

Revisão  
Review

V. FERNANDES<sup>1</sup>  
A. GOMES CAMACHO<sup>2</sup>

(1) Serviço de Gastrenterologia,  
Hospital Garcia de Orta, Lisboa  
(2) Serviço de Gastrenterologia,  
Hospital dos Lusíadas, Lisboa

## DOENÇA HEMORROIDÁRIA

### Introdução

As hemorróidas sintomáticas são frequentes na população adulta. Estima-se que afectam aproximadamente 50% da população nalguma altura da vida<sup>(1,2)</sup>.

As hemorróidas externas surgem do plexo hemorroidário inferior e estão cobertas por epitélio estratificado da anoderme. As hemorróidas internas localizam-se acima da linha dentada ou pectínea, surgem do plexo hemorroidário superior, estão cobertas por epitélio colunar e são compostas por convolutos de artérias e veias, tecido conjuntivo e músculo liso. As hemorróidas mistas (interno-externas) surgem acima e abaixo da linha pectínea<sup>(1,2)</sup>.

As "almofadas" hemorroidárias estão presentes à nascença e representam uma característica anatómica normal do canal anal. O tecido hemorroidário tem três funções principais. Primeiro, mantém a continência anal, pois o preenchimento vascular constitui 15 a 20% da pressão anal em repouso. Segundo, protege o mecanismo esfínteriano durante a evacuação ao formar uma almofada esponjosa. Finalmente, forma um revestimento compressível, permitindo o encerramento completo do ânus. A doença hemorroidária requer a presença de alterações patológicas responsáveis pela hemorragia, prolapso ou trombose<sup>(1,2,3)</sup>.

### Patogénese da Doença Hemorroidária

Muitos factores foram implicados no desenvolvimento da doença hemorroidária incluindo o esforço defecatório excessivo, a pressão intra-abdominal aumentada, a ausência de valvas nos vasos hemorroidários, a posição vertical da espécie humana, a obstipação crónica e os factores genéticos<sup>(4)</sup>. Durante a gravidez é mais frequente a obstipação, e o volume de sangue circulante aumenta 25 a 40%, o que aumenta a dilatação, ingurgitamento e estase venosa. Estes factores associados ao útero grávido aumentado, à lassidão do pavimento pélvico e ao ambiente hormonal, favorecem a ocorrência de doença hemorroidária em 8 a 24% das grávidas<sup>(3,4)</sup>. O esforço e traumatismo associado com o trabalho de parto contribuem para a manifestação de hemorróidas sintomáticas em 12 a 34% das parturientes<sup>(5)</sup>.

<b>Factores importantes na patogénese da doença hemorroidária</b>	<b>Comentários</b>
• Vasculares	Abertura de <i>shunts</i> capilares
• Inflamatórios	Irritação crónica
• Mecânicos	Hipertonia esfínteriana; hiperpressão abdominal causada pela obstipação, obesidade, posição supina prolongada...
• Degenerativos	Envelhecimento; relaxamento das fibras de sustentação
• Hormonais	Gravidez
• Ambientais	Alimentação excessiva, álcool, picantes, condimentos <sup>(6)</sup>

## Manifestações Clínicas da Doença Hemorroidária

A **doença hemorroidária externa** manifesta-se por tumefacção perianal dolorosa, na trombose aguda. Raramente sangram, a não ser quando a trombose causa necrose e ulceração da pele sobrejacente. Em contraste, as **hemorroidas internas** revelam-se, habitualmente, por hemorragia de sangue vermelho vivo, indolor, que pinga na sanita ou suja o papel, no fim do esforço defecatório. Quando são grandes e prolapsam, podem ocorrer desconforto e prurido associados a escorrência de muco e pequenas partículas de fezes. A limpeza frequente, na tentativa de aliviar o prurido, pode agravar o problema. Contudo, a causa mais frequente de prurido anal "idiopático", segundo alguns autores<sup>(1,2)</sup>, é o relaxamento transitório do esfíncter anal interno, com a saída de fezes líquidas, levando a lesões de coceira que agravam ainda mais o prurido. Uma complicação muito dolorosa das hemorroidas internas é o prolapso com encarceração e trombose<sup>(1,2)</sup>, descrita como "crise hemorroidária".

As hemorroidas internas são classificadas por graus (classificação de Goligher): as hemorroidas de primeiro grau não prolapsam e podem ver-se apenas com o anuscópio; as hemorroidas de segundo grau prolapsam durante a defecação ou com o esforço, mas voltam à posição interna quando o esforço pára; as hemorroidas de terceiro grau estão continuamente prolapsadas mas reduzem-se manualmente com pouco esforço; as hemorroidas de grau quatro são caracterizadas por prolapso irreduzível<sup>(1,2)</sup>.

