

# FISSURA ANAL

DR. PAULO P. VAMPRE

## DEFINIÇÃO

FISSURA ANAL é uma pequena ulceração superficial e alongada do revestimento do canal anal, situada quasi sempre na comissura posterior do anus, manifestando-se clinicamente por dores, atózes por vezes, durante e depois do ato da defecação e por-contratura espasmódica do esfíncter externo do anus.

## INCIDÊNCIA E LOCALISAÇÃO

E' encontrada frequentemente nas clinicas ano-retaes; na clinica especializada da Mayo Clinic, em dez anos entrou na percentagem de nove por cento.

Quasi sempre única e na comissura posterior do anus; Levy (10) em 124 casos, 115 eram da comissura posterior; Pruitt (17) encontrou na comissura posterior 99% e 92% respectivamente no homem e na mulher; nos casos de Bacon, (1) 10,8% eram da comissura anterior, 88,1 da posterior e 1,1% fissuras laterais do anus.

## ETIOPATOGENIA

Para Lochart-Mummery (11) e a maioria dos autores a fissura anal seria devida a divergencia em Y de certas fibras do esfíncter externo que do cóccix dirige-se para a frente pelos lados do anus. Esta disposição anatomica não explicaria porque a fissura não existe acima do septo intermuscular do anus, nas zonas onde se dá a divergencia em Y de taes fibras, mas ocorre mais caudalmente, na porção subcutânea do esfíncter, nas fibras que não se inserem no cóccix, fibras que são circulares ao anus.

Não sendo satisfatória a hipótese da divergencia Y das fibras do esfíncter, procurou Blaisdell (4) explicar a patogenia e

---

(\*) Preleção realizada no dia 10 de junho de 1940 em reunião interna do Departamento de Technica Cirúrgica e Cirurgia Experimental da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

nos deu inteira satisfação; para entendel-a é necessário que se recorde a musculatura do canal anal, tão bem descrita por Mili-gan e Morgan (13).

**Músculos do canal anal:** (Fig. I e II) — **Esfíncter externo do anus** — É um musculo trilamelar que com a porção puboretal do elevador do anus, forma um forte cilindro muscular que envolve longitudinalmente o esfíncter interno do anus e o canal anal. É formado por três camadas de fibras (por vezes apenas duas, sendo inseparáveis as duas profundas): *esfíncter externo subcutâneo, superficial e profundo*. Os esfíncteres externos subcutâneo e profundo são músculos anulares que não se inserem no cóccix, inervados pelo nervo hemorroidal inferior e 3.<sup>o</sup> e 4.<sup>o</sup> sagrados; o esfíncter externo superficial é elíptico, insere-se no cóccix e inervado pelo 4.<sup>o</sup> sagrado.

Um septo fibro muscular, prolongamento longitudinal do reto encontra-se entre as tres porções. A primeira porção, o esfíncter externo subcutâneo, está situado abaixo, em um mesmo plano que o esfíncter interno e está em relação direta com o canal anal; nada ha interposto entre êle e a mucosa do anus. A segunda e terceira porções (e. ext. superficial e profundo) envolvem o músculo longitudinal e o esfíncter interno do anus. O esfíncter externo subcutâneo é separado do esfíncter interno por uma bandeleta anular, uma fás-cia, o septo anal intermuscular.

O esfíncter externo superficial insere-se posteriormente no cóccix e dirigindo-se para a frente, suas fibras divergem em Y, passando pelos lados do canal anal acima da porção subcutânea e abaixo da porção profunda, e unem-se adiante do canal anal do ponto central do períneo.

O esfíncter externo profundo tem relações íntimas com as fibras pubo retaes do elevador do anus na sua metade posterior, onde sua borda superior é mal definida; sua borda inferior é separada do esfíncter externo superficial por um septo fibroso por vezes não bem definido. É, das porções do esfíncter externo, a menos individualizada.

