

RESULTADOS TARDIOS APÓS HEMORROIDOPEXIA MECÂNICA ISOLADA E COMPLEMENTADA POR OPERAÇÃO EXCISIONAL

Long term results after stapled hemorrhoidopexy alone and complemented by excisional hemorrhoidectomy: a retrospective cohort study

Sergio Eduardo Alonso **ARAUJO**, Lucas de Araujo **HORCEL**, Víctor Edmond **SEID**, Alexandre Bruno **BERTONCINI**, Sidney **KLAJNER**

Trabalho realizado no Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil

RESUMO - Racional: A hemorroidopexia com grampeador está significativamente associada a menor dor pós-operatória e recuperação mais rápida. No entanto, há evidência de que possa ter maior taxa de recorrência sintomática. A hipótese é que empreender excisão cirúrgica limitada da doença hemorroidária após o grampeamento pode ser abordagem válida para pacientes selecionados. **Objetivo:** Avaliar os resultados comparativos a longo prazo após a técnica de grampeamento isolada ou associada à complementação por técnica excisional fechada. **Método:** Coorte retrospectiva, com 65 (29 homens) pacientes submetidos à hemorroidopexia por grampeamento e 21 (13 homens) a ela complementada por técnica excisional. Os pacientes foram submetidos à complementação do grampeamento se sintomas atribuíveis às hemorroidas externas fossem observados no pré-operatório, ou se prolapso residual ou doença externa volumosa existisse após o disparo do grampeador. A hemorroidectomia excisional fechada por electrocauterização sem ligadura vascular foi utilizada em todos os casos de complementação. Todas as variáveis clínicas foram obtidas a partir de um questionário eletrônico, entrevista por telefone, ou em consulta. **Resultados:** A duração média do seguimento pós-operatório foi de 48,5 (6-40) meses. Os pacientes com graus hemorroidários 3 e 4 foram operados com mais frequência usando grampeamento complementado por técnica excisional (95,2% vs. 55,4% - $p=0,001$). Os pacientes operados por grampeamento sem e com complementação por técnica excisional, não houve diferença entre os grupos quanto a recidiva dos sintomas (43% vs. 33%, $p=0,45$, respectivamente) ou quanto ao intervalo médio entre a operação e a recorrência dos sintomas (30 (8-84) vs. 38,8 (8-65) meses, $p=0,80$). Oito (12,3%) pacientes foram reoperados após grampeamento isolado e 2 (9,6%), após grampeamento complementado por técnica excisional ($p=0,78$). O grau de satisfação pós-operatória foi semelhante entre as técnicas ($p=0,97$). **Conclusão:** A hemorroidopexia por grampeamento combinada com técnica excisional foi eficaz para a doença hemorroidária mais avançada. A combinação pode ter impedido a recorrência sintomática associada a hemorroidopexia isolada.

DESCRIPTORIOS - Hemorroidas. Hemorroidectomia. Prolapso retal. Grampeamento cirúrgico. Grampeamento cirúrgico, tendências.

Correspondência:

Sergio Eduardo Alonso Araujo
E-mail: sergio.araujo@einstein.br

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 04/02/2016
Aceito para publicação: 24/05/2016

HEADINGS - Hemorrhoids. Hemorrhoidectomy. Rectal prolapse. Stapled hemorrhoidopexy. Recurrence.

ABSTRACT - Background: Stapled hemorrhoidopexy is associated with less postoperative pain and faster recovery. However, it may be associated with a greater risk of symptomatic recurrence. We hypothesized that undertaking a limited surgical excision of hemorrhoid disease after stapling may be a valid approach for selected patients. **Aim:** To compare long-term results after stapled hemorrhoidopexy with and without complementation with closed excisional technique. **Method:** In a retrospective uni-institutional cohort study, sixty-five (29 men) patients underwent stapled hemorrhoidopexy and 21 (13 men) underwent stapled hemorrhoidopexy with excision. The same surgeons operated on all cases. Patients underwent stapled hemorrhoidectomy associated with excisional surgery if symptoms attributable to external hemorrhoid piles were observed preoperatively, or if residual prolapse or bulky external disease was observed after the firing of the stapler. A closed excisional diathermy hemorrhoidectomy without vascular ligation was utilized in all complemented cases. All clinical variables were obtained from a questionnaire evaluation obtained through e-mail, telephone interview, or office follow-up. **Results:** The median duration of postoperative follow-up was 48.5 (6-40) months. Patients with grades 3 and 4 hemorrhoid disease were operated on more frequently using stapled hemorrhoidopexy complemented with excisional technique (95.2% vs. 55.4%, $p=0.001$). Regarding respectively stapled hemorrhoidopexy and stapled hemorrhoidopexy complemented with excision, there was no difference between the techniques in relation to symptom recurrence (43% and 33%, $p=0.45$) and median interval between surgery and symptom recurrence (30 (8-84) and 38.8 (8-65) months, $p=0.80$). Eight (12.3%) patients were re-operated after stapled hemorrhoidopexy and 2 (9.6%), after hemorrhoidopexy with excision ($p=0.78$). Patient distribution in both groups according to the degree of postoperative satisfaction was similar ($p=0.97$). **Conclusion:** Stapled hemorrhoidopexy combined with an excisional technique was effective for more advanced hemorrhoid disease. The combination may have prevented symptomatic recurrence associated to stapled hemorrhoidopexy alone.

