

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA — EMESCAM

MICHELE GROLLA ALONSO

PÂMELA FREITAS PRADO

**ESTUDO DE SÉRIE DE CASOS DE PACIENTES COM FISSURA
ANAL EM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE VITÓRIA**

VITÓRIA

2013

MICHELE GROLLA ALONSO

PÂMELA FREITAS PRADO

**ESTUDO DE SÉRIE DE CASOS DE PACIENTES COM FISSURA
ANAL EM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE VITÓRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Escola superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.
Orientadora: Maria das Graças Caus de Souza

VITÓRIA

2013

MICHELE GROLLA ALONSO

PÂMELA FREITAS PRADO

ESTUDO DE SÉRIE DE CASOS DE PACIENTES COM FISSURA ANAL EM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE VITÓRIA

Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Aprovada em 11 de outubro de 2013.

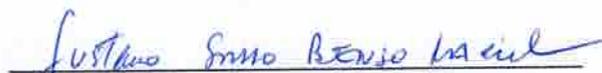
COMISSÃO EXAMINADORA



Profª. Maria das Graças Caus de Souza
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientador



Profª. Neidil Espinola da Costa
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM



Gustavo Sasso Benso Maciel
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM

Aos meus pais, Therezinha e Gilson, por me incentivarem a seguir o que quero e nunca desanimar.

Ao meu irmão, Giles, por estar sempre me ensinando.

Ao meu futuro esposo, Adolf, por ser compreensivo e me ajudar.

Michele Grolla Alonso

Aos meus queridos pais, Deise e Prado, pelo esforço despendido, pela inspiração, apoio e conselho de toda a vida, porque família é tudo. E a Deus toda honra e toda glória.

Pâmela Freitas Prado

Agradecemos à FAPES, que nos ajudou financiando a presente pesquisa através da bolsa PIBIC-EMESCAM.

Ao Dr. Luciano Pinto Nogueira da Gama, pelas dúvidas esclarecidas.

À Dra. Maria das Graças Caus de Souza pelo apoio, dedicação e ensinamentos.

Gostaríamos de acrescentar a colaboração dos funcionários, quanto à obtenção dos prontuários: Caroline Feitosa Dibai de Castro, Maria Reis Santos, Philipe Costa Araújo e Vera Lúcia Matins Menezes.

Michele Grolla Alonso
Pâmela Freitas Prado

"Transforme as pedras em que você tropeça
nas pedras de sua escada".

Sócrates

RESUMO

Foi realizado um estudo descritivo de série de casos a fim de conhecer e analisar a prevalência da fissura anal referente ao sexo, idade, sintomas, localização da fissura, presença ou ausência de constipação intestinal e tratamento instituído, no Serviço de proctologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV). A fissura anal é uma enfermidade comum, benigna que prevalece no sexo feminino e afeta mais adultos jovens. Caracteriza-se por uma lesão ulcerada no anoderma do canal anal e é mais comum na região posterior. Foram analisados 1431 prontuários dos pacientes atendidos no serviço e selecionados 159 portadores de fissura anal dos quais 82 se adequaram conforme os critérios de definição de caso adotado no estudo, no período de 1º de janeiro de 2010 a 31 de julho de 2011. A análise estatística foi a distribuição por frequência simples e relativa e posterior comparação com a literatura. A fissura anal mostrou uma prevalência de 50% entre a faixa de 21 a 40 anos, com destaque no sexo feminino (63,41%). Dor, hematoquezia e nodulação anal (75%, 73% e 45%, respectivamente) foram os sintomas mais encontrados, sendo que 41,46% apresentaram três sintomas concomitantes. A localização posterior da lesão esteve presente em 74,34% dos casos e a anterior foi mais encontrada em mulheres (92,3%). A constipação intestinal estava presente em 52% dos casos. O tratamento clínico foi mais empregado, ou seja, em 67% dos pacientes, sendo mais utilizado os anestésicos locais e anti-inflamatórios (35,42%) em detrimento ao tratamento cirúrgico. Tais resultados estão em conformidade com a literatura estudada. O estudo visou a estudar a epidemiologia da fissura anal, considerando os poucos estudos encontrados na literatura. Também acrescentou maior informação quanto à necessidade de melhor conhecer a história natural da doença através da sistematização da investigação dos pacientes e de instituição de protocolos de tratamento. É mister ampliar a amostra representativa para fazer inferência para a população em geral.

Palavras-chave: Fissura anal. Constipação intestinal. Prevalência de fissura anal.

