

## Hemorróida: Tratamento Cirúrgico

*Autoria: Sociedade Brasileira de Coloproctologia*

---

**Elaboração Final:** 31 de janeiro de 2006

**Participantes:** Moreira JPT, Araújo SEA, Oliveira Jr O

---

---

*O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.*

## **DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:**

Busca na literatura científica, na rede da Internet, em base de dados primários (PubMed) por acesso e revisão de artigos originais; também, por meio de consensos de sociedades de especialistas envolvidas no manejo da doença hemorroidária.

## **GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:**

**A:** Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.

**B:** Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.

**C:** Relatos de casos (estudos não controlados).

**D:** Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

## **OBJETIVO:**

Analisar, baseado em evidências científicas, as diferentes propostas de tratamento cirúrgico para a doença hemorroidária.

## **CONFLITO DE INTERESSE:**

Nenhum conflito de interesse declarado.

## INTRODUÇÃO

O tratamento cirúrgico da doença hemorroidária deve ser oferecido, principalmente, aos pacientes com persistência dos sintomas após tratamento clínico ou conservador<sup>1</sup>(D).

Para os pacientes incapazes de tolerar o tratamento conservador ou para aqueles que não o desejam e também para os portadores de hemorróidas sintomáticas volumosas, associadas ou não a prolapso mucoso do reto, o tratamento cirúrgico parece representar a melhor opção<sup>2</sup>(D).

A despeito da dor pós-operatória representar o maior óbice a uma oferta mais disseminada da hemorroidectomia, e também ser esta o método que resulta em mais prolongada incapacidade do paciente no pós-operatório, o tratamento cirúrgico é a forma mais eficaz de tratamento da doença hemorroidária<sup>3</sup>(A).

A hemorroidectomia pode ser realizada pela técnica aberta, fechada, semi-fechada e associada ou não à esfínterectomia. Pode, ainda, ser realizada com o emprego do bisturi comum, de eletrocirurgia mono ou bipolar, com tesoura, com bisturi ultrassônico, com emprego do *laser* e, mais modernamente, com a utilização do grampeador circular.

A despeito de todas as opções cirúrgicas serem eficazes para o manejo da doença hemorroidária, evidência, acerca de alguma comparação entre as técnicas acima descritas, está disponível na literatura como se segue.

## HEMORROIDECTOMIA ABERTA *VERSUS* FECHADA

Ambos os métodos são eficientes para o tratamento da hemorróida de segundo e terceiro grau, com baixos índices de complicações pós-operatórias, com até um ano de acompanhamento<sup>2</sup>(D).

A técnica fechada não mostrou ser mais eficaz em reduzir a dor pós-operatória, porém há evidências de tempo de cicatrização mais curto após a realização da técnica fechada, na avaliação realizada após três semanas de cirurgia<sup>4</sup>(A).

Além da vantagem do tempo operatório mais curto associado à técnica aberta, esta se mostrou menos dolorosa no período pós-operatório precoce<sup>5</sup>(A).

## **HEMORROIDECTOMIA ABERTA VERSUS SEMI-FECHADA**

Embora ambas as técnicas de hemorroidectomia se mostrem quase que equivalentes no tratamento da hemorróida interna de terceiro grau, a dor na segunda semana de pós-operatório parece ser menor no grupo de indivíduos mais jovens e naqueles que apresentam pressões esfinterianas elevadas no pré-operatório e que são submetidos à técnica aberta<sup>6</sup>(A).

## **ASSOCIAÇÃO DA ESFINCTEROTOMIA LATERAL INTERNA COM A HEMORROIDECTOMIA**

O emprego da esfincterotomia lateral interna associada à hemorroidectomia não deve ser rotineiro, podendo levar a complicações importantes, como graus variados de incontinência anal, além de não ser significativamente eficaz na redução da dor pós-operatória<sup>7,8</sup>(A).

Em casos selecionados de pacientes com achado eletromanométrico pré-operatório de elevação das pressões esfinterianas de repouso e de contração voluntária, a esfincterotomia lateral interna parece ser segura e não está associada a aumento significativo de morbidade pós-operatória<sup>9</sup>(A).