INTRODUÇÃO

A hemorroidectomia excisional convencional provou ser muito efetiva como alternativa a longo prazo para o tratamento da doença hemorroidária. A operação de Milligan-Morgan é atualmente o tratamento padrão para o prolapso hemorroidário na Europa, ao passo que a hemorroidectomia fechada a Ferguson é a de escolha na América do Norte. Apesar de altamente efetiva no controle duradouro dos sintomas, a hemorroidectomia excisional está associada a significativa dor pós-operatória, o que se mantém como a principal complicação cirúrgica e causa para deferimento ao tratamento.

Hemorroidopexia mecânica (HM) foi introduzida em 1998¹⁸ como alternativa às técnicas de hemorroidectomia excisional. Ela revolucionou o tratamento cirúrgico tradicional da doença hemorroidária ao introduzir o conceito de manejo do prolapso mucoso do reto através da ressecção de um cilindro de mucosa acima da linha denteada, por meio de um grampeamento mecânico¹³. Isso representa abordagem não-excisional para o tratamento cirúrgico da doença hemorroidária. Neste procedimento, o objetivo é o reposicionamento do tecido hemorroidário prolapsado através da ressecção circular das camadas internas do reto (mucosa, submucosa e parte da muscular própria). Em associação, a anopexia mecânica também causa a interrupção do suprimento vascular dos coxins hemorroidários, que por sua vez leva à consequente redução do volume do tecido hemorroidário.

A HM foi avaliada em diversos estudos randomizados controlados^{3,4,15,21,24,28} nos quais a segurança e eficácia em curto prazo foram demonstradas. Revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados seguidos por metanálises demonstraram os desfechos precoces favorecendo a HM quando comparada às tradicionais técnicas excisionais^{4,5,14,19,22,27}. A rigor, a HM é associada a menor tempo cirúrgico, menor tempo de internação hospitalar, menos dor e retorno mais precoce às atividades habituais²⁵. Porém, metanálises de ensaios randomizados controlados evidenciaram que a HM pode estar associada à maior taxa de recorrência sintomática quanto comparada às técnicas excisionais convencionais^{14,6,1,17,25,27}. Esses resultados levaram Giordano et al.¹⁸ a concluir que os pacientes deveriam escolher por aceitar maior risco de recidiva e de operação adicional em detrimento dos benefícios a curto prazo da HM comparada à hemorroidectomia convencional.

Há importantes considerações a serem feitas quando se reavalia os estudos incluídos nas revisões sistemáticas que concluem por maior taxa de recidiva associada à HM quando comparada à hemorroidectomia convencional. A primeira deriva da heterogeneidade na classificação da doença hemorroidária¹⁶. A segunda é que muitos desses estudos randomizados incluem em suas revisões poucos pacientes^{3,4,15,7,12}. Portanto, parece razoável assumir que comparação entre maçãs e laranjas foi feita nesses trabalhos no seguinte sentido: pacientes incluídos no grupo de HM eram muito provavelmente os primeiros casos operados pelos cirurgiões participantes utilizando dispositivos de grampeamento. Em outras palavras, nesses estudos, a experiência clínica prévia (curva de aprendizado) com HM não foi declarada. Por outro lado, cirurgiões participantes nesses estudos muito provavelmente já haviam atingido a expertise nas técnicas convencionais. Finalmente, a randomização é incapaz de dirimir os efeitos das diferenças nas curvas de aprendizado.

A despeito dessa controvérsia, a HM tem sido utilizada com sucesso no tratamento cirúrgico da doença hemorroidária desde 1990 em nossa instituição. No entanto, a indicação para o uso dela pode não ter sido a mesma da utilizada para as técnicas excisionais convencionais. Por conta disso, a hipótese é que realizar excisão cirúrgica limitada da doença hemorroidária após o grampeamento, pode ser abordagem válida em pacientes selecionados. As vantagens potenciais da técnica combinada são a simplicidade técnica para o manejo das hemorroidas internas através do grampeamento, e o risco reduzido de recidiva sintomática dado pela excisão do componente externo delas.

Assim, este estudo teve por objetivo avaliar de maneira

comparativa os resultados em longo prazo após a hemorroidopexia por grampeamento com (HM+E) e sem (HM) complementação com técnica excisional fechada.

MÉTODO

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Conselho de Revisão Institucional do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil. Representa uma coorte não pareada retrospectiva uni-institucional. O estudo incluiu pacientes consecutivamente operados por HM ou HM+E entre janeiro de 2011 e dezembro de 2014. Todos participantes apresentaram por escrito consentimento informado previamente à alocação no estudo.