ABSTRACT

A descriptive case series study was conducted in order to understand and analyze the prevalence of anal fissure related to sex, age, symptoms, location of fissure, presence or absence of constipation, and treatment at the Department of proctology Hospital of Santa Casa de Vitoria (HSCMV). The anal fissure is a common, benign condition which prevails in females and affects more young adults. It is characterized by an ulcerated lesion in anoderma of the anal canal and is more common in the posterior region. 1431 records of patients treated at the service and selected 159 patients with anal fissure, 82 of which are suited as criteria for case definition adopted in the study, in the period from January 1, 2010 to July 31, 2011 were analyzed. Statistical analysis was by simple distribution and relative and later comparison with the literature frequently. The anal fissure showed a prevalence of 50% between the age range 21 to 40 years, especially in females (63.41%). Pain, hematochezia and anal nodulation (75%, 73% and 45%, respectively) were the most common symptoms, of which 41.46% had three concomitant symptoms. The posterior location of the lesion was present in 74.34% of cases and was more frequent earlier in women (92.3%). Constipation was present in 52% of cases. Clinical treatment was more employed, ie in 67% of patients, most commonly used local anesthetic and anti-inflammatory drugs (35.42%) rather than surgical treatment. These results are consistent with the literature studied. The study aimed to study the epidemiology of anal fissure, considering the few studies found in the literature. Also added more information on the need to better understand the natural history of the disease through systematic research and institution of treatment protocols. It is necessary to extend representative sample to make inference to the general population.

Keywords: Anal fissure. Constipation. Prevalence of anal fissure.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição etária da fissura anal	18
Gráfico 2 - Prevalência quanto ao sexo	19

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Prevalência de sintomas na história informada.....	19
Tabela 2 - Prevalência quanto ao número de sintomas.....	20
Tabela 3 - Prevalência quanto à localização do dano.....	20
Tabela 4 – Prevalência quanto ao tipo de tratamento utilizado	21
Tabela 5 – Prevalência quanto ao hábito evacuatório	23

LISTA DE SIGLAS

CEP - Comitê de ética em pesquisa

EIA - Esfíncter Interno do Ânus

EMESCAM - Escola superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

FAPES - Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo

HSCMV - Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória

PIBIC - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
3 MATERIAL E MÉTODOS	16
4 RESULTADOS.....	18
5 DISCUSSÃO.....	24
6 CONCLUSÃO	27
7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	29
8 REFERÊNCIAS	30
APÊNDICE.....	33

1 INTRODUÇÃO

Fissura anal é uma enfermidade comum, benigna que acomete ambos os sexos, prevalecendo no feminino^{1, 14, 15} e todas as faixas etárias, afetando mais adultos jovens^{1, 10, 11, 14}. Segundo a literatura pesquisada, ela se caracteriza por uma lesão ulcerada no anoderma do canal anal, que raramente ultrapassa a linha pectínea e a anocutânea^{10, 12, 13, 16, 18}.

Reconhece-se o importante papel do trauma evacuatório (constipação e fezes endurecidas), da hipertonia do músculo esfíncter interno do ânus (EIA), da isquemia^{1, 3, 10} e do trauma no parto normal¹⁰ em sua patogênese, o que demonstra etiologia multifatorial. Esta doença está associada à prisão de ventre, diarreia, etiologias infecciosas, traumatismo perianal e doença de Crohn^{1, 3, 6, 7, 12, 16, 18}.

Durante ou após a evacuação o paciente apresenta dor de forte intensidade, penetrante ou aguda do tipo latejante ou em queimação, pela rica sensibilidade do anoderma^{1, 6, 7, 10, 12, 13, 16, 18} e pela exposição das fibras do músculo esfíncter anal interno¹⁵. Essa lesão é frequentemente acompanhada de sangramento^{1, 7, 9, 10, 16}.

A localização mais comum é na região posterior do canal anal^{12, 13, 16, 18} e esta região está relacionada a fatores anatômicos como, menor elasticidade e vascularização podendo levar a isquemia e, portanto, uma cicatrização precária^{1, 3, 7, 10, 16}.

O tratamento pode ser clínico na fissura anal aguda com medidas dietéticas e associação de coloides hidrófilos, pomadas com lidocaína, colagenase ou hialuronidase, higienização com sabonete neutro 2 a 3 vezes ao dia e aplicação de relaxante muscular, o dinitrato de isorbida^{1, 2, 6, 13, 16}. Em fissura crônica, o tratamento desta entidade deve ser focado no sentido de se reduzir a pressão do canal anal^{2, 10, 12}, principalmente com a realização de uma esfínterectomia e fissurectomia (Operação de Gabriel) ou esfínterectomia interna parcial (Operação de Eisenhemmer).

A temática abordada é de grande relevância no meio médico, haja vista o contingente de pacientes que são atendidos, diariamente, com o diagnóstico de

fissura anal e o não conhecimento em profundidade de sua prevalência no serviço de Santa Casa e na população em geral do estado do Espírito Santo. Dessa forma, a análise dos casos contribui, em muito, com o desenvolvimento médico-científico no tocante a essa doença.

