad S, Jaiswal P, Arun N, Gopal K. Outcomes of Rubber Banda Ligation in Haemorrhoids Among Outdoor Patients. *Cureus*. 2022;14(9):e29767.
 30. Lohsiriwat V. Anorectal emergencies. *World J Gastroenterol*. 2016;22(26):5867-78.
 31. Eamer GJ, Clement F, Holroyd-Leduc J, Wagg A, Padval R, Khadaroo RG. *Surgery*. 2019;166(1):82-87.
 32. Ohsfeldt RL, Choong CK, Mc Collam PL, Abedtash H, Kelton KA, Burge R. Inpatient Hospital Costs for COVID-19 Patients in the United States. *Adv Ther*. 2021;38(11):5557-5595.
 33. Sobrado CW. Outpatient surgical proctology - past, present and future. *Arq Gastroenterol*. 2005;42(3):133-5.
 34. Henriques AL, Pezzolo S, Silva GC, Speranzini MB. Herniorrafia inguinal sob anestesia local. *Rev Col Bras Cir* 1997;24:405-8.
 35. Hossne RS, Prado RG, Bakonyi Neto A. Cirurgia ambulatorial em proctologia: análise retrospectiva de 437 casos. *Arq Gastroenterol* 2005;42:136-8.
 36. Medeiros RR, Peres MAO. Tratamento ambulatorial das doenças anais. *Rev Bras Coloproctol*. 1988;8:133-4.

-
37. Peres MAO. Implantação da cirurgia ambulatorial e simplificada em hospital comunitário: análise de resultados [tese de mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Universidade Estadual de Campinas; 1992. 166 p.
 38. Peres MAO. Estudo comparativo de hemorroidectomia sob anestesia local em regime ambulatorial e sob anestesia peridural com hospitalização [tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1996. 101 p.
 39. Ramos JR, Pinho M, Valory E, Nascimento ML, Souza PCT. Cirurgia ambulatorial em coloproctologia. *Rev Bras Coloproctol.* 1988;8:11-3.
 40. Rodrigues Jr AJ, Speranzini MB, Rasera Jr I, Yamamura EM, Oliveira MR. Tratamento cirúrgico das hérnias inguinais com anestesia local. *Rev Paul Med.* 1990;108:4-8.
 41. Sobrado CW, Sokol S. Esfincterotomia interna lateral subcutânea em unidade ambulatorial para o tratamento da fissura anal: análise de 265 doentes operados. *Rev Bras Coloproctol.* 1994;14:235-9.
 42. Sobrado CW, Bringel RW, Nahas SC, Habr-Gama A. Cirurgia proctológica ambulatorial sob anestesia local. Análise de 351 operações. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo.* 1998;53:277-82.
 43. Sobrado CW, Nahas SC, Marques CF, Habr-Gama A. Cirurgia ambulatorial sob anestesia local em proctologia: experiência e análise do resultado de 503 operações. *Rev Bras Coloproctol.* 2001;21:228-33.
 44. Moreira JP, Araújo SE, Oliveira Jr O. Diagnóstico da Hemorroida. *Rev Assoc Med Bras.* 2007;53(1).
 45. Sousa MM. Tratamento Clínico da Fissura anal Crônica. Estudo comparativo entre diltiazem 2% e betanecol 0,1% [tese de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo; 2008. 97 p.
 46. Oliveira MT. Avaliação das características anatômicas da fístula anal através da ultrassonografia anorretal tridimensional e correlação com a teoria de Goodsall [tese de mestrado]. Fortaleza: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal do Ceará; 2017. 63 p.

-
47. Mendes CR, Ferreira LS, Sapucaia RA, Lima MA, Araújo SE. VAAFT - Videoassisted anal fistula treatment: a new approach for anal fistula. *J coloproct.* 2014;34(1):62–64.
 48. Bi S, Sun K, Chen S, Gu J. Surgical procedures in the pilonidal sinus disease: a systematic review and network meta-analysis. *Sci Rep.* 2020;10:13720.
 49. Leal T, Caetano AC, Limbert M. Cancro anal e lesões precursoras – Recomendações. *Rev port Coloproct.* 2020;17(1):6-12.
 50. Nahas SC, Sobrado CW, Marques CF, Imperiale AR, Habr-Gama A, Rocha JP, et al. Orifice diseases project experience of the “Hospital das Clínicas” University of São Paulo Medical Center in day-hospital of anorectal disease. *Rev Hosp Clín Fac Med S Paulo.* 1999;54(3):75-80.
 51. Saad-Hossne R, Prado RG, Bakonyi-Neto A. Cirurgia ambulatorial em coloproctologia: análise retrospectiva de 437 casos. *Arq Gastroenterol.* 2005;42(3):136-138.
 52. Pinho MS, Ferreira LC, Vasconcelos EC, Filho NA, Reis MC. Análise da prevalência por sexo e idade nas doenças anorretais freqüentes. *Rev bras Coloproct.* 2002;22(3):158-16.
 53. Abramowitz L, Godeberge P, Staumont G, Soudan D. Clinical practice guidelines for the treatment of hemorrhoid disease. *Gastroen Clin Biol.* 2001;25(6-7):674-702.
 54. Campos FG, Araujo SE, Habr-Gama A. Etiologia e tratamento cirúrgico das fissuras anais. Revisão sobre aspectos históricos, técnicos e resultados. *Rev bras Coloproct.* 2001;21(4):239-45.
 55. Balsamo F, Borges AM, Formiga GJ. Pilonidal sinus: Surgical treatment results with incision and curettage. *Rev bras de Coloproct.* 2009;29(3):325-328.
 56. Steckert JS, Sartor MC, Miranda EF, Rocha JG, Martins JF, Wollmann MC, et al. Análise das Complicações Tardias em Operações Anorretais: Experiência de um Serviço de Referência em Coloproctologia. *Rev bras Coloproct.* 2010;30(3):305-317.