## **HEMORROIDECTOMIA ABERTA COM EMPREGO DE TESOURA VERSUS HEMORROIDECTOMIA ABERTA COM EMPREGO DE DIATERMIA (BISTURI ELÉTRICO)**

A utilização do bisturi elétrico, apesar de diminuir o tempo operatório e a perda de

sangue na cirurgia, não apresenta nenhuma vantagem em relação à hemorroidectomia à tesoura, quando se analisam a dor no pós-operatório, o tempo de cicatrização e a ocorrência de complicações precoces e tardias<sup>10</sup>(A).

## **EMPREGO DA DISSECÇÃO POR DIATERMIA (BISTURI ELÉTRICO) VERSUS BISTURI ULTRA-SÔNICO**

Embora o emprego do bisturi ultra-sônico seja uma opção atraente no tratamento da doença hemorroidária, não foi possível verificar menor dor, sangramento e ocorrência de retenção urinária no pós-operatório, associadas a esta técnica, quando comparada à hemorroidectomia aberta com bisturi elétrico<sup>11</sup>(A).

Optando-se pela técnica fechada de hemorroidectomia, novamente não se observou nenhuma vantagem pós-operatória no emprego do bisturi ultra-sônico, quando comparado à dissecação a bisturi elétrico, com relação aos desfechos de duração da operação, sangramento, dor pós-operatória, impacto sobre a qualidade de vida e ocorrência de distúrbios da continência anal<sup>12</sup>(A).

## **HEMORROIDECTOMIA ABERTA POR DIATERMIA (BISTURI ELÉTRICO) VERSUS HEMORROIDECTOMIA COM EMPREGO DO BISTURI BIPOLAR (SELADOR VASCULAR)**

A hemorroidectomia com o emprego do selador vascular pode ser utilizada com segurança no tratamento de pacientes portadores de hemorróidas internas sintomáticas de terceiro e quarto grau, associadas ou não a hemorróidas externas e, quando comparada à hemorroidectomia aberta com o uso do bisturi elétrico, pôde-se observar menor

sangramento, menor duração da operação e maior número de altas hospitalares no mesmo dia da operação<sup>13</sup>(A).

O emprego do selador vascular resulta em menor quantidade de medicação analgésica no pós-operatório, promove uma cicatrização mais rápida da ferida operatória e permite um retorno mais precoce às atividades laborativas, quando comparado à hemorroidectomia aberta com o uso do bisturi elétrico<sup>14</sup>(A).

O selador vascular não apresenta vantagens em relação à hemorroidectomia aberta com bisturi elétrico, quando se analisa dor pós-operatória e o grau de satisfação do paciente, recidiva da doença e incidência de complicações pós-operatórias<sup>13,14</sup>(A).

## **EMPREGO DO LASER NO TRATAMENTO DA DOENÇA HEMORROIDÁRIA**

No que se refere aos desfechos de duração da operação, dor pós-operatória, tempo até a cicatrização da ferida, custos e duração do afastamento das atividades laborativas no pós-operatório, ainda não se pôde verificar vantagem com o emprego do *laser* em comparação à hemorroidectomia fechada no tratamento da doença hemorroidária mista (interna de terceiro ou quarto grau e externa)<sup>15</sup>(B).

## **HEMORROIDECTOMIA COM GRAMPEADOR VERSUS LIGADURA ELÁSTICA**

A hemorroidectomia por grampeamento representa uma alternativa nova para o manejo de pacientes portadores de hemorroidas internas com sintomatologia refratária às medidas terapêuticas conservadoras, sendo considerada igualmente segura às técnicas

cirúrgicas convencionais propostas para o tratamento da doença hemorroidária<sup>16</sup>(A).

Entretanto, a eficácia do procedimento com grampeador ainda não pode ser determinada, comparando-se às técnicas convencionais, uma vez que ainda são necessárias séries com casuísticas maiores e com seguimento pós-operatório maior<sup>16</sup>(A).

Uma das preocupações com a utilização do grampeador no tratamento da doença hemorroidária é a possibilidade de lesão esfíncteriana causada pelo dilatador anal, utilizado na realização da técnica cirúrgica. Apesar de aumentar o risco de lesões esfíncterianas, pequenas rupturas da musculatura esfíncteriana interna foram detectadas pela ultra-sonografia de canal anal em 13,8% dos pacientes que foram submetidos ao grampeamento, em um período de até 14 semanas de acompanhamento. Estes achados não foram acompanhados por sintomatologia referida pelos pacientes e nenhuma diferença foi observada quando se analisou as suas presões esfíncterianas e uma escala de graduação de continência<sup>17</sup>(A).

