

## HEMORROIDECTOMIA

### RESUMO DAS RECOMENDAÇÕES

Translated by Lara Gonçalves Ribeiro

#### Notas sobre as recomendações PROSPECT

O PROSPECT fornece aos clínicos argumentos de apoio a favor e contra a utilização de várias intervenções na dor pós-operatória com base em evidência publicada e na opinião de especialistas. Os clínicos devem tomar decisões baseadas nas circunstâncias clínicas e regulamentações locais. Em todas as situações, as informações locais sobre prescrição das drogas mencionadas devem ser sempre consultadas.

#### Dor após hemorroidectomia e objetivos da revisão do PROSPECT

A hemorroidectomia está associada a dor moderada a severa pós-operatória. Múltiplos tratamentos farmacológicos, estratégias anestésicas e técnicas cirúrgicas têm sido investigadas para analgesia pós-operatória.

As recomendações PROSPECT para gestão da dor pós-operatória após hemorroidectomia foram previamente publicadas em 2010 ([Joshi et al](#)) e 2017 ([Sammour et al](#)). Contudo, muitos estudos têm sido publicados desde as últimas recomendações, assim, o objetivo da presente revisão ([Bikfalvi et al 2023](#)), foi avaliar a literatura e atualizar as recomendações para a gestão da dor após cirurgia das hemorróides. Foram pesquisadas bases de dados entre 1 de Janeiro de 2016 e 2 de Fevereiro de 2022.

A metodologia PROSPECT está disponível em <https://esraeurope.org/prospect-methodology/>.

