



MED-REVIEW



**DOENÇA
HEMORROIDÁRIA
E FISSURA ANAL**

Antes de você mergulhar nesse conteúdo, é importante entender quem somos e por que milhares de médicos e residentes confiam na gente.

A **MED-Review** é uma das maiores plataformas de ensino médico do Brasil.

Criada por médicos, para médicos, ela tem uma missão clara: **transformar a forma como você aprende e se prepara, não só para as provas mais exigentes da carreira, mas para a vida profissional.**



Nossa metodologia une:



Didática Absurda



Estudo Ativo & Repetição Espaçada



Neurociência

Tudo isso para fazer você aprender mais em menos tempo, com conteúdo direto ao ponto, leve e, acima de tudo: eficiente.



Aulas com linguagem acessível e visual envolvente.



Simulados mensais.



Qbank com milhares de questões comentadas e filtros inteligentes.



Suporte próximo para dúvidas.



Flashcards com memória visual e repetição espaçada.

Dezenas de milhares de médicos já fazem parte dessa jornada.

E agora, você também pode dar o próximo passo.



MED-REVIEW

ESTÁ SEM TEMPO?

O que mais cai em prova nesse tema

Se você está na reta final de revisão ou precisa memorizar rapidamente as condutas e pegadinhas mais cobradas nas provas, dê uma olhada nesse mapa a seguir:

DOMÍNIO	TÓPICO DE ALTA FREQUÊNCIA	PADRÃO CLÍNICO / DIAGNÓSTICO	CONDUTA OURO DE PROVA
Anatomia Anal	Linha pectínea (Dentada)	" Acima: inervação visceral (indolor), epitélio colunar/transição, drenagem portal. " Abaixo: inervação somática (dor intensa), epitélio escamoso, drenagem caval.	Diferenciar sangramento vivo indolor (interna) de dor intensa com edema/massa (externa ou complicação).
Hemorroida Interna	Classificação de Goligher	Grau I: Sangra, sem prolapso. Grau II: Prolapso com redução espontânea. Grau III: Prolapso exige redução manual. Grau IV: Irredutível.	Grau I: Conservador. Graus II e III: Ligadura Elástica (ambulatorial). Grau IV / Falha: Hemorroidectomia cirúrgica.
Cirurgia Hemorroidária	Técnicas Excisionais	Milligan-Morgan: Técnica aberta (ferida cicatriza por 2ª intenção; a mais usada no Brasil) Ferguson: Técnica fechada (sutura da ferida mucosa).	Indicação: Grau IV, falha do tratamento ambulatorial, componente externo volumoso associado.
Trombose Hemorroidária	Tempo de evolução (< 72h vs. > 72h)	Dor anal aguda, súbita e intensa, acompanhada de nódulo violácea doloroso na margem anal.	< 72 horas: Excisão local / Trombectomia sob anestesia local. > 72 horas: Tratamento conservador

DOMÍNIO	TÓPICO DE ALTA FREQUÊNCIA	PADRÃO CLÍNICO / DIAGNÓSTICO	CONDUTA OURO DE PROVA
Fissura Anal	Localização e Fisiopatologia	Dor anal evacuatória em "lâmina de barbear" + sangramento vivo em pequena quantidade no papel. 90% na Linha Média Posterior (área de menor perfusão vascular).	Fisiopatologia: Hipertonia do Esfíncter Anal Interno (EAI) → Isquemia relativa da comissura posterior → Falha de cicatrização.
Fissura Crônica	Tríade de Brodie	Fissura com mais de 6 semanas de evolução ou com alterações estruturais crônicas visíveis ao exame físico.	Tríade de Brodie: 1. Plicoma sentinela (externo) 2. Fissura/Úlcera anal com fibras do EAI visíveis 3. Papila anal hipertrófica (interna).
Tratamento da Fissura	Clínico vs. Cirúrgico	Clínico (1ª linha): Fibras + Banho de assento + Vasodilatadores tópicos (Diltiazem). Cirúrgico: Fissuras crônicas refratárias.	Padrão-ouro cirúrgico: Esfincterotomia Anal Interna Lateral (EIL).

INTRODUÇÃO E ANATOMIA DO CANAL ANAL

Contexto clínico e relevância em prova

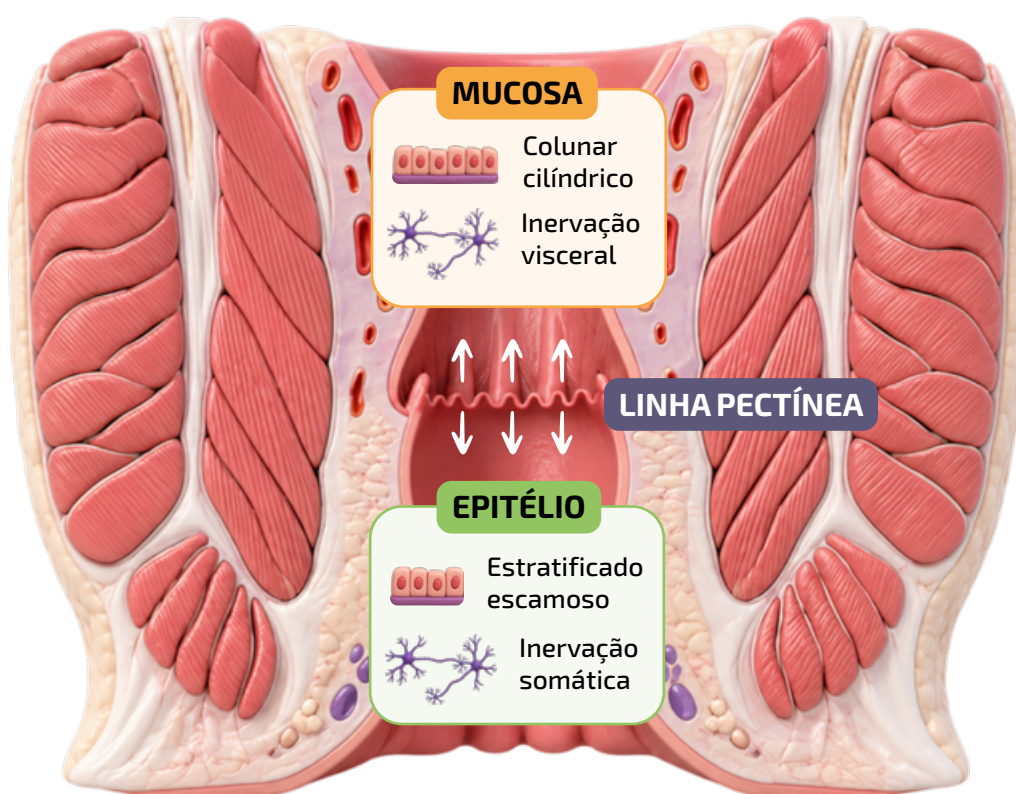
Pense no seu plantão no Pronto-Socorro ou no atendimento ambulatorial: a queixa de sangramento anal ou dor evacuatória é uma das mais frequentes da cirurgia geral e coloproctologia. Nas provas, as bancas adoram cobrar esses temas porque a diferenciação entre afecções benignas do canal anal exige o domínio absoluto da anatomia regional.