A hemorroidectomia com grampeador está associada a mais dor pós-operatória quando comparada à ligadura elástica, no entanto, após seis meses de seguimento, os dois tipos de procedimento apresentaram igual eficácia para a abolição do sintoma de prolapso<sup>18</sup>(A). Quanto ao sintoma sangramento, este foi observado, mais comumente, no grupo tratado com ligadura elástica, nas duas primeiras semanas de acompanhamento após o procedimento, porém, no segundo mês, não houve nenhuma diferença na incidência de sangramento<sup>18</sup>(A).

## **HEMORROIDECTOMIA COM GRAMPEADOR VERSUS HEMORROIDECTOMIA ABERTA COM BISTURI ELÉTRICO**

A hemorroidectomia por grampeamento é um procedimento menos doloroso, requerendo menor analgesia pós-operatória, e reduz o período de afastamento das atividades laborativas quando comparada à aberta com o uso do bisturi elétrico para o tratamento de hemorroidas internas grau III e IV não circunferencial no canal anal. Porém, alguns estudos não mostram uma vantagem significativa em termos de custos, de permanência hospitalar e de controle tardio dos sintomas, uma vez que o tempo de seguimento ainda é curto<sup>19,21</sup>(A).

No entanto, em outras avaliações, após seguimento de até 15,9 meses, a hemorroidectomia por grampeador apresentou maior incidência de recidiva do prolapso, quando comparada à hemorroidectomia aberta (tanto para hemorroidas internas sintomáticas de terceiro quanto para as de quarto grau)<sup>22,23</sup>(A).

## **HEMORROIDECTOMIA COM GRAMPEADOR VERSUS HEMORROIDECTOMIA FECHADA**

Analogamente ao que se observa para a comparação entre hemorroidectomia por grampeamento e aberta, quando a primeira é comparada à hemorroidectomia fechada para o tratamento de hemorroidas internas de segundo e terceiro graus, são observadas as mesmas vantagens em favor da primeira opção, quais seja o menor tempo operatório, menor dor e retorno mais rápido às atividades laborativas<sup>24</sup>(A).

Entretanto, em outro estudo randomizado, no qual os pacientes estudados apresentavam

doença hemorroidária mais avançada (terceiro e quarto graus), o controle do sangramento, após seguimento de seis meses, mostrou ser significativamente mais eficaz quando se realizou a hemorroidectomia pela técnica fechada<sup>25</sup>(A).

## **CONTROLE DA DOR NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO**

A hemorroidectomia sempre foi vista, tanto por parte do paciente como do médico assistente, como um procedimento doloroso e muitos estudos têm sido realizados e propostos para diminuir esta sintomatologia. Uma vez atingido este objetivo, o resultado será de um impacto positivo na satisfação do paciente.

Concomitantemente, as atenções devem ser dirigidas no sentido de se conseguir uma diminuição na taxa de retenção urinária e de impactação fecal, alta hospitalar mais precoce, recuperação pós-operatória e retorno mais rápido às atividades laborativas<sup>26</sup>(C)<sup>27</sup>(B).

A utilização de trinitrato de glicerina a 0,2%, aplicado topicamente após a cirurgia (durante sete<sup>28</sup>(A) e por quarenta e dois<sup>29</sup>(A) dias), não foi capaz de reduzir significativamente a dor pós-operatória.

Não se justifica o emprego rotineiro do metronidazol (400 mg 3x/dia durante sete dias) após a hemorroidectomia fechada, uma vez que não se observou redução significativa da dor no período pós-operatório<sup>30</sup>(A). Após a hemorroidectomia aberta, há evidência de que o metronidazol (400 mg 3x/dia durante sete dias) poderia diminuir a dor entre o 5º e 7º dia de pós-operatório, aumentando, por conseguinte, a satisfação do paciente e um retorno mais rápido ao trabalho<sup>31</sup>(A).