**Elevador do anus:** (Fig. I) — Este músculo pode ser dividido em *ileococigeo*, que da espinha isquiática e da parte posterior da linha branca se insere no cóccix e no rafé anococcigeal; sem conexão com o reto e o canal anal; *pubococigeo*, com fibras que vêm de pubis e das porções anteriores da fascia obturadora e dirigem-se para tras, horizontalmente pelos lados do reto, acima do puboretal, fibras que se unem atrás do reto em um rafe denso; finalmente o *puboretal* de grande importancia na função retal, vem do pubis e do ligamento triangular, dirige-se para trás e para baixo, pelos lados do reto e

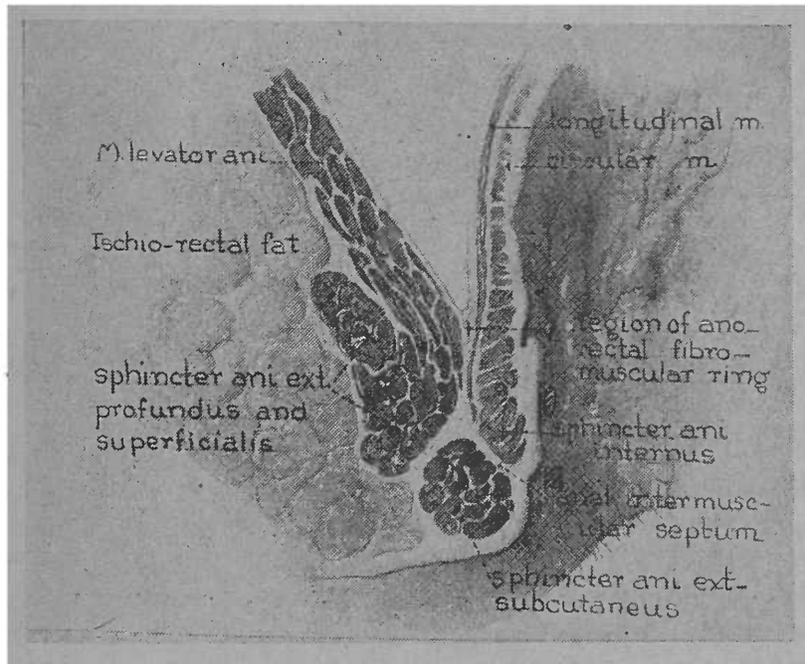


FIG. I  
(Miligan e Morgan (13))

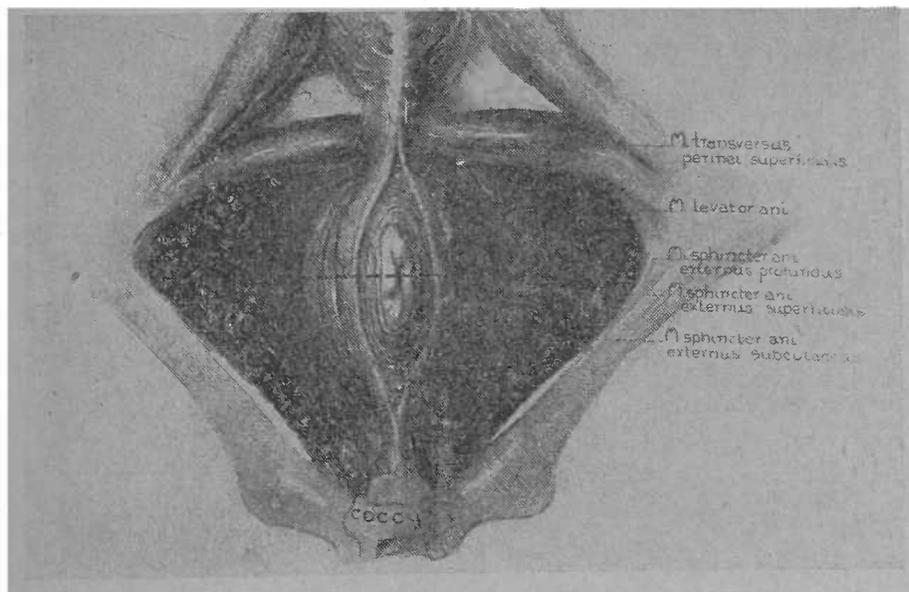


FIG. II  
(Miligan e Morgan (13))

encontra-se com o do lado oposto atrás do canal anal, formando uma poderosa cinta, que puxa e atrai a junção ano-retal ao pubis. Suas fibras não chegam ao cóccix. É o músculo melhor desenvolvido do diafragma pélvico, tem relações por vezes íntimas com o esfíncter externo do anus. Abaixo dele está o canal anal e entre os dois, os músculos longitudinaes do reto. O elevador é innervado pelo 4.º sagrado e ramos do pudendo interno.

