

# Analgesia tópica com policresuleno e cinchocaína no pós-operatório de hemorroidectomias: um estudo prospectivo e controlado

## *Postoperative topical analgesia of hemorrhoidectomy with policresulen and cinchocaine: a prospective and controlled study*

ILARIO FROEHNER JUNIOR, AsCBC-SC<sup>1</sup>; PAULO GUSTAVO KOTZE<sup>1</sup>; JULIANA GONÇALVES ROCHA<sup>1</sup>; ERON FÁBIO MIRANDA<sup>1</sup>; MARIA CRISTINA SARTOR<sup>1</sup>; JULIANA FERREIRA MARTINS, ACBC-PR<sup>1</sup>; VINÍCIUS ABOU-REJALE<sup>1</sup>; ÁLVARO STECKERT FILHO<sup>2</sup>; MARCO FÁBIO CORREA<sup>3</sup>

### R E S U M O

**Objetivo:** avaliar a ação do policresuleno e cinchocaína tópicos no comportamento da dor no pós-operatório de hemorroidectomias abertas. **Métodos:** estudo prospectivo, duplo cego e controlado. O grupo controle recebeu as orientações usuais com medicações de uso oral. O grupo de tratamento tópico recebeu, adicionalmente, a aplicação de pomada e foi composto de dois subgrupos (policresuleno + cinchocaína; e placebo). A intensidade da dor foi registrada a partir da escala visual analógica. **Resultados:** foram operados 43 pacientes: grupo controle (n=13; um excluído), placebo (n=15) e policresuleno + cinchocaína (n=15). A média de idade foi 45,98 anos e 37,2% foram homens. A média da intensidade da dor foi 4,09 (PO imediato), 3,22 (alta hospitalar), 5,73 (dia 1), 5,77 (dia 2), 5,74 (dia 3), 5,65 (dia 7), 5,11 (dia 10), 2,75 (dia 15) e 7,70 (primeira evacuação), sem diferença entre os grupos em todos os períodos estudados. **Conclusão:** este estudo não demonstrou redução da dor após hemorroidectomias como o uso do tratamento tópico.

**Descritores:** Hemorroidas. Hemorroidectomia. Dor pós-operatória. Analgesia.

### INTRODUÇÃO

O tratamento clínico tópico para as hemorroidas, com o uso de pomadas, cremes e supositórios, é amplamente difundido e utilizado rotineiramente pela maioria dos coloproctologistas<sup>1</sup>. Trata-se de conduta empírica, não havendo dados científicos que suportem definitivamente tal indicação<sup>2</sup>.

Recente metanálise sobre o tratamento cirúrgico das hemorroidas considera a dor como principal complicação das hemorroidectomias<sup>3</sup>. Conforme Ho *et al.*, muitos pacientes prefeririam conviver com os sintomas hemorroidários prévios do que suportar a dor pós-operatória. As tentativas de minimizá-la dividem os coloproctologistas do pré ao pós-operatório, não havendo consensos ou diretrizes consolidadas a este respeito<sup>4</sup>.

O pós-operatório usual da hemorroidectomia é composto de orientações higiene-dietéticas, analgésicos orais e medicamentos voltados para formação de bolo fecal pastoso, de eliminação facilitada<sup>5</sup>.

A combinação de policresuleno e cinchocaína tópicos, sem adição de corticoides e antibióticos, apresenta ampla aceitação pelos pacientes e indicação pelos médicos para o tratamento clínico da doença hemorroidária,

e, de forma bastante controversa, no manejo pós-operatório. Segundo Espinosa, os compostos contendo policresuleno e cinchocaína, para tratamentos prolongados de doença hemorroidária interna e externa, são responsáveis por sucesso terapêutico em mais de 80% dos pacientes<sup>6</sup>.

O policresuleno, principal componente da associação, é um ácido orgânico de alto peso molecular, de potencial de hidrogênio iônico (pH) igual a 4, cuja meia-vida varia de quatro a cinco horas. Apresenta atividade hemostática por ocasionar coagulação das proteínas do sangue e favorecer a contração das fibras musculares dos vasos sanguíneos de pequeno calibre. Apresenta capacidade de desbridamento químico seletivo: por ser ânion, tem a capacidade de interagir apenas com as moléculas fosfolípides das membranas plasmáticas de células desvitalizadas, que perderam sua carga elétrica inicial. Esse contato propicia a desnaturalização das proteínas celulares, facilitando sua remoção. Sua acidez em conjunto com as propriedades coagulantes, confere ao policresuleno atividade antimicrobiana para estafilococos, estreptococos e *Candida albicans*<sup>7</sup>. A ação desbridante e antimicrobiana do policresuleno o tornam importante agente nos processos de cicatrização. A cinchocaína (dibucaína) é anestésico tópico do grupo das amidas, o mesmo da lidocaína,

1. Serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário Cajuru (SeCoHUC) da Pontifícia Universidade Católica do Paraná – (PUCPR) – Curitiba – (PR), Brasil; 2. Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina;

3. Estatístico do Programa de Pós-Graduação em Zoologia da Universidade Federal do Paraná – (UFPR).

mepivacaína, prilocaína e bupivacaína, diferindo pela presença de anel aromático duplo na sua porção lipofílica. Apresenta ação rápida, em aproximadamente 15 minutos, com pico de ação durando entre duas e quatro horas<sup>8</sup>.