## Tratamento Médico

Um princípio básico é *tratar apenas as hemorroidas sintomáticas*.

As **hemorroidas externas** não requerem tratamento, a não ser na trombose aguda. Se o doente é observado numa fase subaguda, habitualmente após 48 horas, com a dor em fase de alívio, a trombose em resolução, sendo o edema sobrejacente preponderante, o tratamento conservador é recomendado e suficiente. Este consiste em amolecer as fezes, analgesia, frio local e banhos de assento com água morna. Tendo em conta o seu modo de acção, os tratamentos locais contendo corticóides ou incluindo um excipiente lubrificante ou protector mecânico, podem ser propostos por curtos períodos<sup>(1,2,7)</sup>.

Se a dor é intensa e o coágulo está sob tensão, a excisão sob anestesia local é segura e efectiva. Proceder-se à incisão, drenagem do coágulo e excisão do saco vascular. A maio-

ria dos doentes não necessita de outra intervenção. Ao contrário, a incisão e a remoção apenas do coágulo é uma terapêutica inadequada porque habitualmente há recorrência da trombose. A ferida dolorosa na margem do ânus que resulta da excisão, responsável por dor e hemorragia ligeira a moderada, cicatriza entre uma a duas semanas. Os analgésicos como o paracetamol e os cuidados locais (desinfecção e aplicação tópica de cicatrizante) são suficientes<sup>(1,2,7,8,9)</sup>. No caso de hematoma perianal é suficiente a incisão radial e drenagem do coágulo.

Em resumo, na trombose hemorroidária externa a cura espontânea ou após excisão cirúrgica obtém-se em alguns dias. A prega cutânea que resulta, como sequela, chama-se habitualmente marisca.

As **hemorroidas internas** são geralmente tratadas de maneira conservadora com medidas anti-obstipantes, como a dieta rica em fibra, suplementos de fibra e líquidos<sup>(1,2,7)</sup>. Os sintomas *minor* como o prurido e desconforto anal podem ser controlados com tópicos como os protectores da pele (creme gordo) após a defecação, anestésicos contendo benzocaina, dibucaina ou pamo-xina<sup>(3,7)</sup>. Os produtos contendo epinefrina ou fenilefrina, que provocam vasoconstrição, diminuindo o edema hemorroidário, devem ser usados com precaução durante a gravidez, especialmente nas mulheres hipertensas, diabéticas ou com sobrecarga de líquidos<sup>(9)</sup>. Pomadas com hidrocortisona são seguras e podem aliviar o prurido<sup>(3)</sup>. Os venotrópicos como a diosmina micronizada em altas doses (2 a 3 g/dia) e os derivados da ginkgo biloba podem ser utilizados por curtos períodos no tratamento das manifestações da doença hemorroidária interna (hemorragia, prolapso e dor). A sua utilização não se justifica por longos períodos<sup>(7)</sup>. Não têm efeitos secundários de destaque, mesmo na grávida, excepto casos isolados de colite linfocítica, associados à utilização de diosmina<sup>(7)</sup>. Não existem estudos a validar a utilização dos venotrópicos nas hemorroidas externas trombosadas. Os anti-inflamatórios esteróides sistémicos podem ser utilizados nas hemorroidas dolorosas na grávida, por curtos períodos, associados ou não a analgésicos (para-cetamol) e venotrópicos (hidroxietilrutosido e diosmina). Os anti-inflamatórios não-esteróides são eficazes na dor e inflamação das hemorroidas internas e externas trombosadas, mas estão contra-indicados na gravidez. A aspirina é desaconselhada na doença hemorroidária<sup>(7)</sup>.

As hemorroidas internas prolapsadas e trombosadas são uma urgência pela dor intensa que provocam. A hemorroidectomia urgente é frequentemente o tratamento de escolha. Contudo, o tratamento médico conservador com anti-inflamatórios esteróides e não-esteróides, uso de gelo e tópicos locais, é uma alternativa. Conduz a menos lesões esfíncterianas, sendo a recuperação mais rápida a

curto prazo e os resultados semelhantes a longo prazo<sup>(9)</sup>. Quando a hemorroidectomia é a opção deve ser efectuada por cirurgiões experientes, porque a anatomia está alterada.

A diarreia pode exacerbar a sintomatologia hemorroidária e deve ser controlada com fibras, agentes anti-motilidade, e a causa subjacente identificada e tratada. Por outro lado, a obstipação é um factor preponderante no desencadear das queixas. O uso de laxantes é universalmente recomendado no tratamento e prevenção da doença hemorroidária, em parte pela sua segurança e baixo custo. Embora para muitos autores a evidência de benefício seja inconclusiva, vários estudos, usando modelos randomizados duplamente cegos controlados com placebo, mostraram que os laxantes, na forma de fibras, têm um efeito benéfico, nomeadamente no controlo da hemorragia<sup>(10,11,12)</sup>. Abordaremos separadamente a obstipação por ser importante no tratamento médico da doença hemorroidária.