O desfecho primário foi a recidiva sintomática. Recidiva foi caracterizada conforme as seguintes variáveis: 1) tempo de intervalo entre a recidiva sintomática e o questionário; 2) presença de qualquer sintoma relacionado à doença hemorroidária nos meses que precederam a avaliação pelo questionário; e 3) necessidade de tratamento clínico ou re-operação durante o período de seguimento.

O desfecho secundário foi o grau de satisfação com o tratamento cirúrgico da doença hemorroidária.

Foram incluídos pacientes de ambos os gêneros submetidos ao tratamento cirúrgico da doença hemorroidária através de HM ou HM+E, avaliados através de questionário padronizado e capazes de entender as questões apresentadas. Foram excluídos se o questionário não pôde ser preenchido, ou se outro procedimento cirúrgico proctológico foi associado durante o tratamento para doença hemorroidária, ou se outra causa proctológica foi suspeitada ou diagnosticada quando da avaliação pelo questionário.

A indicação para HM foi prolapso hemorroidário circunferencial não fixo. Pacientes foram submetidos a HM+E se os sintomas na avaliação pré-operatória foram atribuídos aos mamilos hemorroidários exteriorizados ou a constatação de volumoso componente externo logo após o disparo do grampeamento. Os sintomas atribuídos ao componente externo da doença hemorroidária foram dor, prurido e episódios de trombose do plexo hemorroidário externo.

Todas as variáveis clínicas foram obtidas pelo mesmo autor (LAH) através de um questionário padronizado realizado através de e-mail, entrevistas telefônicas ou seguimento clínico ambulatorial. As seguintes variáveis foram registradas em todos os casos: idade, gênero, grau de doença hemorroidária, tratamentos prévios, tipo de tratamento cirúrgico (HM ou HM+E), duração do seguimento (intervalo de tempo em meses entre a operação e a avaliação pelo questionário), tempo de intervalo em meses entre a operação e a recorrência dos sintomas, presença de sintomas no mês que precedeu a avaliação pelo questionário, necessidade e frequência de tratamento medicamentoso no período pós-operatório, grau de satisfação e necessidade de re-operação.

Procedimentos cirúrgicos

Não foi realizado preparo intestinal e antibioticoprofilaxia foi utilizada em todos. As operações foram realizadas sob anestesia espinal ou geral com os pacientes em posição de litotomia. O mesmo cirurgião realizou todos os procedimentos (SEAA).

A HM foi realizada conforme descrito na literatura¹. Uma sutura em bolsa de polipropileno 2/0 foi realizada 2 cm acima da linha denteada incluindo a mucosa e submucosa. A mucosotomia e anopexia foram realizadas em todos os casos utilizando o kit PPH-03 (Ethicon Endo-Surgery, Cincinnati, OH, USA) com altura de grampo fechado de 0,75 mm (ao invés de 1 mm no kit PPH-01). Uma vez que a sutura em bolsa estivesse completa, o grampeador circular era introduzido através do ânus e mantido em sua posição de máxima abertura com a ogiva alocada de forma proximal à sutura em bolsa. A sutura era então amarrada ao redor do trocarte do grampeador e as extremidades do fio eram exteriorizadas através dos orifícios laterais próprios do grampeador. Esse fio era então novamente amarrado ou fixado com pinça de preensão.

A totalidade do reservatório do grampeador era introduzido no canal anal mantendo tração moderada sobre a sutura em bolsa a fim de guiar o prolapso mucoso para dentro do reservatório do grampeador. O instrumento então era fechado e disparado.

A HM+E é procedimento combinado. Após completar a HM, hemorroidectomia excisional fechada “econômica” era realizada utilizando dissecação com eletrocautério e sem ligadura do pedículo vascular conforme descrito previamente¹. A excisão foi realizada com o tecido hemorroidário em sua posição anatômica e a ferida fechada com sutura contínua de poligalactina 4/0. É importante ressaltar que neste grupo a complementação excisional fechada não representa a ressecção de plicomas.

Os pacientes receberam alta hospitalar de maneira rotineira no dia seguinte à operação.

Análise estatística

Um biomédico estatístico realizou a revisão estatística do presente estudo. O teste exato de Fisher foi utilizado para comparações entre os grupos HM e HM+E a respeito de: gênero, grau de doença hemorroidária (1 a 4), tratamento prévio (nenhum, ligadura elástica ou hemorroidectomia), presença de sintomas no mês que antecedeu a avaliação pelo questionário (sim ou não), necessidade e frequência de tratamento clínico no período pós-operatório (não, raramente, ocasionalmente, frequentemente, diário) e indicação e tipo de re-operação (nenhum, hemorroidectomia, ressecção de plicomas e tratamento por estenose anal). O teste-F de equidade de variâncias foi utilizado para a comparação entre os grupos HM e HM+E no tocante à idade dos pacientes, duração do seguimento (intervalo entre a operação e a avaliação pelo questionário) e o tempo até a recorrência dos sintomas. Os resultados foram expressos como médias (intervalos) para variáveis contínuas. Testes estatísticos foram realizados considerando valores de $p < 0,05$ como significativos.