Você não precisa memorizar acidentes anatômicos raros, mas sim entender o “divisor de águas” do canal anal. Se você domina a anatomia da linha pectínea e dos esfíncteres, você acerta praticamente qualquer questão de diagnóstico diferencial entre hemorroidas, fissura anal e abscessos.

Marco anatômico central — A Linha pectínea

Imagine o canal anal dividido horizontalmente por uma linha serrilhada situada a cerca de 2 cm da margem anal: a **Linha pectínea** (ou Linha Dentada). Ela marca a transição embrionária entre o endoderma (superior) e o ectoderma (inferior), servindo como o limite mais importante de toda a proctologia.

Acima da linha pectínea, a mucosa é colunar ou de transição, a inervação é puramente **visceral** (inconsciente e insensível à dor cortante) e a drenagem venosa segue primariamente para o **sistema portal** (via veia retal superior). Abaixo dela, o revestimento é de anoderma/epitélio escamoso estratificado, a inervação é **somática** (altamente sensível à dor, conduzida pelos nervos pudendos) e a drenagem venosa vai para o **sistema caval** (via veias retais inferiores).





ATENÇÃO NA PROVA

A consequência prática direta dessa divisão anatômica é categórica: qualquer lesão ou procedimento **acima** da linha pectínea (como a ligadura elástica ou hemorroidas internas não complicadas) é **indolor**. Em contrapartida, qualquer afecção ou manipulação **abaixo** dela (hemorroida externa trombosada, fissura anal) provoca **dor intensa e aguda**.

Aparelho esfinteriano e coxins vasculares

O mecanismo de continência anal e sustentação do canal depende de dois esfíncteres e da presença de coxins anatômicos normais. O **Esfíncter Anal Interno (EAI)** é uma continuação da camada muscular circular do reto, composto por musculatura lisa sob controle **involuntário** (autônomo). Já o **Esfíncter Anal Externo (EAE)** é formado por musculatura estriada esquelética, estando sob controle **voluntário** (somático).

Os coxins hemorroidários não são "doenças", mas sim estruturas anatômicas fisiológicas presentes em todos os indivíduos. Tratam-se de proeminências submucosas compostas por plexos arteriovenosos e tecido conjuntivo que auxiliam na vedação fina do canal anal durante o repouso.

Anatomicamente, esses coxins vasculares estão dispostos em três posições constantes no canal anal, correspondendo à distribuição dos ramos da artéria retal superior:

- **Lateral esquerda** (posição de 3 horas).
- **Anterolateral direita** (posição de 11 horas).
- **Posterolateral direita** (posição de 7 horas).

DOENÇA HEMORROIDÁRIA — DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO

Fisiopatologia e fatores de risco

A doença hemorroidária ocorre quando os coxins vasculares normais sofrem ingurgitamento venoso, hipertrofia e frouxidão do seu aparato de fixação. Esse deslizamento dos coxins para o exterior do canal anal leva ao prolapso e ao sangramento recorrente.

Os principais fatores de risco envolvem situações que aumentam a pressão intra-abdominal crônica ou dificultam o retorno venoso local:

- **Constipação intestinal crônica** e esforço evacuatório prolongado.
- **Gestação** (devido à compressão mecânica da veia cava e alterações hormonais).

- **Dieta pobre em fibras** (gerando fezes endurecidas e de pequeno volume).
- **Envelhecimento** (que promove a fragmentação e perda da elasticidade do tecido de sustentação).



DICA PRÁTICA

A hipertensão portal (como na cirrose hepática) pode gerar varizes anorretais, mas **não é a causa primária** da doença hemorroidária clássica. A doença hemorroidária é decorrente de alteração mecânica e vascular dos coxins, e não de hipertensão venosa sistêmica isolada.

Hemorroidas Internas x Externas

Você está no atendimento ambulatorial e examina dois pacientes com queixas anais distintas. O primeiro refere sangramento vermelho vivo no vaso sanitário após evacuar, sem dor. O segundo relata um “caroço” doloroso na borda do ânus que surgiu subitamente após fazer força. Como diferenciar ambos com precisão?

A resposta está na origem morfológica em relação à linha pectínea:

- **Hemorroidas Internas:** Originam-se do plexo hemorroidário interno, localizado **acima** da linha pectínea. São cobertas por mucosa intestinal, possuem inervação visceral e sua manifestação clássica é o **sangramento indolor** (pingo no vaso) e/ou prolapso.

HEMORROIDA INTERNA COM PROLAPSO DA MUCOSA



- **Hemorroidas Externas:** Originam-se do plexo hemorroidário externo, localizado **abaixo** da linha pectínea. São recobertas por anodermia, possuem inervação somática dolorosa e manifestam-se por **dor local**, desconforto ou aparecimento de plicomas.

HEMORROIDA EXTERNA



ERRO COMUM

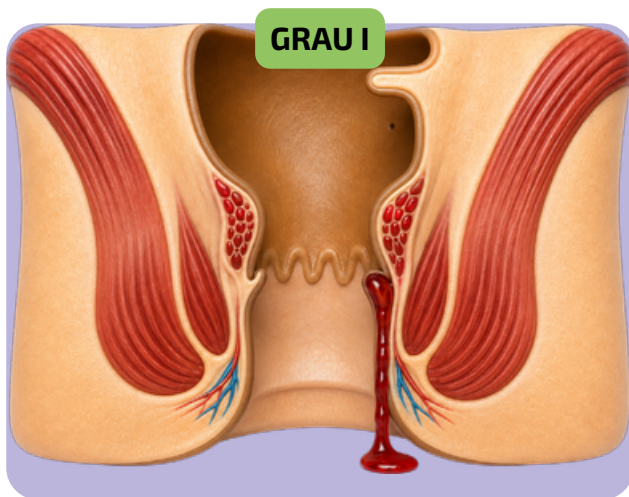
Achar que hemorroida interna não complicada dói! Lembre-se: hemorroida interna **NÃO DÓI**, a menos que sofra complicação aguda grave, como prolapso encarcerado com estrangulamento e necrose!