## Obstipação

Devemos tranquilizar e informar o doente acerca de que são os hábitos intestinais normais, da importância da dieta rica em fibra, da ingestão de líquidos e do exercício físico moderado. O aumento da motilidade cólica no período pós-prandial, deve servir de estímulo para defecar de manhã e após as refeições. A dieta rica em fibra e os laxantes de volume como o *psyllium*, a metilcelulose ou polícarbófil, com ingestão adequada de líquidos, são a terapêutica mais fisiológica da obstipação. Os laxantes estimulantes devem ser reservados para os casos que não respondem a estas medidas iniciais<sup>(13)</sup>.

A fibra é a porção dos alimentos que escapa ao processo de digestão. É composta por componentes solúveis e insolúveis. Em geral, as fibras cereais retêm água na sua estrutura celular, resistente à digestão, enquanto as fibras dos frutos e legumes estimulam o crescimento da flora cólica. O farelo de trigo é uma fibra laxante altamente eficaz, com um efeito dose-dependente na massa fecal. O tamanho das partículas pode ser importante, pois os cereais com maiores partículas parecem estimular mais o trânsito cólico<sup>(13)</sup>.

Os doentes com dieta pobre em fibra devem ingerir 2 a 6 colheres de sopa de farelo a cada refeição e líquidos em quantidade adequada. O efeito laxante pode demorar 3 a 5 dias e o alívio da obstipação algumas semanas. Os vegetais e frutos contêm fibra solúvel mas nem sempre são substitutos adequados do farelo. O farelo pode causar distensão abdominal e flatulência, e deve ser ingerido com muitos líquidos. Estes sintomas podem ser aliviados iniciando com pequena quantidade e aumentando gra-

dualmente, conforme tolerado para o efeito desejado<sup>(3)</sup>. O sorbitol e a lactulose, açúcares pouco absorvidos, são hidrolisados pelas bactérias cólicas em ácido láctico, acético e fórmico. Estes ácidos estimulam a acumulação de fluidos no cólon por efeito osmótico, produzindo fezes moles. Como efeito secundário causam flatulência e meteorismo que limitam o seu uso<sup>(14)</sup>. A lactulose contém lactose e galactose, e deve ser usada com precaução nos diabéticos. As náuseas da grávida podem agravar com a lactulose<sup>(3)</sup>.

O polietilenoglicol (PEG) foi aprovado como laxante osmótico na dose diária de 8 a 25 gramas, em pó para dissolução em água<sup>(15)</sup>. A distensão abdominal e a flatulência não são problemáticos como com as fibras e os açúcares pouco absorvidos, pois as bactérias cólicas não hidrolisam o PEG. A absorção de sal e água não é um problema porque a solução não contém electrólitos. Embora não esteja estabelecida a segurança durante a gravidez, o PEG é inerte, a absorção mínima e a toxicidade improvável.

Os docusatos amolecem as fezes por diminuírem a tensão de superfície, permitindo o líquido intestinal penetrar nas fezes. Contudo, têm eficácia questionável no tratamento da obstipação crónica, estando registado um caso de hipomagnesémia neonatal associado à toma oral pela mãe de docusato de sódio<sup>(16)</sup>.

Os óleos minerais têm acção emoliente e são eficazes, particularmente em enemas, para os fecalomas impactados. A administração oral tem riscos, nomeadamente a pneumonia lipóide, nas doentes com dificuldade na deglutição. O uso repetido está associado à diminuição da absorção das vitaminas lipossolúveis, hipoproteinémia neonatal e hemorragia<sup>(17)</sup>.

Os laxantes irritantes reservam-se para os doentes que não responderam aos laxantes de volume e osmóticos. Estes agentes actuam afectando a motilidade intestinal e o transporte de electrólitos e líquidos. Podem provocar cólicas abdominais, habituação e tolerância, sendo necessário aumentar a dose com o decorrer do tempo. O sene e a cascara são antraquinonas e podem ser administrados, com segurança, 2 a 3 vezes por semana, de preferência ao deitar com muita água, e se possível associados a fibra<sup>(13)</sup>. O aloé produz mais cólicas e foi associado a malformações congénitas<sup>(18)</sup>.

Com a retirada do mercado da fenolftalina, o bisacodil é o único laxante difenilmetano disponível. Somente 5% é absorvido e excretado na urina. O bisacodil, embora seguro na grávida, produz mais cólicas que as antraquinonas, especialmente quando administrado por via oral<sup>(13)</sup>. Também é eficaz sob a forma de supositórios. Os fecalomas impactados no recto, causa de obstrução intestinal e falsa diarreia por passagem de fezes líquidas

entre as fezes duras. As fezes duras devem ser fragmentadas digitalmente, seguindo-se a administração de enemas de água com óleo mineral para amolecer as fezes<sup>(13)</sup>.