A presente pesquisa científica objetiva tratar de assunto relevante perante todo o meio acadêmico e científico considerando a escassez de artigos publicados referentes ao assunto propósito do estudo, fornecendo informações epidemiológicas sobre a doença, que poderão servir para corroborar as pesquisas já realizadas ou acrescentar informações relevantes para o melhor conhecimento da história natural da doença. Por conseguinte, terá importância clínica e diagnóstica, na prática diária, ampliando os conhecimentos sobre essas patologias e subsidiando novos estudos complementares.

Esse trabalho tem por objetivo analisar a prevalência das variáveis: idade, sexo, etnia, sintomas, localização da fissura, presença ou ausência de constipação intestinal e tipo de tratamento instituído: conservador ou invasivo e a relação entre elas. Além disso, compará-las com os resultados da literatura científica encontrados.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para discutir o tema é necessário que se estabeleçam alguns critérios considerados na definição de caso e adotados pelos autores dos artigos pesquisados tomados como parâmetro de comparação com os resultados encontrados nesta pesquisa.

É considerado caso de constipação intestinal, conforme o critério de Roma III, síndrome que consiste na eliminação, com esforço, de fezes ressecadas ou consistência aumentada^{4,8,17}, ou com frequência menor que 2 vezes por semana¹⁷.

É considerada sintomatologia de fissura anal a dor anal^{1, 2, 3, 6, 9, 10, 12, 13, 14, 18} principalmente durante a evacuação^{1, 2, 6, 10, 12, 13, 14, 18}, sendo frequentemente acompanhada de sangramento^{3, 6, 9, 10, 13, 18} e prurido anal^{1, 6, 10, 18}.

É considerado caso de fissura anal aguda, lesão ulcerada no anoderma do canal anal, que quase nunca ultrapassa a linha pectínea e a anocutânea^{12, 16, 18}.

É considerado caso de fissura anal crônica como aquela que se mantém resistente ao tratamento com medidas higiênico-dietéticas por mais de seis semanas¹⁸. Uma fissura crônica é indicada pela presença de papila anal hipertrófica na extremidade proximal da fissura e um plicoma sentinela (espessamento circunscrito da mucosa na extremidade distal)^{1, 6, 7, 12, 13, 16, 18}.

Segundo a análise de Pinho et al.¹⁴ de 1024 (44%) pacientes do serviço de coloproctologia de Santa Catarina, 256 (11%) pacientes foram diagnosticados com fissura anal, observou-se uma predominância do sexo feminino com (174) 68%, além do caráter decrescente de sua prevalência com o avanço da idade ocorrendo entre 20-50 anos de idade.

A fissura anal acometeu 68% de mulheres no serviço de coloproctologia de Sergipe de acordo com o estudo de Prudente et al.¹⁵, tendo como média de idade 34 anos. Houve predomínio das fissuras em comissura posterior em ambos os gêneros, numa proporção de 3:1 em relação à anterior, sendo 69% nas mulheres e 61% nos homens. As fissuras anteriores estiveram presentes em 22% dos homens e 18% nas mulheres.

Verificou-se no serviço de coloproctologia do Paraná que a fissura anal foi um dos principais diagnósticos prevalentes nos pacientes menores de 60 anos de idade com 151 acometidos (16,63%) contra apenas 14 (6,42%) nos maiores de 60 anos conforme o estudo de Martins et al.¹¹.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo, do tipo série de casos, com revisão retrospectiva dos prontuários dos pacientes inscritos no ambulatório de proctologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV). A presente pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa (CEP)/EMESCAM-ES, sob protocolo nº 058/2011.

O estudo abrangeu todos os casos inscritos no serviço cujos prontuários físicos foram encontrados. Foram inscritos 1431 pacientes que foram atendidos no serviço de proctologia do hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória e somente encontrados 82 prontuários que atenderam aos critérios de definição de caso de fissura anal adotado que constituíram o objeto do estudo.

No estudo foram incluídos os pacientes com fissura anal, inscritos no período de 1º de janeiro de 2010 a 31º de julho de 2011. Foram listados os pacientes inscritos no serviço e os prontuários desarquivados do arquivo central da instituição, para o levantamento de dados correspondentes as variáveis selecionadas para análise.

As variáveis estudadas foram: idade, sexo, sintomas, localização da fissura e presença ou ausência de constipação intestinal, sendo esta quantificada quanto ao período de sua ocorrência (dias), além do tipo de tratamento instituído.

Foram excluídos os prontuários dos pacientes com outras patologias que poderiam se assemelhar morfológicamente à fissura anal, sendo importante seu diagnóstico diferencial, por exemplo: doença de Crohn, carcinoma do canal anal, ulceração sífilítica primária, retocolite ulcerativa e lesão herpética.

Os prontuários estudados receberam um número para não identificar os pacientes durante a pesquisa. A listagem nominal numerada dos pacientes ficará sob a guarda da pesquisadora responsável, durante 05 (cinco) anos. Tais informações serão utilizadas única e exclusivamente para a pesquisa em questão.

