

ABSCESSOS E FÍSTULAS ANORRETAIS

Fernando Sarmiento de Carvalho¹

A formação de abscessos em relação com o canal anal ou reto é um achado comum, e tem uma importância especial por sua relação com as fístulas anais. **Stephen Eisenhammer** enfatizou que os abscessos e as fístulas anorretais devem ser encarados como a mesma condição, grupados sob o termo abscesso fistuloso. O abscesso seria a fase aguda da doença e a fístula a crônica.

Um abscesso pode se seguir à injeção esclerosante de hemorróidas, pode ser secundário a corpos estranhos ingeridos, a trauma retal com perfuração ou pode surgir como complicação de cirurgia anorretal. Estas causas são raras e de um modo geral os abscessos têm causas intrínsecas.

A concepção de que estas infecções são criptoglandulares parece lógica e tem aceitação geral. A idéia é que a glândula se infectaria pela entrada de material fecal pela cripta, gerando o abscesso, cuja localização dependeria da topografia da glândula acometida. Após a drenagem espontânea ou cirúrgica do abscesso, estaria constituída a fístula (**Fig. 1**).

O organismo infectante mais comum é a *Escherichia coli*, mas outros organismos, inclusive anaeróbios produtores de gás, podem ser os responsáveis. As infecções por BK com as fístulas tuberculosas são raras hoje em dia.

Uma classificação simples e prática dos abscessos é baseada na patologia cirúrgica das lesões. Os abscessos se subdividiriam de acordo com sua localização topográfica em:

- pelvirretais
- intermusculares altos (submucosos)
- pós-anais profundos
- isquiorretais

- perianais
- marginais

Os abscessos pelvirretais se situam acima dos elevadores em relação estreita com a parede retal. É um tipo raro de abscesso e não tem origem criptoglandular, sendo secundário a patologia pélvica.

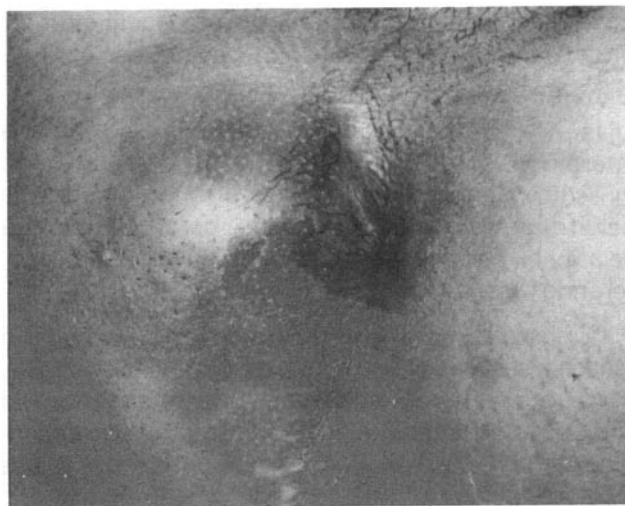


Fig. 1 – Abscesso de fossa isquiorretal. Ao romper-se dará origem à fístula isquiorretal.

Os abscessos chamados submucosos são considerados a partir do trabalho de **Eisenhammer**, como intermusculares altos ou interesfinctéricos com expansão alta.

1 Cirurgião da Clínica Aloysio de Carvalho. Rio, RJ. Professor-Assistente do Dept.º de Cirurgia da Universidade Gama Filho. Rio, RJ

– Proibida a reprodução total ou parcial para fins comerciais

Os abscessos e fístulas perianais se situam abaixo da fascia perianal que separa os glóbulos de gordura finos e densamente agrupados do espaço perianal dos glóbulos de gordura grandes e frouxamente agrupados da fossa isquiorretal. Tipicamente a infecção se dissemina a partir do espaço intermuscular. O espaço marginal, abaixo da borda inferior do esfíncter interno, não está envolvido.

O abscesso marginal está confinado abaixo da borda inferior do esfíncter interno.

