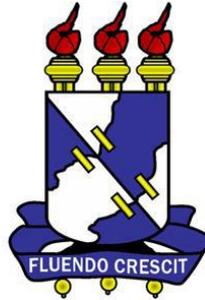


**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



ANTONIO CARLOS DE SOUZA PINHEIRO

**ANESTÉSICO TÓPICO REDUZ A DOR DA LIGADURA ELÁSTICA NA
DOENÇA HEMORROIDÁRIA?**

ARACAJU

2014

ANTONIO CARLOS DE SOUZA PINHEIRO

**ANESTÉSICO TÓPICO REDUZ A DOR DA LIGADURA ELÁSTICA NA
DOENÇA HEMORROIDÁRIA?**

Monografia apresentada ao colegiado do curso
de Medicina da Universidade Federal de
Sergipe como requisito parcial para obtenção
do grau de bacharel em Medicina

Orientador: Prof. Dr. Juvenal da Rocha Torres
Neto

ARACAJU

2014

ANTONIO CARLOS DE SOUZA PINHEIRO

**ANESTÉSICO TÓPICO REDUZ A DOR DA LIGADURA ELÁSTICA NA
DOENÇA HEMORROIDÁRIA?**

Monografia apresentada ao colegiado do curso
de Medicina da Universidade Federal de
Sergipe como requisito parcial para obtenção
do grau de bacharel em Medicina

Autor: Antonio Carlos de Souza Pinheiro

Orientador: Prof. Dr. Juvenal da Rocha Torres Neto

ARACAJU

2014

ANTONIO CARLOS DE SOUZA PINHEIRO

**ANESTÉSICO TÓPICO REDUZ A DOR DA LIGADURA ELÁSTICA NA
DOENÇA HEMORROIDÁRIA?**

Monografia apresentada ao colegiado do curso
de Medicina da Universidade Federal de
Sergipe como requisito parcial para obtenção
do grau de bacharel em Medicina

Orientador: Prof. Dr. Juvenal da Rocha Torres
Neto

Aprovada em ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Dedico este trabalho à minha família,
aos meus mestres, aos meus amigos e
aos pacientes!

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de força e superação.

Aos meus pais, José Sales e Maria Edite, pelo amor e constante incentivo. A esta última ainda, por ter sido meu exemplo de força para resistir às adversidades.

Aos meus irmãos, exemplos de determinação, pelo carinho, apoio e confiança depositados em mim durante esse longo período em que estive distante.

Ao meu irmão Flávio em especial, pela amizade, pela parceria durante os anos de convivência em Aracaju, e quem tornou possível o início do curso.

À minha querida namorada Bruna, pelo amor, companheirismo e incentivo durante quase todo o curso.

Ao professor Juvenal Torres, pela orientação neste trabalho, pela amizade, atenção dispensada e pelo conhecimento transferido durante todo o curso.

Ao Doutor Hugo Lima, pela disponibilidade durante a realização dos procedimentos.

À Sirley, Wilma e Rosângela, pela disponibilidade e grande auxílio durante a pesquisa.

Ao professor Enaldo Vieira, pela colaboração neste trabalho.

Aos pacientes, pelo consentimento e disponibilidade, indispensáveis para realização deste trabalho, assim como no aprendizado da Medicina.

Muito obrigado!

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1. Frequências de gênero, sintomatologia e achados do exame proctológico.....	32
Tabela 2. Comparativo entre as intensidade e frequências da dor agrupadas.....	34
Tabela 3. Duração e frequência da dor.....	35
Tabela 4. Intensidade e frequência da dor nos momentos avaliados.....	41
Gráfico 1. Comparativo entre intensidades e duração da dor entre os grupos.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AINE: Anti-inflamatório não-esteroidal
- DH: Doença hemorroidária
- DHE: Doença hemorroidaria externa
- DHI: Doença hemorroidária interna
- FcRIV: Fotocoagulação por raios infravermelhos
- HU: Hospital Universitário
- LE: Ligadura elástica
- MLA: Macroligadura alta
- PHE: Plexo hemorroidário externo
- PHI: Plexo hemorroidário interno
- TCLE: Termo de consentimento livre e esclarecido
- UFS: Universidade Federal de Sergipe

SUMÁRIO

REVISÃO DE LITERATURA.....	9
1 INTRODUÇÃO.....	9
2 LIGADURA ELÁSTICA.....	13
3 REFERÊNCIAS.....	16
NORMAS PARA PUBLICAÇÃO.....	20
ESCOPO E POLÍTICA.....	20
PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO.....	21
ENVIO DE MANUSCRITOS.....	23
ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL.....	25
FOLHA DE ROSTO.....	25
RESUMO.....	25
ABSTRACT.....	25
1 INTRODUÇÃO.....	27
2 OBJETIVOS.....	28
2.1 GERAIS.....	28
2.2 ESPECÍFICOS.....	28
3 CASUÍSTICA.....	28
3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	28
3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	28
4 PACIENTES E MÉTODOS.....	29
4.1 VARIÁVEIS ESTUDADAS.....	30
4.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	30
4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	31
5 RESULTADOS.....	31
6 DISCUSSÃO.....	35
7 CONCLUSÃO.....	37
8 REFERÊNCIAS.....	38
ANEXO 1.....	41

REVISÃO DA LITERATURA

1 INTRODUÇÃO

Os plexos hemorroidários (PH) são formações vasculares componentes da anatomia normal da região anorretal, e estão presentes em todos os seres humanos. São formados de arteríolas e vênulas que se comunicam formando os corpos cavernosos, os chamados plexos hemorroidários interno (PHI) e externo (PHE) (ABCARIAN, 1994). A causa Doença Hemorroidária(DH) ocorre quando há dilatação, congestão e o aumento dos PHs, formando emaranhados vasculares submucosos e/ou subcutâneos, flexíveis, que se enchem de sangue, formando os mamilos hemorroidários, que podem ser internos, externos ou misto. A causa da DH ainda não é completamente compreendida, mas sabe-se que fatores como a ausência de valvas nos vasos hemorroidários, a posição vertical na espécie humana, o prolapso anormal do PHI durante a evacuação (por deficiência de sua fixação pelo músculo de Treitz ou pelo excessivo esforço evacuatório), a dificuldade de esvaziamento vascular no ato defecatório, com congestão e dilatação dos PHs, dieta pobre em fibras e com pouca ingestão de líquidos (acarretando endurecimento das fezes e maior esforço evacuatório), maus hábitos defecatórios (insistência em evacuar todos os dias, esforçar-se para evacuar num determinado horário por conveniência ou forçar o esvaziamento total do conteúdo retal de uma só vez), predisposição familiar (não hereditária), e fatores desencadeantes ou agravantes (constipação intestinal, diarreia crônica, gravidez ou uso de laxativos) são implicados na sua etiopatogenia (ABCARIAN, 1994; GORSCH, 1955; KEIGHLEY, 1993; WEXNER, 2001). As hemorroidas externas ocorrem abaixo da linha pectínea e são recobertas por epitélio escamoso ou do tipo cutâneo, enquanto que o PHI localiza-se acima da linha pectínea e é recoberto por mucosa colunar ou epitélio transicional (JORGE, 1998).

O PHI é formado pela artéria retal superior e suas veias drenam para o sistema porta, via veia mesentérica inferior (GOLIGHER, 1990). Em alguns casos, a artéria retal média (comumente ramo anterior da artéria ilíaca interna ou ramo dos vasos pudendos) pode emitir ramos em direção ao terço inferior do reto, ântero-lateralmente, porém, a sua presença ainda é motivo de discussão (PARNEAUD, 1976). A maioria dos pacientes possui três mamilos hemorroidários internos (localizados nas áreas anterior direita, posterior direita e lateral esquerda), em consequência das ramificações da artéria retal superior (BURKITT, 1975). O PHI tem inervação visceral autônoma, levando o paciente a ter, muito mais, um desconforto

anal localizado do que propriamente dor (WOOD, 1992). Isso garante ao canal anal insensibilidade à tração ou à prensão, fato que permite a realização de procedimentos minimamente invasivos com pouca ou nenhuma dor. O PHE é formado pela artéria retal inferior (ramo da artéria pudenda interna) e suas veias drenam para as veias ílfacas internas e, conseqüentemente, para o sistema cava inferior (JORGE, 1998). O, por estar localizado abaixo da linha pectínea, o PHE possui inervação somática, rica em fibras sensitivas da dor, temperatura e toque (KAISER, 2002).

A DH pode ocorrer em ambos os gêneros, e tem prevalência entre as idades de 45-65 anos, com decréscimo após os 65 anos de idade (JOHANSON, 1990). A maioria dos autores apontam maior incidência em homens, mas há muitos estudos que mostram preferência pelo gênero feminino (MOTTA, 2011; CRUZ, 2006). O desenvolvimento de DH antes dos 20 anos de idade não é comum (JOHANSON, 1990). O índice de prevalência da DH, nos Estados Unidos, é em torno de 4,4%, na população geral (JOHANSON, 1990). Indivíduos brancos parecem ser mais afetados do que os negros e a prevalência da doença cresce na medida em que o nível socioeconômico da população aumenta (JOHANSON, 1990).

O sangramento é o sintoma mais comum e, na grande maioria das vezes, não é volumoso e sim, intermitente e de pequena monta (embora não seja muito frequente, o paciente pode, algumas vezes, apresentar anemia importante) (WILLIAMS, 1998). A incidência de sangramento hemorroidário levando a um quadro de anemia importante foi observada a cada 0,5 pacientes em 1000/ano (KLUIBER, 1994).

Outros sintomas frequentes são mamilos anais, exteriorização anal ao defecar, ardência anal, dermatite irritativa, dor em pontada, em ardência, latejante, em pressão, sensação de pressão retal, sensação de plenitude retal, secreção fecal, muco e sangue nas roupas, dificuldade e/ou dor ao defecar, sensação de evacuação incompleta (MOTTA, 2011; CRUZ, 2006; FERNANDES, 2009).

O aumento crônico do esforço evacuatório aumenta a possibilidade de surgimento de prolapso hemorroidário que é, em última análise, a consequência do relaxamento do tecido conjuntivo localizado entre a mucosa e a camada muscular do reto. Quando a queixa principal do paciente for referida como dor, atenção especial deve ser dada para a possibilidade de estar presente alguma complicação da doença hemorroidária: trombose hemorroidária aguda, associação com fissura anal ou o surgimento de um abscesso perianal (McKAY, 2001).

