
COLOPROCTOLOGIA · CUIDADO ESPECIALIZADO

Guia Completo: Hemorroidas e Doenças Proctológicas

Diagnóstico, tratamentos minimamente invasivos e recuperação:
o que você precisa saber para decidir com confiança.

Dr. Ricardo da Silva Lourenço

CRM-SP 109.362 · Cirurgia Geral, Gastroenterologia e Coloproctologia
25 anos de experiência · Hospital Israelita Albert Einstein · Hospital Sírio-Libanês
Hospital Alemão Oswaldo Cruz · Santa Casa de Santa Isabel

"Em busca do melhor tratamento com a menor dor."

SUMÁRIO

Introdução — Por que buscar ajuda especializada	3
Capítulo 01 — Hemorroidas: o que são e como identificar	4
Capítulo 02 — Fissuras e abscessos anais	6
Capítulo 03 — Fístula anal e a técnica VAAFT	8
Capítulo 04 — Cisto pilonidal e a técnica EPSiT	10
Capítulo 05 — Comparando as técnicas minimamente invasivas	12
Capítulo 06 — Preparo, cirurgia e recuperação	14
Mitos e verdades sobre doenças proctológicas	16
Quando procurar um coloproctologista	18
Aviso médico importante	19
Referências	20
Fale com o Dr. Ricardo Lourenço	21

Um material educativo do Dr. Ricardo da Silva Lourenço, cirurgião coloproctologista, para pacientes que buscam compreender melhor suas condições e opções de tratamento.

ABERTURA

Introdução: por que buscar ajuda especializada

Falar sobre problemas na região anal ainda é, para a maioria das pessoas, um assunto envolto em constrangimento. Sangramento ao evacuar, dor, coceira ou a sensação de um "nódulo" que aparece e incomoda são sintomas que muitos pacientes escondem por anos, muitas vezes atribuindo-os erroneamente a "hemorroidas que toda pessoa tem" ou adiando a consulta por vergonha. Esse silêncio tem um custo real: sintomas que poderiam ser resolvidos de forma simples e rápida, quando identificados precocemente, acabam evoluindo e se tornando mais complexos — e, em alguns casos, mascarando doenças mais graves que precisam de diagnóstico diferencial cuidadoso, como pólipos e tumores do cólon e reto.

Este ebook foi criado para desmistificar o universo da coloproctologia — a especialidade médica dedicada ao diagnóstico e tratamento das doenças do intestino grosso, reto e ânus. A proposta é simples: explicar, em linguagem clara e acolhedora, o que são as principais condições proctológicas (hemorroidas, fissuras, abscessos, fístulas e cisto pilonidal), quais sinais merecem atenção e, sobretudo, mostrar que a medicina avançou enormemente nas últimas décadas. Hoje existem técnicas minimamente invasivas — muitas sem cortes, sem necessidade de internação prolongada e com recuperação muito mais rápida — que tornaram o tratamento dessas condições consideravelmente menos doloroso do que era há vinte ou trinta anos.

Por que o tabu prejudica o paciente

Adiar a consulta por vergonha é uma das principais razões pelas quais pacientes chegam ao consultório em estágios mais avançados da doença, quando as opções de tratamento conservador já não são suficientes. Procurar um especialista precocemente amplia as chances de resolver o problema com técnicas mais simples, menos invasivas e com recuperação mais curta.

O Dr. Ricardo da Silva Lourenço, cirurgião com formação em Cirurgia Geral, Gastroenterologia e Coloproctologia e mais de 25 anos de experiência clínica, atua em hospitais de referência como o Hospital Israelita Albert Einstein, o Hospital Sírio-Libanês, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz e a Santa Casa de Santa Isabel. Sua filosofia de trabalho está resumida em uma frase que orienta cada decisão clínica: "Em busca do melhor tratamento com a menor dor." É esse princípio que guia a escolha entre as diferentes técnicas cirúrgicas apresentadas neste guia — sempre individualizada para cada paciente, seu grau de doença e seu contexto de vida.

As páginas a seguir não substituem uma consulta médica — elas existem para que você chegue a essa consulta mais informado, com menos medo e com perguntas melhores. Vamos começar pelo problema proctológico mais comum de todos: as hemorroidas.