A análise estatística utilizada foi a distribuição por frequência simples e relativa das variáveis, que serviram de comparação com os resultados encontrados na literatura.

Os parâmetros para efeito de comparação com o presente estudo são a de Cruz et al.⁵, Martins et al.¹¹, Pinho et al.¹⁴ e Prudente et al.¹⁵.

4 RESULTADOS

Dos 1519 pacientes atendidos no serviço de proctologia do presente hospital, no período de 1º de janeiro de 2010 a 31 de julho de 2011, 118 prontuários não foram encontrados, correspondendo a uma perda de 7,76% do total. Desta forma foram analisados 1431 prontuários, e observados quanto à presença do diagnóstico de fissura anal. Desse total foram encontrados 159 pacientes com a patologia em estudo, correspondendo a 11,11% dos pacientes do serviço. Porém, destes apenas 55 possuíam todas as informações necessárias ao estudo, inclusive com a anotação quanto à presença de constipação, o que corresponde a 34,59% dos pacientes com fissura anal. No entanto, se considerarmos os prontuários que registraram as demais variáveis estudadas e que não possuíam apenas a informação supracitada, o número de prontuários com viabilidade para o estudo aumenta para 82 pacientes, o que corresponde a 51,57% dos pacientes portadores da patologia em estudo, constituindo-se na população a ser estudada.

Dentre os 82 pacientes, a idade variou entre 17 e 77 anos. Sendo a mediana de 38, a média 40,5 com desvio padrão de 14,29.

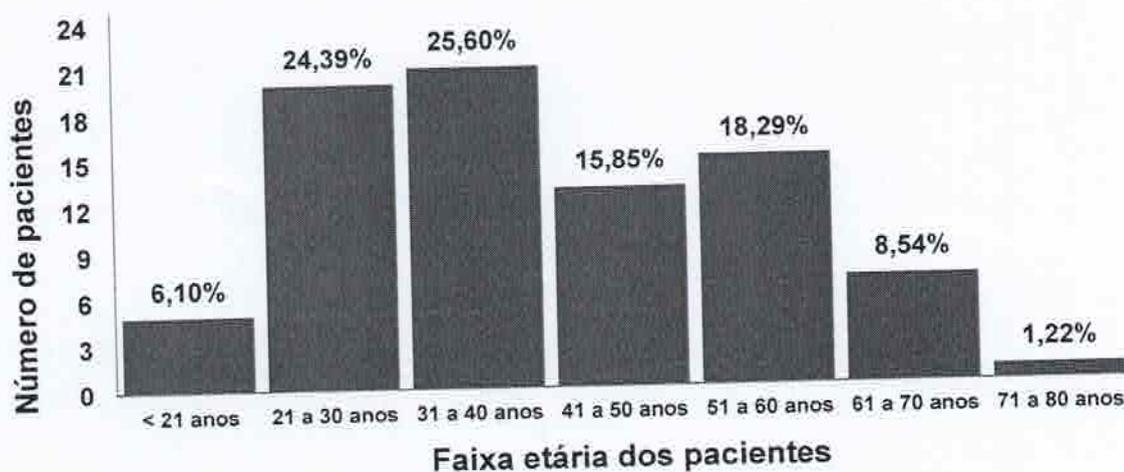


Gráfico 1 - Distribuição etária da fissura anal

Analisando o Gráfico 1, observa-se que a faixa etária em que a fissura anal foi mais prevalente corresponde a faixa dos 21 aos 40 anos de idade, ou seja, do adulto jovem (50%).

A prevalência de fissura anal mostrou um predomínio no sexo feminino correspondendo a 52 pacientes (63,41%), contra 30 do sexo masculino (36,59%) – Gráfico 2.

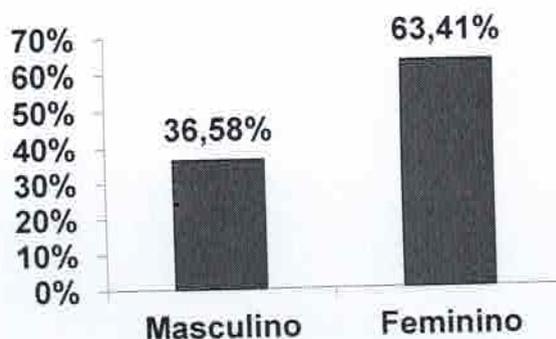


Gráfico 2 - Prevalência quanto ao sexo

Os sintomas relatados pelos pacientes e registrados nos prontuários foram diversificados. Na análise da Tabela 1 observa-se que a dor anal foi a mais prevalente, equivalendo a 75,6%; a hematoquezia corresponde a 73,17% e a nodulação está presente em 45,12% dos pacientes. Os sintomas prurido, sensação de ferida, queimação e sensação de peso foram relatados por uma pequena parcela dos pacientes, menos de 10% deles. Outros sintomas como incômodo, constipação, dor retal, dor abdominal e sensação de estenose anal foram relatados por apenas um paciente cada, não tendo relevância para o estabelecimento do critério clínico para o diagnóstico.

