

Recomendações

Guidelines

PEDRO AMARO¹

ALEXANDRE DUARTE¹

(1) Em representação da Direcção da Sociedade Portuguesa de Coloproctologia, nos biénios 2006-2008 e 2008-2010, composta por: Antonino Gomes Camacho, Júlio Soares Leite, Miguel Mascarenhas Saraiva, João Ramos Deus, Alexandre Duarte, José Eduardo Mendonça Santos, Alfredo Martins Barata, Américo Dias Pereira, Anabela Rocha, Carlos Costa Almeida, F. Castro Poças, Francisco Portela, Irene Martins, João Malaquias Leitão, Ricardo Teixeira, Joaquim Costa Pereira, José Guilherme Tralhão, Manuel Tavares Magalhães, Manuel Liberato, Manuela Ferreira, Raquel Gonçalves, Pedro Correia Silva, Pedro Amaro, Vítor Fernandes, João Gíria, António Banhudo, Helena Vasconcelos, Alexandre Monteiro, José Alexandre Sarmiento, Celso Almeida Silva, Nuno Paz.

FISSURA ANAL

PARTE II - ABORDAGEM PRÁTICA

Fissura Anal Aguda

Recomenda-se a seguinte abordagem terapêutica da fissura anal com evolução inferior a 6 semanas:

Tratar ou Prevenir o Desenvolvimento de Obstipação

1. Aconselhar a todos os doentes uma dieta rica em fibras (frutas, vegetais, cereais) e reforço da hidratação oral, bem como exercício físico regular.
2. Na presença de obstipação está indicado o recurso a laxantes expansores do volume fecal.
 - a. A tomar preferencialmente após as refeições, em dose ajustada à idade, dissolvidos em água e ingeridos de imediato tratando-se de formulações em pó ou engolidos sem mastigar quando se tratar de granulados.
 - b. Por motivos de eficácia e segurança (prevenção do risco de obstrução intestinal) a sua toma deve ser acompanhada da ingestão de água suficiente (250-500 ml) que, no caso do idoso fragilizado ou acamado, deverá ser objecto de adequada supervisão; deve ser evitada a toma antes de deitar.
 - c. Informar que o início do efeito destes fármacos pode ser diferido por 2 ou 3 dias.
3. Na presença de obstipação, a lactulose está especialmente indicada em crianças pequenas (com menos de 6 anos) pois estas toleram mal os laxantes expansores do volume fecal; está ainda recomendada para crianças mais velhas ou adultos quando os laxantes expansores do volume fecal se revelam ineficazes ou mal tolerados.

Proporcionar Alívio Sintomático

1. Banhos de assento nos períodos de dor, nomeadamente após a defecação. Consistem na imersão da região perineal em água morna durante 2 a 5 minutos, eventualmente seguidos de 1 minuto de imersão em água fria ("sitz baths").
2. Considerar a aplicação anal de anestésicos (lidocaína; cinchocaína) em gel, creme ou pomada, a aplicar na margem anal minutos antes de cada dejectação. Existe risco de sensibilização cutânea. Limitar duração do tratamento a 7 dias.
3. Considerar a aplicação anal de corticóides, que deverá ser evitada na presença de sinais de infecção local. Aplicar na margem anal uma a duas vezes ao dia. Limitar duração do tratamento a 7 dias.
4. Analgesia sistémica (por ex. paracetamol oral) se necessário.

Reversão Farmacológica da Hipertonia Esfincteriana

1. A maioria das fissuras anais agudas resolve com as medidas expostas previamente. Contudo, alguns autores advogam a utilização de nitratos nas situações agudas *ab initio*. Uma abordagem alternativa consiste na sua utilização apenas nos casos que se revelam refractários após um período inicial de tratamento adequado. Ver "Fissura anal crónica".

Recomenda-se seguimento médico até resolução clínica com confirmação da cicatrização da fissura.

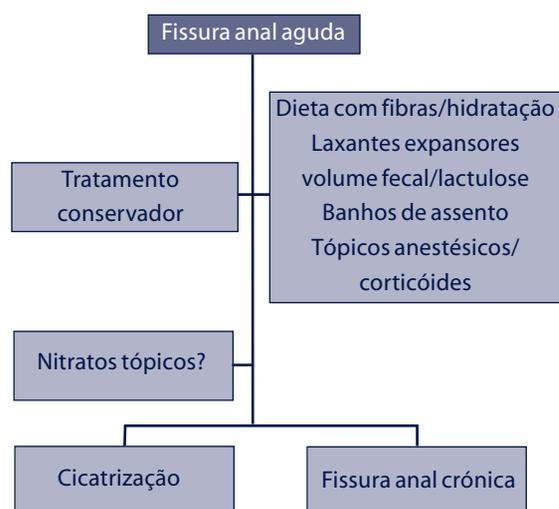


Figura1 - Terapêutica da fissura anal aguda.