01

CAPÍTULO

Hemorroidas: o que são e como identificar

As hemorroidas são, na verdade, estruturas naturais do corpo humano — coxins de tecido vascular (uma rede de veias, arteríolas e tecido conjuntivo) presentes no canal anal de todas as pessoas, que ajudam a manter a continência fina de gases e fezes. O problema surge quando esses coxins aumentam de volume, inflamam ou se deslocam de sua posição normal — processo chamado de doença hemorroidária. É esse quadro, e não a simples presença das hemorroidas, que causa sangramento, dor, prolapso (saída do coxim pelo ânus) e desconforto.

Hemorroidas internas e externas

As hemorroidas internas se formam acima da linha pectínea (a linha que demarca a transição entre a mucosa retal e a pele do canal anal) e, por terem menos terminações nervosas de dor, costumam se manifestar principalmente por sangramento vivo e indolor ao evacuar, às vezes acompanhado de prolapso. Já as hemorroidas externas se formam abaixo dessa linha, em região rica em terminações nervosas — por isso, quando trombosadas (quando se forma um coágulo dentro do coxim), causam dor intensa e um nódulo endurecido e sensível ao toque.

Os quatro graus da doença hemorroidária interna

- Grau I — coxins aumentados, mas sem prolapso; sangramento pode ser o único sintoma.
- Grau II — prolapso ao evacuar ou fazer esforço, com retorno espontâneo à posição normal.
- Grau III — prolapso que exige redução manual pelo próprio paciente para retornar.
- Grau IV — prolapso permanente, que não retorna mesmo com manobra manual.

Essa classificação orienta diretamente a escolha terapêutica: graus I e II geralmente respondem bem a mudanças de hábito, medicamentos e procedimentos ambulatoriais minimamente invasivos (como ligadura elástica, escleroterapia, THD/Doppler ou RAFAELO); já os graus III e IV, especialmente quando há prolapso importante, costumam demandar técnicas cirúrgicas mais estruturadas, como a hemorroidectomia convencional ou o PPH — que serão detalhadas no Capítulo 5, quando comparamos as principais técnicas minimamente invasivas.

Sintomas de alerta que merecem avaliação

- Sangramento nas fezes, no papel higiênico ou no vaso sanitário, mesmo que indolor.
- Sensação de "nódulo" ou protuberância na região anal, especialmente após evacuar.
- Coceira (prurido anal) persistente ou irritação na região perianal.
- Dor aguda e súbita, sinal frequente de trombose hemorroidária externa.

- Sensação de evacuação incompleta ou desconforto ao sentar por períodos prolongados.

Atenção: sangramento nunca deve ser "normalizado"

Sangramento anal é o sintoma mais comum de hemorroidas, mas também pode ser sinal de outras condições — incluindo pólipos e câncer colorretal. Por isso, todo sangramento anal, especialmente em pessoas acima de 45 anos ou com histórico familiar de câncer colorretal, deve ser avaliado por um coloproctologista antes de ser atribuído apenas a hemorroidas. O exame proctológico completo, e em alguns casos a colonoscopia, são ferramentas essenciais para esse diagnóstico diferencial.

Fatores como constipação crônica, esforço excessivo para evacuar, sedentarismo, gravidez, obesidade e histórico familiar aumentam o risco de desenvolver doença hemorroidária. A boa notícia é que, na maioria dos casos, o diagnóstico é feito com exame físico simples — toque retal e anuscopia — no próprio consultório, sem necessidade de exames complexos ou invasivos para o diagnóstico inicial.

02

CAPÍTULO

Fissuras e abscessos anais: diferenças e tratamento

Embora frequentemente confundidas com hemorroidas por causarem dor e sangramento na região anal, as fissuras e os abscessos anais são condições bem diferentes, com mecanismos e tratamentos próprios. Entender essa diferença é importante porque o tratamento incorreto — por exemplo, tratar um abscesso como se fosse hemorroida — pode retardar a resolução do problema e aumentar o risco de complicações.