**Músculo longitudinal do canal anal** — É o prolongamento da camada muscular do reto, que envolve o canal anal. Na extremidade superior do canal anal torna-se fibro muscular, confunde-se na metade posterior com o puborectal que fica por fóra e também com o esfíncter externo profundo na sua metade anterior, onde o puborectal deixa o canal anal. Entra na formação do anel ano-retal; termina dividindo-se em três septos fibro musculares que separam as varias porções do esfíncter externo. O septo que continua o musculo caudalmente, passa entre o esfíncter interno e a porção subcutânea do esfíncter externo, formando o *septo intermuscular no anus*, que chega até a junção cutâneo-mucosa do anus.

**Esfíncter interno do anus:** (Fig. I) — É um músculo tubular cilindrico que envolve o canal em sua quasi totalidade; termina em plano acima do esfíncter externo subcutâneo; é a continuação direta das fibras musculares circulares da parede do reto.

Conhecida assim a musculatura do canal anal, vejamos, para explicar a patogenia da fissura anal, como êle se comporta à passagem das fezes no ato da defecação.

A parede intestinal, com esfíncter interno e porção profunda de esfíncter externo é bem forte e auxiliada ainda pelo elevador do anus. Mais abaixo é bem constituida pela porção superficial do esfíncter externo. A porção subcutânea no esfíncter externo, a menor de todas, não é reforçada por outro elemento, não tem ligações com cóccix, forma uma barreira que impede a progressão das fezes. Como é fraca, distende-se e distendendo-se em excesso, rompe-se a camada de revestimento do canal anal sub jacente e instala-se a fissura.

Vejamos para maior clareza os esquemas muito elucidativos de Blaisdell (4) (Figs. 3, 4 e 5).

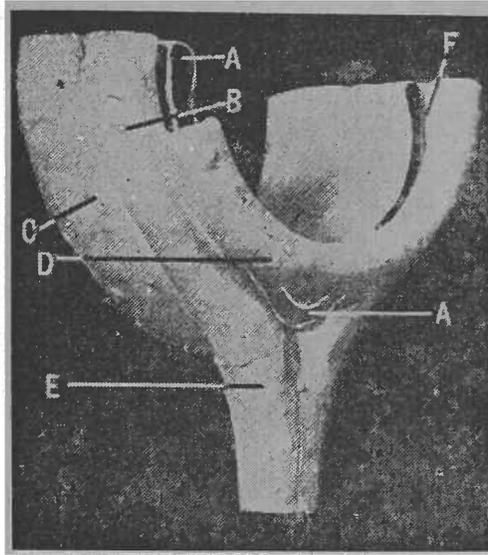


FIG. III

Modelo dos musculos esfinterianos do anus, secção feita sobre a linha pontilhada da fig. II. Não está incluído o elevador do anus. Músculos representados dilatados. *A*, borda inferior do esfíncter interno, sendo que uma pequena porção do esfíncter externo subcutâneo foi cortada no alto, a esquerda, mostrando que essa porção e o esfíncter interno acham-se em um mesmo plano. *B*, porção superficial do esfíncter externo, com fibras divergentes *E* que se inserem no cóccix. *C*, porção profunda do esfíncter externo, composto só de fibras circulares. *D*, porção subcutânea do mesmo esfíncter, só de fibras circulares, que não envolvem e não suportam o esfíncter interno, como as porções superficiais e profundas, mas em um mesmo plano do que êle e separado pelo septo intermuscular *F*.