Os abscessos isquiorretais são menos comuns que os perianais e marginais. Se localizam no espaço limitado cranialmente pelos músculos elevadores, caudalmente pelo fascia perianal que separa a fossa isquiorretal do espaço perianal, medialmente pelo aparelho esfíncteriano e lateralmente pelo fascia obturador. As fossas isquiorretais de ambos os lados se comunicam através do espaço pós-anal profundo de *Courtney*, de modo que a infecção de um lado pode se estender ao outro gerando os abscessos e fístulas em ferradura. É possível que boa parte destas infecções na realidade se originem no espaço pós-anal profundo se expandindo bilateralmente nas fossas isquiorretais.

A fossa isquiorretal é preenchida por tecido gorduroso frouxamente agrupado que é relativamente avascular, o que explica a facilidade da progressão da necrose e supuração nestes casos.

O abscesso da fossa isquiorretal pode possuir lojas no espaço perianal e também no espaço intermuscular. Ele pode também penetrar pelo músculo elevador do ânus e alcançar o espaço pelvirretal. Quando não tratado, geralmente drena pela pele perianal, e mais raramente pela vagina, gerando uma fístula retovaginal.

O abscesso pós-anal profundo está situado no espaço subesfinctérico posterior de *Courtney*, entre o ligamento anococcígeo e o elevador do ânus. É especialmente importante pois sua expansão, como já dissemos, se dá no sentido das fossas isquiorretais.

Clinicamente, nos casos de abscessos perianais, marginais e intermusculares o sintoma predominante é a dor, de início recente, contínua e severa, agravada por movimentação, compressão local e defecação. Sintomas sistêmicos de sepsis, como febre, taquicardia etc. podem estar presentes mas são menos severos que a dor.

A inspeção local revela a área de abaulamento doloroso. Nos abscessos intermusculares altos, situados acima da área sensitiva do canal anal, a dor é menos severa mas o toque retal revela a área de induração dolorosa palpável.

Já nos casos de abscessos das fossas isquiorretais os sintomas tóxicos como febre, mal-estar geral, taquicardia, sudorese etc. são proeminentes. Há desconforto persistente na região do canal anal mas a dor não é severa no início (**Fig. 1**).

Os abscessos pós-anais profundos podem não causar abaulamento visível nem eritema denunciador da presença do abscesso. O exame bidigital irá mostrar uma área de induração dolorosa atrás do canal anal podendo estender-se a uma ou ambas as fossas isquiorretais.

Na maioria dos casos o diagnóstico de um abscesso é relativamente fácil mas, ocasionalmente, apenas o exame sob anestesia torna possível o diagnóstico preciso, em função da intensidade da dor, que pode tornar impossível qualquer manipulação local sem anestesia.

Um exame proctológico completo é desejável mesmo que se faça sob anestesia, porque às vezes a infecção é secundária à perfuração de úlcera maligna ou secundária a proctites como neste caso de retite gonocócica, com abscesso e fístula gonocócicos (**Fig. 2**).

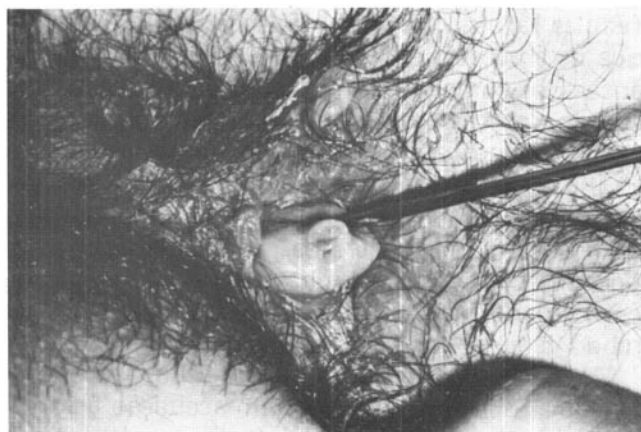


Fig. 2 – Abscesso perianal. O exame retal completo revelou retite intensa: Bacterioscopia do pus revelou *Neisseria* sp. Tratava-se portanto de abscesso secundário a retite gonocócica.