Fissura anal

A fissura anal é uma pequena ferida ou fenda na mucosa do canal anal, geralmente causada por trauma local — mais comumente a passagem de fezes muito endurecidas durante episódios de constipação intensa. O sintoma clássico é dor em queimação ou "corte" durante e após a evacuação, muitas vezes acompanhada de um pequeno sangramento vivo, de coloração brilhante, visível no papel higiênico. Diferente da dor hemorroidária, a dor da fissura tende a ser intensa e persistir por minutos a horas após evacuar, criando um ciclo vicioso: o paciente passa a evitar evacuar por medo da dor, o que agrava a constipação e perpetua a lesão.

O tratamento inicial da fissura aguda é conservador: dieta rica em fibras, aumento da ingestão de água, banhos de assento mornos e pomadas específicas que relaxam o esfíncter anal interno e melhoram o fluxo sanguíneo local, favorecendo a cicatrização. Quando a fissura se torna crônica (presente por mais de 6-8 semanas) ou não responde ao tratamento clínico, pode ser necessária intervenção cirúrgica, como a esfínterectomia lateral interna, procedimento que reduz o espasmo do esfíncter e permite a cicatrização definitiva.

Abscesso anal

O abscesso anal é uma coleção de pus que se forma quando uma das glândulas anais — pequenas estruturas localizadas na parede do canal anal — é obstruída e infecciona. Diferente da fissura, o abscesso costuma causar dor constante, pulsátil, que piora progressivamente ao longo de horas ou dias, muitas vezes acompanhada de febre, mal-estar e inchaço visível e quente ao toque próximo ao ânus. É uma condição que não se resolve espontaneamente e exige drenagem cirúrgica, geralmente em caráter de urgência, para aliviar a dor e evitar a disseminação da infecção para tecidos mais profundos.

Um detalhe importante sobre abscessos

Cerca de metade dos abscessos anais drenados evolui, semanas ou meses depois, para uma fístula anal — um trajeto de comunicação persistente entre o canal anal e a pele adjacente. Por isso, mesmo após a drenagem do abscesso e o alívio da dor aguda, é fundamental manter acompanhamento com o coloproctologista, pois pode ser necessário um segundo procedimento para tratar a fístula, tema do próximo capítulo.

Tanto a fissura quanto o abscesso anal, apesar de causarem sintomas intensos, têm excelente prognóstico quando tratados adequadamente e a tempo. O erro mais comum é a automedicação prolongada com pomadas para hemorroidas, que não trata a causa real do problema e pode mascarar sinais de agravamento, especialmente no caso dos abscessos, em que o retardo no tratamento aumenta o risco de complicações infecciosas mais sérias.

03

CAPÍTULO

Fístula anal e a técnica VAAFT

A fístula anal é um trajeto anormal e persistente que se forma entre uma glândula infectada dentro do canal anal e a pele ao redor do ânus, geralmente como consequência de um abscesso anal não resolvido completamente. Diferente do abscesso, que é uma coleção aguda de pus, a fístula é um "canal" crônico que pode drenar secreção purulenta ou serosa de forma intermitente, causar desconforto, manchar a roupa íntima e, em alguns casos, provocar dor recorrente quando o trajeto se obstrui temporariamente e forma um novo abscesso.

Fístulas simples e complexas

As fístulas anais são classificadas de acordo com sua relação com o esfíncter anal — o conjunto de músculos responsável pela continência fecal. Fístulas simples envolvem uma porção pequena do esfíncter e costumam responder bem a tratamentos cirúrgicos tradicionais, como a fistulotomia. Já as fístulas complexas — que atravessam grande parte do esfíncter, têm múltiplos trajetos, são recidivadas ou estão associadas a doenças inflamatórias intestinais como a doença de Crohn — representam um desafio maior, pois o tratamento precisa equilibrar a cura da fístula com a preservação da função esfincteriana, evitando incontinência.

VAAFT: tratamento vídeo-assistido que preserva o esfíncter

O VAAFT (Video-Assisted Anal Fistula Treatment), técnica desenvolvida pelo cirurgião italiano Piercarlo Meinero, representa uma mudança de paradigma no tratamento das fístulas anais, especialmente as mais complexas.¹ Em vez de cortar o trajeto fistuloso "às cegas" — abordagem tradicional que pode lesionar fibras do esfíncter e aumentar o risco de incontinência —, o VAAFT utiliza um fistuloscópio, um instrumento óptico fino conectado a uma câmera de vídeo, que permite ao cirurgião visualizar diretamente todo o interior do trajeto fistuloso em tempo real.