Fissura Anal Crónica

A abordagem terapêutica da fissura anal crónica, nomeadamente a ponderação das diversas opções médicas e cirúrgicas, deverá ser individualizada e objecto de discussão com o doente tendo em conta a história da sua doença, a severidade da sintomatologia, o risco relativo de incontinência e as suas preferências.

Recomenda-se a seguinte abordagem terapêutica da fissura anal com evolução superior a 6 semanas:

Reversão Farmacológica da Hipertonia Esfincteriana

1. Pomada de nitroglicerina (NTG) 0,2-0,4% (0,4% é a formulação licenciada): efectuar 2 a 3 aplicações diárias (de manhã, ao deitar, após defecação), na margem anal ou canal anal distal.

2. O tratamento deve ser continuado durante 6 a 8 semanas e mantido mesmo quando já ocorreu a resolução dos sintomas, até confirmação da cicatrização. Deverá ser prolongado por mais 6 a 8 semanas no doente ainda sintomático mas com melhoria franca ou assintomáti-

co mas ainda sem cicatrização da fissura.

3. A formulação a 0,2% (disponível como manipulado) está indicada nos casos de intolerância à concentração superior; embora ainda não licenciada, poderá vir a estar indicada em crianças mais velhas e adolescentes.

4. O principal efeito adverso são as cefaleias, usualmente ligeiras e autolimitadas, que respondem ao paracetamol. Habitualmente diminuem se o tratamento for continuado; contudo, em alguns casos podem ser severas e condicionar a adesão.

5. Outros efeitos adversos, menos frequentes, são as náuseas, tonturas ou hipotensão. O efeito hipotensivo pode ser potenciado por outros fármacos, nomeadamente vasodilatadores, anti-hipertensores, diuréticos, medicação para a disfunção eréctil, anti-depressivos tricíclicos e ansiolíticos.

Instituir as medidas previamente detalhadas no que concerne ao tratamento e prevenção da obstipação assim como de promoção do alívio sintomático

1. No caso da fissura crónica, os tratamentos tópicos referenciados (anestésicos, corticóides) provavelmente não são adequados, por um lado por não estar recomendado o seu uso prolongado e, por outro, por tornar complexa a conjugação com a aplicação tópica de pomada de NTG.

Recomenda-se seguimento médico até resolução clínica com confirmação da cicatrização da fissura. Caso contrário, a fissura deverá ser considerada refractária ao tratamento instituído e o doente referenciado para avaliação complementar.

Quando referenciar um caso de fissura anal para avaliação por gastroenterologista ou cirurgião

1. Fissura anal atípica (múltiplas, irregular ou de grandes dimensões, situada fora da linha média) que pode ter uma etiologia específica subjacente.

2. Fissura anal aguda que não cura com a terapêutica instituída, nomeadamente após tratamento adicional com pomada de NTG.

3. Fissura anal crónica

a. Que não cicatriza após tratamento adequado com pomada de NTG.

b. Em doente com intolerância a pomada de NTG.

Fissura Anal Crónica Refractária

Na presença de uma fissura anal crónica que não responde à abordagem terapêutica prévia (incluindo pomada de