## Tratamento Farmacológico

Agentes tópicos e supositórios de venda livre são usados frequentemente no tratamento empírico das hemorroidas sintomáticas, mas faltam dados a suportar o seu uso. Como acima referido, a dor e o prurido podem ser aliviados com anestésicos tópicos. Os cremes com corticóides melhoram a inflamação perianal, mas não há dados a demonstrar que reduzam o edema, a hemorragia ou a protusão hemorroidária. O uso crónico de corticóides tópicos é nocivo e deve ser evitado<sup>(1,2,3)</sup>.

Os nitratos tópicos (nitroglicerina ou trinitrato de gliceril a 0,2%) aliviam a dor das hemorroidas externas trombadas, ao reduzirem o tónus do esfíncter anal<sup>(19,20)</sup>. Do mesmo modo, o diltiazem tópico e a nifedipina tópica e oral, são usados para diminuir a dor na patologia hemorroidária e na cicatrização das fissuras, actuando como bloqueadores dos canais de cálcio induzindo relaxamento do músculo liso<sup>(21,22,23)</sup>. Estes fármacos têm como efeito secundário as cefaleias.

Acredita-se que os flebotrópicos aumentam o tónus venoso, a drenagem linfática, a resistência capilar e normalizam a permeabilidade capilar. Os flavonóides, sob a forma de fracção flavonóide purificada e micronizada (FFPM) ou como parte do derivado da árvore do ginkgo, da antiga medicina tradicional, são usados no alívio dos sintomas agudos - controlo da hemorragia e da recidiva hemorrágica em hemorroidas de todos os graus. A FFPM é um fármaco flebotrópico, constituído por 90% de diosmina micronizada e 10% de hesperidina (flavonóide), é recomendado no controlo da hemorragia nos doentes a aguardar tratamento instrumental ou cirúrgico. Três ensaios controlados com placebo mostraram melhoria sintomática da patologia hemorroidária com o uso de FFPM<sup>(24,25,26)</sup>. De igual modo o dobesilato de cálcio, usado na insuficiência venosa e na retinopatia diabética, é também efectivo e bem tolerado na doença hemorroidária<sup>(24)</sup>.

## Tratamento Instrumental

As hemorroidas internas com sintomas refractários devem ser tratadas com procedimentos instrumentais simples realizados em regime ambulatorio, como a laqueação elástica, a injeção de esclerosante, a fotocoagulação, a electrocoagulação com corrente monopolar, bipolar ou

o argon. A crioterapia é menos eficaz e mais dolorosa, pelo efeito indesejável do tratamento nos tecidos adjacentes, resultando em dor intensa, corrimento fétido, irritação e lesões do esfíncter e, portanto, não deve ser usada. O laser é caro e não tem vantagens em relação às outras técnicas<sup>(7,27,28)</sup>.

A base fisiopatológica do tratamento instrumental consiste em provocar fibrose cicatricial que fixe a mucosa aos planos profundos e reduza a vascularização e o prolapso<sup>(7,28)</sup>. A trombose hemorroidária interna ou externa, a fissura anal, a supuração anoperineal, a proctocolite hemorrágica activa, a doença de Crohn e a imunodepressão grave são contra-indicação ao tratamento instrumental<sup>(7,28)</sup>.

A **fotocoagulação** com infravermelhos e a fulguração com **árgon** é segura e eficaz nas hemorroidas grau um e dois. Provocam uma queimadura superficial, até 3mm de profundidade, nos pedículos hemorroidários, sendo teoricamente menos eficazes que a laqueação, reservando-se para as hemorroidas pequenas sangrantes e doentes com discrasia hemorrágica, pelo menor risco de hemorragia tardia<sup>(7,27,28)</sup>.

Na **electrocoagulação monopolar e bipolar** é frequente a dor intensa e as perdas hemáticas importantes nos dias seguintes ao tratamento, não tendo vantagens em relação à laqueação elástica<sup>(7,27,28)</sup>.

A **injeção de esclerosantes**, usando o óleo de fenol a 5%, o quinino de ureia, o morruato de sódio, o oleato de etanolamina ou o polidocanol a 2%, é uma técnica segura, eficaz e de fácil execução. Os agentes esclerosantes são injectados na base das hemorroidas internas grau um e dois. A sua utilização na grávida não é consensual<sup>(3,7)</sup>. Os autores Franceses recomendam a utilização de quinino de ureia. Contudo, o polidocanol a 2%, muito utilizado em Portugal, é seguro e eficaz. A dose máxima recomendada por sessão é de 2ml, dispersos pelos pedículos dominantes. Nos homens deve evitar-se picar a região anterior por risco de injeção de esclerosante na próstata ou vesículas seminais, podendo ocorrer hematúria, disúria ou retenção urinária<sup>(7,27,28)</sup>.