RESULTADOS

Características dos pacientes

Sessenta e cinco pacientes (29 homens) foram submetidos a HM e 21 pacientes (13 homens) à HM+E, $p=0,02$. No grupo HM a média de idade foi de 50 anos (22-83) e no grupo HM+E foi de 48,3 (23-67), $p=0,66$.

A respeito da graduação da doença hemorroidária, a distribuição entre os graus 1 a 4 foi significativamente diferente entre os grupos de tratamento (Tabela 1). Graus 3 e 4 foram observados mais frequentemente entre os pacientes submetidos à HM+E, $p=0,002$.

TABELA 1 – Distribuição da graduação da doença hemorroidária de acordo com o grupo de tratamento

Graduação	Grupo HM		Grupo HM+E		Total		p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
1	4	6.2	0	0	4	4.7	
2	25	38.5	1	4.8	26	30.2	
3	30	46.2	13	61.9	43	50	
4	6	9.2	7	33.3	13	15.1	
Total	65	100	21	100	86	100	0.002

HM=hemorroidopexia mecânica; HM+E=hemorroidopexia mecânica com excisão

O tempo médio de seguimento neste estudo foi de 48,5 meses (6-40). Não houve diferenças entre o tempo médio de seguimento entre os grupos, sendo de 37,1 meses (6-42) para o grupo HM e de 39 meses (6-40) para o HM+E, $p=0,79$.

Do total de 86 pacientes, 68 (79%) não haviam sido submetidos a nenhum tratamento prévio à operação. Entre os submetidos à HM, 9 (13,8%) haviam recebido ligaduras elásticas, 4 (6,2%) hemorroidectomias prévias e 52 (80%) nenhuma intervenção. No grupo HM+E, esses números foram respectivamente 3 (14%), 2 (9,5%) e 16 (76,2%), $p=0,80$.

Variáveis relacionadas ao desfecho primário

No tocante ao intervalo médio entre a operação para doença hemorroidária e recorrência dos sintomas, não foi observada diferença significativa entre os grupos HM (30,3 meses; variação de 8-84) e HM+E (32,1 meses; variação de 8-65, Figura 1)

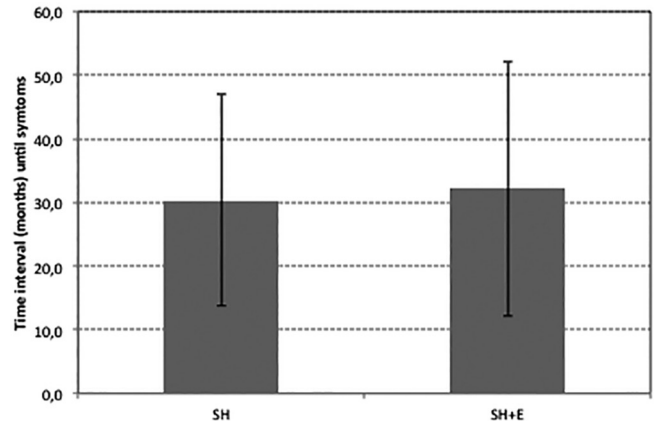


FIGURA 1 – Tempo de intervalo médio (em meses) entre o tratamento cirúrgico e a recorrência dos sintomas ($p=0,80$)

No grupo HM, 28 (43,1%) pacientes declararam sintomas potencialmente relacionados à doença hemorroidária durante o mês que precedeu a avaliação pelo questionário. No grupo HM+E, sete (33,3%) se declararam da mesma forma, $p=0,46$ (Figura 2).

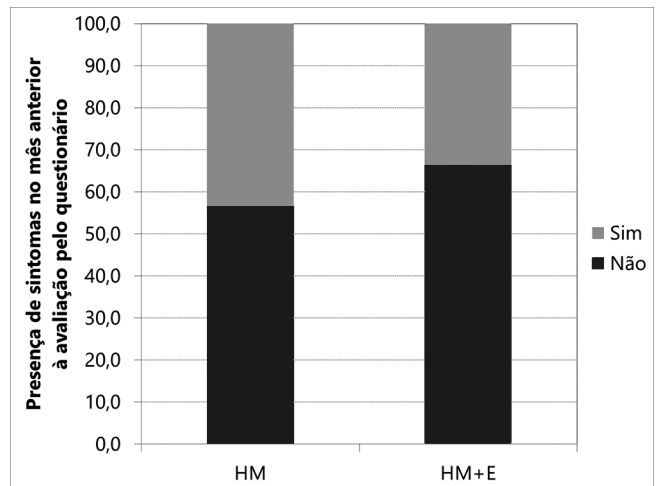


FIGURA 2 – Presença de sintomas no mês que precedeu a avaliação pelo questionário ($p=0,46$)

Setenta e dois por cento (62 de 86 pacientes) de todos os pacientes operados neste estudo relataram não necessitarem de tratamento medicamentoso após tempo médio de seguimento de 38,5 meses (6-40). No grupo HM, dos 29 pacientes, tratamento medicamentoso de sintomas relacionados a doença hemorroidária no período pós-operatório foram raramente necessários em cinco (7,7%), ocasionalmente necessários em oito (12,3%), frequentemente necessários em quatro (6,2%) e diários em um (1,5%). No grupo HM+E, dos 21 pacientes, esses números foram respectivamente 2 (9,5%), 3 (14,3%), 1 (4,8%) e 0, $p=0,99$ (Figura 3).