Tabela 1 – Prevalência de sintomas na história informada

Sintomas	Número	%
Dor anal	62	75,6
Hematoquezia	60	73,17
Nodulação anal ou perianal	37	45,12
Prurido	07	8,53
Outros	04	4,87
Sensação de ferida	02	2,43
Queimação	02	2,43
Sensação de peso	02	2,43

Nota: Número de casos avaliados: 82.

Na Tabela 2 pode-se observar que a maioria dos pacientes relatou mais de um sintoma, o que confirma a definição de caso de fissura anal estabelecido, em que há necessidade de manifestação de sinais e sintomas concomitantes. Os que apresentaram 2 ou 3 sintomas representaram 73,1%, constituindo-se a maioria dos pacientes – sendo provavelmente a hematoquezia, a dor anal e a nodulação anal ou perianal os sintomas mais envolvidos na doença.

Tabela 2 - Prevalência quanto ao número de sintomas

<i>Quantidade de sintomas</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
1 Sintoma	18	21,95
2 Sintomas	26	31,70
3 Sintomas	34	41,46
4 ou mais sintomas	4	4,87
Total	82	100

Observa-se na Tabela 3 que a localização média posterior foi predominante e estava presente em 61 casos (74,4%), sendo que 26 (42,62%) eram do sexo masculino e 35 (57,37%) eram do sexo feminino. A localização média anterior foi encontrada em 13 pacientes (15,9%) dentre estes apenas 1 (7,69%) paciente era do sexo masculino sendo que 12 (92,3%) eram do sexo feminino.

Tabela 3 - Prevalência quanto à localização do dano

<i>Localização</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
Fissura anal média posterior	61	74,34
Fissura anal média anterior	13	15,89
Fissura anal anterolateral direita	1	1,21
Fissura anal anterolateral esquerda	1	1,21
Fissura anal posterolateral direita	1	1,21
Fissura anal posterolateral esquerda	1	1,21
2 fissuras	3	3,67
Total	82	100

O tratamento prevalente de fissura anal foi o clínico, correspondendo a 55 pacientes (67,07%). Já o tratamento cirúrgico foi indicado e realizado em apenas 27 (32,92%) dos 82 pacientes.

Os medicamentos utilizados no tratamento clínico foram discriminados em categorias conforme a Tabela 4 abaixo. Os tratamentos clínicos mais utilizados foram: anestésico (18,18%), anestésico e regulador do trânsito intestinal (16,36%) e anti-hipertensivo (14,54%) totalizando 49% dos casos tratados. Nos demais pacientes foram utilizados diversos esquemas terapêuticos, sendo que a utilização de anestésico esteve presente no tratamento de 28 pacientes (50,9%), provavelmente para alívio da dor propiciando maior conforto ao paciente. Utilizou-se mais de uma classe medicamentosa em 40% dos pacientes.

Tabela 4 – Prevalência quanto ao tipo de tratamento utilizado

<i>Classificação</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
2 anti-hipertensivos, anestésico e regulador do trânsito intestinal	1	1,81
2 anti-hipertensivos e regulador do trânsito intestinal	1	1,81
2 anestésicos e regulador do trânsito intestinal	2	3,63
Anestésico e anti-inflamatório	1	1,81
2 anti-hipertensivos	2	3,63
Anestésico e anti-hipertensivo	2	3,63
Anestésico e regulador do trânsito intestinal	9	16,36
Anti-hipertensivo e regulador do trânsito intestinal	1	1,81
Anestésico e vitamínico	2	3,63
Anti-hipertensivo e vitamínico	1	1,81
Anti-hipertensivo	8	14,54
Regulador do trânsito intestinal	4	7,27
Anestésico	10	18,18
Anti-inflamatório/anestésico	1	1,81
Agente desbridante	2	3,63
Sem especificação medicamentosa	8	14,54

Nota: Número de casos avaliados: 55. Foram incluídos apenas os pacientes que receberam o tratamento clínico.

Observa-se, na tabela 4, que três esquemas terapêuticos foram os mais utilizados, correspondendo a 49,08% dos pacientes.

Três classes de medicamentos se destacam como de importância no tratamento do dano estudado, quais sejam: anestésico, anti-hipertensivo e anestésico associado ao regulador do trânsito intestinal.

Os pacientes foram avaliados quanto à presença ou ausência de constipação intestinal de acordo com os critérios anteriormente citados e a seguir especificados: presença de esforço evacuatório, com fezes ressecadas ou de consistência aumentada, ou com frequência menor que 2 vezes por semana.

Dentre os 55 que possuíam as informações referentes a constipação intestinal, a constipação estava presente em 33 pacientes (60%) e não estava presente em 22 pacientes (40%).