Além da classificação em interna, externa e mista, a DH pode ser classificada em não complicada ou complicada (por exemplo, uma trombose hemorroidária aguda). A classificação proposta por Dennison e colaboradores classifica os mamilos hemorroidários

internos em graus, levando em consideração o sangramento e o prolapso e se este é redutível ou não, graduando da seguinte forma: presença de sangramento sem prolapso define o grau I; prolapso com redução espontânea, o grau II; prolapso sem redução espontânea, mas com redução manual, o grau III e prolapso irreduzível, o grau IV. Como é uma classificação que leva em consideração, principalmente, os sintomas, ela se torna mais útil para se planejar a terapia considerada mais adequada. Um alto percentual de pacientes apresenta uma combinação de componentes internos e externos, sendo o melhor tratamento a ser proposto aquele voltado, preferencialmente, para qualquer que seja o componente predominante.

O tratamento da DH depende do conjunto de sintomas de cada paciente e dos achados objetivos ao exame físico e proctológico, e é indicado apenas as hemorroidas sintomáticas (BALASUBRAMANIAM, 2003)

Uma vez feito o diagnóstico de hemorroida sintomática, o tratamento dependerá do grau e da extensão da lesão. Abrange orientações alimentares, higiênicas, terapia farmacológica, opções clínicas ambulatoriais minimamente invasivas, com destaque para a ligadura elástica(LE), a fotocoagulação por raios infravermelhos(FcRIV) e a escleroterapia, e finalmente a cirurgia(hemorroidectomia).

A modificação dos hábitos alimentares, com maior ingestão de líquidos e de fibras, objetivando diminuir o trauma e o esforço evacuatório, representa recomendações universais a todos os portadores de DH a despeito do grau. Uma vez que a diarreia e o aumento do número de evacuações levam à exacerbação dos sintomas de hemorroidas, a regularização do hábito intestinal, em pacientes com diarreia crônica e síndrome do cólon irritável, possivelmente, resulta em alívio sintomático (MADOFF, 2004). O emprego de laxantes formadores de bolo fecal resulta em diminuição dos sintomas de sangramento e de dor à evacuação (MOESGAARD, 1982; PEREZ-MIRANDA, 1996). Outras medidas são consideradas benéficas, incluindo-se, dentre elas, orientações higiênicas (abolição do papel higiênico) e banhos de assento com água morna. A água morna, aplicada na região anal, diminui, significativamente, a pressão de repouso do canal anal provocada por espasmo esfínteriano, conseqüentemente, diminuindo o sintoma de dor anal. Pacientes portadores de hemorroidas não prolapsadas e com sangramento agudo, tratados com suplemento de fibras associado a derivados flavonóides micronizados, podem controlar, de uma maneira mais segura e rápida, o sangramento, quando comparado com o uso da LE associada a suplemento de fibras; entretanto, parece não haver diferença significativa na taxa de recidiva dos sintomas, após seis meses de acompanhamento destes pacientes (HO, 2000). Pacientes portadores de Doença Hemorroidária Interna (DHI) de primeiro e segundo grau, com sangramento ativo e agudo, parecem se

beneficiar, com a administração de derivados flavonoides micronizados, podendo ser postergado, para um momento mais conveniente para o paciente, procedimentos mais invasivos (MISRA, 2000).

Os objetivos destes tratamentos são diminuir a vascularização ou o volume das hemorroidas e/ou aumentar sua fixação à parede retal. Como resultado, obtém-se a redução dos sintomas de prolapso e sangramento (MADOFF, 2004).

A FcRIV é um método ambulatorial simples, rápido, seguro e eficiente no tratamento de hemorroidas internas de primeiro e de segundo grau, apresentando menor incidência de efeitos adversos e boa aceitabilidade pelos pacientes, quando comparada à LE (ANBROSE, 1983; TEMPLETON, 1983). Em um período de um ano de acompanhamento, quando se utilizou a ligadura elástica para o tratamento da hemorroida em estágio inicial (segundo grau) obtiveram-se melhores resultados no controle e recidiva dos sintomas, quando comparada à FcRIV; por outro lado, apesar de ser menos eficiente, a FcRIV é um procedimento menos doloroso no pré e pós-procedimento e, conseqüentemente, mais aceitável pelo paciente (GUPTA, 2003). Na abordagem da DHI de primeiro ou segundo grau, as complicações (sangramento, dor e desconforto anal) são mais comuns após o procedimento com LE, quando comparada à FcRIV; porém, o acompanhamento dos pacientes, após a FcRIV, por um período de até um ano, mostrou que outros tratamentos (inclusive a hemorroidectomia cirúrgica) são mais frequentemente necessários (GUPTA, 2003).

A escleroterapia envolve a injeção de um agente esclerosante (fenol 5% em óleo de amêndoas, mais frequentemente em nosso meio) no interior do mamilo hemorroidário (CATALDO, 2005). Assim como a LE, a escleroterapia é um procedimento relativamente rápido e realizado sem necessidade de anestesia, com o auxílio de um anuscópio (WALKER, 1990). A escleroterapia parece associada a menor dor se comparada à LE (CHEW, 2003). Para pacientes portadores de hemorroidas de primeiro ou segundo grau, a escleroterapia tem eficácia de até 90% para o alívio ou abolição de sintomas de forma independente do número de sessões (KHOURY, 1985). Há evidências acerca dos melhores resultados da associação da escleroterapia e da ligadura elástica com relação aos desfechos de alívio ou abolição de sintomas (KANELLOS, 2003).

Recomenda-se que antes de se indicar o tratamento cirúrgico de um caso de DHI de segundo ou terceiro grau, deve-se considerar primeiramente a indicação de LE, a qual apresenta resultados satisfatórios em relação à recidiva dos sintomas e permite, ao paciente, um retorno bem mais precoce às suas atividades laborativas (MURIE, 1980).

O tratamento cirúrgico da DH deve ser oferecido, principalmente, aos pacientes com persistência dos sintomas após tratamento clínico ou conservador (MADOFF, 2004). Para os pacientes incapazes de tolerar o tratamento conservador ou para aqueles que não o desejam e também para os portadores de hemorroidas sintomáticas volumosas, associadas ou não a prolapso mucoso do reto, o tratamento cirúrgico parece representar a melhor opção (CATALDO, 2005).

A hemorroidectomia pode ser realizada pela técnica aberta, fechada, semi-fechada e associada ou não à esfínterectomia. Pode, ainda, ser realizada com o emprego do bisturi comum, de eletrocirurgia mono ou bipolar, com tesoura, com bisturi ultrassônico, com emprego do *laser* e, mais modernamente, com a utilização do grampeador circular (MOREIRA, 2006).

2 LIGADURA ELÁSTICA

Originada com Galeno, em 163, e posteriormente com Savoia, em 1881, e aperfeiçoada por Blaisdell, em 1958, Barron, em 1963, e Soullard no mesmo ano, a LE é, atualmente, um procedimento largamente indicado para tratamento da doença hemorroidária interna, sendo procedimento inicial preferido por muitos proctologistas (MOREIRA, 1993, OPINIÃO PESSOAL, 1983).

Consiste em tracionar ou aspirar os mamilos hemorroidários internos para o interior de um aparelho de ligadura através do anuscópio, seguindo-se a aplicação de uma banda elástica (anel elástico) na hemorroída a tratar. Ao fim de algum tempo (4 a 7 dias depois do tratamento) a hemorroída necrosa e cai, sendo eliminada pelo ânus.

Em 2003, Reis Neto e colaboradores propuseram um método alternativo de LE. Em seu estudo, 115 pacientes com DHI graus III ou IV, sem outras afecções anais, foram submetidos a uma LE mais alta (3 a 4 centímetros acima da linha pectínea) e com apreensão de um volume maior de mucosa, de forma a se conseguir uma maior necrose e uma consequente maior fixação mucosa: a macroligadura alta (MLA). Para tanto, utilizaram de um anuscópio mais longo e com extremidade distal em bisel e de um aparelho de aspiração modificado, que pudesse aspirar um conteúdo maior de mucosa e submucosa, sem incluir a muscular. Os pacientes submetidos à MLA foram acompanhados durante período mínimo de doze meses após o procedimento. A análise a curto e a médio prazos mostrou que o método foi de resultado efetivo quanto à cura dos sintomas, essencialmente quanto ao prolapso e ao sangramento. Dos 7% de pacientes (8) que resultaram em recidiva de alguns sintomas (7 deles com novos

episódios de sangramento), uma nova sessão de MLA resultou na eliminação dos mesmos (REIS NETO, 2003).

Algumas características da LE favorecem sua indicação: simplicidade de execução da técnica, baixo custo, possibilidade ser realizada ambulatorialmente e sem o emprego de anestesia. Além disso, a LE apresenta resultados tão bons quanto os da hemorroidectomia, quando são tratadas hemorroidas de segundo grau (MURIE, 1980). Em metanálise de 18 ensaios clínicos randomizados, a LE sobressaiu-se como a melhor forma de tratamento não-cirúrgico da doença hemorroidária como resultado da menor ocorrência de recidiva resultante de seu emprego (MACRAE, 1995).

Alguns trabalhos obtiveram índices de cura maiores que 70% em hemorroidas do terceiro grau (KUMAR, 2002). Melhora dos sintomas iniciais, cura do prolapso mucoso e satisfação do paciente após procedimento são conseguidos na grande maioria dos casos, com uma ou mais seções de ligaduras (MOTTA, 2011). Esses dados, aliados a níveis de comorbidades muito mais brandos que os das cirurgias de hemorroidectomia, fazem com que a LE seja a primeira opção de tratamento da DHI até a classificação de terceiro grau na maioria dos casos (BALASUBRAMANIAM, 2003; BERMAL, 2005).

Duas metanálises comparando o tratamento pela LE, escleroterapia e FcRIV apontaram a primeira como o método mais eficaz, uma vez que um menor número de pacientes necessitaram de repetições de sessões (JOHANSON, 1990; MACRAE, 1995).

Em estudo em que se acompanhou pacientes com DHI grau II submetidos à LE, com aqueles submetidos à FcRIV, por um período de um ano, mostraram que a primeira foi mais eficaz no controle de recidivas dos sintomas (GUPTA, 2003).