Na anamnese deve-se prestar atenção ao hábito intestinal e a existência ou não de sintomas abdominais pois é essencial excluir doença de *Crohn*. As fístulas são freqüentes nesta patologia e classicamente têm trajetos complexos.

Quanto ao tratamento, é raro que a celulite em torno ao canal anal não evolua para supuração. A drenagem da coleção é mandatória. Por outro lado, como a maioria dos abscessos anorretais parecem ter origem criptoglandular, o abscesso tende a recidivar ou uma fístula se forma, a não ser que a causa do problema seja removida.

Baseados nisto, nos parece que uma abordagem prática do problema seja:

Nos abscessos perianais e marginais com abaulamento bem superficial, é razoável a drenagem

imediate sob anestesia local (desde que esteja excluída a hipótese de abscesso isquiorretal com expansão baixa), com posterior internação no hospital para exame sob anestesia do trajeto fistuloso e a cirurgia definitiva da fístula, em caráter eletivo.

Já nos abscessos isquiorretais, pós-anais profundos e intermusculares altos, o tratamento com anestesia local é mais difícil devido à profundidade da infecção com relação à pele e o paciente deve ser submetido à anestesia geral para a intervenção. Nesta, deve-se fazer uma tentativa para identificar o orifício interno, ou seja, a cripta fonte de infecção.

Caso seja possível, ótimo, pois pode-se resolver o problema removendo a fonte da infecção com uma única operação. Algumas vezes, no entanto, pela reação inflamatória e a necrose local, se torna difícil a identificação do orifício interno e existe grande facilidade de produzirmos falsos trajetos com os exploradores de fístulas. Caso existam estas dificuldades, é melhor se contentar com a simples drenagem e desbridamento do abscesso e adiar a cirurgia definitiva (e fistulotomia) para ocasião posterior, com menor grau de inflamação e distorção anatômicas locais.

Fístulas anais

Quanto às fístulas anais (**Fig. 3**) voltamos a *Eisenhammer* quando afirma que "o tratamento adequado de fístulas anais depende do fato fundamental que abscessos e fístulas são a mesma condição, se bem que dissociáveis pois enquanto o abscesso é o estágio agudo, a fístula representa o estágio crônico da infecção".

A fístula anal é um trajeto de tecido de granulação crônica infectado, que passa do canal anal à pele.

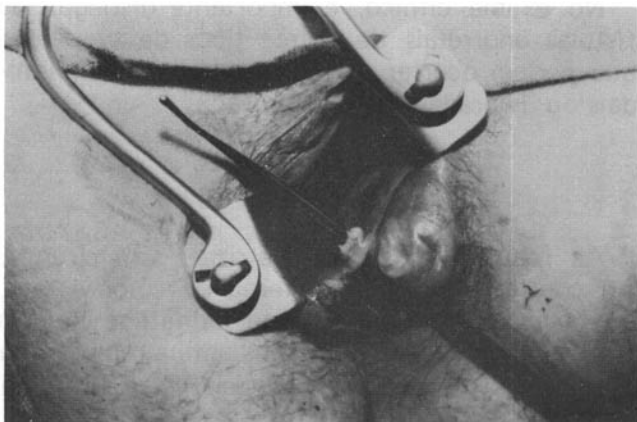


Fig. 3 – Fístula anal. Notar a cripta de origem fibrótica e proeminente.

A cripta correspondente se mostra retraída como um funil pela contração do tecido fibroso e de granulação do trato (**Fig. 4**).

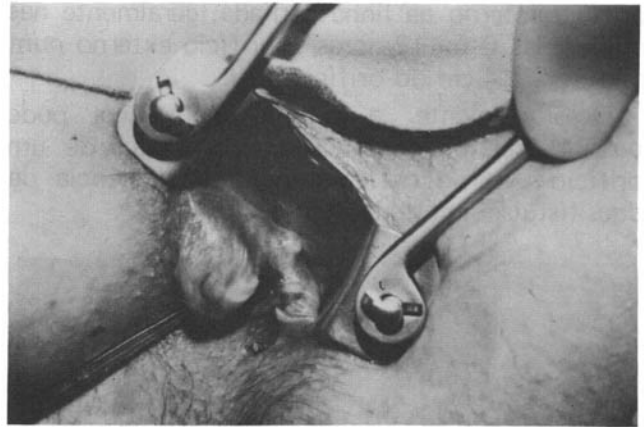


Fig. 4 – Fístula anal. Notar a cripta correspondente ao orifício interno retraída e com o aspecto de funil pela contração do tecido fibroso do trajeto.