Dos pacientes constipados, 25 (75,75%) eram do sexo feminino e 8 (24,24%) do sexo masculino. Entre os não constipados 14 (63,63%) eram do sexo feminino e 8 (36,36%) masculino.

Quanto ao hábito evacuatório, quantificado em dias, de 55 pacientes que apresentaram constipação intestinal, 46 prontuários possuíam essa informação (83,64%). A variável não estava presente em 9 prontuários (16,36%).

Conforme demonstrado na Tabela 5, o hábito intestinal de uma evacuação diária foi o mais encontrado, correspondendo a 50% dos pacientes.

Dentre os pacientes classificados com constipação, a frequência diária e a frequência a cada 3 a 4 dias foram os mais prevalentes, contando com 19,56% dos pacientes, cada uma.

Já entre o grupo dos não constipados o hábito mais prevalente foi o diário (30,43%), seguido de a cada 2 a 3 dias (15,21%), totalizando (45,64%).

Tabela 5 – Prevalência quanto ao hábito evacuatório

<i>Frequência</i>	<i>Constipado</i>		<i>Não constipado</i>	
	<i>Número</i>	<i>%</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
2 vezes por dia	0	0	1	2,17
Diário	9	19,56	14	30,43
A cada 2/3 dias	4	8,69	7	15,21
Inferior a 2 vezes por semana (Critério de Roma III)				
A cada 3/4 dias	9	19,56	0	0
A cada 5/6 dias	1	2,17	0	0
A cada 10 dias	1	2,17	0	0
Total	24	52,17	22	47,83

Nota 1: Total de prontuários com a informação de hábito evacuatório: 46.

Nota 2: Foram considerados a consistência das fezes, presença de esforço evacuatório e o intervalo para a classificação de constipação.

5 DISCUSSÃO

Dentre o contingente de pacientes atendidos no serviço de coloproctologia, a fissura anal representou 11,11% das consultas, o que mostra ser uma patologia prevalente tanto no serviço da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, quanto em Santa Catarina, representada através do trabalho de Pinho et al.¹⁴ com 11%, ou no Paraná, através do trabalho de Martins et al.¹¹ com 16,63%, ou em Sergipe, através do trabalho de Prudente et al.¹⁵ com 13% das cirurgias, ou ainda em Belo Horizonte, pelo trabalho de Cruz et al.⁵ com 5,8% concomitante à doença hemorroidária.

A observação da prevalência quanto à idade, sugere sua presença mais em indivíduos jovens, e apresenta um decréscimo com o avanço da idade, o que vislumbra ausência de componente degenerativo em sua fisiopatologia e história natural, situação compreensível pela fisiopatologia estar relacionada mais à alteração do trânsito intestinal e esforço evacuatório, fato também encontrado no trabalho de Pinho et al.¹⁴ que verificou uma prevalência de aproximadamente 50%, na faixa etária de 20 a 40 anos. Também condiz com o trabalho de Martins et al.¹¹, em que 16,63% dos pacientes menores de 60 anos eram portadores da patologia em questão, contra 6,42% dos paciente maiores de 60 anos.

A análise da prevalência quanto ao sexo revela o amplo predomínio de mulheres portadoras de tal patologia, tal fato pode estar relacionado a constipação intestinal e parece ser confirmado ao observar que, dentre os pacientes com constipação intestinal, 75% são do sexo feminino. Assemelha-se, assim, ao trabalho de Pinho et al.¹⁴, em que 68% dos pacientes com fissura anal eram do sexo feminino.

No presente estudo, os pacientes referiram a presença de três principais sintomas: dor, hematoquezia e nodulação. Entretanto, a nodulação não confere com a literatura estudada, sendo assim um fator que merece melhor observação. Os pacientes queixam-se de 1 a 3 sintomas, com prevalências próximas, mas principalmente com 3 sintomas (41,46%).

Houve predomínio da fissura média posterior em ambos os gêneros, em uma proporção de 4:1 em relação à fissura anterior, o que confere com a literatura e com

o trabalho de Prudente et al.¹⁵, que estava presente em 61% no sexo masculino e 69% do sexo feminino. Entre os pacientes que apresentaram a localização média anterior, esta foi predominante em mulheres, o que pode se explicar talvez, pela diferença anatômica do assoalho pélvico. Tal resultado difere do encontrado por Prudente et al.¹⁵ que estava presente em 22% no sexo masculino e 18% no sexo feminino, no entanto, vai ao encontro da literatura estudada^{1, 10, 12, 13, 18}.

O tratamento cirúrgico ocorreu em aproximadamente 33% dos pacientes, o que condiz com o trabalho de Prudente et al.¹⁵, que indicou e realizou esse tratamento em 13% dos portadores dessa doença. O tratamento cirúrgico das fissuras tende a diminuir. No trabalho de Martins et al.¹¹, 11,92% das fissuras anais nos pacientes do grupo II foram tratadas cirurgicamente, e no grupo I (maiores de 61 anos) 35,71%. Já no trabalho de Cruz et al.⁵, 58,6% das fissuras anais concomitantes a doença hemorroidária foram operadas, número que se mostra superior aos demais estudos.