A **laqueação elástica** é eficaz no tratamento das hemorroidas internas de primeiro e segundo grau, devendo os anéis ser colocados 1 cm, ou mais, acima da linha pectínea<sup>(3,7,28)</sup>. Os dispositivos usados para aspiração e laqueação elástica ("pistolas") permitem aspirar o tecido hemorroidário "esponjoso" numa área insensível, não sendo necessária anestesia. O doente não necessita de uma preparação intestinal especial, devendo apenas evacuar antes da sessão de tratamento. Existe controvérsia quanto ao número de anéis a colocar por sessão. Contudo, a aplicação de 3 anéis numa sessão permite obter resultados comparáveis a 3 sessões, sem aumentar as complicações. Se as laqueações foram múltiplas, "altas", circunferen-

ciais, aplicadas com um dispositivo de aspiração largo (diâmetro interno de 12mm) e profundo (2 a 3cm), obtém-se uma redução marcada do prolapso hemorroidário, com menos sessões. Podem aplicar-se 2 anéis no mesmo pedículo ou combinar-se a técnica da laqueação com a da injeção da hemorróida laqueada, para evitar a saída do anel, e assegurar a necrose do pedículo. As sessões devem ser espaçadas de 4 semanas. No caso de hemorragia e prolapso moderado, a laqueação elástica combinada com a esclerose têm uma eficácia de aproximadamente 80%, devendo ser a primeira escolha <sup>(7,27,28,29)</sup>.

Os aplicadores de anéis descartáveis têm a vantagem de permitir a rápida colocação de vários anéis, sem recarregamento e sem necessidade de desinfecção. Têm como desvantagem o facto de permitirem apenas laqueações muito pequenas, menos eficazes, pois os dispositivos actualmente existentes no mercado, têm um cilindro de aspiração pequeno.

Uma variação na técnica de laqueação envolve a utilização do endoscópio flexível para aplicar múltiplos anéis na mesma sessão <sup>(30,31)</sup>. Os proponentes desta estratégia referem que se aumenta a visibilidade e a operacionalidade, com os mesmos resultados. Contudo, o aumento das infraestruturas e custos, em comparação com a laqueação elástica standard, tornam a utilização do endoscópio flexível desadequada.

As **complicações minor**, comuns a todas as **técnicas instrumentais**, são a dor e as rectorragias. A dor é frequente e, na maioria das vezes, referida como um simples desconforto, mas pode ser intensa e persistir alguns dias. Surge em 5 a 85% dos doentes após a esclerose e a laqueação <sup>(7,27,28)</sup>. As rectorragias podem ocorrer até ao 21º dia associadas à necrose da mucosa. São observadas em 2 a 10% após a injeção de esclerosante, 1 a 15% após a laqueação elástica e 5 a 25% após a fotocoagulação <sup>(17)</sup>. Após a injeção de esclerosantes pode ocorrer febrícula transitória. Complicações mais significativas podem ocorrer em 1 a 5% dos casos, após laqueação das hemorróidas, como a trombose das hemorróidas externas/internas, disúria, retenção urinária e dor intensa. As rectorragias abundantes, necessitando de hemostase cirúrgica ou transfusões, estão descritas em 0,5 a 2% dos casos <sup>(17,20)</sup>. Devem-se à queda da escara entre o 5º e 21º dia. Embora raras, a supuração e a celulite pélvica, são complicações que podem ocorrer <sup>(7,27,28)</sup>. Devemos alertar os doentes para o caso de dor persistente, queixas urinárias ou supuração, após o 3º dia. Não é consensual o uso de antibioterapia profilática após a laqueação e a esclerose, embora alguns autores a recomendem <sup>(7)</sup>.

As hemorróidas internas de terceiro e quarto grau são, habitualmente, tratadas cirurgicamente sob anestesia

geral em regime de internamento. A laqueação elástica, nesta situação, é pouco eficaz e são frequentes as complicações, nomeadamente a trombose do prolapso hemorroidário <sup>(7,27,28)</sup>. Contudo, nalguns casos de hemorróidas internas de terceiro grau pode-se associar à laqueação elástica, a excisão do pedículo dominante, sob anestesia local, com óptimos resultados <sup>(32)</sup>.