Similarmente ao que ocorre no manejo clínico das hemorroidas, o tratamento tópico no pós-operatório é controverso, não apresentando resultados consistentes na literatura<sup>1</sup>. Conforme Cruz *et al.*, os cuidados pós-operatórios dividem os coloproctologistas que se dedicam a operar pacientes com doença hemorroidária, sendo constantes as discussões sem fim sobre as condutas adotadas por cada um<sup>9</sup>. Não há consenso publicado sobre este tema.

Diante deste cenário de incertezas, o objetivo deste estudo foi avaliar a ação do policresuleno e cinchocaína tópicos na intensidade da dor no período pós-operatório em pacientes submetidos à hemorroidectomias, comparativamente à utilização do placebo e a não utilização de pomadas.

## MÉTODOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) conforme parecer 5297/11.

Este estudo é prospectivo, longitudinal, duplo-cego e controlado com placebo. De maio a setembro de 2011 foram avaliados pacientes submetidos à hemorroidectomia, oriundos do ambulatório de Proctologia Geral do Hospital Universitário Cajuru.

Os pacientes foram distribuídos em dois grupos: controle e tratamento tópico. O primeiro foi formado por pacientes que receberam as orientações pós-operatórias de rotina, sem a utilização do tratamento tópico com pomadas, apenas medicações por via oral e orientações gerais. O grupo de tratamento tópico foi composto por pacientes, que, além das orientações de rotina previamente descritas, receberam a prescrição de pomada para aplicação na ferida operatória, três vezes ao dia, por sete dias. Este grupo, de forma aleatória e duplo-cega, foi dividido em pacientes que utilizaram policresuleno e cinchocaína e outros que fizeram uso de pomada neutra (placebo), composta de vaselina 30%, lanolina 30%, EDTA 3% e propilenoglicol qsp. O desenho do estudo está ilustrado na figura 1.

Os pacientes incluídos foram de ambos os sexos, de 18 a 70 anos, portadores de doença hemorroidária mista sintomática de grau III e IV<sup>10</sup>, refratários ao tratamento clínico. Todos foram operados pelo mesmo cirurgião e tiveram os três mamilos hemorroidários ressecados pela técnica de Milligan-Morgan<sup>11</sup>. Além disso, enquadraram-se nos critérios anestésicos para submissão a procedimento operatório ambulatorial conforme as diretrizes da Sociedade Americana de Anestesiologistas<sup>5</sup>.

Foram excluídos os pacientes que já haviam sido submetidos a qualquer operação anorretal, portadores de

distúrbios mentais, pacientes alérgicos à dipirona sódica e aos antiinflamatórios não esteroidais, pacientes que se recusaram a responder ao questionário ou que, no retorno ambulatorial não tivessem completado os questionamentos colocados. Além disso, também foram excluídos aqueles que não seguiram as orientações pós-operatórias gerais ou que não tenham utilizado a pomada e ainda as pacientes gestantes, em decorrência da inconsistência dos dados acerca da toxicidade do policresuleno e da cinchocaína neste grupo de mulheres<sup>6</sup>.

Todos os pacientes foram operados no setor de hospital-dia do Hospital Universitário Cajuru. As operações foram realizadas pela técnica aberta (Milligan-Morgan)<sup>11</sup> sob anestesia combinada (venosa com propofol + local)<sup>5</sup>. Os pacientes receberam, ainda, dipirona sódica 1g e cetoprofeno 100mg endovenosos, administrados pelo anestesista, durante o procedimento.

Para todos os pacientes foram realizadas as mesmas prescrições médicas contendo os analgésicos administrados na enfermaria. Foram administrados dipirona sódica 1g endovenosa a cada seis horas, cloridrato de tramadol 50mg endovenoso a cada oito horas e cloridrato de tramadol 50mg endovenoso, se necessário.

Para a alta hospitalar, os pacientes foram avaliados pelo pesquisador principal, entre seis e oito horas do pós-operatório imediato, visando satisfazer as condições de liberação hospitalar após a operação feita no ambulatório<sup>12</sup>. As orientações pós-operatórias fornecidas, iguais entre os grupos, informaram sobre condutas alimentares, sobre o ato evacuatório, manobras de higiene, banhos de assento e sinais e sintomas de risco que indicassem retorno hospitalar para reavaliação.

A analgesia por via oral para os dois grupos incluiu dipirona sódica 1g a cada seis horas por dez dias,

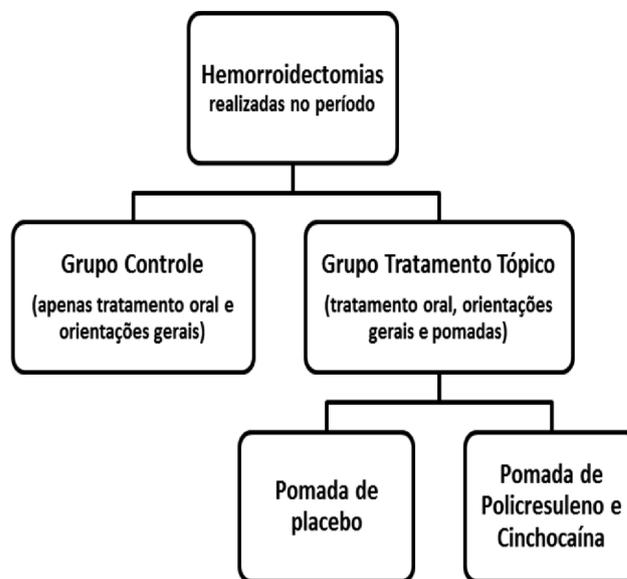


Figura 1 - Desenho esquemático do estudo, com os grupos de pacientes avaliados.

trometamol cetorolaco 10mg a cada oito horas, por sete dias e cloridrato de tramadol 50mg, se dor persistente, apesar dos dois medicamentos acima listados. A lactulose 667mg/mL, 10mL tomados duas vezes ao dia por sete dias, foi igualmente prescrita para todos os pacientes do estudo.