Ao analisar o tratamento clínico indicado aos pacientes, nota-se que o tratamento sintomático (uso de anestésicos) é empregado para aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento, considerando que o alívio da dor é condição facilitadora para maior conforto do paciente e que o anti-hipertensivo propicia a diminuição da pressão sanguínea no interior da vascularização local fazendo regredir o dano, levando a consequente adesão ao tratamento específico para a causa determinante de fissura anal.

Quanto à presença de constipação intestinal é possível verificar que a mesma teve relevância ao compararmos constipados e não constipados, contando com 60 contra 40%, respectivamente, assim como Cruz et al.⁵ descreve que a presente patologia parece confirmar íntima relação clínica com a constipação intestinal.

Pode-se levantar a hipótese de que a presença de constipação intestinal aumenta a possibilidade de a pessoa apresentar fissura anal, considerando que 60% dos pacientes analisados foram classificados com constipação intestinal, além da frequência evacuatória inferior a 2 vezes por semana se fazer presente em 23,9%.

A frequência evacuatória teve pequena relevância, haja vista que quase um quarto dos pacientes (23,9%) apresentou intervalo evacuatório aumentado, conforme o critério de Roma III (inferior a 2 vezes por semana).

O hábito intestinal de uma evacuação diária foi o mais encontrado, correspondendo a 50% dos pacientes. Assim, tal situação indica que outros fatores de risco, além da frequência do hábito evacuatório, estão envolvidos na determinação da doença.

6 CONCLUSÃO

Esse estudo focou os casos de fissura anal atendidos no serviço de coloproctologia da Santa Casa de Misericórdia de Vitória para melhor conhecer o tema e estudar a epidemiologia referente a doença anorretal. Tal necessidade se faz presente considerando a pequena quantidade de estudos encontrados na literatura. Na totalidade dos pacientes atendidos (1.431) pelo serviço, no período estudado, 159 se referiam a pacientes portadores da doença em questão. Destes somente 82 prontuários foram encontrados e estudados, com ênfase sobre os aspectos fisiológicos e a história natural da doença, para uma melhor compreensão da mesma.

Pode-se inferir sobre o presente trabalho que é uma doença que acomete indivíduos jovens na faixa etária de 21 a 40 anos de idade (50%) com predominância do sexo feminino, na razão de 3:1.

A principal sintomatologia foi composta pela tríade: dor (75%), hematoquezia (73%) e nodulação (45%), sendo que este último vai de encontro com a literatura estudada, cujos sintomas mais frequentes são dor, sangramento e prurido. Podem ser encontrados também sintomas como: sensação de ferida, queimação e sensação de peso. Aproximadamente 40% dos pacientes apresentaram 3 sintomas.

O predomínio da localização da fissura foi a média posterior em ambos os gêneros e em uma proporção de 4:1 em relação à fissura anterior. No entanto, a média anterior foi predominante em mulheres, dentre os pacientes que a apresentaram.

Quanto à constipação intestinal 60% dos pacientes foram classificados dessa forma. O tratamento clínico foi soberano em relação ao cirúrgico contrastando com 67% contra 32%.

As classes medicamentosas predominantes para o tratamento clínico foram anestésicos (18,18%), anestésico e regulador do trânsito intestinal (16,36%) e anti-hipertensivo (14,54%). Utilizou-se mais de uma categoria medicamentosa em 40% dos casos.

Os resultados encontrados no estudo confirmam os da literatura referenciada, também acrescenta maior informação sobre o assunto, em especial quanto à necessidade de melhor conhecer a história natural da doença através da sistematização da investigação da doença relatada, garantindo que todas as variáveis de relevância para estabelecimento do diagnóstico estejam presentes no prontuário dos pacientes. Também há a necessidade de se organizar protocolos de tratamento específico pelo médico e assistente, facilitando a adesão dos pacientes ao mesmo.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Devido ao estudo ter sido realizado em um único serviço com pacientes atendidos em um período curto de tempo (18 meses), há necessidade de se ampliar o estudo, incluindo pacientes tratados em outros serviços e com uma amostra representativa adequada para se fazer inferência para a população em geral.