-
57. Feitosa MR, Cestari VR, Liporaci FM, Mota BB, Parra RS, Rocha JJ, et al. Manifestações das doenças anorretais associam-se a atraso na avaliação pelo especialista? J coloproctol. 2017;37(S1):73-176.
 58. Prudente AC, Neto JR, Santiago RR; Mariano DR; Vieira Filho MC. Cirurgias proctológicas em 3 anos de serviço de coloproctologia: série histórica. Rev bras Coloproct. 2009;29(1):71-76.
 59. Cerato MM, Cerato NL, Passos P, Treiguer A, Damin, DC. Surgical treatment of hemorrhoids: a critical appraisal of the current options. ABCD Arq Bras Cir Dig 2014;27(1):66-70.
 60. Cruz GM, Santana SK, Santana JL, Ferreira RM, Neves PM, Faria MN. Complicações pós-operatórias cirúrgicas da hemorroidectomia: revisão de 76 casos de complicações. Rev bras Coloproct. 2007;27(1):42-57.

ANEXO

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cirurgia em Regime Ambulatorial e Prevalência de Incidentes no Tratamento das Doenças Orificiais Anais

Pesquisador: MARLEY RIBEIRO FEITOSA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 27120815.6.0000.5440

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.806.110

Apresentação do Projeto:

As doenças anorretais são muito prevalentes na prática clínica. Até 80% dos pacientes atendidos nos ambulatórios de coloproctologia apresentam queixas atribuídas à essa região. A criação do Hospital Estadual de Ribeirão Preto foi importante para atender à grande demanda reprimida dos procedimentos de atenção secundária. Neste contexto estão inseridas as doenças hemorroidárias, fissuras, fístulas anais e condilomas anais. O presente estudo visa relatar a experiência do serviço no manejo dessas doenças com ênfase na resposta cirúrgica e complicações.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a prevalências das complicações clínicas e cirúrgicas no manejo das doenças anorretais benignas em um centro secundário de ensino e pesquisa

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa apresenta riscos mínimos para os pacientes por se tratar de uma revisão de prontuários médicos. Os pacientes serão identificados por números para preservar suas identidades.

Benefícios: Espera-se melhorar o entendimento sobre o manejo das doenças anorretais benignas em um nível secundário de atenção à saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo retrospectivo. Análise dos prontuários dos pacientes tratados pela equipe de

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO	
Bairro: MONTE ALEGRE	CEP: 14.048-900
UF: SP	Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3802-2228	Fax: (16)3833-1144
	E-mail: cep@hcrp.usp.br

coloproctologia do hospital estadual de ribeirão preto, do período de 01/01/2009 a 31/12/2017. Serão coletados os seguintes dados: idade, sexo, caracterização do tratamento cirúrgico e complicações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos devidamente apresentados. O Pesquisador solicita a dispensa de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com as seguintes justificativas:

1. Trata-se de pesquisa retrospectiva com uso de prontuários médicos onde os pacientes não serão identificados por números.
2. Na maioria dos casos, os pacientes já tiveram alta hospitalar.
3. Dificuldade de localizar todos os pacientes ou familiares devido a grande abrangência do Hospital Estadual de Ribeirão Preto (26 municípios).
4. Os pacientes foram atendidos há muito tempo e o endereço e telefone já não são os mesmos.

Recomendações:

não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 466/2012, o projeto de pesquisa, assim como a solicitação de dispensa de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, podem ser enquadrados na categoria APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_416298.pdf	18/12/2019 10:37:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ORIFICIAIS.docx	18/12/2019 10:37:21	MARLEY RIBEIRO FEITOSA	Aceito
Outros	UPCPEDRO.pdf	17/12/2019 17:14:37	MARLEY RIBEIRO FEITOSA	Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3802-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

Orçamento	ORCAMENTOPEDRO.pdf	17/12/2019 17:14:16	MARLEY RIBEIRO FEITOSA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAPEDRO.pdf	17/12/2019 17:14:04	MARLEY RIBEIRO FEITOSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPEDRO.pdf	17/12/2019 17:13:55	MARLEY RIBEIRO FEITOSA	Aceito
Folha de Rosto	FRPEDRO.pdf	17/12/2019 17:13:22	MARLEY RIBEIRO FEITOSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 22 de Janeiro de 2020

Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO	CEP: 14.048-900
Bairro: MONTE ALEGRE	
UF: SP	Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3802-2228	Fax: (16)3633-1144
	E-mail: cep@hcrp.usp.br