O grupo tratamento tópico recebeu adicionalmente a prescrição de pomada, um tubo de 30g, com a orientação de aplicação tópica nas feridas operatórias três vezes ao dia por sete dias (foram orientados a colocar cerca de um mL de pomada no dedo indicador e aplicá-la suavemente na região operada). Cada paciente recebeu apenas uma unidade do produto. As pomadas foram confeccionadas em farmácia de manipulação habilitada, conforme as respectivas normatizações de produção e acondicionamento do produto. Os tubos de pomada, idênticos entre si, foram numerados e identificados pelo fornecedor que registrou em documento lacrado, aberto apenas ao término da pesquisa pelo pesquisador principal.

A distribuição dos pacientes nos determinados grupos do estudo foi feita de forma aleatória. Não houve qualquer sistematização consagrada de randomização dos pacientes.

Por meio da Escala Visual Analógica (EVA) ou *Visual Analog Scale (VAS)*<sup>13</sup>, (Figura 2) recebida com as orientações pós-operatórias, o paciente foi orientado a associar a sensação dolorosa a um número, de 0 a 10 (nenhuma dor a dor extrema, respectivamente). Os registros foram feitos no momento da chegada do paciente na enfermaria, na alta hospitalar, após a primeira evacuação e após um, dois, três, sete, dez e 15 dias do pós-operatório. Adicionalmente, foi solicitado ao paciente responder afirmativamente ou negativamente sobre a realização das orientações pós-operatórias. No grupo tratamento tópico, houve ainda o questionamento acerca da utilização da pomada, sobre o grau de satisfação dos pacientes.

A análise estatística dos dados demográficos foi realizada pela aplicação dos testes qui-quadrado e Kruskal-Wallis. A avaliação das variáveis relacionadas à mensuração da dor foi realizada pelo teste de Kruskal-Wallis. As variáveis nominais qualitativas foram avaliadas pelo teste exato de Fisher. O nível de significância empregado em todos os testes estatísticos foi 0,05. A hipótese principal do estudo

foi de que não haveria diferença entre os grupos controle, placebo e pomada na análise da dor pós-operatória por meio da escala visual analógica (EVA).

## RESULTADOS

Foram submetidos à hemorroidectomia 43 pacientes. Destes, 13 compuseram o grupo controle. Um paciente masculino deste grupo foi excluído do estudo por não ter preenchido adequadamente o questionário de avaliação da dor. Dos 30 pacientes restantes que compuseram o grupo de tratamento tópico, 15 foram incluídos no grupo placebo e quinze no grupo de utilização da pomada de policresuleno e cinchocaína (Figura 3).

A média de idade entre todos os pacientes foi 45,98 anos. No grupo controle, a média foi 42,84 anos, no placebo, 50,26 anos e no grupo pomada a média da idade foi 44,86 anos. Não houve diferença estatística entre os grupos analisados (teste de Kruskal-Wallis,  $p=0,27$ ). Do total de pacientes incluídos, 37,2% eram homens e 62,8% mulheres. No grupo controle, essa distribuição foi 66,66% e 33,33%. No grupo placebo, 26,66% e 73,33% e no grupo policresuleno + cinchocaína foi 20% e 80%, respectivamente. Pela aplicação do teste qui-quadrado, não houve diferença estatística nos grupos controle e placebo ( $p=0,16$  e  $p=0,07$ ), havendo no grupo policresuleno + cinchocaína ( $p=0,02$ ) (Tabela 1).

A média dos valores da intensidade da dor atribuídos pelos pacientes após a chegada à enfermaria foi 4,09 (grupo controle – 3,41; grupo placebo – 3,93 e grupo policresuleno + cinchocaína – 4,93), não havendo diferença estatística entre os grupos ( $p=0,40$ ). No momento da alta hospitalar, a média dos valores da sensação dolorosa mensuradas pela escala visual analógica foi 3,22 (grupo controle – 2,75, placebo – 2,8 e policresuleno + cinchocaína – 4,13), sem diferença estatística entre os grupos ( $p=0,36$ ).