Classificação de Goligher (Hemorroidas Internas)

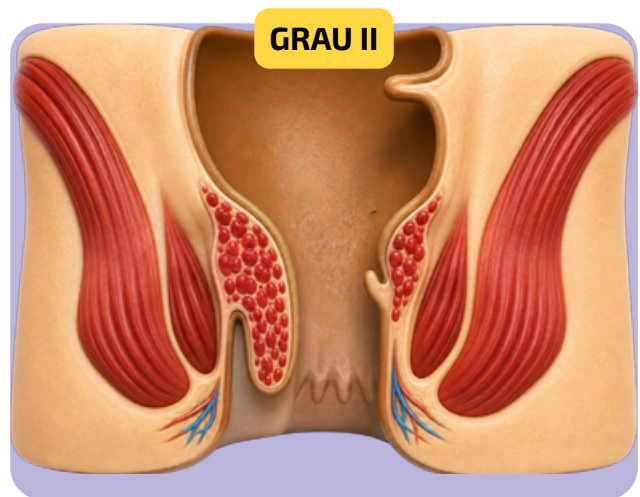
A classificação de Goligher estratifica a gravidade exclusivamente das **hemorroidas internas** de acordo com a presença e o comportamento do prolapso. Esse estadiamento é o pilar que orienta a escolha terapêutica na prova e na prática cirúrgica.

A classificação é dividida em 4 graus progressivos:

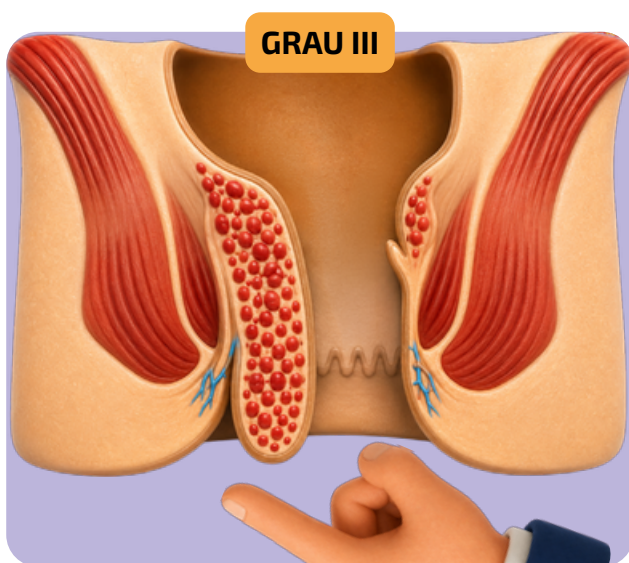
- **Grau I:** Sangram, mas **não se prolapsam** para fora do canal anal.
- **Grau II:** Prolapsam durante o esforço evacuatório, mas apresentam **redução espontânea**.
- **Grau III:** Prolapsam ao esforço e necessitam de **redução manual** para retornar ao canal anal.
- **Grau IV:** Mantêm-se **prolapsadas permanentemente** (irredutíveis), com risco elevado de estrangulamento.



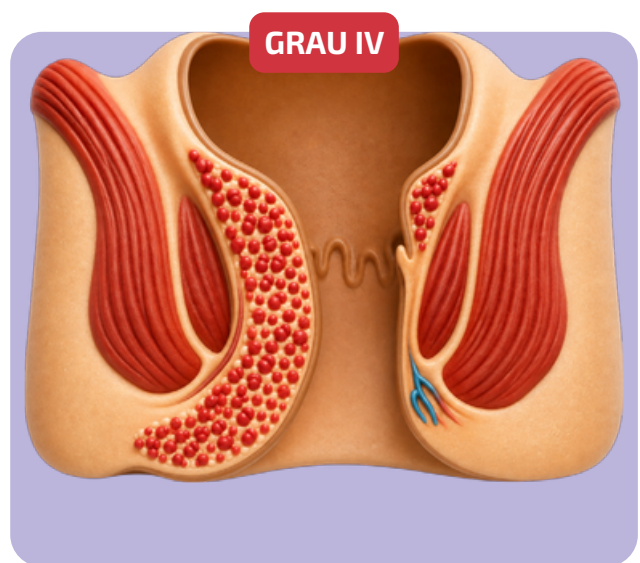
Sangramento sem prolapso.



Prolapso com redução espontânea.



Prolapso com redução manual.



Prolapso sem redução.

DOENÇA HEMORROIDÁRIA — MANEJO E TRATAMENTO

Tratamento clínico e comportamental

Você atende no ambulatório um paciente com queixa de sangramento vivo ao evacuar, sem dor. Ao exame, constata hemorroidas internas Grau I ou Grau II. Qual é o primeiro passo?

O pilar inicial para todos os pacientes com doença hemorroidária sintomática — especialmente nos Graus I e II — é o tratamento clínico conservador. O objetivo principal é modificar a consistência das fezes e reduzir o esforço evacuatório. A conduta baseia-se na tríade fundamental:

- **Suplementação de fibras:** Aumento do aporte dietético (25 a 30 g/dia) ou uso de *psyllium* para formar um bolo fecal macio e volumoso.

- **Hidratação abundante:** Ingestão de 2 a 3 litros de água por dia para garantir a eficácia das fibras.
- **Reeducação evacuatória:** Orientar o paciente a não adiar a evacuação e proibir o hábito de permanecer sentado no vaso sanitário por tempo prolongado (como mexendo no celular).

Para o alívio sintomático em crises agudas, associamos banhos de assento com água morna (promovem relaxamento do esfíncter anal e reduzem o espasmo) e analgésicos simples que ajudam a diminuir o edema e a frequência do sangramento.

Procedimentos ambulatoriais

O paciente retornou após 8 semanas de tratamento clínico bem feito, mas continua apresentando episódios frequentes de prolapso espontâneo e sangramento (Hemorroida Interna Grau II ou III de pequeno volume). O que fazer agora?

Neste cenário, indicamos os procedimentos ambulatoriais não-excisionais. Eles são realizados no próprio consultório, sem necessidade de anestesia geral ou bloqueio raquidiano. A principal modalidade que temos é a ligadura elástica:

Ligadura Elástica (Padrão-Ouro Ambulatorial): Um anel de borracha é aplicado na base do coxim hemorroidário. Isso estrangula o fluxo sanguíneo, gerando isquemia, necrose e posterior queda do tecido em 7 a 10 dias, resultando em uma cicatriz fibrosa que fixa a mucosa.



PULO DO GATO

A ligadura elástica deve ser aplicada **obrigatoriamente de 1 a 2 cm ACIMA da linha pectínea**. Como a região acima da linha pectínea possui inervação visceral, o procedimento é praticamente indolor. Se o anel for disparado abaixo da linha pectínea (inervação somática), o paciente sentirá dor excruciante imediata.