- Fase diagnóstica: o fistuloscópio é introduzido pelo orifício externo da fístula, permitindo mapear com precisão a extensão do trajeto principal e identificar trajetos acessórios ou cavidades secundárias que passariam despercebidos em uma cirurgia convencional.
- Fase operatória: sob visão direta, o cirurgião cauteriza o trajeto fistuloso a partir de dentro, destruindo o tecido doente, e fecha o orifício interno — o ponto de comunicação com o canal anal — com sutura ou grampeamento, dependendo do caso.
- Preservação do esfíncter: por não exigir corte muscular extenso, o VAAFT é considerado uma técnica "sphincter-saving" (poupadora de esfíncter), reduzindo significativamente o risco de incontinência fecal em comparação a técnicas mais agressivas.

Estudos publicados mostram que as taxas de cicatrização variam conforme a complexidade da fístula: em fístulas simples, a taxa de sucesso do VAAFT pode alcançar entre 73% e 87%, enquanto em fístulas complexas os resultados são mais variáveis, com taxas de cicatrização relatadas entre aproximadamente 27% e 54% em alguns estudos, e uma taxa média ponderada de recidiva em torno de 17,7% em revisões mais recentes.² Esses números reforçam um ponto central deste guia: o sucesso do tratamento depende diretamente da complexidade da doença e da experiência do cirurgião, sendo a avaliação individualizada indispensável.

Por que a preservação do esfíncter importa tanto

A continência fecal — a capacidade de controlar voluntariamente a saída de gases e fezes — depende da integridade do esfíncter anal. Técnicas que preservam ao máximo essa estrutura, como o VAAFT, buscam equilibrar dois objetivos que antes pareciam conflitantes: eliminar definitivamente a fístula e manter a qualidade de vida e a função intestinal normal do paciente após a cirurgia.

04

CAPÍTULO

Cisto pilonidal e a técnica EPSiT

O cisto pilonidal, também chamado de cisto sacrococcígeo, é uma condição que se desenvolve na região do sulco interglúteo, próxima ao cóccix (o "osso da cauda"). Acredita-se que sua origem esteja relacionada à penetração de pelos sob a pele nessa região, que desencadeiam uma reação inflamatória crônica, formando um trajeto ou cavidade que pode infeccionar repetidamente. É uma condição mais comum em homens jovens, pessoas com pelos espessos na região, sedentarismo, obesidade e que passam longos períodos sentadas — por isso é, às vezes, popularmente chamada de "doença do motorista" ou "doença do jipe", em referência a seu histórico de maior incidência em militares que passavam longos períodos sentados.

Do desconforto silencioso à infecção aguda

O cisto pilonidal pode permanecer assintomático por anos, manifestando-se apenas como um pequeno orifício ou covinha na pele da região interglútea. O problema surge quando esse trajeto se obstrui e infecciona, formando um abscesso doloroso, com vermelhidão, calor local e, muitas vezes, drenagem de secreção purulenta com odor característico. Uma vez que a infecção se manifesta, os episódios tendem a se repetir ao longo do tempo caso o trajeto de origem não seja tratado definitivamente — não bastando apenas drenar o abscesso agudo.

EPSiT: a alternativa endoscópica às cirurgias abertas tradicionais

Historicamente, o tratamento definitivo do cisto pilonidal envolvia cirurgias abertas de ressecção ampla do tecido afetado, com feridas grandes, curativos diários prolongados e semanas a meses de cicatrização — um processo desgastante física e emocionalmente para o paciente. O EPSiT (Endoscopic Pilonidal Sinus Treatment), técnica também desenvolvida pelo Prof. Piercarlo Meinero, mudou esse cenário ao introduzir uma abordagem endoscópica minimamente invasiva.³

- Utiliza um fistuloscópio de calibre fino, inserido através do próprio orifício do cisto ou de uma incisão adicional muito pequena, de aproximadamente 0,5 cm.
- É realizado sob anestesia local ou raquianestesia, sem necessidade de grandes cortes na pele da região sacrococcígea.
- Permite a visualização direta do interior da cavidade, possibilitando a limpeza completa do tecido de granulação e dos folículos pilosos responsáveis pela inflamação crônica.
- O paciente recebe alta em poucas horas, muitas vezes no mesmo dia do procedimento.
- A cicatrização completa ocorre, em média, em torno de 15 dias — um tempo significativamente menor do que o exigido pelas técnicas abertas tradicionais.