Ao final do primeiro dia do pós-operatório, a média da dor anotada pelos pacientes foi 5,73 na análise geral, sem significância estatística ( $p=0,67$ ). No segundo dia do pós-operatório a média observada foi 5,77 no total de pacientes, novamente não havendo diferença estatística

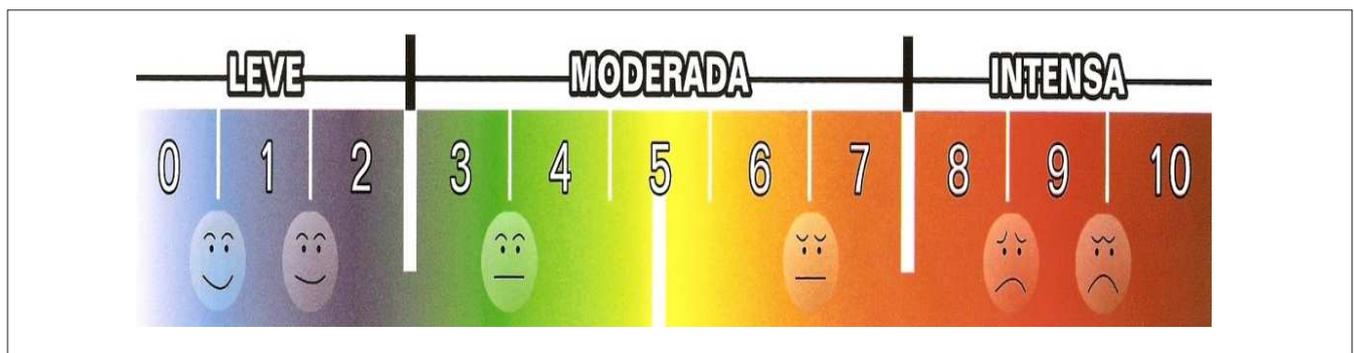


Figura 2 - Escala Visual Analógica (EVA), de 0 a 10, utilizada para mensuração da dor pelos pacientes<sup>13</sup>.

Tabela 1 - Dados demográficos dos grupos analisados.

	Média de idade – anos (mínima e máxima)	Masculino	Feminino	Valor de p
Total da amostra	45,98 (18-68)	37,2%	62,8%	—
Grupo controle	42,84 (21-68)	66,66%	33,33%	0,16
Grupo placebo	50,26 (18-64)	26,66%	73,33%	0,07
Grupo policresuleno + cinchocaína	44,86 (31-61)	20%	80%	0,02 *
Valor de p para idade	0,27	—	—	—

\*A distribuição por sexo no grupo policresuleno + cinchocaína apresentou diferença estatística (teste qui-quadrado)

ca entre os grupos (p=0,3). Ao término do terceiro dia do pós-operatório a média da dor assinalada foi 5,74 entre todos os pacientes incluídos, sem significância estatística (p=0,22).

No sétimo dia do pós-operatório a média dos valores atribuídos à dor foi 5,65 no total da amostragem populacional, sem diferença estatística entre os grupos (p=0,45). No décimo dia, a média foi 5,11 no total, sem diferença estatística (p=0,69). No 15º dia (retorno ambulatorial), a média dos valores de dor assinalados pelos pacientes foi 2,75, não apresentando diferença estatística entre os grupos (p=0,41).

Não houve, conforme a análise com o teste de Kruskal-Wallis, diferenças estatísticas na dor observada pelos pacientes entre os três grupos, em todos os períodos pós-operatórios incluídos na análise. As curvas desenhadas, de acordo com os valores assinalados nas escalas, apresentam um mesmo padrão gráfico, com um platô de maior intensidade da dor entre o primeiro e décimo dias do pós-operatório (Figura 4).

A primeira evacuação ocorreu, em média, entre o segundo e o terceiro dias do pós-operatório, variando do primeiro ao sétimo dia. No grupo controle a média foi 2,5 dias (1 – 4, com desvio padrão = 1), no grupo placebo, 2,43 (1 – 7, com desvio padrão = 1,55) e no grupo policresuleno + cinchocaína foi 3,4 (1 – 6, com desvio padrão = 1,35). A análise estatística não apresentou diferença significativa (p=0,1).

No momento da primeira evacuação, a média dos valores da intensidade da dor atribuídos pelos pacientes pela utilização da escala visual analógica foi 7,7, sem variância estatística (p=0,67) (Figura 5).

Observou-se que as orientações pós-operatórias foram completamente seguidas por 83,33% dos pacientes do grupo controle, 93,33% dos do grupo placebo e 86,66% dos componentes do grupo pomada. A aplicação do teste exato de Fisher para variáveis não paramétricas não evidenciou diferenças estatísticas na comparação das frequências entre os grupos: p=0,5.

Finalmente, por análise totalmente subjetiva, 86,66% dos pacientes do grupo placebo gostaram de utilizar a pomada, enquanto que no grupo policresuleno + cinchocaína, a proporção foi 66,66%. A aplicação do teste

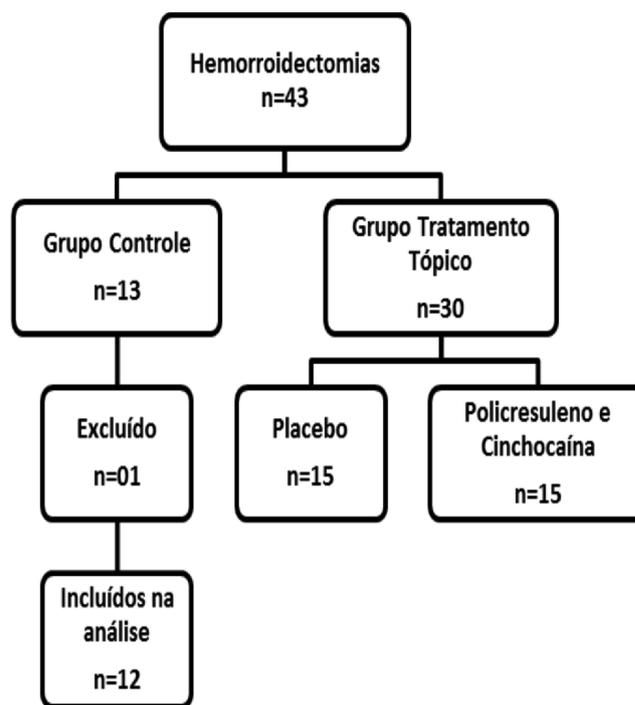


Figura 3 - Esquema mostrando a distribuição dos sujeitos da pesquisa nos três grupos de estudo.