Estudos apontaram melhores resultados quando se associa LE e escleroterapia com relação ao alívio e abolição de sintomas (KANELLOS, 2003). Para o tratamento de hemorragia e prolapso moderado, a LE combinada com a esclerose têm uma eficácia de aproximadamente 80%, devendo ser a primeira escolha (FERNANDES, 2009).

Dentre as complicações citadas na literatura após a realização da LE, encontram-se: dor, retorragias, sintomas vagais, fissura anal, fístula anal, abscesso perianal, tenesmo vesical, retenção urinária e gangrena de Fournier (MCKAY, 2001; MOREIRA, 1981; MOTTA, 2011). Barron, em seu trabalho com LE, afirma ser este um procedimento praticamente indolor, tanto na aplicação, quanto no período pós-ligadura, mas para isso, deviam-se obedecer alguns princípios: ligadura de apenas um mamilo por sessão; prazo mínimo de 10 dias entre ligaduras; ligadura 3 a 4 mm acima da linha pectínea; regularização do hábito intestinal em pacientes

constipados antes de realizar o procedimento (MOREIRA, 1993). Estudos posteriores, no entanto, apontaram a presença de dor na maioria dos pacientes submetidos ao procedimento. Goligher, em 1975, afirmava ser realmente um procedimento simples, mas certamente doloroso no período pós-ligadura (MOREIRA, 1993). A dor é, sem dúvida, a complicação mais comum, sendo esta referida na literatura com índice de até 96% (MOREIRA, 1993). Apesar de ser, geralmente, de fraca intensidade, dores de forte intensidade variam de 5,8 a 40,0% nos casos relatados na literatura (BERNAL, 1981; WATSON, 2006). Em análise crítica ao procedimento, um estudo com 86 pacientes, tendo sido avaliadas 346 ligaduras, demonstrou a presença do sintoma em 72,5% dos casos, e afirma que esse número poderia ser maior se avaliados os resultados a médio e longo prazos (MOREIRA, 1993).

Estudos prospectivos e randomizados mostraram não haver diferença na frequência de complicações, e, entre estas, na dor, após LE, quando se liga um único mamilo ou mamilos múltiplos por sessão (POON, 1986; WEINSTEINS, 1987). Do mesmo modo, estudo mais recente mostrou não haver diferença estatisticamente significativa na abolição da dor referida após 24 horas da LE, quando se faziam ligaduras simples ou múltiplas (COSTA E SILVA, 1990).

Por se tratar de procedimento simples e com bons resultados, alguns trabalhos foram realizados com intuito de aperfeiçoá-lo, propondo estratégias que, associados aos cuidados já mencionados, inerentes à correta realização do método, objetivam reduzir o desconforto no período pós-ligadura.

Costa e Silva e colaboradores, em estudo com 48 pacientes, testaram a eficácia de um esquema com diclofenaco sódico na abolição da dor nas primeiras 24 horas pós-ligadura. Analisaram ainda se haveria benefício ao administrar uma dose da droga antes do procedimento. A observação dos resultados mostrou que houve uma redução na intensidade da dor referida no período em questão, porém não houve diferença estatisticamente significativa entre os pacientes que fizeram uso do diclofenaco, no tocante à abolição da dor no período estudado, quando comparado ao controle.

Fernandes e colaboradores, em um estudo com trinta pacientes, observaram haver benefício ao usar de lidocaína spray a 10% antes da LE, na redução da dor nas primeiras horas após o procedimento. Esse benefício, no entanto, não foi observado nas horas que se seguem, sendo que o padrão de dor observado foi similar entre o grupo submetido a aplicação do anestésico em comparação ao placebo depois de transcorridas 24 e 48 horas do procedimento (FERNANDES, 2003).

3 REFERÊNCIAS

ABCARIAN, H.; ALEXANDER-WILLIAMS, J.; CHRISTIANSEN, J.; JOHANSON, J.; KILLINGBACK, M.; NELSON, R. L.; REIS NETO, J. A. Benign Anorectal Disease: Definition, Characterization and Analysis of Treatment. **The American Journal of Gastroenterology.**, v. 89: n. 8, p. 182, 1994.

GORSCH, R. V. Proctologic Anatomy Baltimore, The Williams & Wilkins Company, 1955.

KEIGHLEY, M. R. B, WILLIAMS, N. S. Surgery of the Anus, Rectum and Colon. London, W.B.Saunders, 1993.

WEXNER, S. D.; BAIG, K. The evaluation and physiologic assessment of hemorrhoidal disease: a review. **Tech Coloproctol.**, v. 5, p. 165-168, 2001.

JORGE, J. M. N. Anorectal anatomy and physiology. In: BECK, D. E., WEXNER, S. D., eds. **Fundamentals of anorectal surgery.** London: WB Saunders; 1998. p.1-24

GOLIGHER, J ; DUTHIE, H. Anatomia cirúrgica e fisiologia do ânus, reto e colo. In: KEIGHLEY, M. R. B.;WILLIAMS, N. S. eds **Cirurgia do ânus, reto e colo.** São Paulo: Manole. 1990, p.1-50.

PARNEAUD, E; GUNTZ M; BERNARD, A; CHOME, J. Anatomie normal macroscopique et microscopique du réseau vasculaire hémorrhoidal. **Arch Fr Mal App Dig.**, v. 65, p. 501-14, abr. 1976.

BURKITT, D. P.; GRAHAM-STEWART, C. W. Haemorrhoids: postulated pathogenesis and proposed prevention. **Postgrad Med J.**, v. 51, p. 631-6. Sep. 1975.

WOOD, B. A.; KELLY, A. J. Anatomy of the anal sphincters and pelvic floor. In: Henry M. M.; Swash, M., eds. **Coloproctology and the pelvic floor.** London:Butterworth, p.3-19, 1992.

KAISER, A. M.; ORTEGA, A. E. Anorectal anatomy. **Surg Clin North Am.**,v. 82, p. 1125-38, 2002.

JOHANSON, J. F.; SONNENBERG, A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation: an epidemiologic study. **Gastroentelology.**,v. 98, p. 380-6, 1990.

MOTTA, M. M.; JÚNIOR, J. B. S.; SANTANA, L. O.; FERDANDES, I. L.; MOURA, A. R.; PRUDENTE, A. C. L. et al. Tratamento da doença hemorroidária com ligadura elástica: estudo prospectivo com 59 pacientes. **Rev bras Coloproct.**, v. 31, n. 2, p. 139-146. Abr/jun, 2011.

CRUZ, G. M. G., FERREIRA, R. M. R. S., NEVES, P. M. Doença Hemorroidária: Aspectos Epidemiológicos e Diagnósticos de 9.289 Pacientes Portadores de Doença Hemorroidária. **Rev bras Coloproct.**, v. 26, n. 1, p. 6-23. jan/mar 2006.

DENNISON, A. R.; WHISTON, R. J.; ROONEY, S.; MORRIS, D. L.; The management of hemorrhoids. **Am J Gastroenterol.**, v. 84, p. 475-81, 1989.

WILLIAMS, N. S. Doença hemorroidária. In: KEIGHLEY, M. R. B.; WILLIAMS, N. S. eds. **Cirurgia do ânus, reto e colo**. São Paulo: Manole; p. 286-352, 1998.
do ânus, reto e colo. São Paulo: Manole;1998. p.286-352.

KLUIBER, R. M.; WOLFF, B. G. Evaluation of anemia caused by hemorrhoidal bleeding. **Dis Colon Rectum.**, v. 37, p. 1006-7. 1994.

FERNANDES, V.; CAMACHO, A. G. Doença hemorroidária. Revisão. **Rev port de coloproct.**, v. 6, n. 2, p. 44-45, mar/ago, 2009.

MCKAY, D. Hemorrhoids and varicose veins: a review of treatment options. **Alternative Medicine Review.**, v.6, n. 2, p. 126-140, 2001.

BALASUBRAMANIAM, S.; KAISER, A. M. Management options for symptomatic hemorrhoids. **Curr Gastroenterol Rep.**, v. 5, p. 431-7. 2003.

MADOFF, R. D.; FLESHMAN, J. W. Clinical Practice Committee, American Gastroenterological Association technical review on the diagnosis and treatment of hemorrhoids. **Gastroenterology.** v. 126, n. 5, p.1463-1473, fev., 2004.

MOESGAARD, F. et al. High-fiber diet reduces bleeding and pain in patients with hemorrhoids: a double-blind trial of Vi-Siblin. **Dis Colon Rectum.**, v. 25, p. 454-456, jul./ago, 1982.

PEREZ-MIRANDA, M. et al. Effect of fiber supplements on internal bleeding hemorrhoids. **Hepatogastroenterology.**, v. 43, p. 1504-1507, 1996.

HO, Y. H.; TAN, M.; SEOW-CHOEN, F. Micronized purified flavonoidic fraction compared favorably with rubber band ligation and fiber alone in the management of bleeding hemorrhoids: randomized controlled trial. **Dis Colon Rectum.**, v. 43, p. 66-9. 2000.

MISRA, M. C.; PARSHAD, R. Randomized clinical trial of micronized flavonoids in the early control of bleeding from acute internal haemorrhoids. **Br J Surg.**, v. 87, p. 868-72. 2000.

AMBROSE, N. S.; HARES, M. M.; ALEXANDER-WILLIAMS, J.; KEIGHLEY, M. R. Prospective randomised comparison of photocoagulation and rubber band ligation in treatment of haemorrhoids. **Br Med J.**, v. 286, p. 1389-91, 1983

TEMPLETON, J. L.; SPENCE, R. A.; KENNEDY, T. L.; PARKS, T. G.; MACKENZIE, G.; HANNA, W. A. Comparison of infrared coagulation and rubber band ligation for first and second degree haemorrhoids: a randomised prospective clinical trial. **Br Med J.**, v. 286, p. 1387-9, 1983.

GUPTA, P. J. Infrared coagulation versus rubber band ligation in early stage hemorrhoids. **Braz J Med Biol Res.**, v. 36, p. 1433-9. 2003.

CATALDO, P. et al. Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised). **Dis Colon Rectum.**, v. 48, p. 189-194, 2005.

WALKER, A. J.; LEICESTER, R. J.; NICHOLLS, R. J.; MANN, C. V. A prospective study of infrared coagulation, injection, and rubber band ligation in the treatment of haemorrhoids. **Int J Colorectal Dis.**, v. 5, p. 113-6. 1990.