Além da recuperação mais rápida, o EPSiT tem a vantagem estética e funcional de deixar cicatrizes minúsculas, reduzir a dor pós-operatória e permitir retorno mais precoce às

atividades cotidianas e ao trabalho. Por ser um procedimento ambulatorial e pouco invasivo, também reduz o impacto psicológico associado às feridas abertas e aos curativos prolongados das técnicas convencionais.³

Nem todo caso é indicado para técnica endoscópica

Cistos pilonidais muito extensos, com múltiplos trajetos ramificados ou infecções extremamente agudas, podem exigir abordagem inicial diferente — como drenagem simples do abscesso seguida de tratamento definitivo em um segundo momento. A avaliação presencial do coloproctologista é o que determina a melhor sequência terapêutica para cada caso.

05

CAPÍTULO

Comparando as técnicas minimamente invasivas

Um dos maiores avanços da coloproctologia moderna foi a diversificação das opções terapêuticas para a doença hemorroidária e outras condições anorretais. Em vez de um único caminho cirúrgico "padrão", hoje o coloproctologista pode escolher, entre diversas técnicas minimamente invasivas, aquela mais adequada ao grau da doença, ao perfil do paciente e aos seus objetivos de recuperação. A tabela a seguir resume as principais técnicas discutidas neste guia, suas indicações típicas e características centrais.⁴

Técnica	Indicação principal	Como funciona	Vantagens-chave
PPH (grampeamento)	Hemorroidas internas graus I e II	Grampeador circular fixa os coxins hemorroidários na posição anatômica normal, sem necessidade de suturas.	Sem cortes externos; menor dor pós-operatória que a hemorroidectomia clássica.
THD / Doppler	Hemorroidas internas graus I a III	Transdutor Doppler acoplado a um anuscópio localiza as artérias hemorroidárias; a ligadura interrompe o fluxo sanguíneo sem cortes.	Sem incisões; preserva a anatomia do canal anal; recuperação rápida.
RAFAELO (radiofrequência)	Hemorroidas internas graus I e II	Sonda de radiofrequência aplica energia controlada que necrosa o tecido hemorroidário em pontos específicos.	Procedimento rápido, sem cortes, dor pós-operatória mínima.
VAAFT	Fístula anal, principalmente casos complexos	Fistuloscópio permite visualizar e tratar o trajeto fistuloso por dentro, cauterizando-o e fechando o orifício interno.	Poupa o esfíncter anal; reduz risco de incontinência.
EPSiT	Cisto pilonidal (sacroccígeo)	Fistuloscópio fino, inserido por incisões mínimas (~0,5 cm), permite limpeza endoscópica completa da cavidade.	Cicatrização em ~15 dias; cicatriz mínima; alta no mesmo dia.
Laser (FiLaC)	Fístula anal	Sonda de laser inserida no trajeto fistuloso fecha o canal por energia térmica, sem removê-lo cirurgicamente.	Não lesiona tecidos adjacentes; preserva função esfíncteriana.

Nota: taxas de sucesso e recidiva variam conforme a complexidade de cada caso, a experiência do cirurgião e características individuais do paciente. Os dados apresentados neste guia para VAAFT (fístulas simples ~73-87% de cicatrização; fístulas complexas ~27-54%, com recidiva média ponderada de aproximadamente 17,7% em estudos mais recentes) ilustram essa variabilidade.²

É importante destacar que nenhuma dessas técnicas é "melhor" de forma absoluta — cada uma tem indicações específicas. Hemorroidas em graus mais avançados (III e IV, com prolapso significativo) frequentemente ainda se beneficiam de abordagens mais tradicionais,

como a hemorroidectomia, combinadas ou não com técnicas minimamente invasivas. A escolha ideal resulta sempre de uma avaliação clínica detalhada, que considera o grau da doença, a anatomia do paciente, comorbidades e as expectativas de recuperação.