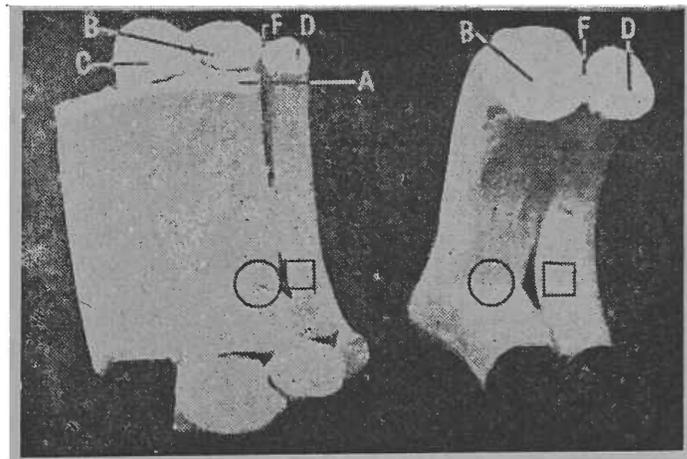


FIG. IV

A esquerda, o modelo da fig. visto de cima para baixo; a direita segmentos das porções subcutânea e superficial do esf. externo, mostrando as fibras divergentes do último. Si essas fibras divergentes fossem a causa da fissura estas deveriam estar situadas no local do círculo (na mesma posição em todos os modelos); mas as fissuras nunca aí se localizam, e sim no local assinalado pelo quadrado. As letras representam as mesmas estruturas da figura anterior.

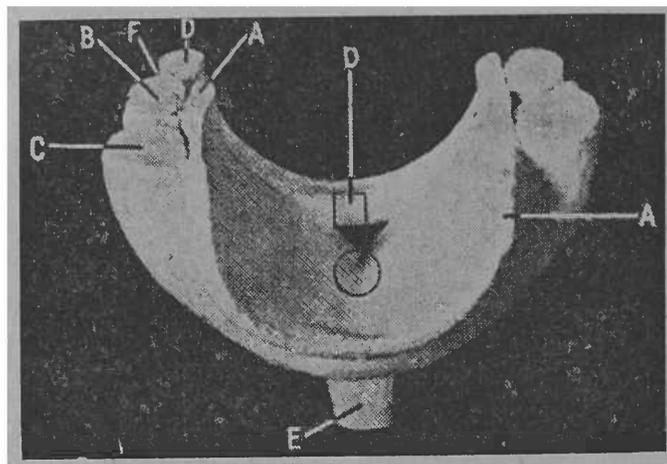


FIG. V

Mesmo modelo da fig. III, visto agora de dentro do canal anal para fora, com os músculos dilatados. A formação de uma barreira posterior (e menos acentuadamente uma barreira anterior) pela, comparativamente fraca e sem suporte, porção subcutânea do esfíncter externo (D) que se opõe e dificulta a progressão das fezes está nitidamente demonstrada. E' esta porção do esfíncter externo, que estirada pela progressão do bolo fecal, provoca a ruptura da mucosa e a instalação da fissura anal. Causa evidentemente anatômica, explica porque as fissuras do anus se localizam quasi que exclusivamente na comissura posterior e abaixo do septo intermuscular, mais distalmente do que o esfíncter interno.

Devemos entretanto lembrar a hipótese de Buie, (5) que condiciona a maior percentagem de fissuras na comissura posterior pela relação dos eixos do canal anal e o do reto; formam os dois um ângulo aberto para tras que aliada da curvatura do reto que acompanha a do sacro, faz com que o maior pressão no momento da defecação se faça na parede posterior. Ainda quanto a etiopatologia devemos salientar a importancia da prisão de ventre; individuos constiados crônicos com fezes secas e endurecidas, são naturalmente mais propensos a instalação de uma fissura, sabendo-se que a causa eficiente é o trauma pela passagem das fezes pela porção subcutânea do esfíncter externo.