CHEW, S. S.; MARSHALL, L.; KALISH, L.; THAM, J.; GRIEVE, D. A.; DOUGLAS, P. R. et al. Short-term and long-term results of combined sclerotherapy and rubber band ligation of hemorrhoids and mucosal prolapse. **Dis Colon Rectum.**, v. 46, p. 1232-7. 2003.

KHOURY, G. A.; LAKE, S. P.; LEWIS, M. C.; LEWIS, A. A. A randomized trial to compare single with multiple phenol injection treatment for haemorrhoids. **Br J Surg.**, v. 72:, p. 741-2. 1985.

KANELLOS, I.; GOULIMARIS, I.; CHRISTOFORIDIS, E.; KELPIS, T.; BETSIS, D. A comparison of the simultaneous application of sclerotherapy and rubber band ligation, with sclerotherapy and rubber band ligation applied separately, for the treatment of haemorrhoids: a prospective randomized trial. **Colorectal Dis.**, v. 5, p. 133-8. 2003.

MURIE, J. A.; MACKENZIE, I.; SIM, A. J. Comparison of rubber band ligation and haemorrhoidectomy for second- and thirddegree haemorrhoids: a prospective clinical trial. **Br J Surg.**, v. 67, p. 786-788, 1980.

MOREIRA, J. P. T.; ARAÚJO, S. E. A.; OLIVEIRA, J. R. O. Hemorróida: Tratamento Cirúrgico. Projeto Diretrizes. **Sociedade Brasileira de Coloproctologia. Janeiro**, 2006.

MOREIRA, C. A. X. Ligadura elástica de hemorroidas. Uma opção não cirúrgica – Análise crítica. *Rev Bras Coloproct.*, v. 13, n. 2, p. 51-54, 1993.

O papel da ligadura elástica no tratamento das hemorroidas. Opinião pessoal. **Rev Bras Coloproct.**, v. 3, n. 1, p. 43-44, jan/mar, 1983.

REIS NETO, J. A. et al. Macroligadura alta: Um novo conceito no tratamento ambulatorial das hemorroidas. **Rev bras Coloproct.**, v. 23, n. 1, p. 9-14, 2003.

MACRAE, H. M.; McLEOD, R. S. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities: a metaanalysis. **Dis Colon Rectum.**, v. 38, p. 687-94, 1995.

KUMAR, N.; PAULVANNAN, S.; BILLINGS, P. J. Rubber band ligation of haemorrhoids in the out-patient clinic. **Ann R Coll Surg Engl.**, v. 84, n. 3, p. 172-174, 2002.

BERNAL, J. C. et al. Ligadura con banda elástica de las hemorroides en una Unidad de Coloproctología: Estudio prospectivo. *Rev esp enferm dig*, v. 97, n. 1, p. 38-45, 2005.

MOREIRA, C. A. X. Tratamento de hemorróidas pelo método da ligadura elástica. **Rev bras Coloproct.**, v.1, n. 2, p. 27-31, 1981.

WATSON, N. F. S.; LIPTROTT, S.; MAXWELL-ARMSTRONG, C. A. A prospective audit of early pain and patient satisfaction following out-patient band ligation of haemorrhoids. **Ann R Coll Surg Engl.**, v. 88, n. 3, p. 275–9, 2006.

POON, G. P.; CHU, K. W.; LAU, W. Y.; LEE, J. M. H.; YEOUG, C.; FAN, S. T. et al. Convencional vs. triple band ligation for hemorrhoid: a prospective randomized trial. **Dis Colon Rectum.**, v. 29, p. 836-838, 1986.

WEINSTEIN, S. J.; RYPINS, E. B.; HOUCK, J.; THROWER, S. Single session treatment for bleeding hemorrhoids. *Surg Gynecol Obstet.*, v. 165, n. 3, p. 479-482, 1987.

COSTA E SILVA, I. T.; CHAMHIE Jr, E.; NOVO, N. F.; JULIANO, Y.; GOLDENBERG, S. Frequencia da dor após ligadura elástica de hemorroidas: estudo prospectivo e randomizado. **Rev Bras Coloproct.**, v. 10, n. 4, p. 134-138, out/dez, 1990.

FERNANDES, R. H. O.; CANALI, C.; BERTUOL, I.; LONGHI, J. A. Uso de lidocaína spray em ligaduras elásticas de hemorroidas - estudo prospectivo. **Rev bras Coloproct.**, v. 23, n. 3, p. 183-186, Jul/Set, 2003.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

ESCOPO E POLÍTICA

Os trabalhos apresentados devem ser originais (versão não publicada) e deve ser exclusivamente destinada à **REVISTA BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA**. Os artigos de revisão serão inseridos sob a proposta do Conselho Editorial. Em casos especiais, republicação de obras nacionais ou estrangeiras deve conter autorização formal do autor e do Titular Jornal / Copyright.

As normas são baseadas no formato proposto pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas e publicado no artigo: Requisitos uniformes para manuscritos submetidos a revistas biomédicas, que foi atualizado em outubro de 2004 e está disponível no site: <http://www.icmje.org>. Para os ensaios clínicos randomizados, o trabalho deve ser apresentado em conformidade com as orientações CONSORT (Begg C, Cho N, Eastwood S et al Melhorar a qualidade dos relatórios de ensaios clínicos randomizados: A declaração CONSORT JAMA 1996; 276:637-9). Uma lista de verificação está disponível no site da JAMA: <http://jama.ama-assn.org>

Os manuscritos submetidos à Revista, que preencham os requisitos "instruções aos autores" e que estão em conformidade com a sua política de publicação, são enviados para quatro membros do conselho editorial, que irá considerar o mérito científico de tal contribuição. Os manuscritos são então enviados para os árbitros previamente selecionados aleatoriamente pelos Editores. O anonimato é garantido através de todo o processo de julgamento. A decisão sobre a aceitação é feita pelos Editores, após consulta de 4 membros do Conselho Editorial e, se pelo menos 3/4 dos membros recomendaram a publicação. Cópias dos comentários podem ser enviados para os autores e árbitros, através do sistema de troca entre eles. Os trabalhos recusados - manuscritos não aceitos não serão devolvidos, a menos que sejam solicitadas pelos autores apropriados. Os trabalhos recusados, o que pode, eventualmente, ser reformulada, pode ser retornado como um novo trabalho, iniciando um novo processo de julgamento. Manuscritos aceitos - Manuscritos aceitos ou aceitos sob condição podem ser devolvidos aos autores para aprovação de eventuais alterações durante o processo de edição e normalização de acordo com o estilo usado pelo Journal. Aprovação para Publicação - Todas as entradas para publicação serão previamente submetidos à apreciação de quatro membros do Conselho de Edição. Quando aceita, eles estarão sujeitos a pequenas correções ou alterações, que não irá alterar o estilo do autor. Eventuais mudanças na forma, estilo ou interpretação só ocorrerão após prévia

consulta. Quando se recusou, os artigos serão enviados de volta com o Editor-in-Chief justificando. Comentários dos conselheiros, em tais casos, pode ser enviado pelo Editor-Chefe ou solicitados pelo Autor. Correção Final: A prova dos artigos a serem publicados serão enviados ao autor para possíveis correções e deve ser enviado de volta o mais rápido possível. Se um atraso pode ocorrer quando a devolução dos artigos revisados, o Editor-in-Chief se reserva o direito de publicar, independentemente da correção final. A prova será enviado ao autor para o endereço que foi indicado para correspondência, o autor será responsável pela apreciação final da questão, sob o acordo dos outros por tal publicação.

Ele é enviado exclusivamente para os assinantes, colaboradores, bibliotecas, hospitais, sociedades médicas, centros de estudos e revistas nacionais e estrangeiras, com as quais as trocas são mantidos.

REVISTA BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA se reserva todos os direitos, inclusive de tradução, em todos os países signatários da Convenção Pan-Americana e da Convenção Internacional de Direitos Autorais.

A reprodução total ou parcial dos trabalhos em outros periódicos - com citação obrigatória da fonte vai depender da autorização da Revista.

Para fins comerciais, é proibida a tradução e reprodução parcial ou total dos trabalhos publicados nesta revista.

REVISTA BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA não aceita o pagamento de qualquer material publicado em seu espaço impresso, nem paga qualquer quantia, em dinheiro ou de outra, para os autores dos trabalhos publicados em suas páginas impressas.

A Revista reserva-se o direito de não aceitar os originais que não considera apropriado (apresentação, datilografia, número de cópias, incluindo itens, etc), bem como propor alterações, de acordo com os Consultores e sugestões Edição do Conselho.

O Conselho de Edição, quando necessário, se adaptará automaticamente todos os trabalhos aceitos para publicação nas presentes normas.

PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

Página de identificação: Deve conter: a) Título do artigo, em português, que deve ser conciso, porém informativo; b) nome completo de cada autor e filiação institucional; c) nome do departamento e Instituição aos quais o trabalho deve ser atribuído; d) nome, endereço, fax e e-mail do autor responsável pelo artigo e para quem deve ser enviado pelo correio, e) fontes que apoiam a pesquisa, f) potenciais conflitos de interesse.

Resumo e sujeitos títulos: A segunda página deve conter o resumo, em Português e Inglês, com não mais do que 200 palavras para artigos originais, de revisão, comunicações breves e artigos de atualização. Os artigos originais, para comunicações de revisão e curtas, deve ser estruturado apontando os objetivos do estudo, metodologia e principais resultados, mostrando dados significativos e conclusões. Para até namoro, o resumo não precisa ser estruturado, no entanto, ele deve conter informações importantes para que a importância do trabalho pode ser reconhecido. Abaixo do resumo, especificar 5 cabeçalhos de assunto que vai especificar o tema do trabalho. Os cabeçalhos de assunto deve basear-se no DeCS (Descritores em Ciências de la Salud) publicado pela Bireme, que é a tradução para o MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine, que está disponível no site: <http://decs.bvs.br>

Texto: Deve obedecer à estrutura exigida para cada categoria de artigo. Em todas as categorias a citação dos autores no texto deverá ser numérica e sequencial, em algarismos arábicos entre parênteses e sobrescrito, evite indicando os nomes dos autores. Citações no texto e referências citadas em tabelas e legendas de figuras devem ser numeradas consecutivamente de acordo com a ordem em que aparecem no texto, com algarismos arábicos (números índices). O número de referência só devem ser incluídos, sem qualquer outra informação.