Um ponto em comum entre todas essas técnicas modernas é a redução expressiva da dor pós-operatória em comparação às cirurgias convencionais mais antigas. Isso ocorre porque a maior parte da dor no pós-operatório de cirurgias anais tradicionais vem justamente das incisões cutâneas na região perianal, rica em terminações nervosas — e as técnicas apresentadas aqui foram desenhadas exatamente para minimizar ou eliminar esse tipo de corte.

06

CAPÍTULO

Preparo, cirurgia e recuperação: o que esperar

Compreender as etapas do processo cirúrgico ajuda a reduzir a ansiedade — um dos fatores que mais amplificam o medo em torno das cirurgias proctológicas. Embora cada técnica tenha particularidades, é possível traçar um roteiro geral que se aplica à maioria dos procedimentos minimamente invasivos discutidos neste guia.

Antes da cirurgia: avaliação e preparo

- Consulta e exame proctológico: inclui anamnese detalhada, toque retal e anoscopia; em alguns casos, é solicitada colonoscopia para descartar outras causas de sangramento.
- Exames pré-operatórios de rotina: exames de sangue, avaliação cardiológica quando necessário, e ajuste de medicações em uso (especialmente anticoagulantes).
- Preparo intestinal: geralmente envolve dieta leve e, em alguns casos, uso de laxantes ou enemas nas horas anteriores ao procedimento, conforme orientação específica do cirurgião.
- Jejum: a maioria dos procedimentos exige jejum de alimentos sólidos e líquidos por um período determinado antes da anestesia.

Durante o procedimento

A grande maioria das técnicas minimamente invasivas apresentadas neste guia — PPH, THD/Doppler, RAFAELO, VAAFT, EPSiT e laser — pode ser realizada em regime ambulatorial ou com internação muito curta (frequentemente menos de 24 horas), sob anestesia local, regional (raquianestesia) ou sedação, a depender do procedimento e das condições clínicas do paciente. A escolha do tipo de anestesia é discutida previamente com a equipe médica e considera fatores como duração estimada do procedimento, ansiedade do paciente e comorbidades.

Pós-operatório e recuperação

- Controle da dor: analgésicos comuns costumam ser suficientes na maioria dos casos, já que as técnicas modernas reduzem significativamente a dor em comparação às cirurgias convencionais mais antigas.
- Higiene local: banhos de assento mornos várias vezes ao dia auxiliam na higiene e no conforto da região operada.
- Alimentação: dieta rica em fibras e boa hidratação ajudam a manter as fezes macias, reduzindo o esforço evacuatório e o desconforto.
- Retorno às atividades: varia por técnica, mas em procedimentos como EPSiT, RAFAELO e THD/Doppler o retorno a atividades leves costuma ocorrer em poucos dias.

- Acompanhamento: consultas de retorno permitem monitorar a cicatrização e identificar precocemente qualquer sinal de complicação.

Dica prática: prepare o "kit de recuperação" com antecedência

Ter em casa, antes da cirurgia, itens como banheira ou bacia para banho de assento, compressas, roupas íntimas confortáveis, alimentos ricos em fibra e um analgésico prescrito pelo médico facilita muito os primeiros dias pós-operatórios e reduz o estresse do período de recuperação.

É natural sentir apreensão antes de qualquer procedimento cirúrgico, mas vale reforçar: as técnicas apresentadas neste guia foram desenvolvidas justamente para tornar esse processo menos doloroso e mais previsível. Conversar abertamente com o cirurgião sobre medos, expectativas e rotina de vida (trabalho, atividades físicas, viagens programadas) ajuda a personalizar tanto a escolha da técnica quanto o plano de recuperação.

07

CAPÍTULO

Mitos e verdades sobre doenças proctológicas

Poucas áreas da medicina acumulam tanta desinformação popular quanto a proctologia. Isso acontece justamente por causa do tabu: como poucas pessoas falam abertamente sobre esses sintomas com médicos, muitas informações incorretas circulam entre amigos, familiares e redes sociais. A seguir, esclarecemos algumas das crenças mais comuns.

MITO

"Toda hemorroida precisa de cirurgia."

VERDADE

A maioria dos casos de hemorroidas em graus iniciais (I e II) responde bem a mudanças de hábito alimentar, medicamentos e, quando necessário, procedimentos ambulatoriais simples. A cirurgia é reservada para casos mais avançados ou que não respondem ao tratamento conservador.