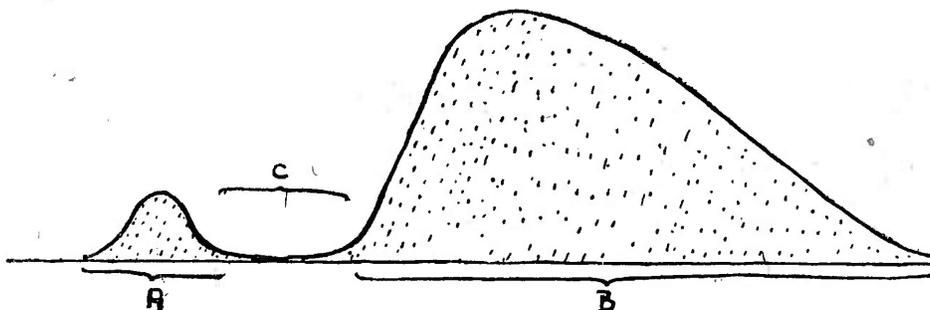
### SINTOMATOLOGIA

Apresenta-se a fissura anal como uma ulceração superficial, de fundo claro, mole, elástica, ulceração que é mantida pela contração do esfíncter e pela irritação constante com a defecação. As bordas da ulceração com o tempo tornam-se endurecidas, congestionadas. Apresentam em sua comissura inferior uma porção de pele edematosa, a chamada hemorroida sentinela, de origem não hemorroidária, representando o edema da pele pelo bloqueio das veias superficiais.

O sintoma principal é a dor; dor paraxística, de queimação, por vezes atroz e insuportáveis. Iniciam-se no momento da defecação e prolongam-se por tres, quatro horas; localizam-se no anus, acompa-

nham-se de espasmo do esfíncter que mantem afastadas as bordas da fissura o que provoca a dor.

A dor é caracterizada por apresentar um espaço livre, logo após a dor pela defecação, e por se intensificar momentos depois pela contração espasmódica do esfíncter externo; esta segundo fase é mais intensa e mais duradoura e a mais insuportavel e desesperante. O ciclo doloroso tipico de fissura do anus pode ser representada pelo grafico abaixo (Bacon):



(A) Dor no ato da defecação. — (B) Dor por contração espasmódica do esfíncter. — (C) intervalo livre de dor.

Outros sintomas da fissura são o sangramento pequeno pela defecação; constipação, causa e sequela da fissura; sintomas reflexos em virtude das relações anatomicas entre os nervos do canal anal com os dos órgãos genito-urinarios.

### TRATAMENTO

Conhecida a etiopatogenia da fissura, temos o seu tratamento: — suprimir a barreira do esfíncter externo subcutâneo.

Ha entretanto outros metodos — o *paliativo*, onde os cuidados locais com pomadas de ictiol, collargol associado a belladona, toques com nitrato de prata a 1 %, etc. se aliam aos cuidados gerais que visam via de regra impedir a constipação por meio de uso constante de laxativos, o que diminuia o trauma causado pelas fezes duras e ressequidas.

Ha ainda e em grande número os partidarios do *tratamento esclerosante* ou com oleos anestésicos. Varios são os agentes empregados. A solução de *quinina* e *uréea* a 5%, preconizada por Graham, dá em suas mãos mais de 80% de curas; de técnica simples podemos resumir em algumas palavras: — posição de talha ou genupeitoral; desinfecção do campo operatorio; anestesia local por tampões de novocaina a 5 % e depois com agulha de bisel curto, injecta-se 1/10 a 1/4 de cc., imediatamente acima da extremidade superior da fissura. A agulha deve penetrar 4 a 5 mil. paralelamente a superficie da lesão, na sub mucosa, ao mesmo tempo que se injecta rapidamente o liquido; dóe bastante, dôe de curta duração, que se substitue por

analgesia e bem estar. Uma injeção por vezes é o suficiente, necessitando outras vezes tres ou quatro. Para acelerar a cicatrização pomada de ictiol ou balsamo de Perú. A cicatrização se dá de 6 a 14 dias.

Bensaude (3) em 149 doentes empregou sempre com bons resultados a técnica que se segue — depois de desinfecção do campo e anestesia local por tampões de novocaina a 5% faz a infiltração do esfíncter lateralmente a fissura, assim como da base da mesma; injectando solução de novocaina a 1/200 com agulha penetrando a 2 cms. do anus no sulco-coccigeano, depois de 2 a 3 minutos injecta o oleo anestesiante que preconisa, formula de Lacharte

anestesina .....	4,0 grs.
aminobenzoato de butil (butesina) .....	1,0 gr.
alcool benzilico .....	5,0 grs.
novocaina basica .....	0,5 gr.
oleo de amendoas doces .....	q. s. 100 cc.