Tabelas: Cada tabela deve ser enviada em folha separada. As tabelas devem ser numeradas consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto, com um título apropriado. Eles devem ser citadas no texto, sem duplicação de informação. Mesas, com o título e notas de rodapé, devem ser autoexplicativas. Tabelas originadas de outras fontes devem ter notas de rodapé informando as referências originais.

Figuras e gráficos: Ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, etc.) devem ser enviados individualmente. Devem ser numeradas consecutiva com números arábicos; na ordem em que foram citadas no texto e deve ser suficientemente clara, a fim de permitir a sua reprodução. Legendas para as figuras devem ser listadas em uma página separada. Fotocópias não serão permitidos. No caso de haver figuras retiradas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem apresentar uma autorização por escrito para a sua reprodução. Esta permissão por escrito deve ser fechado com os manuscritos para a publicação.

Análise estatística: Os autores devem demonstrar que os procedimentos estatísticos utilizados foram não somente apropriados para os ensaios da hipótese estudada, mas também foram interpretados corretamente. Os níveis de significância estatística (ex. $p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,001$) devem ser mencionados.

Abreviações: As abreviações devem ser indicadas no texto quando da sua primeira utilização. Depois disso, o nome completo não deve ser repetido.

Nome e medicamentos: O nome genérico deve ser usado.

Agradecimentos: Devem incluir a colaboração de pessoas, grupos ou instituições que merecem agradecimentos, quando a sua inclusão como autores não foi justificado; reconhecimentos de apoio financeiro, apoio técnico, etc.

Referências: Devem ser numeradas consecutivamente na mesma ordem em que foram citadas no texto e identificadas com números arábicos. A apresentação deve ser baseado no formato "Vancouver Style", conforme exemplos abaixo, e os títulos de revista devem ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela List of Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine, que estão disponíveis em o seguinte site: <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>

Os autores devem verificar se as referências citadas no texto são registrados na lista de referências com datas exatas e nomes de autores corretamente escritas. Os autores são responsáveis pelas referências bibliográficas exatas. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências bibliográficas; só podem ser citados no texto ou em notas de rodapé. A lista de referências deve seguir o modelo dos exemplos abaixo. Para todas as referências, citar todos os autores até seis. Mais de seis, citar os seis primeiros, seguidos da expressão et al.

ENVIO DE MANUSCRITOS

Os artigos devem ser entregues em disquete ou CD-Rom, no Word seguido por duas cópias impressas em papel. * 4.2. Datilografia * Os artigos originais devem ser datilografadas e entregues em dois exemplares, com espaço duplo, em apenas um lado, com páginas que contêm de 20 a 25 linhas, devidamente numeradas e rubricadas pelo autor principal com paraph. Este material deve ser enviado por correio para o endereço SBCP; ele deve incluir título completo do trabalho e uma autorização por escrito para ser publicado nesta revista.

Subcomissões através de e-mail (sbcp@sbcp.org.br) também são aceitos. Nesse caso, a autorização de reprodução das letras materiais e aprovação do Comitê de Ética da Instituição, onde o trabalho foi realizado, quando se tratar de intervenções (diagnóstico ou terapêutico) de seres humanos, bem como uma assinados pelos autores, que declara que se trata de um trabalho não publicado, deve ser enviado por fax para RBCP (número de fax: 55 21 2220-5803).

ARTIGO CIENTÍFICO

Lidocaína associada à prilocaína reduzem a dor após ligadura elástica na doença hemorroidária? Estudo duplo-cego, randomizado.

Autores: Antonio Carlos de Souza Pinheiro¹, Enaldo Vieira de Melo², Hugo José Santos Lima², Juvenal da Rocha Torres Neto³

¹ Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

² Professor Doutor do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe.

³ Médico Residente de Coloproctologia do Hospital Universitário da UFS – Aracaju-SE, Brasil.

⁴ Professor Doutor do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe e Chefe do Serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário da UFS – Aracaju (SE), Brasil.

Departamento de Medicina - UFS

Endereço do autor:

Antonio Carlos de Souza Pinheiro

Rua Dr. Fernando Augusto, 414, Bom Jardim.

Fortaleza – Ceará - Brasil

Telefone: (85) 34976310

Email: antcarlossp@hotmail.com

Estudo com financiamento próprio. Sem conflitos de interesses.

RESUMO

A ligadura elástica de hemorroidas é um procedimento de realização comum nos consultórios de coloproctologia no mundo inteiro, pela praticidade, baixo custo e bons resultados alcançados pela técnica. Tem como maior inconveniente a dor, complicação mais comum do procedimento. O uso de anestesia tópica para reduzir a dor do procedimento tem sido descrita, porém a maioria com resultados pouco ou insatisfatórios. No presente trabalho, avaliamos a eficácia de creme composto de lidocaína e prilocaína, aplicado 30 minutos antes da ligadura, em reduzir a intensidade ou a duração da dor e da frequência de complicações da ligadura elástica de hemorroidas. No estudo, 30 pacientes foram randomizados em dois grupos, que receberam aplicação de creme anestésico ou vaselina antes da realização da ligadura. Fizeram auto-avaliação da dor em formulário com escala de dor de 0 a 5, no momento do procedimento e na 6^a, 12^a, 24^a, 48^a e 72^a hora seguinte. Foi observada uma tendência à redução da dor apenas no momento do procedimento, no grupo que recebeu o creme anestésico, e no tempo de duração da dor no mesmo grupo, mas não houve significância estatística ($p > 0,05$). Houve uma redução estatisticamente significativa ($p = 0,03$) na ocorrência de tenesmo vesical após o procedimento.

Unitermos: hemorroidas; ligadura elástica; dor; lidocaína; prilocaína.

ABSTRACT

Rubber band ligation of hemorrhoids is a common procedure for the realization of coloproctology offices worldwide due to its practicality, low cost and good results achieved with the technique. The biggest drawback is pain, the most common complication of the procedure. The use of topical anesthesia to reduce the pain of the procedure have been described, but most with little or unsatisfactory results. In the present study, we evaluated the efficacy of compound lidocaine cream and prilocaine, applied 30 minutes before ligation in reducing the intensity or duration of pain and the frequency of complications of rubber band ligation of hemorrhoids. In the study, 30 patients were randomized into two groups receiving application of vaseline or anesthetic cream prior to the ligation. Made self-assessment of pain in form with pain scale 0-5, at the time of the procedure and the 6th, 12th, 24th, 48th and 72nd minute following. A trend was observed for the reduction of pain during the procedure only in the group that received the anesthetic cream, and duration of pain in the same group, but no

statistical significance ($p > 0.05$). There was a statistically significant reduction ($p = 0.03$) in the occurrence of bladder tenesmus after the procedure.

Keywords: hemorrhoids; band ligation; pain; lidocaine; prolocaine

1 INTRODUÇÃO

A ligadura elástica(LE), técnica segura e eficaz no tratamento de hemorroidas internas, é um procedimento consolidado e largamente realizado nos consultórios de coloproctologia no mundo. Aperfeiçoada ao longo dos anos por Blaisdell, Barron e Soullard, é hoje procedimento inicial preferido por muitos coloproctologistas^{1,2}. Contribuem para este fato a simplicidade de execução da técnica, o baixo custo e a possibilidade ser realizada ambulatorialmente e sem o emprego de anestesia. Além disso, a LE apresenta resultados tão bons quanto os da hemorroidectomia, quando são tratadas hemorroidas de segundo grau e parece ser a melhor forma de tratamento não-cirúrgico da doença hemorroidária interna(DHI) quando se considera a menor ocorrência de recidiva resultante de seu emprego^{3,4}. Atualmente, o método convencional é indicado para DHI até a classificação de terceiro grau^{3,4,6}. Um método alternativo, a macroligadura alta, vem apresentando bons resultados para hemorroidas prolapsadas, grau III e IV⁷.

Não é, no entanto, um procedimento isento de complicações, sendo referidas na literatura: dor, retorragias, sintomas vagais, fissura anal, fístula anal, abscesso perianal, tenesmo vesical, retenção urinária e gangrena de Fournier^{8,9,10}. A dor é a complicação mais comum, diferentemente do que afirmara Barron, um dos seus maiores idealizadores da técnica, mesmo que obedecidos os cuidados por ele sugeridos: ligadura de apenas um mamilo hemorroidário por sessão; prazo mínimo de 10 dias entre ligaduras; ligadura 3 a 4 mm acima da linha pectínea; regularização do hábito intestinal em pacientes constipados antes de realizar o procedimento⁴⁰. Estudos atuais, apontaram a presença de dor na maioria dos pacientes submetidos à LE, sendo referida na literatura presente em até 96% dos pacientes submetidos ao procedimento¹. Apesar de ser, geralmente, de fraca intensidade, dores de forte intensidade variam de 5,8 a 40,0% nos casos relatados na literatura^{6,11}.

Estratégias para redução da dor e, assim, aperfeiçoamento do procedimento são descritas na literatura: uso de supositórios com cinchocaína associada à hidrocortisona, bupivacaína injetável, lidocaína injetável a 2%, diclofenaco intramuscular e/ou supositório, lidocaína spray a 10%^{12,13,14,15,16}.

Assim, o presente trabalho teve como objetivo avaliar a eficácia de anestésico tópico creme, aplicado antes da LE, em reduzir a dor durante e após o procedimento e sua duração.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- ✓ Traçar o perfil clínico-demográfico dos pacientes analisados;
- ✓ Observar a possível ocorrência de complicações da realização da ligadura elástica;
- ✓ Observar a possível ocorrência de complicações inerentes ao uso de anestésicos tópicos.

2.2 ESPECÍFICO

- ✓ Avaliar a eficácia de anestésicos locais na redução da dor após ligadura elástica na doença hemorroidária.

3 CASUÍSTICA

Participaram das pesquisa os pacientes submetidos à LE de hemorroidas no Serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS), no período de outubro/2013 a abril/2014.

3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos os pacientes com DHI graus II e III.

3.1 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos os pacientes com comorbidade anorretal associada (fissura, fístula, trombose hemorroidária), aqueles em que não foi possível ligar os mamilos anterior direito e lateral esquerdo na primeira sessão ou os submetidos à macroligadura alta.