A infiltração local perianal com bupivacaína a 0,5% no intra-operatório (antes de se iniciar a hemorroidectomia a Milligan-Morgan) não leva a um benefício analgésico, portanto, não é aconselhável o seu emprego de rotina<sup>32</sup>(A). Em contrapartida, utilizando-se da associação de bupivacaína 0,5% com lidocaína 1% na proporção de 2:1 e acrescentando o bloqueio da fossa isquiorretal à infiltração da pele perianal, a dor pós-hemorroidectomia e a necessidade de analgesia diminuem significativamente nas primeiras 24h de pós-operatório<sup>33</sup>(A). Este

mesmo objetivo é alcançado (controle da dor e satisfação do paciente nas primeiras 24h de pós-operatório) infiltrando, na pele perianal e na fossa isquiorretal, ropivacaína a 0,75% (300mg), antes de se iniciar a hemorroidectomia<sup>34</sup>(A).

O emprego de fentanil transdérmico (50µg/hora), após a hemorroidectomia pela técnica fechada, mostrou ser eficaz e seguro no controle da dor, por um período de acompanhamento de até 72h de pós-operatório<sup>35</sup>(A).

## REFERÊNCIAS

1. Madoff RD, Fleshman JW; Clinical Practice Committee, American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association technical review on the diagnosis and treatment of hemorrhoids. *Gastroenterology* 2004; 126:1463-73.
2. Cataldo P, Ellis CN, Gregorcyk S, Hyman N, Buie WD, Church J, et al. Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised). *Dis Colon Rectum* 2005;48:189-94.
3. MacRae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities: a meta-analysis. *Dis Colon Rectum* 1995; 38:687-94.
4. Arbmán G, Krook H, Haapaniemi S. Closed vs. open hemorrhoidectomy – is there any difference? *Dis Colon Rectum* 2000;43:31-4.
5. Gencosmanoglu R, Sad O, Koc D, Inceoglu R. Hemorrhoidectomy: open or closed technique? A prospective, randomized clinical trial. *Dis Colon Rectum* 2002;45:70-5.
6. Mikuni N, Oya M, Komatsu J, Yamana T. A prospective randomized comparison between an open hemorrhoidectomy and a semi-closed (semi-open) hemorrhoidectomy. *Surg Today* 2002;32:40-7.
7. Khubchandani IT. Internal sphincterotomy with hemorrhoidectomy does not relieve pain: a prospective, randomized study. *Dis Colon Rectum* 2002;45:1452-7.
8. Mathai V, Ong BC, Ho YH. Randomized controlled trial of lateral internal sphincterotomy with haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 1996;83:380-2.
9. Galizia G, Lieto E, Castellano P, Pelosio L, Imperatore V, Pigantelli C. Lateral internal sphincterotomy together with haemorrhoidectomy for treatment of haemorrhoids: a randomised prospective study. *Eur J Surg* 2000;166:223-8.
10. Andrews BT, Layer GT, Jackson BT, Nicholls RJ. Randomized trial comparing diathermy hemorrhoidectomy with the scissor dissection Milligan-Morgan operation. *Dis Colon Rectum* 1993;36:580-3.
11. Tan JJ, Seow-Choen F. Prospective, randomized trial comparing diathermy and Harmonic Scalpel hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 2001;44:677-9.
12. Khan S, Pawlak SE, Eggenberger JC, Lee CS, Szilagyi EJ, Wu JS, et al. Surgical treatment of hemorrhoids: prospective, randomized trial comparing closed excisional hemorrhoidectomy and the Harmonic Scalpel technique of excisional hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 2001;44:845-9.
13. Jayne DG, Botterill I, Ambrose NS, Brennan TG, Guillou PJ, O'Riordain DS. Randomized clinical trial of Ligasure versus conventional diathermy for day-case haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 2002;89:428-32.