Oitenta e oito por cento (76 de 86 pacientes) dos tratados cirurgicamente neste estudo não foram re-operados até término do seguimento. No grupo HM, dos 29 pacientes, um (1,5%) foi operado por estenose anal, cinco (7,7%) para hemorroidectomia por técnica excisional e três (3,1%) para ressecção de plicomas. No grupo HM+E, dos 21 pacientes, esses resultados foram respectivamente 1 (4,8%), 1 (4,8%) e 0, $p=0,78$ (Figura 4).

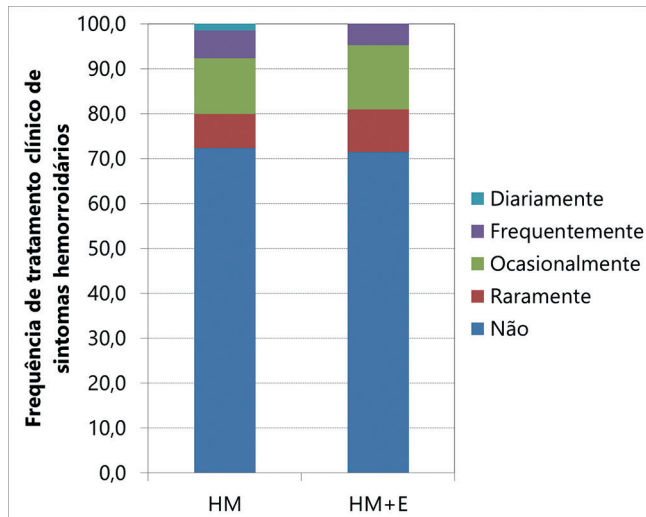


FIGURA 3 – Necessidade e frequência de tratamento medicamentoso no período de seguimento pós-operatório ($p=0,99$)

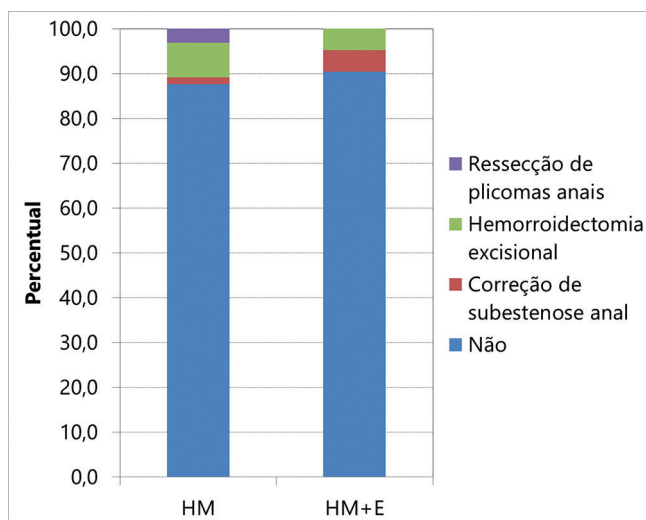


FIGURA 4 – Tipo de re-operação durante o período de seguimento ($p=0,78$)

Desfechos secundários: grau de satisfação

Dos 86 pacientes incluídos e seguidos neste estudo, 25 (29,1%) se declararam como "muito satisfeitos" com o resultado; 48 (55,8%) como "satisfeitos"; 6 (7%) como "moderadamente satisfeitos"; outros 6 (7%) como "pouco satisfeitos" e 1 (1,2%) como "insatisfeito". Não foi observada nenhuma diferença entre os grupos quanto ao grau de satisfação tardio, $p=0,97$ (Figura 5).

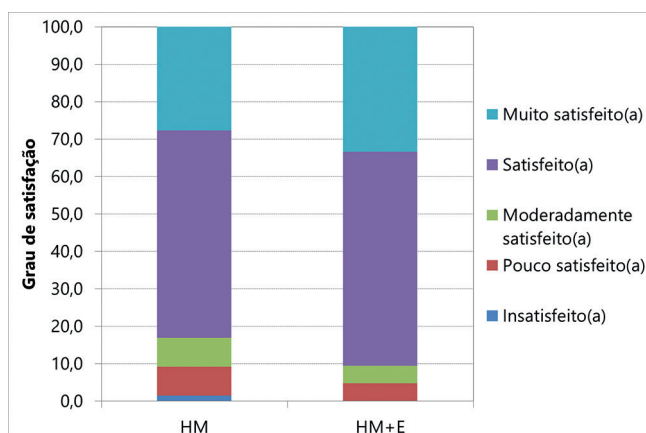


FIGURA 5 – Grau de satisfação com o resultado cirúrgico da doença hemorroidária ($p=0,97$)

Nesse estudo de coorte retrospectivo foi observado que a hemorroidopexia mecânica combinada com uma técnica excisional foi efetiva no tratamento de doença hemorroidária mais avançada e pode ter prevenido recorrências sintomáticas para essa subclasse de pacientes com doenças graus 3 e 4.