Os estudos comparativos entre as várias técnicas instrumentais usadas no tratamento das hemorróidas são de difícil interpretação e assunto de debate. Algumas técnicas são mais eficazes, mas mais dolorosas, outras menos dolorosas, mas de menor eficácia. A controvérsia reside também em comparar factores variáveis, relacionadas com o doente e a própria técnica, como por exemplo:

<b>Factores que dificultam a comparação das diferentes técnicas</b>	<b>Variáveis</b>
• <b>Relacionadas com o doente</b>	Tamanho dos pedículos hemorroidários e do prolapso rectal; hipertonia; discrasia hemorrágica; toma de antiagregantes ou anticoagulantes orais.
• <b>Relacionadas com a técnica</b>	<b>Fotocoagulação e érgon</b> - tempo de pulso, número de pulsos, extensão coagulada. <b>Esclerose</b> - o tipo de esclerosante e a quantidade e local injectado <b>Laqueação elástica</b> - tamanho do dispositivo de aspiração, número de anéis e local de aplicação.

## Tratamento Cirúrgico, Laqueação por Doppler e Radiofrequência - Dor e Cicatrização

A hemorroidectomia aberta com laqueação do pedículo (Milligan e Morgan), **fechada** usando sutura absorvível (Ferguson) e a hemorroidectomia **submucosa** (Parks), são as técnicas cirúrgicas convencionais, muito dolorosas no pós-operatório. A hemorroidectomia com **stapler** (mucosectomia circunferencial de Longo), que consiste na remoção de um anel de mucosa rectal redundante acima dos pedículos hemorroidários, é uma técnica menos dolorosa. O **stapler** descartável acresce aos custos da cirurgia, que apresenta como complicações, entre outras, as falsas vontades e a estenose anal. A hemorroidectomia sob anestesia local é segura e eficaz em casos seleccionados <sup>(27,28,32)</sup>.

A **laqueação transanal, por sutura, das artérias hemorroidárias guiada por doppler**, utilizando um anuscópio adaptado, é uma técnica descrita como menos invasiva e menos dolorosa, realizada em regime ambulatorio sob

nas grau dois a quatro são tratadas, identificando-se por doppler 6 a 8 ramos terminais da artéria rectal superior, e laqueando-se acima da linha pectínea, através de anuscópio<sup>(33,34)</sup>. Este método não tem tido popularidade por ser de difícil execução e ser pouco eficaz na redução do prolapso.

A utilização de **radiofrequência** na ablação e fixação dos pedículos hemorroidários pequenos, sangrantes, tem sido descrita como uma técnica simples, eficaz, e menos dolorosa. Um gerador de radiofrequência é usado na coagulação do tecido hemorroidário. O tempo operatório é de 6 a 8 minutos, a permanência média no hospital de 9 horas. A retenção urinária, a trombose perianal e a infecção, estão descritas como complicações raras. Tem como inconveniente o preço inicial, sendo necessários mais estudos comparativos na avaliação da técnica<sup>(35,36)</sup>.

## Tratamento Médico Pós-hemorroidectomia

Várias têm sido as abordagens para diminuir a dor, as complicações e o tempo de recuperação, após a hemorroidectomia cirúrgica.

O uso de fibras após a cirurgia é recomendado na tentativa de diminuir a dor, as perdas hemáticas e a recorrência<sup>(7,37)</sup>.

A hipertonia do esfíncter anal agrava a dor e atrasa a cicatrização das feridas anais, cirúrgicas ou não. Por esta razão alguns cirurgiões associam a dilatação anal ou a esfínterectomia lateral interna<sup>(38)</sup> à hemorroidectomia, porém com risco de incontinência.

Os fármacos libertadores de óxido nítrico, relaxante do esfíncter anal interno, têm sido usados com sucesso. Por exemplo, os nitratos tópicos (nitroglicerina ou trinitrato de glicerol a 0,2%) aliviam a dor pós-hemorroidectomia cirúrgica, quando comparados com placebo<sup>(19,20)</sup>. Os antagonistas de cálcio têm sido utilizados para a espasticidade pós-cirurgia. Por exemplo o diltiazem tópico a 2% e a nifedipina tópica e oral, reduzem a tonicidade e a dor pós-hemorroidectomia<sup>(21,22,23)</sup>.

A injeção no esfíncter anal interno de 0,4ml de solução contendo 20U de toxina botulínica, após hemorroidectomia, é eficaz na redução da pressão de repouso, tempo de cicatrização e dor pós-operatória, tanto em repouso como após a defecação, e sem efeitos secundários ou complicações<sup>(39,40)</sup>.

Por último, a antibioterapia com metronidazol oral ou tópico<sup>(41,42)</sup> é recomendada, não só para profilaxia das infecções por agentes anaeróbios, mas também por significativamente diminuir a dor após a hemorroidectomia, provavelmente por alterar a flora local.