4 PACIENTES E MÉTODOS

Foram candidatos à pesquisa pacientes portadores de doença DHI graus II e III, que realizaram LE de hemorroida no serviço coloproctologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe(UFS). Para a sua realização, utilizou-se pinça de colocação de anel elástico por aspiração Ferrari Medical®. Todos os pacientes tiveram dois mamilos hemorroidários ligados por sessão, sendo que na primeira foram ligados, preferencialmente, sempre os mamilos anterior direito e lateral esquerdo. Todos os pacientes foram submetidos a duas sessões. Os pacientes tiveram pelo menos três mamilos ligados ao final do tratamento. O intervalo entre cada sessão foi de, pelo menos, quinze dias. O procedimento foi realizado em decúbito lateral esquerdo (Sims). Antes do início do tratamento, os pacientes que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE) foram questionados a respeito das queixas clínicas que os levaram a procurar o serviço de coloproctologia do HU/UFS. A graduação da DH foi feita novamente no dia da realização da primeira sessão por meio da anosscopia.

Todos foram entrevistados para coleta, dentre outros, de dados de identificação, histórico geral e proctológico progressos. Foram avaliados sinais, sintomas, classificação, graduação, comorbidades e complicações. Os pacientes foram separados em dois grupos “A” e “B”. Cada paciente foi sorteado ao acaso para ser incluído no grupo “A” ou no “B”. Nos pacientes pertencentes a um dos grupos foi aplicada, por meio do toque retal, emla®, um creme composto por anestésicos locais (lidocaína e prilocaína), 30 minutos antes da realização da LE, enquanto os pacientes pertencentes ao outro grupo receberam aplicação de um placebo(vaselina). A aplicação do anestésico tópico ou do placebo foi restrita à primeira sessão de ligadura, sendo que os dados coletados para avaliação são referentes a essa sessão. A definição do grupo que recebeu o anestésico ou o placebo foi também por sorteio. O sorteio dos pacientes para cada grupo, da substância indicada para estes, bem como a aplicação desta foram feitos pelos profissionais de enfermagem, de maneira que nem os pesquisadores nem o paciente terão ciência de qual das duas foi utilizada, tratando-se, portanto, de estudo duplo-cego, placebo-controlado.

Após a ligadura, a todos os pacientes foi prescrito Lisador® (dipirona sódica, cloridrato de prometazina e cloridrato de adifenina) a ser tomado a cada 6 horas durante 2 a 3 dias conforme permanesse a dor, e banhos de assento com água gelada a cada 3 horas.

Os pacientes levaram pra casa um questionário de auto-avaliação da dor, o qual continha uma escala de dor em mímica facial e uma relação de sintomas, frequentemente referidos por pacientes submetidos à LE ou possível efeito do agente anestésico tópico. A escala da dor utilizada foi a escala de faces de Wong-Baker, que contém seis faces, graduando a dor de zero a cinco. Os pacientes foram instruídos a assinalar na escala a intensidade da dor que sentissem no horário estabelecido e a presença de algum sintoma. Foram interrogados sangramento, dor ao defecar, tenesmo, plenitude retal, corrimento purulento, tenesmo vesical, retenção urinária e reações locais como vermelhidão, prurido, queimação, formigamento, calor no local da aplicação e reações alérgicas. Os horários estabelecidos para marcação da intensidade da dor, bem como a presença de sintomas foram os seguintes: 0 hora após a ligadura (no momento da ligadura), 6 horas após a ligadura, 12 horas após a ligadura, 24 horas após a ligadura, 48 horas após a ligadura e 72 horas após a ligadura. O formulário foi recolhido em data posterior, data marcada para a segunda sessão de ligadura. Nessa ocasião, era realizada a ligadura do terceiro mamilo e eventuais mamilos residuais, sem uso de anestésico ou placebo, bem como avaliação de complicações.

Consideramos dores de leve intensidade quando assinaladas, na escala de Wong-Baker, as faces numeradas como 1 ou 2, moderada, a face de número 3 e de forte a intensa, as faces de número 4 ou 5.

4.1 VARIÁVEIS ESTUDADAS:

Dados demográficos: (idade, gênero e procedência), quadro clínico antes do tratamento, gradação da doença hemorroidária, comorbidades e complicações pós-procedimento.

4.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS:

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (protocolo nº 30384014.0.0000.5546). Todos os pacientes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e assinaram TCLE. Esta pesquisa não ofereceu riscos nem gastos adicionais ao sujeito da pesquisa. O anonimato do entrevistado foi respeitado.

4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA:

Os dados coletados foram lançados em um sistema de banco de dados informatizado e, posteriormente, foram submetidos à análise estatística, utilizando-se o software Statistics Package of the Social Science (SPSS/PC+) versão 21 (2012). Para a caracterização da amostra, foram utilizadas tabelas de frequência simples, bem como a determinação de mediana, média e desvio-padrão. Para comparação dos resultados foi utilizado o método do qui-quadrado.

5 RESULTADOS

Foram incluídos na pesquisa 30 pacientes. Dez(33,3%) pacientes eram do gênero masculino e 20(66,7%) do gênero feminino. A idade variou entre 20 e 71 anos, com uma média de 45,33 anos e desvio-padrão de 14,25. Dez (33,3%) pacientes eram procedentes de Aracaju, quatro (13,3%) procedentes de Nossa Senhora do Socorro, um (3,3%) de Aquidabã, um (3,3%) de Areia Branca, um (3,3%) de Campo de Brito, um (3,3%) de Poço Redondo, um (3,3%) de Riachuelo, um (3,3%) de Ribeirópolis, um (3,3%) de Salgado, um (3,3%) de Santa Luzia e oito (26,7%) procedente de outras localidades do interior do estado.

No quadro clínico, foram referidos ardor em 19 (63,3%) pacientes, sangramento em 16 (53,3%) paciente, prurido em 16 (53,3%) pacientes, dor anal em 13 (43,3%) pacientes e 13 (43,3%) pacientes referiam prolapso ao ato de defecar, sendo em 11 (36,7%) com redução espontânea e em 2 (6,7%) com necessidade de redução digital.

A Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS) foi comorbidade referida por 8(26,7%) pacientes, o Diabetes Melito(DM) por 3 (10%) pacientes. O Acidente Vascular Encefálico(AVE), Gastrite, Varicocele, Hérnia de Disco, Doença Renal Crônica, Doença de Chagas, Artrite Reumatóide, Doença de Parkinson e Doença de Alzheimer foram referidos por 1(3,3%) paciente cada. Alergia a medicamentos foi referida por 3 (10%) pacientes.

Ao exame proctológico, 22 (73,3%) pacientes tinham hemorroidas grau II e 8 (26,7%), grau III. A o plicoma foi comorbidade anal encontrada em 5(16,7%) pacientes, papila hipertrófica em 3(10%) pacientes e prolapso mucoso em 1(3,3%) paciente.

No grupo Anestésico, a idade variou de 20 a 71 anos (média de 42,5±14,5), 6 (40,0%) foram do gênero masculino e 9 (60,0) do gênero feminino, sangramento foi sintoma referido por 9 (60,0%) pacientes, dor por 7 (46,7%) pacientes, ardor por 9 (60,0%) pacientes,

prurido por 9 (60,0%) pacientes e prolapso por 5 (33,3%) pacientes. Doze (80,0%) pacientes tinham DHI grau II e 3 (20,0%), grau III. Plicoma foi única comorbidade anal encontrada, presente em 3 (20,0%) pacientes. No grupo Placebo, a idade variou de 29 a 70 anos (média de $48,2 \pm 13,9$), 4 (26,7%) eram do gênero masculino e 11 (73,3) do gênero feminino, sangramento foi sintoma referido por 7 (46,7%) pacientes, dor por 6 (40,0%) pacientes, ardor por 10 (66,7%) pacientes, prurido por 7 (46,7%) pacientes e prolapso por 8 (53,3%) pacientes. Dez (66,7%) pacientes tinham DHI grau II e 5 (33,3%), grau III. Plicoma foi encontrado em 2 (13,3%) pacientes, papila hipertrófica em 3 (20%) pacientes e prolapso mucoso em 1 (6,7%) paciente.

Comparando-se o grupo submetido à aplicação do placebo (grupo Placebo) com o grupo submetido a aplicação do anestésico (grupo Anestésico), não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias e distribuição de idade ($p=0,31$) ou quanto ao grau da DHI ($p=0,41$). Também não houve diferença entre os grupos quanto ao gênero, sintomatologia prévia ou nos achados ao exame proctológico, como pode ser observado na tabela 1.

Tabela 1 Frequências de gênero, sintomatologia e achados ao exame proctológico.

	Anestésico n(%)	Placebo n(%)	<i>P</i>
Gênero:	Masc. 6 (40,0)	4 (26,7)	0,44
	Fem. 9 (60,0)	11 (73,3)	
Sangramento	9 (60,0)	7 (46,7)	0,46
Dor	7 (46,7)	6 (40)	0,71
Ardor	9 (60,0)	10 (66,7)	0,70
Prurido	9 (60,0)	7 (46,7)	0,46
Prolapso	5 (33,3)	8 (53,3)	0,51
Plicoma	3 (20,0)	2 (13,3)	0,62
Papila hipertrófica	0 (0,0)	3 (20,0)	0,07
Prolapso mucoso	0 (0,0)	1 (6,7)	0,31

Após a primeira sessão, a dor foi referida por 28 (93,3%) pacientes, dor ao defecar por 19 (63,3%) pacientes, sangramento por 11 (36,7%) pacientes, tenesmo por 14 (46,7%) pacientes, retenção urinária por 5 (16,7%) pacientes, tenesmo vesical por 4 (13,3%) pacientes queimação por 2 (6,7%) pacientes e corrimento anal purulento, prurido e formigamento, foram referidos por 1 (3,3%) paciente cada. No grupo anestésico, 14 (93,3%) paciente referiram dor

após a primeira sessão, contra os mesmos 14 (93,3%) do grupo placebo. Oito (53,3%) pacientes do grupo Anestésico referiram dor ao defecar contra 11 (73,3%) do grupo Placebo. Apenas no grupo Placebo foi referido tenesmo vesical, em 4 (26,7%) pacientes. Um (6,7%) paciente no grupo Anestésico referiu corrimento anal purulento, contra nenhum no grupo Placebo. Um (6,7%) do grupo Anestésico referiu retenção urinária, contra 4 (26,7%) do grupo Placebo. Apenas no grupo Placebo foi referido prurido e formigamento, em um (6,7%) paciente. Queimação foi referida por um (6,7%) paciente do grupo Anestésico e por um (6,7%) do grupo Placebo. Seis (40,0%) pacientes do grupo Anestésico referiram sangramento leve, sendo que em 2 (13,3%) foi apenas no primeiro dia, 1 (6,7%) no primeiro e no sexto dia, 1 (6,7%) do primeiro ao terceiro dia, 1 (6,7%) do primeiro ao quarto dia e um (6,7%) do primeiro ao sexto dia. Cinco (33,3%) pacientes do grupo Placebo referiram sangramento leve, destes, 3 (20,0%) referiram apenas no primeiro dia, 1 (6,7%) apenas no segundo dia e um 1 (6,7%) do primeiro ao terceiro dia. Comparando-se as frequências de complicações, notamos que foram semelhantes no dois grupos, porém sintomas urinários como retenção urinária e tenesmo vesical foi maior no grupo Placebo.