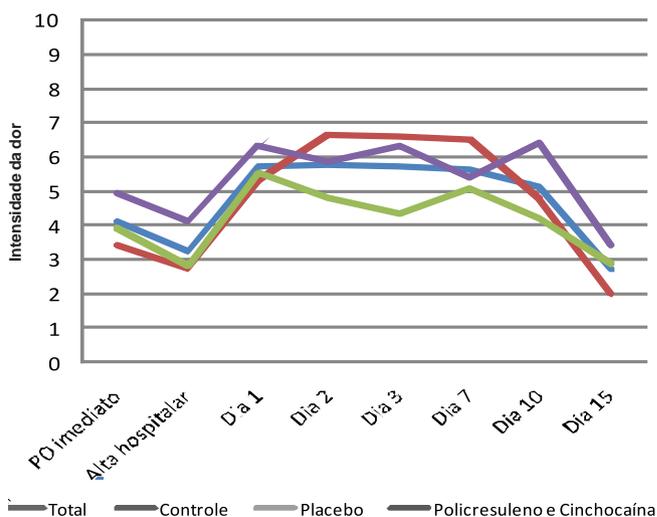
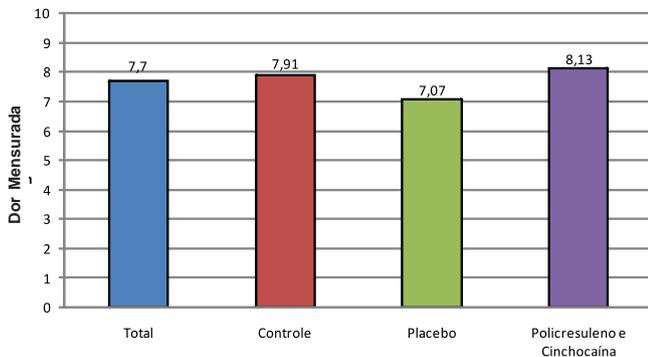


Figura 4 - Valores da dor mensurada pela escala visual analógica no pós-operatório (todos os períodos).



**Figura 5 -** Valor médio mensurado na escala analógica dos respectivos grupos no momento da primeira evacuação. Sem diferença estatística entre os mesmos ( $p=0,67$ ).

exato de Fisher não demonstrou significância estatística entre os grupos ( $p=0,19$ ).

## DISCUSSÃO

A hemorroidectomia consiste no tratamento mais efetivo para a doença hemorroidária<sup>14</sup>, tendo nos sintomas algícos o seu principal obstáculo, principalmente pela aceitação dos pacientes<sup>15</sup>. A técnica operatória mais utilizada é a hemorroidectomia aberta, ou à Milligan-Morgan<sup>11</sup>, considerada o "padrão-ouro" deste tipo de procedimento<sup>16</sup>.

A média das idades dos pacientes submetidos à hemorroidectomia foi 45,98 anos, sem diferença estatística entre os grupos, tornando-os comparáveis em relação a esta variável. Estes dados foram, da mesma forma, compatíveis com os da literatura mundial<sup>14</sup>.

Do total de pacientes incluídos, 37,2% foram homens e 62,8%, mulheres. Houve diferença estatística com relação ao grupo policresuleno + cinchocaína (homens – 20% e mulheres – 80%,  $p=0,02$ ). O grupo placebo apresentou tendência à significância estatística ( $p=0,07$ ). A comparação demográfica entre os grupos que utilizaram a pomada não apresentou diferença significativa. O aspecto aleatório desta pesquisa não permitiu controle sobre os pacientes a não ser o preconizado nos critérios de inclusão e de exclusão citados nos métodos. Não houve sistematização de randomização neste trabalho, o que provavelmente não distribuiu de forma mais homogênea homens e mulheres entre os grupos. A utilização de testes não paramétricos se deve ao fator população, associado a amostras desconhecidas, não padronizáveis. Curiosamente, na literatura existe tendência não significativa de prevalência de homens nos estudos envolvendo pacientes submetidos à hemorroidectomias<sup>17</sup>. Neste trabalho observou-se justamente o contrário.

Apesar do modelo estatístico ideal para análise das escalas visuais analógicas não estar estabelecido<sup>18,19</sup>, o uso de certos testes como t, ANOVA, Mann-Whitney e

Kruskal-Wallis para se detectar diferença na mensuração encontrada é amplamente aplicado na literatura<sup>20,21</sup>. Vacanti afirmou que, quando os dados não são normalmente distribuídos ou quando estão no padrão ordinal de medida, como exemplo a classificação anestesiológica ASA – *American Society of Anesthesiologists* – e a escala VAS – *Visual Analogue Scale*, os testes não paramétricos devem ser utilizados. O teste de Mann-Whitney é o teste não paramétrico equivalente ao teste t. Já o teste de Kruskal-Wallis seria o equivalente ao Mann-Whitney para dois ou mais grupos<sup>22</sup>.