## Mensagem

- As medidas dietéticas, nomeadamente a dieta rica em fibra, para controlo da obstipação, são parte importante no tratamento e prevenção da doença hemorroidária.
- O tratamento farmacológico (por ex. a diosmina) não tem como objectivo final a cura da doença hemorroidária, mas pode ser útil no controlo da hemorragia na fase aguda, até que o tratamento adequado possa ser programado (instrumental ou cirúrgico).
- Devemos dar preferência ao tratamento instrumental, sempre que o doente tenha personalidade para o tolerar.
- A esclerose, a fotocoagulação e o árgon têm indicação nas hemorroidas pequenas, sangrantes, e nos doentes com discrasia hemorrágica e a tomar anti-agregantes ou anti-coagulantes, pelo menor risco de hemorragia grave, tardia.
- A laqueação elástica é simples, barata, rápida, realizada em ambulatório num consultório médico, e muito eficaz no prolapso hemorroidário redutível, sangrante, substituindo a hemorroidectomia cirúrgica em 80% dos doentes.
- O doente deve ser informado das complicações das técnicas, nomeadamente do risco raro de hemorragia tardia abundante, infecção e retenção urinária.
- Recomenda-se a hemorroidectomia cirúrgica nas hemorroidas irreductíveis, nos casos de falência do tratamento instrumental e quando às hemorroidas sintomáticas se associa outra patologia proctológica (fissura, "criptite", fibroma, "mariscas" volumosas).
- Os nitratos e os antagonistas do cálcio tópicos e orais, a injeção de toxina botulínica e o metronidazol, podem ser utilizados para diminuir a dor após a cirurgia.

## Bibliografia

1. Stein E. Anorectal and Colon diseases - Textbook and Color atlas of Proctology. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2003; p. 71-85.
2. Sleisenger and Fordtran's. Gastrointestinal and liver disease. 6Th Edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company 1998; p. 1456-8 e 2280-4.
3. Wald A. Constipation, diarrhea, and symptomatic hemorrhoids during pregnancy. Gastroenterol Clin North Am. 2003; 32: 309-322.
4. Wexner SD, Baig K. The evaluation and physiologic assessment of hemorrhoidal disease: a review. Tech Coloproctol. 2001; 5: 165-168.
5. Abramowitz L, Sobhani I. Anal complications of pregnancy and delivery. Gastroenterol Clin Biol. 2003;