No momento da ligadura (hora zero), 5(33,3%) pacientes do grupo Anestésico não referiram dor, 6(40%) referiram dor leve, 1(6,7%) referiu dor moderada e 3(20%) referiram dor forte a intensa, enquanto no grupo Placebo, 2(13,3%) não referiram dor, 4(26,7%) referiram dor leve, 2(13,3%) referiram dor moderada e 7(46,7%) referiram dor forte a intensa. Seis horas após a ligadura os resultados foram os seguintes: no grupo Anestésico, 2(13,3%) não referiram dor, 3(20%) referiram dor leve, 5(33,3%) referiram dor moderada e 5(33,3%) referiram dor forte a intensa; no grupo Placebo, 4(26,7%) pacientes não referiram dor, 2(13,3%) referiram dor leve, 4(26,7%) referiram dor moderada e 5(33,3%) dor forte a intensa. Doze horas após a ligadura, os resultados foram os seguintes: no grupo Anestésico, 6(40%) não referiram dor, 2(13,3%) referiram dor leve, 5(33,3%) referiram dor moderada e 2(13,3%) referiram dor forte a intensa; no grupo Placebo, 6(40%) não referiram dor, 4(26,7%) referiram dor leve, 3(20%) referiram dor moderada e 2(13,3%) referiram dor forte a intensa. Vinte e quatro horas após a ligadura, os resultados foram os seguintes: no grupo Anestésico, 7(46,7%) não referiram dor, 5(33,3%) referiram dor leve, 2(13,3%) referiram dor moderada e 1(6,7%) referiu dor forte a intensa; no grupo Placebo, 7(46,7%) não referiram dor, 1(6,7%) referiram dor leve, 3(20%) referiram dor moderada e 3(6,7%) referiu dor forte a intensa. Quarenta e oito horas após a ligadura, os resultados foram os seguintes: no grupo Anestésico, 10(66,7%) não referiram dor, 3(20%) referiram dor leve, 1(6,7%) referiu dor moderada e 1(6,7%) referiu dor forte a intensa; no grupo Placebo, 10(66,7%) não referiram dor, 1(6,7%) referiram dor leve, 3(20%) referiram

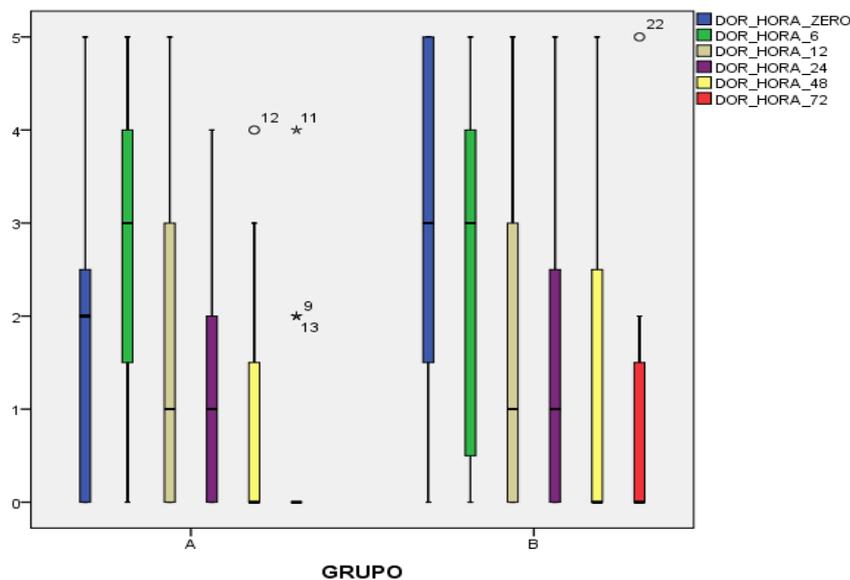
dor moderada e 1(6,7%) referiu dor forte a intensa. Setenta e duas horas após a ligadura, os resultados foram os seguintes: no grupo Anestésico, 12(80%) não referiram dor, 2(13,3%) referiram dor leve e 1(6,7%) referiu dor forte a intensa; no grupo Placebo, 10(66,7%) não referiram dor, 4 (26,7%) referiram dor leve, e 1(6,7%) referiu dor forte a intensa. A tabela 2 e o gráfico 1 trazem o resumo desses resultados e a tabela 3 (anexo1) mostra os resultados na íntegra.

Embora no momento do procedimento haja uma tendência a menor dor no grupo anestésico, não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Nos demais momentos de avaliação da dor (6, 12, 24, 48 e 72 horas) os grupos foram mais homogêneos.

Tabela 2 Comparativo entre as intensidades e frequências da dor agrupadas.

	Anestésico n(%)				Placebo n(%)				P
	S/dor	Leve	Mod	Forte-Int	S/dor	Leve	Mod	Forte-Int	
0h	5(33,3)	6(40,0)	1(6,7)	3(20,0)	2(13,3)	4(26,7)	2(13,3)	7(46,7)	0,31
6h	2(13,3)	3(20,0)	5(33,3)	5(33,3)	4(26,7)	2(13,3)	4(26,7)	5(33,3)	0,81
12h	6(40,0)	2(13,3)	5(33,3)	2(13,3)	6(40,0)	4(26,7)	3(20,0)	2(13,3)	0,76
24h	7(46,7)	5(33,3)	2(13,3)	1(6,7)	7(46,7)	4(26,7)	1(6,7)	3(20,0)	0,69
48h	10(66,7)	3(20,0)	1(6,7)	1(6,7)	10(46,7)	1(6,7)	0(0,0)	1(6,7)	0,57
72h	12(80,0)	2(13,3)	0(0,0)	1(6,7)	10(46,7)	4(26,7)	0(0,0)	1(6,7)	0,65

Gráfico 1. Comparativo entre intensidades e duração da dor entre os grupos.



A - Anestésico B - Placebo

Considerando presença ou ausência de dor, no grupo Anestésico, no momento do procedimento o sintoma esteve presente em 10 (66,7%) pacientes, 6 horas depois em 13 (86,7%) pacientes, 12 horas depois em 9 (60,0%) pacientes, 24 horas depois em 8 (53,3%) pacientes, 48 horas depois em 5 (33,3%) pacientes e 72 horas depois em 3 (20%) pacientes. No grupo Placebo, no momento do procedimento, foi referida 13 (66,7%) pacientes, 6 horas depois por 11 (86,7%) pacientes, 12 horas depois em 9 (60,0%) pacientes, 24 horas depois em 8 (53,3%) pacientes, 48 horas depois em 5 (33,3%) pacientes e 72 horas depois em 5 (20%) pacientes. Esses resultados estão resumidos na tabela 3. Observamos que no momento zero houve uma tendência a haver menos dor no grupo Anestésico, e um número maior de pacientes que ainda referiram dor no grupo placebo após 72 horas do procedimento, porém sem diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$).

Tabela 3. Duração e frequência da dor.

	Anestésico n(%)	Placebo n(%)	P
Hora zero	10(66,7)	13(86,7)	0,19
Hora 6	13(86,7)	11(73,3)	0,36
Hora 12	9(60,0)	9(60,0)	1,00
Hora 24	8(53,3)	8(53,3)	1,00
Hora 48	5(33,3)	5(33,3)	1,00
Hora 72	3(20,0)	5(33,3)	0,41

6 DISCUSSÃO

No presente estudo, os pacientes tinham entre 20 e 71 anos, com maior prevalência entre 30 e 49 anos. Curiosamente, houve número expressivo de pacientes com DHI com idade acima de 65 anos, faixa em que a prevalência da doença costuma ser baixa¹⁷. A frequência foi maior no gênero feminino, embora a literatura mostre maior incidência em homens¹⁸. Outro estudo em nosso serviço já demonstrou a maior prevalência no gênero feminino em nossa população¹⁰, similar a outro estudo maior¹⁸, concordantes com a preferência pelo sexo feminino na população nacional. Podemos atribuir tal fato a fatores como a maior preocupação com o estado de saúde e menor resistência em procurar assistência médica por parte da população feminina. Há um maior número de paciente oriundos do interior do estado (66%), refletindo uma procura dos paciente por centros especializados.

O quadro clínico (sangramento retal, dor, ardor e prurido anais), encontrado na maioria dos pacientes, é o relatado na literatura^{18,10}. O prolapso hemorroidário foi referido num número menor que o esperado de pacientes, talvez em virtude de alguns não saberem relatar o sintoma, embora as hemorroidas foram graduadas em II e III graus onde o prolapso está sempre presente.

Após a aplicação do creme, antes da realização da LE, nenhum paciente referiu algum sintoma de reação local ao anestésico tópico ou ao placebo. Uma única paciente do grupo Anestésico referiu calor na região anorretal, no entanto esse sintoma foi referido apenas 6 horas após o procedimento, portanto improvável de ter sido causado pelo anestésico, cujo período de ação é de até 5 horas.

No nosso serviço, assim como no presente trabalho, optamos por fazer de rotina ligaduras de múltiplos mamilos hemorroidário por sessão, embasado em estudos anteriores que mostraram não haver diferença na frequência de complicações, e, entre estas, na dor, após LE, quando se liga um único mamilo ou mamilos múltiplos por sessão^{19,20} ou abolição da dor referida após 24 horas da LE¹². Usamos no presente estudo analgesia oral com Lisador® a cada 6 horas em todos os pacientes, tanto no grupo Anestésico quanto no grupo Placebo. Optamos pela monoterapia pelo baixo poder aquisitivo da população em estudo. No entanto, já tínhamos utilizado a associação de um AINE (cetoprofeno, diclofenaco ou nimesulida) à dipirona ou buscopan composto, e ainda tramadol para crises mais intensas.

