

**CAPÍTULO 28 : OUTRAS TÉCNICAS DE
HEMORRODECTOMIA(SOKOL,PARKS, RUIZ-MORENO)**

PROF. DR. SÉRGIO CARLOS NAHAS

**Professor Livre-Docente da Disciplina de Coloproctologia e de Cirurgia do
Aparelho Digestivo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo**

DR. MARCELO RODRIGUES BORBA

**Médico Assistente Doutor da Divisão de Clínica Cirúrgica do Hospital
Universitário da Universidade de São Paulo**

DR. CARLOS FREDERICO SPARAPAN MARQUES

**Médico colaborador do Disciplina de Coloproctologia e de Cirurgia do Aparelho
Digestivo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de
São Paulo**

DR. CAIO SÉRGIO RIZKALLAH NAHAS

**Médico colaborador Disciplina de Coloproctologia e de Cirurgia do Aparelho
Digestivo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de
São Paulo**

INTRODUÇÃO

O tratamento cirúrgico da doença hemorroidária de 3 e 4 grau está bem estabelecido na hemorroidectomia pela técnica aberta descrita por Milligan e Morgan⁸ em 1937, técnica esta muito empregada em nosso meio e na Europa, e na técnica fechada descrita por Ferguson e Heaton⁵ em 1959, sendo muito usada nos Estados Unidos da América.

Estas duas técnicas foram popularizadas ao longo dos anos e inúmeros trabalhos foram feitos comparando as duas cirurgias, com diferenças no tempo de cicatrização, dor, secreção e estenoses, porém não mostrando como consenso uma grande vantagem de um procedimento sobre o outro. A utilização de lâmina fria, tesoura, bisturi elétrico, laser, bisturi harmônico e outros também foram estudados, mas sem levar a uma certeza de ter uma diferença significativa que levasse a comunidade médica a empregar só determinada técnica.

No final dos anos 90, Longo⁶ descreve um novo método de tratamento cirúrgico da doença hemorroidária sem a ressecção dos mamilos hemorroidários através da anopexia mecânica com grampeador circular adaptado para este procedimento. A partir dos estudos e dos resultados de Longo, outros cirurgiões começaram a estudar esta nova cirurgia, seus resultados e complicações. Várias séries foram apresentadas ao redor do mundo e hoje já foram feitos mais de 5 milhões de casos.

Atualmente quando há indicação do tratamento cirúrgico da doença hemorroidária cabe decidir se faremos uma hemorroidectomia convencional pela técnica de Milligan Morgan ou Ferguson² ou se realizaremos uma anopexia mecânica com grampeador, conforme descrita por Longo.

Neste capítulo trataremos de discutir algumas outras técnicas de hemorroidectomia tais como as técnicas de Sokol, Parks, e Ruiz-Moreno que são variações das cirurgias clássicas pelo método aberto ou fechado. Estas cirurgias tem importância histórica, porém nos últimos anos foram perdendo espaço e tendo poucos relatos na literatura médica mundial.

CIRURGIA DE SOKOL

Sokol¹ desenvolveu uma técnica cirúrgica variante da técnica fechada de Ferguson que vem empregando desde a década de 70 até hoje em seus casos nos EUA, em hemorróidas de 3 e 4 grau com plicomas anais.

A técnica consiste em colocar o paciente em posição de canivete (jackknife) sob anestesia geral na grande maioria dos casos, o doente fica então em decúbito ventral horizontal com flexão das pernas. É introduzido um afastador anal chanfrado do tipo Faensler, expondo o canal anal e os mamilos hemorroidários.