Muitas vezes observa-se tecido granuloso sobresaindo-se no orifício externo. O trajeto fistuloso é composto de tecido fibroso denso, palpável através da pele perianal e é revestido do tecido de granulação infectado.

A grande maioria das fístulas vai resultar da drenagem espontânea ou cirúrgica de um abscesso sendo então de origem criptoglandular. Existem, no entanto, exceções que devem ser levadas em conta pois implicam em uma abordagem diferente.

A mais importante é a fístula associada à doença de *Crohn*. De fato, há uma elevada incidência de fístulas nesta doença. Boa parte destes casos apresenta evidências de retite ou colite mas algumas vezes a fístula é o sintoma da doença de *Crohn*.

São fístulas geralmente complexas, de aparência distinta das fístulas criptoglandulares comuns. O reconhecimento da doença de *Crohn* subjacente é desejável pois a abordagem cirúrgica seria diferente em virtude da reconhecida dificuldade de cicatrização nestes pacientes.

Além destas, as fístulas anais podem ser secundárias à tuberculose, câncer do reto ou ânus, corpos estranhos, ou mesmo doenças venéreas, e é importante o reconhecimento da doença básica pelas óbvias implicações no tratamento.

Para isto, é essencial um exame proctológico completo, complementado, quando for o caso, por estudos bacteriológicos e radiológicos.

Nós não recomendamos a exploração do trajeto com estiletos sem anestesia, pela dor e pelo risco de formar falsos trajetos.

Os tipos de fístula anal vão corresponder aos abscessos que lhes deram origem.

Assim, os abscessos perianais baixos vão dar origem às fístulas anais baixas ou perianais, com orifício interno na linha dentada, geralmente nas criptas das 6 ou 12 horas, e orifício externo num raio de 2 a 4 cm do orifício anal.

Ocasionalmente, a fístula anal baixa pode possuir trajetos complicados, com mais de um orifício externo ou combinado a existência de duas fístulas simultaneamente (**Fig. 5**).

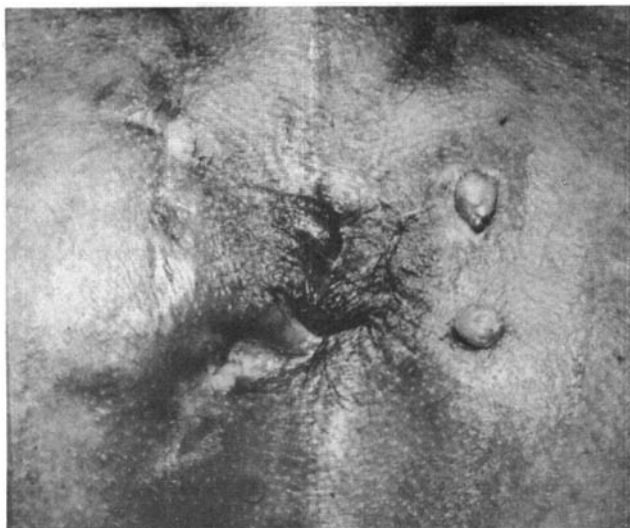


Fig. 5 — Fístula perianal com múltiplos orifícios externos.

Os abscessos intermusculares ou submucosos vão dar origem às fístulas intermusculares altas; os abscessos das fossas isquiorretais e do espaço pós-anal profundo vão dar origem às fístulas isquiorretais.

Estas, apesar de menos freqüentes que as perianais, merecem análise mais detalhada por sua complexidade.