## Resumo das recomendações e evidência chave

Resumo das recomendações e evidência chave para gestão da dor em doentes submetidos a cirurgia de hemorróides	
<b>Tratamento farmacológico</b>	<p>Paracetamol combinado com anti-inflamatórios não esteróides (AINES) ou inibidores seletivos da ciclo-oxigenase (COX)-2 devem ser administrados pré ou intra-operatóriamente e continuados no pós-operatório.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Não foram publicados estudos adicionais a investigar estes fármacos desde 2010 (<a href="#">Joshi 2010</a>)</li> </ul>
	<p>Dexametasona ( intravenosa, dose única)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Não foram publicados estudos adicionais a investigar corticoides desde 2010 (<a href="#">Joshi 2010</a>)</li> <li>Dois estudos anteriores, incluíram a betametadona intramuscular, contudo, a dexametasona é utilizada habitualmente como anti-emético e um aumento da dose em 0,1 a 0,2 mg/Kg irão proporcionar analgesia adicional (<a href="#">De Oliveira 2011</a>)</li> </ul>
	<p>Laxantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Esta recomendação é baseada em evidência incluída na revisão anterior (<a href="#">London 1987</a>; <a href="#">Kecmanovic 2006</a>)</li> </ul>
	<p>Metronidazol, diltiazem, sucralfato ou trinitrato de glicerina tópicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A evidência específica para o procedimento concluiu que os seguintes fármacos proporcionam analgesia eficaz: metronidazol tópico (<a href="#">Lyons 2017</a>; <a href="#">Xia 2018</a>; <a href="#">Xia 2020</a>; <a href="#">Abbas 2020</a>; <a href="#">Razzaq 2020</a>; <a href="#">Xia 2022</a>), diltiazem tópico (<a href="#">Xia 2020</a>; <a href="#">Huang 2018</a>; <a href="#">Yadav 2018</a>; <a href="#">Bader 2020</a>; <a href="#">Abidi 2021</a>), sucralfato tópico (<a href="#">Xia 2020</a>; <a href="#">Veidan 2020</a>), e trinitrato de glicerina tópico (<a href="#">Liu 2016</a>; <a href="#">Vahabi 2019</a>)</li> <li>A escolha do tratamento pós-operatório tópico deve ser baseada nas preferências do cirurgião e adaptada às características individuais do doente.</li> </ul>
	<p>Toxina botulínica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Novas evidências indicam que a infiltração local de toxina botulínica reduz a dor pós-operatória (<a href="#">Alvandipour 2021</a>; <a href="#">Sirikurnpiboon 2020</a>; <a href="#">Cheng 2022</a>), mas a incontinência anal não é um resultado mencionado nos estudos incluídos.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contudo, o custo desta intervenção é muito alto para a sua prática, por rotina.</li> </ul> <p>Opióides para resgate</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Devido às preocupações dos efeitos adversos relacionados com os opióides como náuseas e vômitos pós-operatórios, (<a href="#">Frauenknecht 2019</a>), obstipação com conseqüente dor ao evacuar e a sua contribuição para a atual crise de opióides, (<a href="#">Soneji 2016</a>), estes só devem ser considerados como analgésicos de resgate, se os procedimentos recomendados não forem adequados.</li> </ul>
<p><b>Estratégias anestésicas e analgésicas</b></p>	<p>Bloqueio bilateral do nervo pudendo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A evidência indica benefício na realização do bloqueio bilateral do nervo pudendo ( também designado bloqueio isquiorretal) (<a href="#">Li 2021</a>; <a href="#">Mongelli 2021</a>; <a href="#">Di Giuseppe 2020</a>; <a href="#">He 2021</a>; <a href="#">Kumar 2016</a>; <a href="#">Nadri 2018</a>)</li> <li>Contudo, o risco de lesão neurológica e conseqüente neuralgia do pudendo, especialmente se o bloqueio for realizado de forma “cega”, deve ser ponderado em relação ao seu benefício analgésico.</li> </ul>
<p><b>Procedimentos cirúrgicos</b></p>	<p>A técnica cirúrgica deve ser decidida de acordo com o tipo de hemorroides e a experiência e conhecimento do cirurgião</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De realçar que a hemorroidectomia de <i>Milligan Morgan</i> é mais dolorosa do que hemorroidopexia com sutura mecânica e a hemorroidectomia com energia ultrassônica ou bipolar. No entanto, estes últimos são mais dolorosos do que a laqueação arterial transanal guiada por doppler e a laqueação elástica.</li> <li>Estes resultados são baseados numa revisão de 54 estudos que investigaram diferentes técnicas cirúrgicas</li> </ul>
<p><b>Outras modalidades</b></p>	<p>Acupuntura</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A acupuntura perioperatória pode ser recomendada como adjuvante analgésico baseado na evidência específica para o procedimento (<a href="#">Qin 2020</a>; <a href="#">Wu 2018</a>; <a href="#">Yeh 2018</a>; <a href="#">Wang 2020</a>)</li> <li>Contudo, a heterogeneidade nas técnicas estudadas, em associação com a redução da escala de dor inferior a uma unidade, e a necessidade de um procedimento específico para a técnica impedem a sua ampla disseminação na prática clínica.</li> </ul>

COX, ciclo-oxigenase; IV, intravenoso; AINEs, anti-inflamatórios não esteróides.

## Intervenções que NÃO estão recomendadas

Intervenções analgésicas que não estão recomendadas para a gestão da dor em doentes submetidos a cirurgia de hemorroides

Tempo de intervenção	Intervenção	Motivo pelos quais não são recomendados
<b>Tratamentos farmacológicos</b>	Metronidazol oral	Evidência específica para o procedimento inconsistente
	Éster de sebacoil dinalbufina intramuscular	Evidência específica para o procedimento limitada
	Atorvastatina tópica	Evidência específica para o procedimento limitada
	Baclofeno tópico	Evidência específica para o procedimento limitada
	Lidocaina com diclofenac tópico	Evidência específica para o procedimento limitada
<b>Estratégias anestésicas e analgésicas</b>	Raquianestesia	Evidência específica para o procedimento limitada
	Opióide hidrofílico intratecal	Evidência específica para o procedimento limitada
	Infiltração perianal com tramadol	Evidência específica para o procedimento limitada
	Infiltração perianal com anestésico local	Falta de evidência específica para o procedimento
	Infiltração perianal com bupivacaína lipossómica	Falta de evidência específica para o procedimento
	Infiltração perianal com bupivacaína lipossómica combinada com aloé vera	Evidência específica para o procedimento limitada
<b>Procedimentos cirúrgicos</b>	Hemorroidectomia Milligan-Morgan	Falta de evidência específica para o procedimento
	Hemorroidectomia Ferguson	Evidência específica para o procedimento inconsistente
	Infiltração de sulfato de alumínio e potássio e ácido tânico combinado com mucopexia	Evidência específica para o procedimento inconsistente
<b>Outras modalidades</b>	Listas de verificação de medicação pós-operatória	Falta de evidência específica para o procedimento
	Shuangjin ointment com beta- sodium aescinate tópico	Evidência específica para o procedimento limitada
	Decocção modificada de Buzhong Yiqi combinada com pomada Gangtai	Evidência específica para o procedimento limitada
	Banho com Xiaozhi	Evidência específica para o procedimento limitada
	Karamardadi yoga com diclofenac de sódio	Falta de evidência específica para o procedimento
	Venoplant oral	Evidência específica para o procedimento limitada
	Flavonoides orais com complexo de Centella	Falta de evidência específica para o procedimento