Independentemente da heterogeneidade de sexo existente entre o grupo controle e os grupos placebo e policresuleno + cinchocaína (estes homogêneos), a utilização da pomada, contendo ou não princípios ativos não ocasionou alteração significativa na história natural dos sintomas algícos do pós-operatório de hemorroidectomias abertas à Milligan-Morgan. As médias dos valores da intensidade da dor atribuídos pelos pacientes não foram significativamente diferentes entre os grupos em todos os períodos avaliados, do pós-operatório imediato ao 15º dia. A utilização da pomada, contendo ou não policresuleno e cinchocaína não alterou os parâmetros dolorosos, em comparação ao grupo controle. Desta forma, não houve influência da utilização de quaisquer pomadas na redução da dor após as hemorroidectomias. Isto reflete o dia a dia dos coloproctologistas, alimentando a controvérsia sobre o tema desde o final dos anos 60. Até a presente data, não há consenso na especialidade sobre a utilização ou não de pomadas para redução da dor, e cada especialista tem seu próprio método de conduzir os seus pacientes<sup>9</sup>.

Os sintomas algícos foram menos intensos no pós-operatório imediato. Na chegada à enfermaria e no momento da alta hospitalar, os pacientes estavam sob o efeito de medicações endovenosas e residuais da anestesia local. Após a saída do hospital, houve leve aumento dos níveis de dor na escala visual analógica em decorrência do início da utilização das medicações pela via oral. Importante salientar que no mínimo 83,33% dos pacientes seguiram as orientações adequadamente. Essa variação da intensidade da dor é devida, possivelmente, à maior potência analgésica das medicações endovenosas que as de via oral.

Sabe-se que a primeira evacuação é o momento doloroso mais intenso após a hemorroidectomia<sup>15</sup>. A média entre os grupos dos valores atribuídos foi 7,7 ( $p=0,67$ ), sem significância estatística entre eles. Foram os maiores valores referidos em todo o estudo. A primeira evacuação ocorreu entre o segundo e o terceiro dias, sem diferença entre os grupos ( $p=0,1$ ). Os pacientes do grupo policresuleno + cinchocaína evacuaram, em média, um dia mais tarde, sem diferença estatística. Uma das justificativas para este achado seria a de maior incidência de mulheres neste grupo, sexo em que a constipação intestinal e o receio de sentir dor ao evacuar tende a ser mais prevalente. Não se

pode caracterizar se houve influência da pomada ativa neste achado do estudo.

A passagem do bolo fecal pela área operada com sinais de inflamação, associada à hipertonia esfinteriana secundária, ocasiona dor intensa no paciente, independente dos cuidados e metodologia pós-operatória empregada<sup>23</sup>. Este trabalho demonstrou exatamente o que existe na literatura, pois os maiores valores atribuídos à dor encontrados foram durante a primeira evacuação. Além disso, não houve qualquer influência protetora pelo uso de pomadas na diminuição algica nesta difícil fase do pós-operatório.

O presente estudo demonstrou que, após este pico de dor, coincidente com a primeira evacuação, houve uma espécie de platô na sua curva de intensidade até por volta do décimo dia após a data da operação (Figura 4). A partir de então, um declínio foi observado, com redução dos valores associados no primeiro retorno ambulatorial (15º dia). Esta observação vai de acordo com a experiência subjetiva dos coloproctologistas e, desta forma, este estudo comprova a realidade deste perfil algico após hemorroidectomias.

A causa da dor após hemorroidectomias (principalmente as abertas) permanece inconclusiva. A princípio, é considerada multifatorial<sup>24</sup>. Os principais fatores que a justificam são: lesão iatrogênica da mucosa anal<sup>25</sup>, intensa resposta inflamatória local, espasmo do esfíncter interno e a passagem do bolo fecal<sup>26</sup>. A formação de feridas operatórias lineares de cicatrização lentificada, semelhante às fissuras anais e o estímulo inflamatório bacteriano adicional sobre a área operada também podem estimular a dor<sup>27</sup>. No presente estudo, o protocolo de orientações pós-operatórias com ou sem utilização de pomada, tenta minimizar muitos destes fatores. Entretanto, não se utilizou antibioticoterapia sistêmica ou tópica, uma forma de combate ao fator bacteriano de gênese da dor.

Os estudos sobre esfínterectomia química, associada à hemorroidectomia, utilizando bloqueadores de canais de cálcio, nitratos e toxina botulínica, apresentam efetividade na redução algica a partir do terceiro e quarto dias do pós-operatório, mesmo ocasionando redução significativa da pressão anal de repouso já no pós-operatório imediato<sup>4</sup>. Coincide, também, ao intervalo no qual a maioria dos pacientes elimina o bolo fecal, momento de maior dor registrada na escala visual analógica. Não foi o objetivo deste trabalho avaliar a ação da redução do espasmo muscular esfínteriano interno. Nas orientações pós-operatórias, não se utilizou qualquer pomada com substâncias que agem com esse propósito. Uma perspectiva deste estudo é de, futuramente, acrescentar um novo grupo de pacientes com este tipo de medicação.