O primeiro passo da cirurgia é uma sutura com fio de ácido poliglicólico 000 na base do mamilo hemorroidário, que é deixado reparado para uso posterior. (**FIGURA 1**)

Incisa-se um retalho muco-cutâneo em forma de triângulo e então as hemorróidas são dissecadas até próximo do fio previamente suturado. (**FIGURA 2**)

Neste tempo a pele residual é suturada sobre a ferida na base do triângulo com o fio inicial, então as bordas da pele e mucosa são suturadas de modo contínuo com ácido poliglicólico 000. (**FIGURA 3 e 4**)

Borba em 1997¹ analisou 322 pacientes operados por esta técnica de 1975 a 1994, não tendo complicações pós-operatórias relevantes, com 0,6% de subestenose.(**tabela 1**)

TABELA 1

Complicações P.O.	número de pacientes	%
Dor severa	14	4,3
Plicoma residual	14	4,3
Retenção urinária	11	3,4
Infecção	9	2,8
Hemorragia	2	0,6
Subestenose	2	0,6
Incontinência a gases	1	0,3
Hematoma	1	0,3

Segundo esses autores a vantagem da técnica de Sokol sobre a técnica fechada é que este procedimento temos benefícios do fechamento da ferida e permite este fechamento sem tensão e com menos risco de estenose, pois usa a pele residual para o cobrir a ferida operatória. Além disso, em doença hemorroidária avançada com componente externo exuberante o procedimento tem boa indicação e conseqüentemente resultados satisfatórios.

CIRURGIA DE PARKS

Em 1956, Alan Parks¹¹ descreveu sua técnica de hemorroidectomia, visando preservar a mucosa do canal anal, diminuindo o tamanho da ferida, com menor tempo de cicatrização e também com índices de estenose menor que as técnicas convencionais. Esta operação ficou conhecida como hemorroidectomia submucosa e é utilizada principalmente no Reino Unido.

A cirurgia consiste em após a colocação de um afastador de Parks e a injeção de solução de adrenalina na diluição de 1:250.000 a fim de diminuir o sangramento, realiza-se uma incisão em Y na junção mucocutânea entre a mucosa superior do canal anal até a junção anorretal, em forma de raquete invertida. Então o pedículo vascular é separado da mucosa e do plano esfínteriano e ligado. Isto é repetido para cada mamilo e fechada a mucosa com sutura contínua de fio absorvível, deixando uma pequena área aberta na região perianal para drenagem, .

Milito em 1997 ⁷ relata 1315 casos submetidos a hemorroidectomia pela técnica de Parks com os seguintes resultados:

TABELA 2

Sangramento- (18 tratados com tamponamento e 8 reoperados)	25 pacientes	1,9 %
Abscesso-	3 pacientes	0,2%
Hematoma submucoso-	3 pacientes	0,2 %
Impactação fecal-	46 pacientes	3,4%.

No seguimento pós-operatório houve 82 recidivas(7%), 75 casos de plicomas(6,5%) e estenose anal em 19 doentes(1,6) e 36 pacientes (3,2 %) tiveram pequena incontinência a gases .

A vantagem deste procedimento seria que a mucosa não é englobada na ligadura grande fator da dor no pós-operatório (Parks) é o, portanto teríamos menos dor após a cirurgia , com menos fibrose e estenose no seguimento tardio.

Este procedimento não tornou-se popular na América ,sendo mais realizado pela escola inglesa. Isto talvez se deva ao tempo cirúrgico elevado, maior recidiva, pelo risco maior de sangramento no intraoperatório e no pós-operatório imediato, além de não apresentar vantagens nos poucos trabalhos comparativos realizados em relação a técnica de Milligan Morgan ou Ferguson .

CIRURGIA DE RUIZ-MORENO

A técnica descrita por Fidel Ruiz-Moreno em 1977 ¹², assemelha-se muito a hemorroidectomia submucosa de Parks, diferindo na marsupialização da parte externa da ferida, tratando-se de uma técnica semi-fechada. A posição do paciente é a de litotomia e é usado um afastador de Parks.

A proposta da marsupialização é diminuir a incidência de infecção e ter uma área de drenagem para pequenos sangramentos.

Os resultados desta operação são semelhantes aos descritos para a hemorroidectomia fechada.