## Tabela de recomendações gerais PROSPECT

Recomendações gerais para a gestão da dor em doentes submetidos a cirurgia de hemorróides	
<b>Tratamento farmacológico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paracetamol combinado com AINEs ou inibidores seletivos COX-2 administrados pré ou intra-operatóriamente e continuados no pós-operatório</li> <li>• Dexametasona (intravenosa, dose única)</li> <li>• Laxantes</li> <li>• Metronidazol, diltiazem, sucralfato ou trinitrato de glicerina tópicos</li> <li>• Toxina botulínica</li> <li>• Opióides de resgate</li> </ul>
<b>Estratégias anestésicas e analgésicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bloqueio bilateral do nervo pudendo</li> </ul>
<b>Procedimentos cirúrgicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A técnica cirúrgica deve ter em consideração o tipo de hemorróides e a experiência e conhecimento do cirurgião. De realçar, que a hemorroidectomia de Milligan Morgan é mais dolorosa que outras técnicas cirúrgicas</li> </ul>
<b>Outras modalidades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> </ul>

COX, ciclo-oxigenase; AINE, anti-inflamatório não esteróide.

### Publicação PROSPECT

**Recomendações PROSPECT para cirurgia de hemorróides: revisão sistemática e recomendações para a gestão da dor pós-operatória específicas para o procedimento.**

Bikfalvi A, Faes C, Freys SM, Joshi GP, Van de Velde M, Albrecht E. on behalf of the PROSPECT Working Group of the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy (ESRA).

[Eur J Anaesthesiol Intensive Care Med 2023; 2:3\(e0023\). DOI: 10.1097/EA9.000000000000023](https://doi.org/10.1097/EA9.000000000000023)

## Recomendações PROSPECT para cirurgia de hemorroides – infográfico



# Recomendações para cirurgia de hemorróides

Uma revisão sistemática com recomendações para  
a gestão da dor pós-operatória

### **Cirurgia**

A escolha da cirurgia fica ao critério do cirurgião, baseado na sua experiência, conhecimento, tipo de hemorroides e risco de re-incidência. A cirurgia excisional é mais dolorosa do que outros procedimentos.

### **Analgesia sistémica**

A analgesia sistémica deve incluir paracetamol e anti-inflamatórios não esteróides (AINES)/ inibidores seletivos da ciclo-oxigenase (COX)-2 administrados pré ou intra-operatóriamente e continuados no pós-operatório.

### **Dexametasona**

É recomendada a administração de uma dose única de dexametasona intravenosa dado os seus efeitos analgésicos e anti-eméticos.

### **Bloqueio bilateral do nervo pudendo**

O bloqueio bilateral do nervo pudendo tem benefícios analgésicos.

### **Produtos tópicos**

O metronidazol tópico proporciona analgesia eficaz assim como o diltiazem tópico, sucralfato tópico e trinitrato de glicerina tópica.

### **Acupuntura**

A acupuntura pode ser recomendada como adjuvante analgésico.

### **Toxina botulínica**

A infiltração local de toxina botulínica reduz a dor pós-operatória.

### **Opióides**

Devem ser reservados para analgesia de resgate.