A maior parte dos pacientes ficou satisfeita ao utilizar a pomada. Os relatos pessoais coincidiam em mencionar o conforto e sensação de frescor associados à pomada na região perianal, principalmente no primeiro grupo. No grupo que utilizou policresuleno e cinchocaína, alguns pacientes citaram ardência e prurido anais e perianais exatamente após a aplicação da pomada, sem, no entanto, limitar a aplicação conforme orientada na prescrição médica no momento da alta hospitalar, porém, restringindo o grau de satisfação. A literatura médica relata diversos casos de dermatite alérgica associada principalmente à cinchocaína<sup>28</sup>, geralmente de curso benigno e sem correlação com processos alérgicos aos demais anestésicos locais do seu mesmo grupo (amida), como lidocaína e prilocaína. A acidez inerente ao policresuleno em contato com tecido cruente também pode estar associada à ardência e prurido anais<sup>8</sup>. O grupo placebo recebeu pomada contendo vaselina e lanolina, que apresentam efeito de barreira, podendo estar associados à sensação de conforto e frescor anais<sup>29</sup>. Como todo trabalho, este estudo apresenta limitações. Inicialmente, sabe-se que a amostragem foi limitada. Talvez com o dobro de pacientes incluídos, as tendências pudessem ser incontestavelmente confirmadas. Sabe-se atualmente das modificações de cicatrização que ocorrem ao longo do envelhecimento orgânico<sup>30</sup>. Uma amostra maior possibilitaria estratificação dos grupos por faixas etárias e sexo, favorecendo dados estatísticos mais específicos e significativos. Adicionalmente, deixar o preenchimento da escala visual analógica a cargo dos próprios pacientes pode trazer viés, visto que nem todos têm o mesmo grau de compreensão das exaustivas orientações a eles informadas. Por fim, jamais se pode esquecer que a dor é sintoma subjetivo e altamente variável entre os indivíduos. Não há padronização que seja universalmente aceita para sua mensuração.

O pós-operatório das hemorroidectomias apresenta, ainda, inúmeras situações embasadas no empirismo tradicional, em rotinas antigas empregadas nos serviços de Coloproctologia e em experiências pessoais. Há a importante necessidade da realização de outros estudos randomizados, duplo cegos e controlados visando à obtenção de evidências que corroborem as condutas que trarão benefícios reais aos pacientes, intensamente acometidos pela dor e desconforto pós-operatório.

Concluímos que a utilização de pomadas não reduziu a intensidade da dor em pacientes submetidos à hemorroidectomia. Acreditamos que a atenção ao paciente, a confiança mútua, os cuidados meticulosos na técnica operatória e as orientações detalhadas após a operação ainda são as medidas mais importantes para um pós-operatório mais confortável e adequado.

**A B S T R A C T**

**Objective:** To evaluate the effects of topical policresulen and cinchocaine in the postoperative pain behavior of open hemorrhoidectomy. **Methods:** We conducted a prospective, double-blinded, controlled study. The control group received the usual guidelines with oral medications. The topical treatment group received, in addition, the application of the ointment and was comprised of two subgroups (policresulen + cinchocaine, and placebo). Pain intensity was recorded with the visual analogue scale.

**Results:** 43 patients were operated on: control group –  $n = 13$ , one excluded; placebo –  $n = 15$ ; and policresulen + cinchocaine –  $n = 15$ . The mean age was 45.98 years and 37.2% were men. The average pain intensity was 4.09 (immediate postoperative), 3.22 (hospital discharge), 5.73 (day 1), 5.77 (day 2), 5.74 (day 3), 5.65 (day 7), 5.11 (day 10), 2.75 (day 15) and 7.70 (first bowel movement), with no difference between groups in all periods. **Conclusion:** This study showed no reduction in pain after hemorrhoidectomy with the use of topical policresulen and cinchocaine.