O tratamento ideal para a doença hemorroidária deve ser minimamente invasivo, indolor, seguro e efetivo. Ainda permanece extensa discussão à cerca da hemorroidopexia por grampeamento e, mais recentemente, outras formas não-excisionais de operações para doença hemorroidária, como as desarterializações hemorroidárias transanais guiadas por Doppler¹³ especialmente no tocante às taxas de recidivas tardias após a operação.

Em uma revisão sistemática e avaliação econômica da HM, a técnica foi associada a menos dor no período pós-operatório imediato, mas com maior taxa de prolapso residual, prolapso a longo prazo e re-intervenção por prolapso⁵. Além do mais, pacientes com doença hemorroidária de terceiro grau foram dez vezes mais propícios a desenvolver recidivas e, em geral, duas vezes mais propícios a serem submetidos a outros tratamentos para correção do prolapso recidivado^{2,15}. Como resultado, Nisar et al.¹⁹ declararam que a hemorroidectomia convencional permanece como padrão-ouro para o manejo cirúrgico da doença hemorroidária. Por fim, Giordano et al. atestaram que é decisão do paciente aceitar a maior taxa de recorrência tardia para beneficiarem-se dos resultados em curto prazo da HM¹⁰.

Talvez o que foi colocado acima não seja tudo o que resta ao paciente que deseja ser submetido à operação não-excisional para o tratamento da doença hemorroidária. Neste estudo de coorte retrospectiva foi demonstrado pela primeira vez que a combinação da HM e hemorroidectomia excisional em um mesmo paciente utilizando critério de seleção restrito pode ser associado com taxa de recorrência sintomática similar à observada após HM isolada. Esse achado pode representar a evidência que favorece a percepção de que nem todos os casos de doença hemorroidária podem responder bem à HM isolada. Neste estudo confirma-se a hipótese de que quando os sintomas apresentados são atribuídos ao componente externo da doença hemorroidária na avaliação pré-operatória, ou se um componente externo volumoso é identificado após o disparo do grampeador, a associação de HM+E pode representar boa medida para prevenir a recorrência associada à HM isolada.

As publicações disponíveis a respeito da efetividade da HM em sua maioria lidam com seguimento em curto prazo. Esse seguimento varia de seis meses a dois anos. Apenas poucos estudos apresentaram seguimento por períodos maiores^{2,8,11,23,26,28}. Com exceção à recente publicação de Kim et al.¹⁶, a HM parece estar associada à maior taxa de sintomas residuais e recorrência dos sintomas quando comparada às técnicas excisionais^{2,8,23,28}. Populações mistas, comparações entre diferentes técnicas excisionais e problemas técnicos possivelmente devido a pequena curva de aprendizado dos cirurgiões participantes podem ter desempenhado importante papel nos desfechos em longo prazo da HM. Contra esse cenário, o tempo médio de seguimento neste estudo (48,5 meses) representa contribuição relevante para a literatura apesar de poder não ser o estudo com maior tempo de seguimento disponível²⁰.

A HM representa operação relativamente simples e rápida, especialmente quando comparada ao procedimento de desarterialização transanal¹³. No entanto, devido à evidência existente, não se pode descartar que erros técnicos podem desempenhar papel na maior taxa de recorrência na comparação com a hemorroidectomia excisional. Em relação aos aspectos técnicos, existe dificuldade significativa em estimar a quantidade de prolapso mucoso a ser removida. Além disso, é razoável assumir que graus maiores de prolapso hemorroidário requerem ressecção mais alargada da mucosa retal. Como resultado, existe crescente consenso sobre o conceito de que a doença hemorroidária de quarto grau não deve ser indicada para a HM. Neste presente estudo, para pacientes submetidos a HM+E, havia significativa maior proporção de pacientes com doença hemorroidária graus 3 e 4 quando comparada ao grupo de pacientes submetidos a HM. Acredita-se que a escolha

do procedimento combinado (HM+E) pode ter prevenido a recorrência de sintomas.

Este estudo tem limitações. O número limitado de pacientes reflete a dificuldade de obter-se resultados em longo prazo após operação por doença hemorroidária em nosso meio. Adicionalmente, a natureza retrospectiva dele pode debilitar a formação de grupos comparáveis no tocante ao tratamento ambulatorial pré-operatório, grau da doença hemorroidária existente e tipo de operação. Não obstante, nesta série, a análise de tratamentos ambulatoriais progressos não se mostrou diferente entre os dois grupos. A respeito da diferente distribuição dos graus de doença hemorroidária entre os dois grupos, esse resultado era esperado. Ele provavelmente representa o principal motivo para que duas coortes distintas pudessem ser constituídas e serem analisadas. Uma consideração final deve ser feita a respeito dos resultados imediatos da HM+E que não foi abordada no presente estudo e em nenhum outro até onde há conhecimento. Os autores concordam que os resultados imediatos da HM+E merecem descrição detalhada em outro artigo. Porém, o que ocorre é que o desfecho primário do presente estudo foi os resultados em longo prazo e, apesar de não propriamente relatados, os resultados precoces foram em sua maioria sem complicações em ambos os grupos.