Injecta 5 a 10 cc. dessa solução em varios pontos, injeção em leque, com o cuidado de não perfurar a mucosa. Depois massagem do anus.

Gabriel (7) aconselha e prefere um dos dois oleos anestesianes.

A) Anestesina .....	3 %	B) Percaina .....	0,5 %
Alcool benzilico .....	5 %	Fenol .....	1,0 %
Ether .....	10 %	Alcool benzilico .....	10, %

Injecta de cada lado da fissura 2,5 cc. de uma ampoula de 5 cc. de uma das soluções que preconisa, previamente aquecida a temperatura do corpo; ha no momento dor de queimação local que dura 3-4 horas e que desaparece substituida por grande sensação de bem estar. Tem muito bons resultados mas acha que como toda injeção esclerosante ou por meio dos oleos anesteticos só tem applicação nas fissuras recentes.

Finalmente temos o tratamento cirurgico, que pode ser dividido em tres metodos: — o da divulção, o da incisão e o da excisão da fissura.

Visam os tres suprimir a causa, a barreira do esfíncter externo subcutâneo, ou seja a barreira da porção subcutânea do esfíncter externo.

A divulção, manobra facil mas cuja técnica deve ser como mostra a figura VI na sequencia de *a* para *e*, dispensa maiores comentários; esta manobra é tambem o tempo inicial dos processos de excisão e de incisão.

A *incisão* como seu nome indica, incisa a fissura; a incisão se inicia na extremidade superior, desce por sua parte media até 1/2 cms.

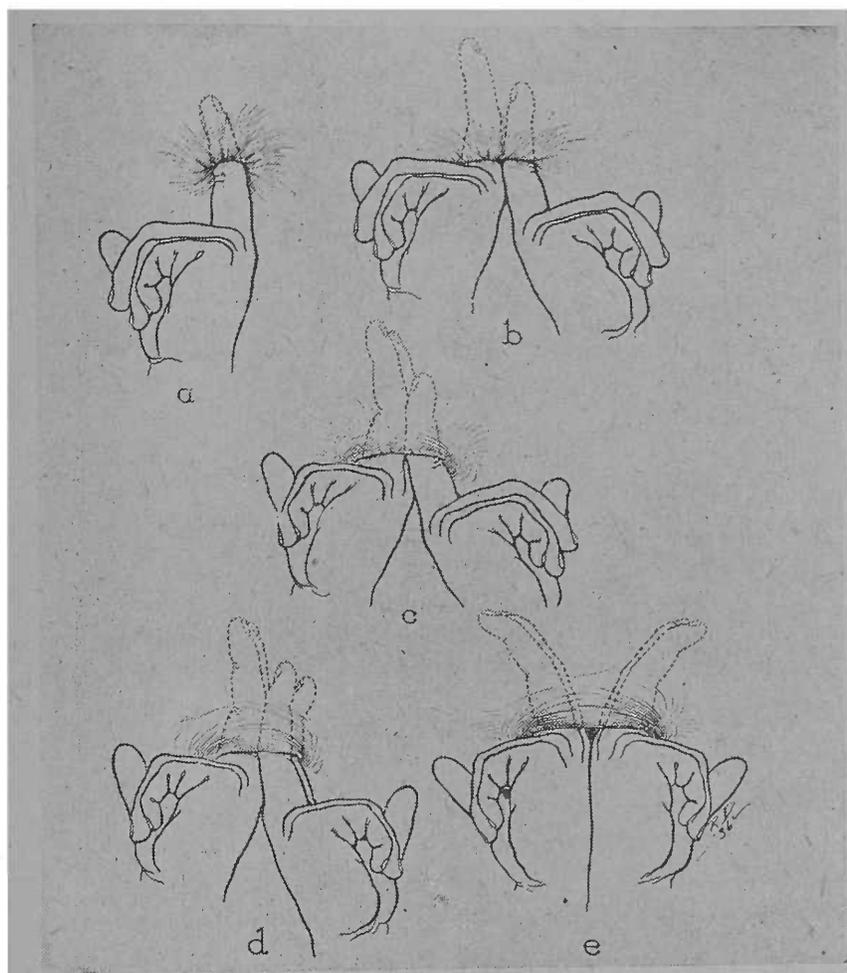


FIG. VI  
Buie (5).

abaixo de sua extremidade inferior; incisão pouco profunda que secciona a fissura, as fibras mais superficiais do esfíncter externo.