**Key words:** Hemorrhoids. Hemorrhoidectomy. Pain, postoperative. Analgesia.

**REFERÊNCIAS**

- Riss S, Weiser FA, Schwameis K, Riss T, Mittlböck M, Steiner G, et al. The prevalence of hemorrhoids in adults. *Int J Colorectal Dis.* 2012;27(2):215-20.
- Moreira JPT, Araújo SEA, Oliveira Jr O. Projeto Diretrizes – Hemorróida: Diagnóstico. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. São Paulo; 2005. Available from: URL: [http://www.projetodiretrizes.org.br/4\\_volume/14-Hemorroida-diagnostico.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/14-Hemorroida-diagnostico.pdf).
- Chen JS, You JF. Current status of surgical treatment for hemorrhoids—systematic review and meta-analysis. *Chang Gung Med J.* 2010;33(5):488-500.
- Ho YH, Seow-Choen F, Low JY, Tan M, Leong AP. Randomized controlled trial of trimebutine (anal sphincter relaxant) for pain after haemorrhoidectomy. *Br J Surg.* 1997;84(3):377-9.
- Place R, Hyman N, Simmam C, Cataldo P, Church J, Cohen J, et al. Practice parameters for ambulatory anorectal surgery. *Dis Colon Rectum.* 2003;46(5):573-6.
- Espinosa DJ. Revisión analítica de estudios multicéntricos con policresuleno en patología hemorroidal. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2000;30(3):177-86.
- Arnold K, Abele I, Auel H. Multicentre clinical study of a novel preparation devoid of steroids in proctology. *MMW Munch Med Wochenschr.* 1982;124(suppl 1):26-31.
- Lee AY. Allergic contact dermatitis from dibucaine in Proctosedyl ointment without cross-sensitivity. *Contact Dermatitis.* 1988;39(5):261.
- Cruz GMG, Alvarenga IM, Constantino JRM, Andrade MMA, Gomes DMBM, Faria FF, et al. Como o coloproctologista brasileiro vê a doença hemorroidária: análise de dados colhidos de questionário dirigido aos especialistas filiados à Sociedade Brasileira de Coloproctologia. *Rev bras coloproctol.* 2009;29(2):174-91.
- Banov L Jr, Knoepp LF Jr, Erdman LH, Alia RT. Management of hemorrhoidal disease. *J S C Med Assoc.* 1985;81(7):398-401.
- Milligan ETC, Morgan CN, Jones LE, Lond MB, Officer R. Surgical anatomy of the anal canal, and the operative treatment of haemorrhoids. *Lancet.* 1937;13:1119-24.
- Wolff BG, Fleshmann JW, Beck DE, Pemberton JH, Wexner SD. *The ASCRS Textbook of Colon and Rectum Surgery.* New York: Springer; 2007.
- Hospital Universitário Cajuru. Manual para identificação e estratificação da dor. Curitiba: HUC; 2011.
- Madoff RD, Fleshman JW; Clinical Practice Committee, American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association technical review on the diagnosis and treatment of hemorrhoids. *Gastroenterology.* 2004;126(5):1463-73.
- Ba-bai-ke-re MM, Huang HG, Re WN, Fan K, Chu H, Ai EH, et al. How we can improve patients' comfort after Milligan-Morgan open haemorrhoidectomy. *World J Gastroenterol.* 2011;17(11):1448-56.
- Cheetham MJ, Phillips RK. Evidence-based practice in haemorrhoidectomy. *Colorectal Dis.* 2001;3(2):126-34.
- Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ, Phillips RK. Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology. *Br J Surg.* 1994;81(7):946-54.
- Dexter F, Chestnut DH. Analysis of statistical tests to compare visual analog scale measurements among groups. *Anesthesiology.* 1995;82(4):896-902.
- Scott J, Huskisson EC. Graphic representation of pain. *Pain.* 1976;2(2):175-84.
- Myles PS, Troedel S, Boquest M, Reeves M. The pain visual analog scale: is it linear or nonlinear? *Anesth Analg.* 1999;89(6):1517-20.
- McCrum-Gardner E. Which is the correct statistical test to use? *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2008;46(1):38-41.
- Vacanti CMD. *Essential clinical anesthesia.* London: Cambridge University; 2011.
- Torres Neto JR, Menezes DC, Prudente ACL, Almeida JC, Menezes JGT. Avaliação da analgesia pós-operatória em pacientes submetidos à cirurgia orifical com anestesia local associada ou não à morfina. *Rev bras colo-proctol.* 2007;27(1): 37-41.
- Cesar MAP, Klug WA, Bassi DG, Paula PR, Cesar RP, Ortiz JR, et al. Efeito da nifedipina gel 0,2% nas pressões de canal anal e na dor pós-operatória: estudo após hemorroidectomia pela técnica aberta. *Rev bras colo-proctol.* 2007;27(4):364-73.
- Ganio E, Altomare DF, Gabrielli F, Milito G, Canuti S. Prospective randomized multicentre trial comparing stapled with open haemorrhoidectomy. *Br J Surg.* 2001;88(5):669-74.
- Ratnasingham K, Uzzaman M, Andreani SM, Light D, Patel B. Meta-analysis of the use of glyceryl trinitrate ointment after haemorrhoidectomy as an analgesic and in promoting wound healing. *Int J Surg.* 2010;8(8):606-11.
- de Miguel M, Oteiza F, Ciga MA, Ortiz H. Tratamiento quirúrgico de las hemorroides. *Cir Esp.* 2005;78 Suppl 3:15-23.
- Urrutia I, Jáuregui I, Gamboa P, González G, Antépara I. Photocontact dermatitis from cinchocaine (dibucaine). *Contact Dermatitis.* 1998;39(3):139-40.
- Büyükyavuz BI, Sava° C, Duman L. Efficacy of lanolin and type I collagen in the treatment of childhood anal fissures: a prospective, randomized, controlled clinical trial. *Surg Today.* 2010;40(8):752-6.
- Zouboulis CC, Makrantonaki E. Clinical aspects and molecular diagnostics of skin aging. *Clin Dermatol.* 2011;29(1):3-14.

Recebido em 12/12/2012

Aceito para publicação em 11/02/2013

Conflito de interesse: nenhum.

Fonte de financiamento: nenhuma.

**Como citar este artigo:**

Froehner Júnior I, Kotze PG, Rocha JG, Miranda EF, Sartor MC, Martins JF, Rejaile VA, Steckert Filho A, Corrêa MF. Analgesia tópica com policresuleno e cinchocalina no pós-operatório de hemorroidectomia: um estudo prospectivo e controlado. Rev Col Bras Cir. [periódico na Internet] 2014;41(2). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>

**Endereço para correspondência:**

Ilario Froehner Junior  
E-mail: [froehnerjr@yahoo.com.br](mailto:froehnerjr@yahoo.com.br)