- 27:277-83.
6. Pigot F, Siproudhis L, Allaert FA. Risk factors associated with hemorrhoidal symptoms in specialized consultation. *Gastroenterol Clin Biol*. 2005;29:1270-4.
  7. Abramowitz L, Godeberge P, Staumont G, Soudan D. Recommendations for treatment of hemorrhoidal disease. *Gynécol Obstét Fertil*. 2002;29:942-51.
  8. Zuber TJ. Haemorrhoidectomy for thrombosed external haemorrhoids. *Am Fam Physician*. 2002;65:1629-32.
  9. Allan A, Samad AJ, Mellon A, Marshall T. Prospective randomised study of urgent haemorrhoidectomy compared with non-operative treatment in the management of prolapsed thrombosed internal haemorrhoids. *Colorectal Dis*. 2006;8:41-5.
  10. Alonso-Coello P, Guyatt G, Heels-Ansdell D, Johanson JF, Lopez-Yarto M, Mills E, Zhou Q. Laxatives for the treatment of hemorrhoids. *Cochrane Data base Syst Rev*. 2005;19:CD004649.
  11. Moesgaard F, Nielsen ML, Hansen JB, Knudsen JT. High-fiber diet reduces bleeding and pain in patients with hemorrhoids: a double-blind trial of Vi-Siblin. *Dis Colon Rectum*. 1982;25:454-6.
  12. Alonso-Coello P, Mills E, Heels-Ansdell D, Lopez-Yarto M, Zhou Q, Johanson JF, Guyatt G. Fiber for the treatment of hemorrhoids complications: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2006;101:181-8.
  13. Wald A. Constipation. *Med Clin North Am*. 2000;84:1231-46.
  14. Lederle FA, Busch DL, Mattox KM, West MJ, Aske DM. Cost effective treatment of constipation in the elderly: a randomized double-blind comparison of sorbitol and lactulose. *Am J Med*. 1990;89:597-601.
  15. Corazziari E, Badiali D, Habib FI, Reboa G, Pitto G, Mazzacca G, et al. Small volume isosmotic polyethylene glycol electrolyte balanced solution (PMF-100) in treatment of chronic nonorganic constipation. *Dig Dis Sci*. 1996;41:1636-42.
  16. Schindler AM. Isolated neonatal hypomagnesemia associated with maternal overuse of stool softener. *Lancet*. 1984;2:822.
  17. Gattuso JM, Kamm M. Adverse effects of drugs used in the management of constipation and diarrhea. *Drug Saf*. 1994;10:47-65.
  18. Lewis JH, Weigold AB. The use of gastrointestinal drugs during pregnancy and lactation. *Am J Gastroenterol*. 1985;80:912-23.
  19. Gorfine SR. Treatment of benign anal disease with topical nitroglycerin. *Dis Colon Rectum*. 1995;38:453-6; discussion 456-7.
  20. Patti R, Arcara M, Padronaggio D, Bonventre S, Angileri M, Salerno R, Romano P, Buscemi S, Di Vita G. Efficacy of topical use of 0.2% glyceryl trinitrate in reducing post-haemorrhoidectomy pain and improving wound healing. *Chir Ital*. 2005;57:77-85.
  21. Silverman R, Bendick PJ, Wasvary HJ. A randomized, prospective, double-blind, placebo-controlled trial of the effect of a calcium channel blocker ointment on pain after hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum*. 2005;48:1913-6.
  22. Perrotti P, Antropoli C, Molino D, De Stefano G, Antropoli M. Conservative treatment of acute thrombosed external hemorrhoids with topical nifedipine. *Dis Colon Rectum*. 2001;44:405-9.
  23. Thaha MA, Irvine LA, Steele RJ, Campbell KL. Postdefaecation pain syndrome after circular stapled anopexy is abolished by oral nifedipine. *Br J Surg*. 2005;92:208-10.
  24. Misra MC, Imlitemsu. Drug treatment of haemorrhoids. *Drugs*. 2005;65:1481-91.
  25. Cospite M. Double blind, placebo-controlled evaluation of clinical activity and safety of Daflon 500mg in the treatment of acute haemorrhoids. *Angiology*. 1994;45:566-73.
  26. Misra MC, Parshad R. Randomized clinical trial of micronized flavonoids in the early control of bleeding from acute internal haemorrhoids. *Br J Surg*. 2000;87:868-72.
  27. Sardinha TC, Corman ML. Hemorrhoids. *Surg Clin N Am*. 2002;82:1153-167.
  28. Madoff RD, Fleshman JW. American Gastroenterological Association technical review on the diagnosis and treatment of hemorrhoids. *Gastroenterology*. 2004;126:1463-1473.
  29. Mac Pal HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities: meta analysis. *Dis Colon Rectum*. 1995;38:687-54.
  30. Fukuda A, Kajiyama T, Arakawa H, Kishimoto H, Someda H, Sakai M, Tsunekawa S, Chiba T. Retroflexed endoscopic multiple band ligation of symptomatic internal hemorrhoids. *Gastrointest Endosc*. 2004;59:380-4.
  31. Wehrmann T, Riphaut A, Feinstein J, Stergiou N. Hemorrhoidal elastic band ligation with flexible videoendoscopes: a prospective, randomized comparison with the conventional technique that use rigid proctoscopes. *Gastrointest Endosc*. 2004;60:191-5.
  32. Cheetham MJ, Phillips RKS. Evidence-based practice in hemorrhoidectomy. *Colorectal Dis*. 2001;3:126-134.
  33. Greenberg R, Karin E, Avital S, Skornick Y, Werbin N. First 100 cases with Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation. *Dis Colon Rectum*. 2006;49:485-9.
  34. Scheyer M, Antonietti E, Rollinger G, Mall H, Arnold S. Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation. *Am J*

34. Scheyer M, Antonietti E, Rollinger G, Mall H, Arnold S. Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation. *Am J Surg.* 2006; 191:89-93.
35. Gupta PJ, Heda PS, Kalaskar S. Radiofrequency ablation and plication-a new technique for prolapsing hemorrhoidal disease. *Curr Surg.* 2006; 63:44-50.
36. Gupta PJ. Radiofrequency coagulation: a new option in early grades of bleeding hemorrhoids. *Bratisl Lek Listy.* 2005; 106:274-8.
37. Johnson CD, Budd J, Ward AJ. Laxatives after hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum.* 1987; 30:780-1.
38. Amorotti C, Mosca D, Trenti C, Pintaudi U. Usefulness of lateral internal sphincterotomy combined with hemorrhoidectomy by the Milligan-Morgan's technique: results of a prospective randomized trial. *Chir Ital.* 2003; 55:879-86.
39. Patti R, Almasio PL, Muggeo VM, Buscemi S, Arcara M, Matranga S, Di Vita G. Improvement of wound healing after hemorrhoidectomy: a double-blind, randomized study of botulinum toxin injection. *Dis Colon Rectum.* 2005; 48:2173-9.
40. Davies J, Duffy D, Boyt N, Aghahoseini A, Alexander D, Leveson S. Botulinum toxin (botox) reduces pain after hemorrhoidectomy: results of a double-blind, randomized study. *Dis Colon Rectum.* 2003; 46:1097-102.
41. Nicholson TJ, Armstrong D. Topical metronidazole (10 percent) decreases posthemorrhoidectomy pain and improves healing. *Dis Colon Rectum.* 2004; 47:711-6.
42. 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.