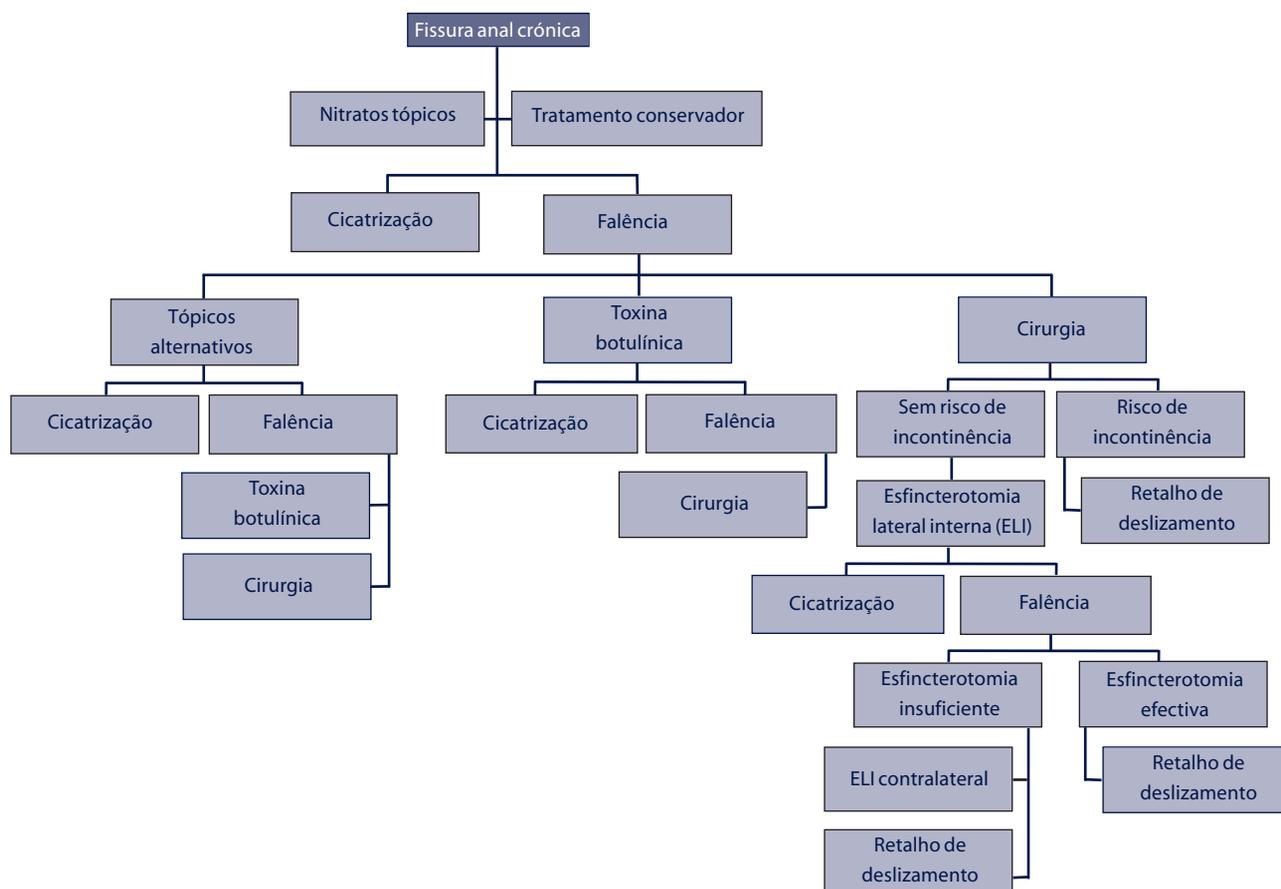


Figura2 - Terapêutica da fissura anal crónica.

NTG), seja por ineficácia ou por intolerância, deverá ser equacionada uma reavaliação diagnóstica e uma orientação terapêutica alternativa, médica ou cirúrgica.

- Deverá ser excluída uma etiologia específica subjacente.

- Deverão ser equacionadas opções terapêuticas alternativas.

1. Tratamento farmacológico alternativo (tópico ou sistémico)

a. Gel ou pomada de diltiazem a 2%: aplicação na margem anal 2 a 3 vezes ao dia. Em Portugal, não existe qualquer formulação licenciada, estando apenas disponível pontualmente sob a forma de manipulado.

2. Injecção intra-esfincteriana de toxina botulínica

a. Toxina botulínica: injecção intra-esfincteriana (a nível do esfíncter anal interno) de 15 a 30 U de Botox® (ou dose equivalente de outras formulações) em duas injecções em localização afastada da fissura (usualmente às 3 e 9 horas na posição genu-peitoral).

3. Cirurgia

a. Adulto jovem sem risco acrescido de perturbação da continência.

i. Esfincterotomia lateral interna à medida pelo método fechado.

ii. Quando este gesto não promove a cicatrização deverá ser excluída esfincterotomia insuficiente (ecografia endo-anal e manometria anal) e outras etiologias.

1. Esfincterotomia insuficiente (ecografia com integridade do esfíncter anal interno e manometria com hipertonia basal) - ELI contralateral ou retalho de deslizamento.

2. Esfincterotomia efectiva (ecograficamente documentada) e/ou independentemente da integridade do esfíncter se manometria com normotonia ou hipotonia basais - retalho de deslizamento.

b. Adulto com risco acrescido de perturbação da continência.

História de incontinência, antecedentes de cirurgia ano-perineal, idosos, múltiparas, diabéticos, síndrome do cólon irritable e diarreia crónica.

i. Retalho de deslizamento.