Tratamento cirúrgico excisional (Hemorroidectomia)

Quando o tratamento clínico ou ambulatorial falha, ou quando nos deparamos com hemorroidas internas Grau IV, hemorroidas Grau III volumosas ou doença mista (com componente externo sintomático significativo), a cirurgia excisional passa a ser a conduta definitiva.

A hemorroidectomia consiste na ressecção dos coxins hemorroidários doentes com ligadura do seu pedículo vascular. As duas técnicas clássicas mais cobradas nas provas são:

- **Técnica de Milligan-Morgan (Técnica Aberta):** É a técnica mais realizada no Brasil. Os coxins mamilares são ressecados e as feridas cirúrgicas na anodermia são **deixadas abertas** para cicatrizar por segunda intenção, separadas por pontes muco-cutâneas para evitar estenose anal.



- **Técnica de Ferguson (Técnica Fechada):** Mais popular nos Estados Unidos. Ocorre a ressecção do coxim hemorroidário, porém as feridas mucocutâneas são **suturadas e fechadas** por primeira intenção. Apresenta cicatrização um pouco mais rápida, mas com risco de deiscência da sutura.





ERRO COMUM

Trocar o nome das técnicas na hora da prova! Guarde esta associação simples para nunca mais errar:

- **Milligan-Morgan** = **Mesmo Aberta** (ferida aberta por 2ª intenção).
- **Ferguson** = **Fechada** (sutura contínua por 1ª intenção).

Tratamento cirúrgico não-excisional e novas tecnologias

E se o paciente tem um prolapso mucoso circunferencial importante (Grau III ou IV), mas tem pavor da dor do pós-operatório da hemorroidectomia convencional?

Para esses casos selecionados, surgiram as técnicas cirúrgicas não-excisionais, cujo principal foco é reduzir a dor pós-operatória ao evitar feridas na anoderma sensível. As duas principais metodologias são:

- **Anopexia Grampeada (PPH - Procedure for Prolapse and Hemorrhoids)**: Utiliza um grampeador circular que resseca um anel circular de mucosa e submucosa retal **acima da linha pectínea**. Isso interrompe a vascularização e traciona os coxins prolapso de volta para a sua posição anatômica original.
- **Desarterialização Hemorroidária Transanal (THD)**: Com auxílio de um ultrassom Doppler transanal, o cirurgião localiza os ramos terminais das artérias retais superiores e realiza a ligadura focal desses vasos, associada à mucopexia (plicatura da mucosa prolapsada).

TÉCNICA	MECANISMO	PRINCIPAL VANTAGEM	PRINCIPAL DESVANTAGEM / LIMITAÇÃO
Milligan-Morgan / Ferguson	Excisão completa dos coxins doentes.	Menor taxa de recidiva a longo prazo.	Dor pós-operatória significativa.
Anopexia Grampeada (PPH)	Ressecção mucosa circular e grampeamento superior.	Menos dor pós-operatória e retorno precoce às atividades.	Maior taxa de recidiva do prolapso; não trata plicomas externos.
Desarterialização (THD)	Ligadura arterial guiada por Doppler + Mucopexia.	Procedimento sem corte, baixa dor pós-operatória.	Custo elevado; taxa de recidiva maior em Graus IV fixos.

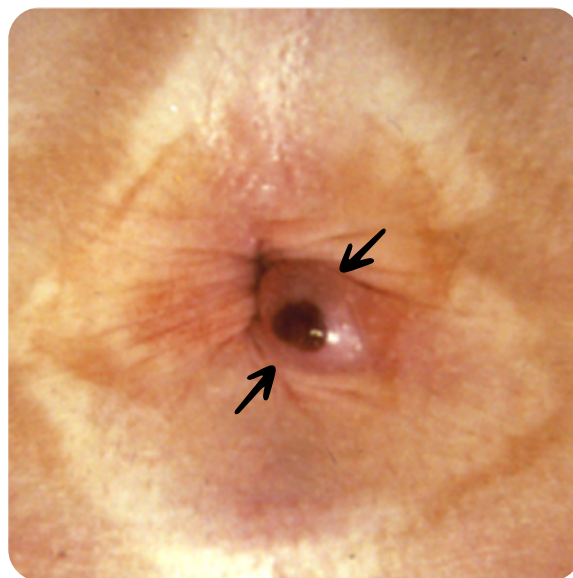
Trombose Hemorroidária

Chega ao Pronto-Socorro um paciente jovem relatando dor anal súbita, intensa e contínua há 24 horas, que piora ao sentar e evacuar. Ao exame físico, você identifica um nódulo violáceo, enrijecido e extremamente doloroso à palpação na margem anal (plexo externo).

Trata-se de uma **Trombose Hemorroidária Externa**, uma complicação aguda decorrente da formação de um coágulo no interior das veias do plexo hemorroidário externo. O grande divisor de águas para definir a conduta na prova e no plantão é o **tempo de evolução dos sintomas**:

- **Sintomas com menos de 72 horas (< 72h):** O paciente está no pico da dor e o trombo está recente. A conduta indicada é a **Excisão local (Trombectomia ou Hemorroidectomia de urgência)** sob anestesia local. A remoção do trombo ou do coxim acometido gera alívio imediato e dramático da dor.
- **Sintomas com mais de 72 horas (> 72h):** O pico inflamatório já passou, a dor está em regressão e o organismo iniciou o processo de reabsorção espontânea do trombo. A conduta é estritamente **CONSERVADORA** (analgésicos sistêmicos, anti-inflamatórios, banho de assento morno e laxantes formadores de bolo fecal).

HEMORROIDA EXTERNA COM
TROMBO HEMORROIDÁRIO



ATENÇÃO NA PROVA

O manejo da trombose hemorroidária, mesmo quando recente (< 72h), varia bastante a depender da referência utilizada! Não deixe de fazer questões antigas da sua prova-alvo e veja qual é a preferência do serviço (manejo conservador ou intervencionista).

O que a banca mais cobra sobre Doença Hemorroidária

Para fechar o tema com chave de ouro, existem dois cenários de pós-operatório e populações especiais que as bancas amam colocar em questões de pegadinha.

1. Complicação Pós-Operatória Precoce Mais Comum:

Após uma hemorroidectomia, a complicação precoce mais frequente **NÃO** é o sangramento nem a infecção, mas sim a **Retenção Urinária Aguda**. Ela ocorre por espasmo reflexo do músculo levantador do ânus e da musculatura perineal, potencializado pela dor e pela hidratação venosa no intraoperatório.

(Dica de conduta: Analgesia otimizada, restrição hídrica moderada e sonda de alívio se necessário).