MITO

"Comida apimentada causa hemorroidas."

VERDADE

Alimentos picantes podem irritar a mucosa anal e intensificar o desconforto em quem já tem hemorroidas, mas não são causa direta da doença. O principal fator de risco alimentar é a baixa ingestão de fibras e água, que leva à constipação e ao esforço evacuatório excessivo.

MITO

"Cirurgia de hemorroida é sempre extremamente dolorosa e exige semanas de repouso."

VERDADE

Esse era o cenário típico das técnicas convencionais mais antigas. Com os avanços apresentados neste guia — PPH, THD/Doppler, RAFAELO, entre outras —, muitos procedimentos hoje são ambulatoriais, com dor pós-operatória bem controlada e retorno às atividades em poucos dias.

MITO

"Sangramento anal é sempre só hemorroida, não precisa investigar."

VERDADE

Sangramento anal pode ter diversas causas, incluindo pólipos e câncer colorretal. Todo sangramento deve ser avaliado por um médico, que decidirá se exames complementares, como a colonoscopia, são necessários — especialmente em pacientes acima de 45 anos ou com histórico familiar da doença.

MITO

"Fístula anal sempre exige corte grande do esfíncter, com risco alto de incontinência."

VERDADE

Técnicas modernas como o VAAFT e o laser (FiLaC) foram desenvolvidas justamente para tratar fístulas preservando o esfíncter anal, reduzindo significativamente o risco de incontinência em comparação às técnicas cirúrgicas mais antigas.

MITO

"Cisto pilonidal, depois de operado uma vez, nunca mais volta."

VERDADE

A técnica cirúrgica utilizada influencia diretamente a taxa de recidiva. Abordagens que não tratam adequadamente todo o trajeto do cisto — ou que deixam folículos pilosos residuais — podem levar à recorrência. Técnicas endoscópicas como o EPSiT, que permitem visualização completa da cavidade, buscam justamente reduzir esse risco.

08

CAPÍTULO

Quando procurar um coloproctologista

Um dos maiores obstáculos ao diagnóstico precoce das doenças proctológicas não é a falta de tratamentos eficazes — é o atraso em buscar avaliação médica. Este capítulo reúne os principais sinais de alerta que indicam a necessidade de uma consulta com um coloproctologista, especialista dedicado justamente às doenças do intestino grosso, reto e ânus.

Sinais de alerta que não devem ser ignorados

- Sangramento anal de qualquer intensidade, mesmo que pareça pequeno ou indolor.
- Dor anal persistente, seja constante ou associada às evacuações.
- Presença de nódulo, protuberância ou "caroço" perianal, com ou sem dor.
- Coceira (prurido anal) persistente que não melhora com higiene adequada.
- Secreção purulenta ou de odor forte na região perianal.
- Alteração no hábito intestinal (diarreia ou constipação) que persiste por mais de algumas semanas.
- Sensação de evacuação incompleta ou mudança no calibre das fezes.
- Febre associada a dor ou inchaço na região anal — possível sinal de abscesso, que exige avaliação de urgência.

Grupos que merecem atenção redobrada

Pessoas com mais de 45 anos, histórico familiar de câncer colorretal ou pólipos, doença inflamatória intestinal (Crohn ou colite ulcerativa), ou sintomas que persistem por mais de duas a três semanas devem procurar avaliação especializada com prioridade, mesmo que os sintomas pareçam leves à primeira vista.

A consulta com o coloproctologista é, na maioria das vezes, muito menos invasiva e desconfortável do que os pacientes imaginam. O exame proctológico padrão inclui inspeção visual, toque retal e, quando indicado, anoscopia — realizados em poucos minutos, no consultório, sem necessidade de preparo intestinal complexo na maior parte dos casos. Ir a essa consulta precocemente é o fator isolado mais importante para garantir acesso aos tratamentos mais simples, rápidos e menos invasivos apresentados neste guia.

Se você reconheceu algum dos sinais acima em si mesmo ou em alguém próximo, o próximo passo é simples: agendar uma consulta. As informações deste ebook têm o objetivo de reduzir o medo e a vergonha que normalmente atrasam essa decisão — mas apenas uma avaliação presencial pode confirmar o diagnóstico e indicar o tratamento mais adequado para o seu caso.