CONCLUSÕES

Diferentes técnicas cirúrgicas são empregadas no tratamento da doença hemorroidária, com modificações que costumam levar o nome do autor. Temos então , além das descritas, outros procedimentos tais como Whitehead ¹⁴ Obando ¹⁰ e etc... que entraram para a história do tratamento cirúrgico das hemorróidas .

Nenhuma destas cirurgias apresenta na literatura vantagem substancial as clássicas hemorroidectomias aberta ou fechada, podendo ser empregadas conforme a experiência do coloproctologista com estas técnicas ³.

Na nossa opinião o tratamento cirúrgico da doença hemorroidária atualmente está restrito a hemorroidectomia aberta de Milligan-Morgan ou fechado de Ferguson e a anopexia mecânica pela técnica de Longo.

BIBLIOGRAFIA

- 1- BORBA MR, SOBRADO JR CW, SOKOL S. HEMORROIDECTOMIA PELA TÉCNICA FECHADA (TÉCNICA DE SOKOL): ANÁLISE DE 322 DOENTES VER BRAS COLO-PROCT 1977;17(2) : 98-100
- 2- CATALDO P. PRACTICE PARAMETERS FOR THE MANAGEMENT OF HEMORRHOIDS(REVISED) DIS COLON RECTUM 2005 48: 189-194.
- 3- CRUZ GMG; SANTANA JL; SANTANA SKAA; FERREIRA RMRS; NEVES PM ; FARIA MNZ. HEMORROIDECTOMIA: ESTUDO DE 2417 PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA PARA TRATAMENTO DA DOENÇA HEMORROIDÁRIA. VER BRAS COLOPROCT ,2006;26 (3): 253-268
- 4- FERGUSON JA , HETON JR (1959) CLOSED HEMORRHOIDECTOMY, DIS COLON RECTUM 2: 176
- 5- LONGO A (1998) TRETMENT OF HAEMORRHID DISEASEBY REDUCTION OF MUCOSA AND HAEMORRHOIDAL PROLAPSE WITH A CIRCULAR SUTRING DEVICE : NEW PROCEDURE. In: SIXTH WORLD CONGRESS OF ENDOSCOPIC SURGERY; ROME, ITALY JUNE, 777-90.
- 6- MANN CV. SURGICAL TREATMENT OF HAEMORRHOIDS. CAPITULO 13: 93-96 . ED SPRINGER
- 7- MILITO G, CORTESE F, BRANCALEONE C, CASCIANI CU, 1997. SUBMUCOSAL HAEMORRHOIDECTOMY: SURGICAL RESULTS AND COMPLICIIONS IN 1315 PATIENTS. TECHNIQUES IN COLOPROCTOLOGY 1 : 128-32

8- MILLIGAN ETC, MORGAN C, NAUGHTON JONES LF (1937) SURGIAL ANATOMY OF THE CANAL ANAL AND THE OPERATIVE TREATMENT OF HAEMORROIDS. LANCET ii : 1119

9- KEIGHLEY, M.R.B.- CIRURGIA DO ANUS ,RETO E COLO . CAPÍTULO 13 : 286-352, ED. MANOLE .

10- OBANDO RN HEMORRHOIDS. AN ALAP 1966; 1:110

11- PARKS AG THE SURGICAL TREATMENT OF HAEMORROIDS. BR. J SURG 43: 337-351. 1956

12- RUIZ-MORENO F. – HEMORROIDECTOMY- HOW I DO IT:SEMICLOSED TECHNIQUE. DIS COLON RECTUM 20: 177-182. 1977

13- YOU SY, KIM SH, CHUNG CS, LEE DK. OPEN VS. CLOSED HEMORRHOIDECTOMY. DIS COLON RECTUM 2005 48: 108-113 ;.

14- WHITEHEAD W (1882) SURGICAL TREATMENT OF HAEMORRHOIDS. BR MED J 1: 49.