2. Manejo da Doença Hemorroidária na Gestante:

A gestação é um fator predisponente clássico devido ao aumento da pressão intra-abdominal e ação da progesterona. No entanto, a conduta na gestante é **PREFERENCIALMENTE CONSERVADORA** (dieta rica em fibras, banhos de assento e analgésicos). A hemorroidectomia eletiva é contraindicada durante a gestação, devendo ser postergada para após o puerpério.

(Exceção única: Trombose hemorroidária grave com dor refratária nas primeiras 72h, em que se pode realizar a trombectomia local sob anestesia local).

Questão Estratégica — Classificação e Manejo da Doença Hemorroidária



QUESTÃO UNESP - 2023

Mulher de 32 anos queixa-se da presença de sangue vivo no papel higiênico após a evacuação, acompanhada por dor anal há 2 semanas. Exame proctológico: botão hemorroidário em parede lateral esquerda, com origem acima da linha pectínea, prolapsado pelo canal anal, não sendo possível redução manual. O diagnóstico da hemorroida e a melhor conduta são:

- A) Externa trombosada; trombectomia.
- B) Mista; ligadura elástica.
- C) Interna grau IV; hemorroidectomia.
- D) Interna grau III; hemorroidectomia.

Comentário:

Para acertar a questão sem hesitar, precisamos destrinchar duas etapas lógicas: o **estadiamento anatômico** e a **indicação terapêutica**.

1. **Origem Anatômica:** O enunciado destaca que o mamilo hemorroidário tem **origem acima da linha pectínea (pectinada)**. Por definição, lesões originadas acima da linha pectinada correspondem a **hemorroidas internas**.
2. **Classificação de Goligher:** O exame proctológico evidencia um prolapso que **não permite redução manual** (prolapso permanente/irredutível). Pela Classificação de Goligher, o prolapso irredutível conceitua a **Hemorroida Interna Grau IV**.
3. **Definição da Conduta:** O manejo da hemorroida interna Grau IV é prioritariamente **cirúrgico excisional (Hemorroidectomia)**.

Gabarito: Letra C



CONEXÃO COM O CONTEÚDO

Esta questão exemplifica perfeitamente a aplicação prática da Classificação de Goligher cobrada em prova. O prolapso irredutível é o critério divisor de águas que define o Grau IV e impõe a indicação formal de tratamento cirúrgico excisional (hemorroidectomia), excluindo abordagens ambulatoriais conservadoras.

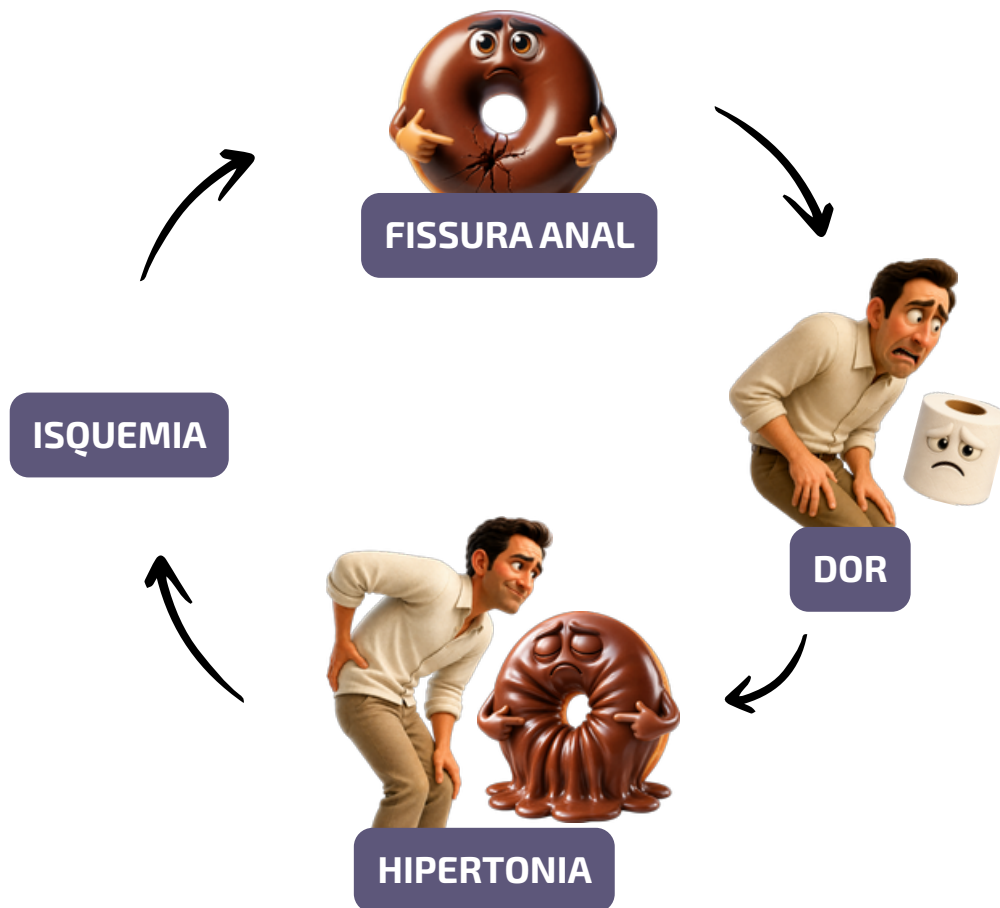
FISSURA ANAL — DIAGNÓSTICO E FISIOPATOLOGIA

Fisiopatologia e a “isquemia posterior”

Imagine que um paciente com constipação intestinal passa por um episódio de fezes extremamente endurecidas e volumosas. Ao evacuar, ocorre um traumatismo mecânico direto sobre o anoderma — uma pele altamente sensível localizada na porção distal do canal anal. Esse trauma gera uma pequena laceração linear: a **fissura anal aguda**.

A partir dessa pequena ferida, dispara-se o ciclo vicioso clássico da fissura anal:

1. **Trauma e Dor Somática:** A laceração do anoderma estimula nociceptores somáticos extremamente sensíveis.
2. **Hipertonia Reflexa do EAI:** A dor intensa gera um espasmo reflexo involuntário do **Esfíncter Anal Interno (EAI)**, elevando significativamente a pressão de repouso do canal anal.
3. **Isquemia Local:** O EAI hipertônico comprime os pequenos ramos arteriais penetrantes derivados da artéria retal inferior.
4. **Falha na Cicatrização:** Sem perfusão sanguínea adequada, a ferida não consegue cicatrizar e se perpetua.



PULO DO GATO

Por que **90% das fissuras** ocorrem na **linha média posterior**?