DISCLAIMER

Aviso médico importante

Este material é exclusivamente educativo

As informações apresentadas neste ebook têm caráter educativo e informativo, com o objetivo de ajudar você a compreender melhor as doenças proctológicas mais comuns e as opções de tratamento atualmente disponíveis. Este conteúdo não substitui, em nenhuma hipótese, a consulta médica presencial, o exame físico e a avaliação individualizada realizada por um médico coloproctologista.

O diagnóstico correto e a definição do tratamento mais adequado dependem de fatores específicos de cada paciente — histórico clínico, exame físico, exames complementares quando necessários e comorbidades — que só podem ser avaliados em consulta presencial.

Não utilize as informações deste material para autodiagnóstico ou automedicação. Caso você apresente qualquer um dos sintomas ou sinais de alerta descritos neste guia, procure avaliação médica especializada o mais breve possível.

As taxas de sucesso, indicações e características de cada técnica cirúrgica mencionadas neste ebook são baseadas em literatura médica publicada e podem variar conforme o caso individual, a experiência do cirurgião e o serviço de saúde. A decisão terapêutica final é sempre individualizada e tomada em conjunto entre médico e paciente.

Dr. Ricardo da Silva Lourenço — CRM-SP 109.362
Cirurgia Geral, Gastroenterologia e Coloproctologia

FONTES CONSULTADAS

Referências

As informações técnicas apresentadas neste guia foram baseadas nas seguintes fontes:

1. Fistuloscopy-Assisted Tract Laser Closure and VAAFT — literatura sobre a técnica VAAFT para tratamento de fístula anal (PMC): <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5478827/>
2. Avaliação de resultados do VAAFT em fístulas anais — SciELO, Journal of Coloproctology: <https://www.scielo.br/j/jcol/a/twL5yV4rzSGVgX55WfjGNsy/abstract/?lang=pt>
3. Video-assisted anal fistula treatment — Thieme Connect / Journal of Coloproctology: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1016/j.jcol.2014.02.005.pdf>
4. Dados complementares sobre VAAFT e resultados clínicos — Biblioteca Digital TJMG: <https://bd.tjmg.jus.br/items/e3a97c51-7834-45c4-9947-db42aff5f0ba>
5. EPSiT (Endoscopic Pilonidal Sinus Treatment) — Dr. Andrea Lucchi, cisto pilonidal e fístula perianal: <https://www.andrealucchi.it/patologie-trattate/cisti-pilonidale-e-fistola-perianale/>
6. EPSiT — informações técnicas sobre a técnica endoscópica para cisto pilonidal: <https://www.cistopilonidal.org/en/epsit>
7. Cirurgias orificiais e técnicas minimamente invasivas (PPH, THD/Doppler, RAFAELO, laser para fístula) — Dra. Fernanda Proctologista: <https://drafernandaproctologista.com.br/cirurgias-orificiais/>
8. Tratamentos proctológicos e técnica de laser (FiLaC) para fístula anal — Dra. Dayara Salomão: <https://www.dayarasalomao.com.br/tratamentos>

Este material foi elaborado com apoio de inteligência artificial (Perplexity Computer) a partir de fontes médicas públicas, sob supervisão editorial da equipe do Dr. Ricardo Lourenço. Sempre consulte um coloproctologista para orientação individualizada.

Pronto para cuidar da sua saúde com quem entende do assunto?

Se você reconheceu algum dos sintomas descritos neste guia, o próximo passo é simples: agende uma avaliação com o Dr. Ricardo Lourenço. Cada caso é único, e o melhor tratamento é sempre aquele definido com avaliação individualizada — buscando o melhor resultado com a menor dor possível.

Dr. Ricardo da Silva Lourenço

CRM-SP 109.362 · Cirurgia Geral, Gastroenterologia e Coloproctologia

WhatsApp: (11) 97342-0483

E-mail: thedoc@thedocsite.com

Instagram: [@dr.ricardo.lourenco](https://www.instagram.com/dr.ricardo.lourenco)

Site: thedocsite.com

"Em busca do melhor tratamento com a menor dor."