Neste estudo, o diagnóstico da recorrência derivou de uma série de variáveis clínicas, conforme definido previamente por outros autores^{16,20}. Todavia, a taxa de re-operações para prolapso residual permanece como um objetivo e indicador crível da eficácia em longo prazo da operação para doença hemorroidária. Revisões sistemáticas demonstraram que a taxa de re-operações é maior após a HM do que após a hemorroidectomia excisional^{6,10,14,17}. Dado a controvérsia a respeito da diferença que ocorre entre as re-abordagens por prolapso recorrente ou plicomas anais⁹, estes autores acham importante identificar propriamente esses pacientes. Apesar de realizar hemorroidectomia excisional em cinco pacientes do grupo HM e em um do grupo HM+E, não houve diferença entre esses dois grupos. Nesta série, a hemorroidectomia excisional foi considerada necessária quando o prolapso mucoso recidivado foi devidamente diagnosticado (queixas clínicas e resultado da anuscopia). Na realidade, não foi difícil indicar re-abordagem cirúrgica nesses pacientes. Mesmo frente às recentes mudanças no seguimento habitual em longo prazo de pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da doença hemorroidária, acredita-se que a comparação da taxa de re-operação global entre os dois grupos é válida.

Ao conhecimento dos autores, este é o primeiro estudo comparando resultados tardios de pacientes submetidos a HM e HM+E. Acredita-se que as indicações para combinar a HM com hemorroidectomia excisional econômica em nossa prática foram bem descritas. Essa combinação técnica tem sido usada de maneira seletiva desde que tomemos conhecimento das evidências iniciais a respeito da maior taxa de recorrência de sintomas associadas à HM. Considera-se que escolher entre uma operação associada com melhores resultados imediatos, mas com risco maior de recorrência de prolapso sintomático, não deva ser escolha do paciente. Desta maneira, foi demonstrado que ao combinar a HM e uma técnica excisional fechada, associam-se lado a lado um procedimento altamente eficiente para o prolapso (HM) e uma operação amplamente conhecida e eficiente para hemorroidas externas (procedimento excisional). Finalmente, essa opção pode ser acessível a muitos pacientes e cirurgiões.

CONCLUSÃO

A hemorroidopexia por grampeamento combinada com técnica excisional foi efetiva para doenças hemorroidárias mais avançadas. Esta combinação pode ter prevenido a recorrência sintomática associada à HM isolada.