Estudos anatômicos demonstram que a comissura posterior do canal anal possui uma irrigação arterial naturalmente mais pobre (isquemia fisiológica relativa) e menor suporte muscular. Quando a pressão de repouso do EAI se eleva, essa área é a primeira a sofrer isquemia crônica.

Apresentação clínica e localização típica

No PRONTO-SOCORRO ou no ambulatório, o relato do paciente com fissura anal é inconfundível. Ele chega referindo uma dor anal lancinante, descrita classicamente como uma sensação de "**evacuar cacos de vidro**" ou uma "**lâmina de barbear**".

A dor surge no momento exato da evacuação e persiste por vários minutos a horas após o término do ato evacuatório (devido ao espasmo prolongado do esfíncter). Por medo de sentir dor, o paciente passa a adiar as evacuações, o que resseca ainda mais as fezes e piora a lesão no próximo episódio.

O sangramento é tipicamente de **pequeno volume**, caracterizado por sangue vermelho vivo que aparece em estrias cobrindo as fezes ou sujando o papel higiênico ao se limpar.



CARACTERÍSTICA	HEMORROIDA INTERNA	FISSURA ANAL
Dor	Indolor (salvo complicações agudas)	Dor intensa, excruciante ("lâmina de barbear")
Sangramento	Abundante ("pingo ou jato no vaso")	Pequeno volume (estrias no papel higiênico)
Localização da dor	Profunda / Visceral (quando presente)	Cutânea / Somática na margem anal

Quanto à localização anatômica no exame proctológico:

- **Linha Média Posterior (90%):** Localização clássica e mais frequente em ambos os sexos.
- **Linha Média Anterior (10%):** Mais observada em mulheres, frequentemente associada a trauma obstétrico prévio ou fragilidade do corpo perineal.



ATENÇÃO NA PROVA

No atendimento agudo da fissura anal, **O TOQUE RETAL É CONTRAINDICADO!** A simples tentativa de introduzir o dedo no canal anal provocará dor excruciante e espasmo muscular grave. O diagnóstico é feito pela inspeção estática e dinâmica delicada com o afastamento suave das nádegas.

Classificação e a Tríade de Brodie (Fissura Crônica)

Como diferenciar se a fissura anal do seu paciente é um episódio agudo recente ou se já evoluiu para um quadro crônico estruturado? O divisor temporal de corte é de **6 semanas**.

- **Fissura Anal Aguda (< 6 semanas):** Apresenta-se como um corte linear superficial e avermelhado, com bordas nítidas e limpas, sem alterações teciduais ao redor.
- **Fissura Anal Crônica (> 6 semanas):** A lesão torna-se uma úlcera profunda com bordas endurecidas e fibrosadas, na base da qual é possível visualizar as fibras circulares esbranquiçadas do Esfíncter Anal Interno (EAI).

FISSURA ANAL AGUDA



Além da profundidade da ferida, a permanência do processo inflamatório crônico leva à formação da famosa **Tríade de Brodie**, um dos conceitos mais cobrados em gastroenterologia e cirurgia geral. A **Tríade de Brodie** é composta por:

1. **Plicoma Sentinela (Externo):** Um excesso de pele edemaciado e fibroso localizado na margem anal, logo abaixo do limite distal da fissura.
2. **Úlcera Anal Crônica:** A lesão central com exposição visível das fibras musculares do Esfíncter Anal Interno.
3. **Papila Anal Hipertrófica (Interna):** Um pólipó fibroepitelial localizado na linha pectínea, no limite proximal da fissura.

FISSURA CRÔNICA



Fissuras Atípicas — Quando desconfiar?

Você examina um paciente e percebe que a fissura anal **não está localizada na linha média** (posterior ou anterior), mas sim na **posição lateral** do canal anal. Ou então nota que o paciente possui múltiplas fissuras indolores e de aspecto sujo. O que isso significa?

Guarde essa regra de ouro para a sua vida médica e para a prova: **Fissura anal fora da linha média RARAMENTE é idiopática**. Fissuras anais **laterais, múltiplas, indolores ou refratárias** ao tratamento convencional são classificadas como **Fissuras Atípicas** e exigem investigação imediata de causas sistêmicas subjacentes:

- **Doença de Crohn:** Causa clássica de fissuras anais múltiplas, laterais, indolores e profundas.
- **Infecções Específicas:** Tuberculose, Sífilis (câncer duro anal), HIV e Citomegalovírus (CMV).
- **Neoplasia:** Carcinoma Espinocelular (CEC) do canal anal ou adenocarcinoma.



DICA PRÁTICA

Diante de uma fissura anal atípica, o tratamento primário **não é a esfínterectomia cirúrgica**. A conduta correta consiste em considerar a **biópsia da lesão** e solicitar exames sistêmicos/colonoscopia para tratar a doença de base. Realizar esfínterectomia em um paciente com Doença de Crohn não diagnosticada pode causar feridas inoperáveis e incontinência anal grave.

FISSURA ANAL — MANEJO E TRATAMENTO

Tratamento clínico conservador e farmacológico

Você atende no ambulatório um paciente com história clássica de dor evacuatória em “lâmina de barbear” há 3 semanas. Ao exame, identifica uma fissura anal posterior aguda. Qual deve ser a primeira abordagem?

O pilar do tratamento da fissura anal — seja ela aguda ou crônica inicial — é a **quebra do ciclo vicioso** (Dor → **Espasmo do EAI** → **Isquemia** → **Não-cicatrização**). Para atingir essa meta, a conduta clínica divide-se em duas frentes integradas: a atenção às fezes e a cicatrização vascular.

1. Medidas Gerais e Comportamentais (Conservador):

- **Adequação Fecal:** Dieta rica em fibras (25 a 30 g/dia) associada a psyllium e ingestão hídrica vigorosa (2 a 3 L/dia). Fezes macias e moldadas evitam o estiramento mecânico e o trauma na margem anal.
- **Banhos de Assento com Água Morna:** Realizados de 2 a 3 vezes ao dia por 10 a 15 minutos. A água morna produz relaxamento reflexo da musculatura esfinteriana, diminuindo a pressão de repouso no canal anal e promovendo alívio imediato da dor.
- **Analgesia Sistêmica:** Uso de paracetamol, dipirona ou anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) em períodos de crise.