E feita sob a anestesia local, a mesma que se usa para excisão. Depois de desinfecção do campo operatório, faz-se um botão dérmico a 1 cm. abaixo da borda posterior da fissura e injecta-se 1 cc. da solução de novocaina a 1 %; depois, com um dedo como guia no canal anal, injecta-se 5 cc. da mesma solução de novocaina, atraz do canal anal ao longo do grande eixo do intestino. A agulha que havia penetrado cerca de 5 cms. é retirada parcialmente á dirigida um pouco para fóra, para a frente e profundamente na direcção do elevador do anus, onde se injecta 5 cc. da solução, a direita e a esquerda. Toda a metade posterior do canal está assim anestesiada. Tanto a incisão como a excisão podem ser feitas sem dôr.

A técnica da *excisão* é simples; pelo metodo de *Gabriel*, (fig. VII) retira-se um retalho triangular de pele e mucosa que compreende a fissura. A incisão se inicia imediatamente acima da extremidade superior da fissura, por dois ramos divergentes, em ângulo aberto para a superficie cutânea; é retirado com a fissura um retalho triangular de

3 cms. de lado aproximadamente. A operação é completada por uma anotomia com secção das fibras mais superficiais do esfíncter externo. Curativo com gaze vaselinada.

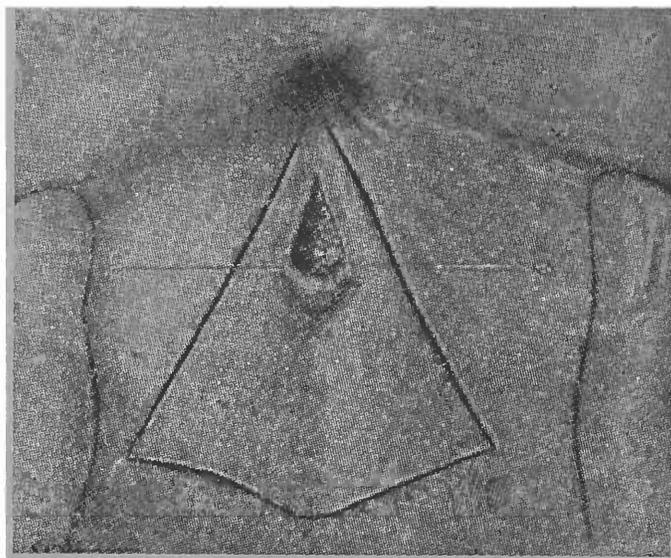


FIG. VII  
Gabriel (7).

Buie (fig. VIII), excisa a fissura, incisa as fibras mais superficiais do esfíncter externo, excisa um pequeno retalho de pele para anal e sutura as bordas da ferida operatoria. Fecha pois primitivamente. Hirschman, excisa a fissura por incisão em cunha.

