

O tratamento cirúrgico é o tratamento clássico e mais difundido para a doença hemorroidária, porém existem algumas alternativas como a hemorroidopexia com grampeamento, a identificação do vaso hemorroidário por ultrassonografia seguida de ligadura com pontos e interrupção do fluxo sanguíneo, e a ligadura elástica do vaso hemorroidário.

Apresentamos aqui uma alternativa que tem sido cada vez mais difundida no meio endoscópico: a ligadura elástica endoscópica.

<http://endoscopiaterapeutica.com.br/wp-content/uploads/2015/06/Ligadura-elastica-de-hemorróidas.mp4>

CASO CLÍNICO

Este vídeo apresenta o tratamento de uma paciente de 62 anos, sexo feminino, hipertensa controlada, com história de sangramento e prolapso hemorroidário há mais de 5 anos com piora no último mês. Refere que o prolapso hemorroidário é redutível com manobras manuais.

Ao exame físico observa-se prolapso hemorroidário importante porém redutível, e com sinais de sangramento recente. Paciente recusa o tratamento cirúrgico!

Foi indicado então a realização de colonoscopia, já que a paciente nunca tinha sido submetida a uma anteriormente para prevenção do câncer colorretal, e ao final do exame programado a realização das ligaduras elásticas. Neste caso, optou-se pela ligadura em toda a circunferência no intuito de realizar uma pexia do prolapso.

A paciente evoluiu bem, com dor de moderada intensidade durante os primeiros 2 dias, que foi controlada com analgésicos. Apresentou sangramento em pequena quantidade no sétimo após o procedimento (período em que as bandas caem), e na avaliação após 1 mês referiu não apresentar mais sangramento às evacuações e nem prolapso. Ao exame, presença de alguns plicomas sem prolapso e sem sinais de sangramento. À anuscopia, mantém alguns vasos hemorroidários dilatados (hemorroidas grau I).

DISCUSSÃO

O conceito é realizar uma trombose hemorroidária acima da linha pectínea, provocando a interrupção do fluxo sanguíneo associada à retração do prolapso, melhorando assim o sangramento e a exteriorização das hemorróidas.

A ligadura elástica já é conhecida e praticada em consultórios há vários anos, mas nem todos os profissionais conhecem a técnica, e existe a limitação de ser realizada com paciente consciente, e por vezes com a dificuldade no posicionamento ideal do anuscópio para a colocação da banda elástica.

Apesar do maior custo quando realizada endoscopicamente (utilização de aparelho, Kit de ligadura, sedação, etc), comparada à realizada ambulatorialmente com o anuscópio e um kit de ligadura mais simples, a maior facilidade no posicionamento das bandas acima da linha pectínea e a possibilidade de realizar várias ligaduras em um único procedimento, na minha opinião, fazem com que o método endoscópico seja o mais vantajoso.

Além disso, quando realizadas várias ligaduras simultaneamente, e de forma circunferencial, a pexia do prolapso é mais efetiva.

Deve-se sempre examinar o paciente para decidir se este é candidato ou não para realização da ligadura elástica. As indicações para esse procedimento são sangramento e prolapso redutível das hemorroidas (hemorroidas até grau III). Pacientes com trombose hemorroidária não se beneficiam do procedimento, podendo até apresentar piora do quadro.

Lembrando que o exame proctológico completo do paciente, com inspeção dinâmica, externa e interna com uso de anoscopia, deve ser realizado para decisão da melhor indicação para o tratamento. Este é um conceito fundamental, a indicação não pode ser tomada apenas pelo aspecto endoscópico.

Comparado com o tratamento cirúrgico, a ligadura elástica tem a desvantagem de ser menos efetiva a longo prazo, devido ao maior índice de recidivas. Como vantagem, temos o menor desconforto, principalmente em relação a dor, a possibilidade de realizar o procedimento apenas com sedação, a volta às atividades num período curto de tempo, e caso o tratamento não seja efetivo, ele não impossibilita um eventual tratamento cirúrgico.

A ligadura é feita com um gastroscópio em retrovisão e com um kit de ligadura de varizes esofágicas. Já existem kits de ligadura para colonoscópios que tem calibre maior, o que pode ser mais efetivo, porém, a retrovisão e o posicionamento correto para a ligadura são mais fáceis com o gastroscópio, que possui uma mobilidade maior.

Alguns cuidados devem ser tomados:

- A identificação correta dos vasos hemorroidários que produzem os sintomas, para a aplicação das primeiras bandas. (importância do exame proctológico).
- A ligadura deve ser acima e próximo à transição entre mucosa e pele, mas deve-se evitar ao máximo a pega da linha pectínea, o que pode provocar dor intensa.
- Caso haja prolapso hemorroidário, a aplicação de várias bandas circunferencialmente ajuda bastante no resultado final, sendo as primeiras bandas colocadas nos pontos principais escolhidos e as outras entre os mesmos, no intuito de causar uma retração que puxe o prolapso para dentro.

Orientações ao paciente:

O paciente deve ser orientado que:

- A efetividade deste tratamento é menor do que o cirúrgico.
- Apesar de ser menos invasivo e com proposta de causar menos dor, caso ocorra a inclusão da linha pectínea em alguma ligadura, a dor pode ser intensa e com necessidade de analgésicos.

- Após o procedimento as ligaduras provocam a sensação de ampola retal com conteúdo, o que leva à sensação de necessidade evacuatória contínua num período de aproximadamente 3 dias.
- Podem ocorrer complicações como: dor, bacteremia, trombose hemorroidária externa, queda de alguma banda com posterior sangramento.



Postado por

Giulio Fábio Rossini

Médico do Serviço de Endoscopia do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital Sírio-Libanês e do Centro de Diagnóstico em Gastroenterologia do HCFMUSP



**ENDOSCOPIA
TERAPÊUTICA**