8 REFERÊNCIAS

1. CAMPOS, F. G. C. M.; ARAÚJO, S. E. A.; HABR-GAMA, A. Etiologia e Tratamento Cirúrgico das Fissuras Anais. Revisão sobre Aspectos Históricos, Técnicos e Resultados. **Rev bras Colo-proctol.**, 21(4): 239-245. 2001. Disponível em: <http://www.sbcpc.org.br/revista/nbr214/P239_245.htm>. Acesso em: 5 abr. de 2011.
2. CESAR, M. A. P.; JEHÁ, M. R.; FERRETTI, C. E. A.; CESAR, R. P.; PAULA, P. R.; BASSI, D. G.; SPERANZINI, M. B.; ORTIZ, J. A. Avaliação manométrica anal pré e pós tratamento da fissura anal crônica com nifedipina tópica 0,2%. **Rev bras Coloproct**, 27(2): 185-189. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbc/v27n2/09.pdf>>. Acesso em: 5 abril de 2011.
3. CESAR, M. A. P.; UEMURA, L. A.; PASSOS, M. P. S. Retalhos de avanço no tratamento da fissura anal crônica: experiência inicial. **Rev bras. coloproctol.**, Rio de Janeiro, v.29, n.4, Dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802009000400005>. Acesso em: 22 maio 2011.
4. CIAMPO, I. R. L. et al. Prevalência de constipação intestinal crônica em crianças atendidas em unidade básica de saúde. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro.78(6):497-502. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v78n6/7806497.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2011.
5. CRUZ, G. M. G. et al. Doenças anais concomitantes à doença hemorroidária: revisão de 1.122 pacientes. **Rev bras. Colo-proctol.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, Dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802006000400001> . Acesso em: 12 abr. 2011.
6. GUTIERREZ, A. G.; ROLDOS, L. V. Fisura anal: Definición, clasificación, diagnóstico y tratamiento. **Rev Cubana Cir**, Ciudad de la Habana, v. 47, n. 1, marzo 2008. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932008000100020&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 12 abr. 2011.

7. HARRISON, T. R.; FAUCI, A. S. (Ed.). **Harrison medicina interna**. 17. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2008-2009.
8. HELFENSTEIN JUNIOR, M.; HEYMANN, R.; FELDMAN, D. Prevalência da síndrome do cólon irritável em pacientes com fibromialgia. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 46, n. 1, Feb. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042006000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Abr. 2012.
9. ILIAS, E. J; KASSAB, Paulo. Esfincterotomia química no tratamento da fissura anal. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 54, n. 1, Fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000100004>. Acesso em: 15 maio 2011.
10. Jonas, M, Scholefield, JH. Anal fissure. In: Holzheimer RG, Mannick JA, editors. **Surgical Treatment: Evidence-Based and Problem-Oriented**. Munich: Zuckschwerdt; 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK6878/>>. Acesso em: 13 abr. 2011.
11. MARTINS, J. F. et al. Análise da prevalência de entidades coloproctológicas nos pacientes idosos do serviço de coloproctologia de um hospital universitário. **Rev bras. colo-proctol.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, Jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802009000200001>. Acesso em: 6 maio 2011.
12. MOREIRA, H.; MOREIRA, J. P. T.; MOREIRA JUNIOR, H.; LOUSA, L.R.; OLIVEIRA, E.C. Tratamento Clínico Conservador e Cirúrgico da Fissura Anal. **Rev bras Colo-proctol.**, 23(2): 89-99. 2003. Disponível em: <http://www.sbcpr.org.br/revista/nbr232/P89_99.htm>. Acesso em: 6 maio 2011.
13. PERRY, W. B.; DYKES, S. L.; BUIE, W. D.; RAFFERTY, J. F. Practice Parameters for the Management of Anal Fissures (3rd Revision). **Journal of the American Society of Colon and Rectal Surgeons**. V. 53: 8. 2010. Disponível em: <http://www.fascrs.org/gedownload/Practice_Parameters_for_the_Management_of_Anal.3%5B1%5D.pdf?item_id=6414001&version_id=6414002>. Acesso em: 13 abr. 2011.
14. PINHO, M. S.; FERREIRA, L.C.; VASCONCELOS, E.C.G.; SOUZA FILHO, N.A.; REIS, M.C. Análise da prevalência por sexo e idade nas doenças anorretais

- freqüentes. **Rev bras coloproct.**, (3): 158-163. 2002. Disponível em: <http://www.sbcop.org.br/revista/nbr223/P158_163.htm>. Acesso em: 21 jun 2011.
15. PRUDENTE, A. C. L. et al . Cirurgias proctológicas em 3 anos de serviço de coloproctologia: série histórica. **Rev bras. colo-proctol.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, Mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-98802009000100010&script=sci_arttext>. Acesso em: 6 maio 2011.
16. QUILICI, F. A.; REIS NETO, J. A. **Atlas de Proctologia: do diagnóstico ao tratamento**. 1ªed. São Paulo: Lemos Editorial. 2000.
17. Rome III Diagnostic Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology journal*. volume 20, issue 5, Appendix A, May 2006. Disponível em: <http://www.romecriteria.org/assets/pdf/19_RomeIII_apA_885-898.pdf>. Acesso em: 21 jun 2011.
18. SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA; COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES. **Fissura Anal: Manejo**. v.8, 5 mar 2008. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/8_volume/32-Fissue.pdf>. Acesso em: 21 jun 2011.