14. Milito G, Gargiani M, Cortese F. Randomised trial comparing LigaSure haemorrhoidectomy with the diathermy dissection operation. *Tech Coloproctol* 2002;6:171-5.
15. Senagore A, Mazier WP, Luchtefeld MA, MacKeigan JM, Wengert T. Treatment of advanced hemorrhoidal disease: a prospective, randomized comparison of cold scalpel vs. contact Nd: YAG laser. *Dis Colon Rectum* 1993;36:1042-9.
16. Nisar PJ, Acheson AG, Neal KR, Scholefield JH. Stapled hemorrhoidopexy compared with conventional hemorrhoidectomy: systematic review of randomized, controlled trials. *Dis Colon Rectum* 2004; 47:1837-45.
17. Ho YH, Seow-Choen F, Tsang C, Eu KW. Randomized trial assessing anal sphincter injuries after stapled haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 2001;88:1449-55.
18. Peng BC, Jayne DG, Ho YH. Randomized trial of rubber band ligation vs. stapled hemorrhoidectomy for prolapsed piles. *Dis Colon Rectum* 2003;46:291-7.
19. Mehigan BJ, Monson JR, Hartley JE. Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 355:782-5.
20. Ho YH, Cheong WK, Tsang C, Ho J, Eu KW, Tang CL, et al. Stapled hemorrhoidectomy – cost and effectiveness. Randomized, controlled trial including incontinence scoring, anorectal manometry, and endoanal ultrasound assessments at up to three months. *Dis Colon Rectum* 2000; 43:1666-75.
21. Kairaluoma M, Nuorva K, Kellokumpu I. Day-case stapled (circular) vs. diathermy hemorrhoidectomy: a randomized, controlled trial evaluating surgical and functional outcome. *Dis Colon Rectum* 2003;46:93-9.
22. Ortiz H, Marzo J, Armendariz P. Randomized clinical trial of stapled haemorrhoidopexy versus conventional diathermy haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 2002;89:1376-81.
23. Ganio E, Altomare DF, Gabrielli F, Milito G, Canuti S. Prospective randomized multicentre trial comparing stapled with open haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 2001; 88:669-74.
24. Hetzer FH, Demartines N, Handschin AE, Clavien PA. Stapled vs excision hemorrhoidectomy: long-term results of a prospective randomized trial. *Arch Surg* 2002;137:337-40.
25. Correa-Rovelo JM, Tellez O, Obregon L, Miranda-Gomez A, Moran S. Stapled rectal mucosectomy vs. closed hemorrhoidectomy: a randomized, clinical trial. *Dis Colon Rectum* 2002;45:1367-75.
26. Bleday R, Pena JP, Rothenberger DA, Goldberg SM, Buls JG. Symptomatic hemorrhoids: current incidence and

- complications of operative therapy. *Dis Colon Rectum* 1992;35:477-81.
27. Jamison RN, Ross MJ, Hoopman P, Griffin F, Levy J, Daly M, et al. Assessment of postoperative pain management: patient satisfaction and perceived helpfulness. *Clin J Pain* 1997;13:229-36.
28. Wasvary HJ, Hain J, Mosed-Vogel M, Bendick P, Barkel DC, Klein SN. Randomized, prospective, double-blind, placebo-controlled trial of effect of nitroglycerin ointment on pain after hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 2001;44:1069-73.
29. Elton C, Sen P, Montgomery AC. Initial study to assess the effects of topical glyceryl trinitrate for pain after haemorrhoidectomy. *Int J Surg Investig* 2001;2:353-7.
30. Balfour L, Stojkovic SG, Botterill ID, Burke DA, Finan PJ, Sagar PM. A randomized, double-blind trial of the effect of metronidazole on pain after closed hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 2002;45:1186-90.
31. Carapeti EA, Kamm MA, McDonald PJ, Phillips RK. Double-blind randomised controlled trial of effect of metronidazole on pain after day-case haemorrhoidectomy. *Lancet* 1998;351:169-72.
32. Chester JF, Stanford BJ, Gazet JC. Analgesic benefit of locally injected bupivacaine after hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 1990;33:487-9.
33. Luck AJ, Hewett PJ. Ischiorectal fossa block decreases post-hemorrhoidectomy pain: randomized, prospective, double-blind clinical trial. *Dis Colon Rectum* 2000;43:142-5.
34. Vinson-Bonnet B, Coltat JC, Fingerhut A, Bonnet F. Local infiltration with ropivacaine improves immediate postoperative pain control after hemorrhoidal surgery. *Dis Colon Rectum* 2002;45:104-8.
35. Kilbride M, Morse M, Senagore A. Transdermal fentanyl improves management of postoperative hemorrhoidectomy pain. *Dis Colon Rectum* 1994;37:1070-2.