Após a ligadura, dor espontânea e dor ao defecar foram as complicações mais frequentes, seguidas por sangramento, tenesmo, retenção urinária e tenesmo vesical. Outras menos frequente foram: queimação, corrimento anal purulento, prurido anal e formigamento.

A dor é a complicação mais frequente após a LE, embora tenha sido inicialmente descrito como procedimento indolor, havendo queixas de dor pela maioria dos pacientes em diversos trabalhos¹. Trabalhos anteriores já fizeram uso de anestesia tópica para redução da dor da ligadura elástica. O uso de injeção de bupivacaína no mamilo ligado, após a ligadura, mostrou redução da dor nos primeiros 30 minutos após o procedimento, mas a redução não foi sustentada nas 6, 24 e 48 horas que se seguiram ao procedimento²¹. O uso de spray de lidocaína a 10% antes da ligadura, mostrou redução da dor durante o procedimento e nas primeiras 6 horas que se seguiam¹³. O uso supositório de cinchocaína associada a hidrocortisona aplicado imediatamente após a ligadura não mostrou diferença na frequência, redução ou severidade da dor após o procedimento²². Optamos em nosso trabalho pelo creme anestésico com lidocaína

associado a prilocaína, antes da ligadura, com o mesmo objetivo relatados nos trabalhos anteriores.

As frequências das complicações nos dois grupos foram similares, mas notamos que nenhum paciente do grupo Anestésico referiu tenesmo vesical enquanto 4 paciente do grupo placebo o referiram, fato que alcançou significância estatística($p=0,03$).

Notamos que no grupo Anestésico, houve um maior número de pacientes que não referiram dor no momento do procedimento (tabela 2, gráfico1) e vieram a referir apenas seis horas depois. Da mesma forma, no momento do procedimento, um maior número de pacientes referiram apenas dor leve, contra um maior número de pacientes que referiram dor forte a intensa no grupo Placebo, sem, no entanto, esse resultado ter alcançado significância estatística ($p>0,05$). Essa diferença não foi sustentada, no entanto, nas horas seguintes, sendo que seis horas após o procedimento, paradoxalmente, houve discretamente, um maior número de pacientes do grupo Anestésico que referiram dores de intensidade forte a intensa, semelhante ao descrito por Corman, que refere que a dor mais intensa é tardia, após o efeito anestésico ter dissipado²³. Após a 12^a hora, o número de pacientes e a intensidade da dor tiveram redução gradativa, sendo que, no grupo Anestésico, prevaleceram dores de menores intensidades do que no grupo Placebo, da mesma forma que um maior número de pacientes do grupo Placebo ainda referiu dor após a 72^a hora. No entanto, esses resultados não alcançaram significância estatística($p>0,05$).

Embora haja uma demanda significativa para realização de LE para tratamento da DHI, o número de pacientes do estudo foi inferior ao planejado em função de greve de funcionário do HU.

O creme anestésico parece reduzir a frequência e intensidade da dor no momento da ligadura e nas 6 horas subsequentes, mas não reduz essa morbidade mais tardiamente. Devemos buscar opções que reduzam o desconforto de um método minimamente invasivo importante no tratamento das hemorroidas.

7 CONCLUSÃO

- ✓ Foram estudados 30 pacientes com DHI graus II e III, onde o sangramento, o ardor e o prurido foram os sintomas mais prevalentes.
- ✓ A utilização do creme anestésico antes de LE foi capaz de reduzir a frequência e intensidade da dor no momento da ligadura e até 6 horas do procedimento.

- ✓ Não houve diferença na redução da frequência e intensidade da dor tardiamente – de 12 a 72 horas.
- ✓ Houve redução da ocorrência de tenesmo vesical no grupo Anestésico.
- ✓ Não houve diferença quanto à ocorrência de outras complicações nos dois grupos.
- ✓ Não houve nenhuma complicação inerente ao uso do anestésico tópico ou do placebo.

8 REFERENCIAS

1. Moreira, CAX. Ligadura elástica de hemorroidas. Uma opção não cirúrgica – Análise crítica. Rev Bras Coloproct. 1993;13(2):51-54.
2. O papel da ligadura elástica no tratamento das hemorroidas. Opinião pessoal. Rev Bras Coloproct. 1983;3(1):43-44.
3. MacRae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities: a metaanalysis. Dis Colon Rectum 1995;38:687-94.
4. Murie JA, Mackenzie I, Sim AJ. Comparison of rubber band ligation and haemorrhoidectomy for second- and thirddegree haemorrhoids: a prospective clinical trial. Br J Surg. 1980;67:786-8.
5. Balasubramaniam S, Kaiser AM. Management options for symptomatic hemorrhoids. Curr Gastroenterol Rep 2003;5:431-7.
6. Bernal JC, Enguix M, García JL, Romero JG, Peris RT. Ligadura con banda elástica de las hemorroides en una Unidad de Coloproctología: Estudio prospectivo. Rev esp enferm dig. 2005;97(1):38-45.
7. Reis Neto, JA et al. Macroligadura alta: Um novo conceito no tratamento ambulatorial das hemorroidas. Rev bras Coloproct. 2003;23(1):9-14.
8. MacKay D. Hemorrhoids and varicose veins: a review of treatment options. Altern Med Rev 2001;6:126-40.

9. Moreira CAX. Tratamento de hemorróidas pelo método da ligadura elástica. Rev bras Coloproct 1981;1(2):27-31.
10. Motta MM, Júnior JBS, Santana LO, Fernandes IL, Moura AR, Prudence ACL, Neto JRT. Tratamento da doença hemorroidária com ligadura elástica: estudo prospectivo com 59 pacientes. Rev bras Coloproct, 2011;31(2):139-146.
11. Watson NFS, Liptrott S, Maxwell-Armstrong CA. A prospective audit of early pain and patient satisfaction following out-patient band ligation of haemorrhoids. Ann R Coll Surg Engl 2006;88(3):275-9.
12. Costa e Silva IT, Chamhie Jr E, Novo NF, Juliano Y, Goldenberg S. Frequencia da dor após ligadura elástica de hemorroidas: estudo prospectivo e randomizado. Rev Bras Coloproct. 1990;10(4):134-138.
13. Fernandes RHO, Canali C, Bertoul I, Longhi JA. Uso de lidocaína spray em ligaduras elásticas de hemorróidas - estudo prospectivo. Rev bras Coloproct. 2003;23(3):183-186.
14. Williams JA , Evans JC. An assessment of anesthetic-steroid suppositories: a controlled trial following rubber-band ligation of hemorrhoids. Dis Colon Rectum. 1972;15:66-8.
15. Hoker Gd, Plewes EA, Rajgopal C, Taylor BM. Local injection of bupivacaine after rubber-band ligation of hemorrhoids: prospective, randomized study. Dis Colon Rectum. 1999;42:174-79.
16. Law WL , Chu KW. Triple rubber-band ligation for hemorrhoids: prospective, randomized trial of local anesthetic injection. Dis Colon Rectum. 1999;42:363-66.
17. Johanson JF, Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation: an epidemiologic study. Gastroentelology 1990;98:380-6.
18. Cruz GMG, Ferreira RMRS, Neves PM. Doença Hemorroidária: Aspectos Epidemiológicos e Diagnósticos de 9.289 Pacientes Portadores de Doença Hemorroidária. Rev bras Coloproct. 2006;26(1):6-23.

19. Poon GP, Chu KW, Lau WY, Lee JMH, Yeoug C, Fan ST et al. Convencional vs. triple band ligation for hemorrhoid: a prospective randomizad trial. *Dis Colon Rectum*. 1986;29:836-838.
20. Weinstein SJ, Rypins EB, Houck J, Thrower S. Single session treatment for bleeding hemorrhoids. *Surg Gynecol Obstet*. 1987;165(3):479-482.
21. Hoker GD, Plewes EA, Rajgopal C, Taylor BM. Local injection of bupivacaine after rubber-band ligation of hemorrhoids: prospective, randomized study. *Dis Colon Rectum*. 1999;42:174- 79.
22. Williams JA , Evans JC. An assessment of anesthetic-steroid suppositories: a controlled trial following rubber-band ligation of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 1972;15:66-8.
23. Marvin L. Corman. *Colon and Rectal Surgery*. Third edition, Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1993.

ANEXO 1

Tabela 4. Intensidade e frequência da dor nos momentos avaliados.

	Anestésico n(%)	Placebo n(%)	<i>P</i>
Dor hora 0: 0	5 (33,3)	2 (13,3)	
1	2 (13,3)	2 (13,3)	
2	4 (26,7)	2 (13,3)	0,42
3	1 (6,7)	2 (13,3)	
4	2 (13,3)	2 (13,3)	
5	1 (6,7)	5 (33,3)	
Dor hora 6: 0	2 (13,3)	4 (26,7)	
1	2 (13,3)	2 (13,3)	
2	1 (6,7)	0 (0,0)	
3	5 (33,3)	4 (26,7)	0,82
4	2 (13,3)	3 (20,0)	
5	3 (20,0)	2 (13,3)	
Dor hora 12: 0	6 (40,0)	6 (40,0)	
1	2 (13,3)	3 (20,0)	
2	0 (0,0)	1 (6,7)	
3	5 (33,3)	3 (20,0)	0,89
4	1 (6,7)	1 (6,7)	
5	1 (6,7)	1 (6,7)	
Dor hora 24: 0	7 (46,7)	7 (46,7)	
1	3 (20,0)	1 (6,7)	
2	2 (13,3)	3 (20,0)	
3	2 (13,3)	1 (6,7)	0,72
4	1 (6,7)	2 (13,3)	
5	0 (0,0)	1 (6,7)	
Dor hora 48: 0	10 (66,7)	10 (66,7)	
1	1 (6,7)	0 (0,0)	
2	2 (13,3)	1 (6,7)	
3	1 (6,7)	3 (20,0)	0,50
4	1 (6,7)	0 (0,0)	
5	0 (0,0)	1 (6,7)	
Dor hora 72: 0	12 (80,0)	10 (66,7)	
1	0 (0,0)	1 (6,7)	
2	2 (13,3)	3 (20,0)	
3	0 (0,0)	0 (0,0)	0,50
4	1 (6,7)	0 (0,0)	
5	0 (0,0)	1 (6,7)	