2. Tratamento Farmacológico Tópico:

Quando as medidas conservadoras isoladas não curam a fissura ou quando o paciente apresenta dor intensa, indicamos o uso de vasodilatadores tópicos. Essas medicações promovem o relaxamento temporário do Esfíncter Anal Interno (EAI), restaurando o fluxo sanguíneo local e permitindo a reepitelização da ferida. A principal classe que aparece nas provas são os bloqueadores de canal de cálcio:

- **Bloqueadores de Canal de Cálcio Tópicos (Diltiazem 2% ou Nifedipino 0,2%):** Considerados a **primeira linha de escolha na prática**. Promovem relaxamento eficaz da musculatura lisa vascular e esfinteriana com excelente taxa de cicatrização (70–80%) e raros efeitos colaterais.

Tratamento cirúrgico

Imagine que o seu paciente seguiu o tratamento com Diltiazem 2% e banhos de assento por 8 semanas de forma impecável, mas continua apresentando a Tríade de Brodie, dor intensa ao evacuar e fibras visíveis do esfíncter na base da ferida. Qual é o próximo passo?

Diante da falha **do tratamento clínico conservador** ou na presença de **fissura anal crônica refratária (atenção aqui! refratária!)**, o tratamento cirúrgico passa a ser formalmente indicado. O procedimento padrão-ouro é a **Esfincterotomia Anal Interna Lateral (EIL)**.

A técnica consiste na secção parcial da porção distal do Esfíncter Anal Interno (musculatura lisa, involuntária) por uma pequena incisão lateral na anodermia. Ao seccionar as fibras hipertônicas do EAI, a pressão de repouso do canal anal despenca de forma imediata e permanente, permitindo a perfusão da comissura posterior e a cicatrização definitiva da úlcera em mais de 95% dos casos.

ASPECTO	ESFINCTEROTOMIA ANAL INTERNA LATERAL (EIL)
Indicação	Fissura anal crônica refratária ao manejo clínico (> 6 a 8 semanas).
Alvo Muscular	Esfíncter Anal Interno (EAI) — musculatura lisa involuntária.
Eficácia	Padrão-ouro (> 95% de cura das fissuras crônicas).
Principal Complicação	Incontinência anal (principalmente a flatos e sujidade/soiling em 5-15% dos casos).



ATENÇÃO NA PROVA

A complicação tardia mais temida da EIL é a **incontinência fecal ou a flatos**. Por isso, a indicação cirúrgica deve ser criteriosa. Em pacientes com risco prévio aumentado para incontinência (como idosos, múltiparas com laceração obstétrica ou diarreia crônica), deve-se esgotar as tentativas clínicas ou considerar opções alternativas como a toxina botulínica (Botox) intradérmica/intra-esfincteriana.

Questão Estratégica — Diagnóstico e Manejo da Fissura Anal Crônica



QUESTÃO ISCMSP - 2020

Um paciente de 25 anos de idade, constipado, queixa-se de dor, sangramento e abaulamento anal há dois meses. Ao exame proctológico, foram evidenciados plicoma e ulceração na região posterior (6 h) e acentuada hipertonia esfincteriana, com dor ao toque retal. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, o diagnóstico e o melhor tratamento para o paciente.

- A) Fissura anal crônica e cirurgia, com fissurectomia + esfincterotomia.
- B) Fissura anal por doença de Crohn e biológico.
- C) Fissura anal crônica e diltiazem 2% tópico.
- D) Fissura anal por doença de Crohn e mesalazina 500 mg de doze em doze horas.

E) Doença hemorroidária externa complicada, com fissura anal crônica, e analgesia tópica + oral.

Comentário:

Para resolver esta questão com precisão, é necessário dividir a análise em dois passos fundamentais do raciocínio proctológico: a caracterização do tipo de fissura e o sequenciamento correto da conduta.

Diagnóstico (Fissura Anal Crônica Típica):

- **Tempo de evolução:** Sintomas presentes há 2 meses (mais de 6 semanas), o que define o critério temporal de **cronificidade**.
- **Achados morfológicos:** Presença de plicoma sentinela ("abaulamento"), ulceração e hipertonía esfíncteriana localizados na posição de 6 horas (linha média posterior).
- **Afastando Doença de Crohn:** A localização em 6h é a **posição típica** (corresponde a 90% dos casos idiopáticos por isquemia posterior). Fissuras associadas à Doença de Crohn são tipicamente **atípicas** (múltiplas, laterais, indolores ou com aspecto vegetante/sujo).

Definição da Conduta Inicial:

Diante de uma fissura anal crônica típica, a **primeira linha terapêutica** é o tratamento clínico conservador associado ao manejo farmacológico com vasodilatadores tópicos (esfincterotomia química). O **Diltiazem 2% tópico** é o fármaco de escolha devido à alta taxa de cicatrização e menor incidência de cefaleia em comparação aos nitratos.

O tratamento cirúrgico (Esfincterotomia Anal Interna Lateral) é uma excelente opção, porém fica reservado prioritariamente para casos **refratários** após a falha do tratamento químico bem conduzido por 6 a 8 semanas.

Gabarito: Letra C



CONEXÃO COM O CONTEÚDO

A questão consolida a escada terapêutica da fissura anal crônica, reforçando que a abordagem inicial deve priorizar o relaxamento químico do esfíncter interno com **Diltiazem 2%** para restaurar a perfusão tecidual antes de se indicar a abordagem cirúrgica.



SINAIS DE ALARME — QUANDO INDICAR COLONOSCOPIA

A pegadinha do “sangramento atribuído à hemorroida”

Imagine a seguinte cena no seu plantão de Pronto-Socorro ou no ambulatório: chega um paciente de 58 anos queixando-se de sangramento vivo ao evacuar há 3 meses. Você realiza a anoscopia e identifica hemorroidas internas Grau II. O impulso imediato seria prescrever fibras, venotônicos ou indicar ligadura elástica e dar alta, correto?

Cuidado! Essa é uma das armadilhas mais comuns nas provas e na prática médica.

A presença de doença hemorroidária ou de uma fissura anal **não protege o paciente contra o Câncer Colorretal (CCR)** nem contra a Doença Inflamatória Intestinal (DII). Em diversas questões, a banca descreverá um achado proctológico benigno óbvio para “distrair” o candidato, enquanto insere discretamente um sinal de alarme (*red flag*) no enredo para exigir a solicitação de uma **Colonoscopia**.

Principais *red flags* no atendimento proctológico

Ao atender qualquer paciente com queixa proctológica (sangramento, dor, alteração evacuatória ou prolapso), você deve atuar como um “detetive” em busca de sinais que indiquem a necessidade de avaliação endoscópica completa de todo o intestino grosso.