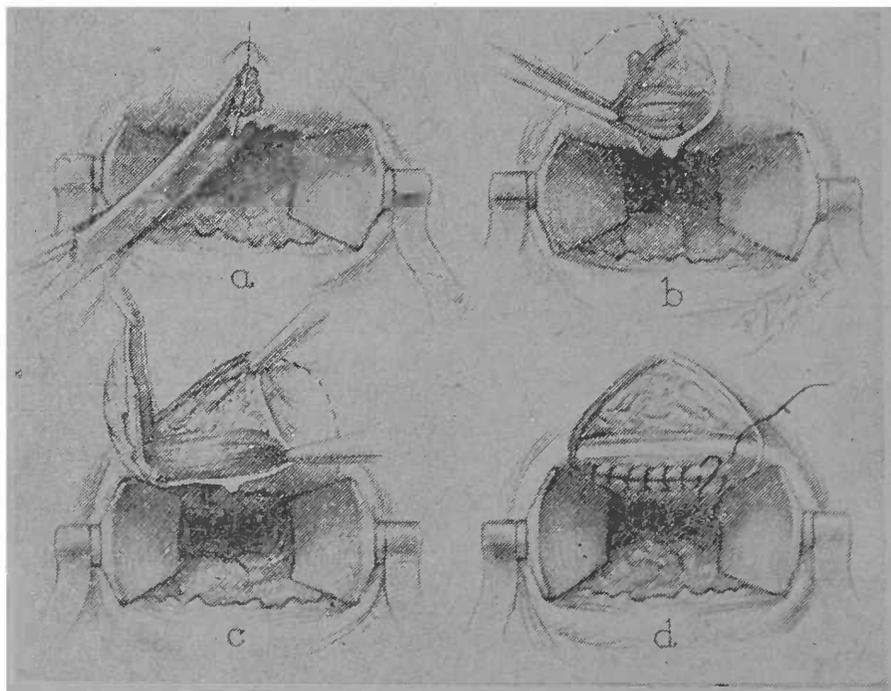


FIG. VIII  
Buie (5).

Taes são as técnicas de excisão, que tem sua indicação maxima nas fissuras antigas, de base esclerosadas ou rebeldes a outros tratamentos.

O posoperatório nada apresenta de particular. Troca de curativo no dia seguinte e toque com mercurio cromo a 5 %, ou violeta de genciana a 1 % quando pelo método de Gabriel, método ambulatório. Seguindo as técnicas de Buie ou de Hirschman ha necessidade de hospitalização por um ou dois dias para maior repouso. Recomendam os diversos AA. que se permita a movimentação do intestino somente no 3.º dia.

### BIBLIOGRAFIA

- (1) BACON — Anus, Rectum, Colon Sigmoid. Diag. Treat. Lippincott C.º, 1938.
- (2) BENSUADE — Fissure anal. Mond. Med. 47: 803-809, Agos. 1 ' 37.
- (3) BENSUADE, CAIN, LIEVRE — Traitement des fissures anales par les injections locales de quinine e d'urée. Bull. et Mem. d. l. Societ. Med. Hop. Paris 1930, n.º 1.
- (4) BLAISDELL — Fissure anal. pathogenesis and implications as to treatment. S. G. O. 65:672-677 Nov. ' 37.
- (5) BUIE — Practical Proctology. Saunders C.º, 1938.
- (6) DANIELS — Anal fissure, anal spasm and anal stenosis. Am. Jour. Digest. Dis. and Nutri. 3:775-783 Dec. '36.
- (7) GABRIEL — The principles and practice of retal surgery. H. D. Lewis C.º, 1932.
- (8) HILLER — The anal sphinter and the pathogenesis of anal fissure and fistula. S. G. O. 52:921-940, 1931.
- (9) HIRSCHMAN — Handbook of diseases of the rectum. Monby C.º, 1926.
- (10) LEVY — Fissure in ano. Am. J. Sur. 36: 244-248 Abril '37.
- (11) LOCKHART-MUMMERY — Diseases of the rectum and colon. Bailliere, Tindall C.º, 1934.
- (12) MACHLINE — Le traitement moderne de la fissure anale. Arch. d. mal. de l'app. diges. e nutr. 26:1050-1057 Nov. '36.
- (13) MILLIGAN e MORGAN — Surgical anatomy of the anal canal with special referense to anorectal fistulas. Lancet 2:1150-1156, 1213-1217, 1934.
- (14) PRUITT — Modern Proctology. Mosby C.º, 1931.
- (15) RANKIN, BARGEN & BUIE — The colon, rectum and anus. Saunders C.º, 1932.
- (16) SEARA — Fissuras del ano. Dia Med. 10:468-470 Maio 30 '38.
- (17) SENNA, SILVA G. G. — Pathogenia da fissura anal. Hospital 12:483-486 — Set. '37.
- (18) YEOMANS — Proctology Appleton C.º, 1929.
- (19) WEISS — Fissure anal, ambulatory treat. Am. J. Surg. 37:88-91 July '38.