REFERÊNCIAS

- Araujo S, Nigro R, Tacconi M, Bringel R, Amico E, Nahas C, et al. Hemorroidectomia fechada por eletrocauterização sem ligadura vascular. Análise de 52 casos. *Rev Bras Coloproctol*. 1999; 19: 150-4 [article in Portuguese].
- Au-Yong I, Rowsell M, Hemingway DM. Randomised controlled clinical trial of stapled haemorrhoidectomy vs conventional haemorrhoidectomy; a three and a half year follow up. *Colorectal Dis*. 2004; 6: 37-8.
- Bikhchandani J, Agarwal PN, Kant R, Malik VK. Randomized controlled trial to compare the early and mid-term results of stapled versus open hemorrhoidectomy. *Am J Surg*. 2005; 189: 56-60.
- Boccasanta P, Capretti PG, Vebturi M, Cioffi U, DeSimone M, Salamina G. Randomised controlled trial between stapled circumferential mucosectomy and conventional circular hemorrhoidectomy in advanced hemorrhoids with external mucosal prolapse. *Am J Surg*. 2001; 182: 64-8.
- Burch J, Epstein D, Baba-Akbari A, Weatherly H, Fox D, Golder S. Stapled haemorrhoidectomy (haemorrhoidopexy) for the treatment of haemorrhoids: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2008; 12: 1-193.
- Burch J, Epstein D, Sari AB, Weatherly H, Jayne D, Fox D, et al. Stapled haemorrhoidopexy for the treatment of haemorrhoids: a systematic review. *Colorectal Dis*. 2009; 11:233-43.
- Cheetham MJ, Cohen CR, Kamm MA, Phillips RK. A randomized, controlled trial of diathermy hemorrhoidectomy vs. stapled hemorrhoidectomy in an intended day-care setting with longer-term follow-up. *Dis Colon Rectum*. 2003; 46: 491-7.
- Ganio E, Altomare DF, Milito G, Gabrielli F, Canuti S. Long-term outcome of a multicentre randomized clinical trial of stapled haemorrhoidopexy versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy. *Br J Surg*. 2007; 94:1033-7.
- Gao XH, Fu CG, Nabieu PF. Residual skin tags following procedure for prolapse and hemorrhoids: differentiation from recurrence. *World J Surg*. 2010 Feb;34(2):344-52. doi: 10.1007/s00268-009-0295-9.
- Giordano P, Gravante G, Sorge R, Ovens L, Nastro P. Long-term outcomes of stapled hemorrhoidopexy vs conventional hemorrhoidectomy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Surg*. 2009; 144:266-72.
- Gravié JF, Lehur PA, Hutten N, Papillon M, Fantoli M, Descottes B. Stapled hemorrhoidopexy versus milligan-morgan hemorrhoidectomy: a prospective, randomized, multicenter trial with 2-year postoperative follow up. *Ann Surg*. 2005; 242: 29-35.
- Hetzer FH, Demartines N, Handschin AE, Clavien PA. Stapled vs excision hemorrhoidectomy: long-term results of a prospective randomized trial. *Arch Surg*. 2002; 137: 337-40.
- Inflantino A, Altomare DF, Bottini C, Bonanno M, Mancini S, THD group of the SICCR (Italian Society of Colorectal Surgery), et al., Prospective randomized multicentre study comparing stapler haemorrhoidopexy with Doppler-guided transanal haemorrhoid dearterialization for third-degree hemorrhoids. *Colorectal Dis*. 2012;13:205-11.
- Jayaraman S, Colquhoun PHD, Malthaner RA. Stapled hemorrhoidopexy is associated with a higher long-term recurrence rate of internal hemorrhoids compared with conventional excisional hemorrhoid surgery. *Dis Colon Rectum*. 2007; 50:1297-305.
- Kairaluoma M, Nuorva K, Kellokumpu I. Day-case stapled (circular) vs. diathermy hemorrhoidectomy: a randomized, controlled trial evaluating surgical and functional outcome. *Dis Colon Rectum*. 2003; 46:93-9.
- Kim JS, Vashist YK, Thielges S, Zehler O, Gawwad KA, Yekebas EF. Stapled hemorrhoidopexy versus Milligan-Morgan hemorrhoidectomy in circumferential third-degree hemorrhoids: long-term results of a randomized controlled trial. *J Gastrointest Surg*. 2013; 17: 1292-8.
- Laughlan K, Jayne DG, Jackson D, Ruppel T, Ribarić G. Stapled haemorrhoidopexy compared to Milligan-Morgan and Ferguson haemorrhoidectomy: a systematic review. *Int J Colorectal Dis*. 2009; 24:335-44.
- Longo A. Treatment of hemorrhoidal disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with a circular suturing device. *Proceedings of 6th World Congress of Endoscopic Surgery*, June 3-6, 1998, Rome, Italy. *Bologna: Monduzzi*: 777-84.
- Nisar PJ, Acheson AG, Neal KR, Scholefield JH. Stapled hemorrhoidopexy compared with conventional hemorrhoidectomy: systematic review of randomized, controlled trials. *Dis Colon Rectum*. 2004; 47:1837-45.
- Ommer A, Hinrichs J, Möllenberg H, Marla B, Walz MK. Long-term results after stapled hemorrhoidopexy: a prospective study with a 6-year follow-up. *Dis Colon Rectum*. 2011; 54: 601-8.
- Ortiz H, Marzo J, Arendáriz P, de Miguel M. Stapled hemorrhoidopexy vs. diathermy excision for fourth-degree hemorrhoids: a randomized, clinical trial and review of the literature. *Dis Colon Rectum*. 2005; 48: 809-15.
- Pavlidis T, Papaziogas B, Souparis A, Patsas A, Koutelidakis I, Papaziogas T. Modern stapled Longo procedure vs. conventional Milligan-Morgan hemorrhoidectomy: a randomized controlled trial. *Int J Colorectal Dis*. 2002;17:50-3.
- Racalbuto A, Aliotta I, Corsaro G, Lanteri R, Di Cataldo A, Licata A. Hemorrhoidal stapler prolapsectomy vs. Milligan-Morgan hemorrhoidectomy: a long-term randomized trial. *Int J Colorectal Dis*. 2004; 19: 239-44.
- Shalaby R, Desoky A. Randomized clinical trial of stapled versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy. *Br J Surg*. 2001;88:1049-53.
- Shao WJ, Li GC, Zhang ZH, Yang BL, Sun GD, Chen YQ. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing stapled haemorrhoidopexy with conventional haemorrhoidectomy. *Br J Surg*. 2008; 95:147-60.
- Smyth EF, Baker RP, Wilken BJ, Hartley JE, White TJ, Monson JR. Stapled versus excision haemorrhoidectomy: long-term follow up of a randomised controlled trial. *Lancet*. 2003; 361: 1437-8.
- Tjandra JJ, Chan MKY. Systematic review on the procedure for prolapse and hemorrhoids (stapled hemorrhoidopexy). *Dis Colon Rectum*. 2007;50:878-92.
- Van de Stadt J, D'Hoore A, Duinslaeger M, Chasse E, Penninckx F., Belgian Section of Colorectal Surgery Royal Belgian Society for Surgery. Long-term results after excision haemorrhoidectomy versus stapled haemorrhoidopexy for prolapsing haemorrhoids; a Belgian prospective randomized trial. *Acta Chir Belg*. 2005;105:44-52.