As indicações formais para a solicitação de **Colonoscopia** diante de sintomas anorretais dividem-se em seis domínios principais:

DOMÍNIO DE ALARME	ACHADO CLÍNICO / ANAMNESE	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA A ESCLARECER
Idade Avançada	Pacientes com idade ≥ 45 a 50 anos apresentando sangramento retal de início recente (mesmo com hemorroidas ao exame).	Rastreamento / Diagnóstico de Neoplasia Colorretal ou Pólipos.
História Familiar	Parentes de 1º grau com diagnóstico de Câncer Colorretal, Pólipos Adenomatosos ou Síndromes Hereditárias (Lynch / PAF).	Neoplasia Colorretal Familiar ou Hereditária.
Sintomas Consuntivos	Perda ponderal involuntária, astenia, hiporexia, febre persistente ou sudorese noturna.	Neoplasia Colorretal avançada.



DOMÍNIO DE ALARME	ACHADO CLÍNICO / ANAMNESE	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA A ESCLARECER
Alteração do Hábito Intestinal	Mudança recente no padrão evacuatório (constipação de início recente, diarreia crônica ou alternância entre diarreia e obstipação, afinamento das fezes/fezes "em fita").	Lesão estenosante ou vegetante em cólon esquerdo/sigmoide.
Padrão do Sangramento e Anemia	Sangramento escuro (hematoquezia/melena), fezes misturadas com sangue/muco, ou presença de Anemia Ferropriva / sangramento oculto positivo.	Lesão expansiva ou vascular em cólon direito/proximal.

REVISÃO FINAL

Para consolidar o aprendizado e garantir agilidade máxima durante a resolução de questões na prova, memorize os seguintes padrões:

- **Se sangramento retal vermelho vivo indolor ao evacuar (em pingo/jato no vaso) + prolapso mucoso → pense em: Hemorroida Interna** (classifique de I a IV pela escala de Goligher para definir o tratamento).
- **Se dor anal excruciante ao evacuar ("em lâmina de barbear") + sangramento vivo em pequena quantidade no papel → pense em: Fissura Anal** (investigue a hipertonia do Esfíncter Anal Interno e confirme a localização na linha média posterior).
- **Se nódulo violáceo agudo, enrijecido e doloroso na margem anal há menos de 72 horas → pense em: Trombose Hemorroidária Externa Aguda** (conduta: excisão local / trombectomia sob anestesia local).
- **Se nódulo violáceo na margem anal com dor em regressão há mais de 72 horas → pense em: Trombose Hemorroidária em Reabsorção** (conduta: tratamento conservador com banhos de assento e analgésicos).
- **Se plicoma sentinela externo + úlcera anal profunda com fibras do EAI visíveis + papila anal hipertrófica interna → pense em: Tríade de Brodie (Fissura Anal Crônica)** (lesão com mais de 6 semanas de evolução).
- **Se fissura anal localizada fora da linha média (lateral), múltipla ou indolor → pense em: Fissura Anal Atípica** (investigação mandatória para Doença de Crohn, Tuberculose, Sífilis, HIV ou Neoplasia; esfínterectomia é contraindicada sem diagnóstico de base).
- **Se hemorroida interna Grau I a III sintomática que falhou ao manejo dietético → pense em: Ligadura Elástica** (aplicada obrigatoriamente de 1 a 2 cm ACIMA da linha pectínea para evitar dor somática).

- **Se hemorroida interna Grau IV, prolapso fixo ou componente externo sintomático volumoso → pense em: Hemorroidectomia Excisional** (Milligan-Morgan = ferida aberta; Ferguson = ferida fechada por sutura).
- **Se retenção urinária aguda no pós-operatório imediato de hemorroidectomia → pense em: Espasmo Reflexo do Esfíncter Anal** (complicação cirúrgica precoce mais comum).
- **Se fissura anal crônica refratária ao tratamento farmacológico tópico por 6 a 8 semanas → pense em: Esfincterotomia Anal Interna Lateral (EIL)** (procedimento cirúrgico padrão-ouro; atentar para o risco de incontinência a flatos/fezes).

RESUMO EM 1 MINUTO

- **Linha pectínea:** Divisor anatômico central do canal anal. Acima = inervação visceral (indolor) e drenagem portal. Abaixo = inervação somática (altamente dolorosa) e drenagem caval. **NUNCA** aplique ligadura elástica abaixo dessa linha!
- **Classificação de Goligher (Hemorroidas Internas):**
 - **Grau I:** Sangra, sem prolapso.
 - **Grau II:** Prolapso com redução espontânea.
 - **Grau III:** Prolapso exige redução manual.
 - **Grau IV:** Irredutível / Encarcerado.
- **Manejo da Hemorroida Interna:** Graus I e II = conservador (fibras + hidratação + banhos de assento). Sintomas persistentes nos Graus II e III = **Ligadura Elástica**. Grau IV ou falha = **Hemorroidectomia excisional** (Milligan-Morgan = aberta; Ferguson = fechada).
- **Trombose Hemorroidária Externa:** Nódulo violáceo na margem anal. Se **< 72h = Trombectomia / Excisão local**; se **> 72h = Tratamento conservador**.
- **Fissura Anal Típica:** Dor evacuatória em "lâmina de barbear" + sangue no papel. 90% localizada na **linha média posterior** por isquemia vascular relativa.
- **Tríade de Brodie (Fissura Crônica > 6 semanas):** Plicoma sentinela (externo) + Úlcera exposta com fibras do EAI + Papila anal hipertrófica (interna).
- **Fissuras Atípicas (Laterais ou Múltiplas):** RARAMENTE são idiopáticas! Exigem investigação sistêmica e biópsia (Doença de Crohn, TB, Sífilis, HIV, Neoplasias).
- **Manejo da Fissura Anal:** 1ª linha = Fibras + banho de assento + vasodilatador tópico (**Diltiazem**). Se refratário = **Esfincterotomia Anal Interna Lateral (EIL)** (alerta para o risco de incontinência anal).

Agora que você viveu a metodologia **MED-Review...**

O Extensive **MED-REVIEW** está com inscrições abertas e, se você chegou até aqui, já sabe:

O momento certo para entrar é agora.

imagine ter esse nível de clareza, didática e estratégia em TODA a Medicina?

No Extensive você encontra:

- ✓ **Aulas curtas, ilustradas e narrativas** que fazem até os temas mais complexos parecerem simples.
- ✓ **Qbank** com milhares de questões comentadas alternativa por alternativa.
- ✓ **Flashcards** com repetição espaçada e memória visual, do jeito que o cérebro realmente aprende.
- ✓ **Simulados mensais** para você treinar como prova.
- ✓ **Didática ABSURDA** que acelera sua aprendizagem de verdade.

Acesse agora e descubra por que quem estuda com a **MED-REVIEW** aprende mais, lembra mais e aprova mais.



Siga-nos



@GrupoMEDReview



@GrupoMED-Review



@GrupoMEDReview



MED-REVIEW