A infecção inicia-se presumivelmente por contaminação das glândulas anais que estão em relação com as criptas das 6 ou 12 horas. É necessário para que se forme uma fístula isquiorretal que esta glândula esteja situada em posição alta com relação à linha dentada. O abscesso intermuscular inicialmente progride através da massa muscular alcançando o espaço pós-anal profundo posteriormente, e daí se estende a uma ou ambas as fossas isquiorretais, gerando a chamada fístula em feradura neste último caso.

É importante, para uma abordagem cirúrgica adequada, conhecer os elementos que formam esta fístula complexa, quais sejam:

- o orifício interno — geralmente na linha média e logo abaixo do anel anorretal. A ele se segue o

- trajeto fistuloso posterior — que é curto, e passa diretamente ao espaço pós-anal profundo. Algumas vezes é facilmente detectável com um estilete explorador a partir da cripta de origem. Em outras, é melhor identificado a partir do trajeto externo.

- O trajeto fistuloso isquiorretal — é o próximo componente se seguindo ao trajeto posterior a partir do espaço pós-anal profundo. Pode ser uni ou bilateral.

- Por fim, o último componente é o trajeto externo que comunica o trajeto isquiorretal com o orifício externo. Este trajeto externo é profundo, e pode se comunicar com o trajeto isquiorretal em qualquer ponto do seu curso sendo de difícil palpação.

Distintamente do portador de um abscesso, no caso de fístula, o quadro clínico é composto de secreção intermitente ou persistente na região perianal. A umidade permanente nesta região pode causar dermatite e prurido anais. Havendo granulação exuberante ao nível do orifício interno, é possível haver sangramento às evacuações.

O hábito intestinal não se altera pela fístula, e esta informação é importante para excluir colites ou proctites.

A inspeção do ânus vai revelar o orifício externo, que pode ser único ou múltiplo. Este orifício é pequeno e preenchido por tecido de granulação; que se protege da pele perianal. O orifício externo está situado geralmente em um raio de 2 a 4 cm do orifício anal em um caso de fístula perianal, e nas fístulas isquiorretais, o orifício externo tende a se situar a mais de 5 cm do ânus.

A palpação do trajeto fibroso da fístula é possível, na grande maioria dos casos (fístulas perianais), principalmente quando utilizamos a palpação bidigital como rotina (**Fig. 8**).

No exame clínico, é importante distinguir as fístulas anorretais de outros tipos de supuração que podem ocorrer na região como cistos pilonidais ou Hidradermite supurativa.

TRATAMENTO

As fístulas anais não cicatrizam sem cirurgia. Ao contrário das fístulas fecais do cólon e reto, que fecham espontaneamente, admite-se que as fístulas anais só se curam mediante a remoção da "fonte de infecção". O que seja esta "fonte de infecção" é objeto de controvérsia.

O conceito ortodoxo, que nos parece mais ou menos simplista, é que a passagem diária de fezes e muco contaminado sobre o orifício interno

reinfectaria o trajeto fistuloso resultando na persistência da fístula. No entanto, o mesmo ocorre em uma fístula intestinal, e ela tende a fechar mesmo assim.

Parks, em 1961, propôs a idéia que a glândula anal infectada seja a "fonte de infecção" e neste caso, bastaria a remoção desta para a solução do problema. A cripta infectada, na opinião de **Parks**, seria removida apenas por se encontrar próxima e em estreita relação com a glândula.

Nós tendemos a concordar com a opinião de **Eisenhammer** de que a glândula anal é a origem da infecção mas não a causa da persistência da fístula.

Ele acredita que a fístula persiste por causa do material cronicamente infectado no espaço morto intermuscular, o qual é conectado com o canal anal por um trajeto epitelial permeável. **Eisenhammer** afirma que este complexo revestido por epitélio deve ser removido.

De qualquer modo, o tratamento cirúrgico mais aceito atualmente consiste na remoção do orifício interno, pela incorporação deste no canal anal. Isto é obtido pela fistulotomia.

Com um estilete explorador apropriado, se identifica o trajeto, seja a partir do orifício interno da fístula, mas mais comumente a partir do orifício externo (**Fig. 6**).

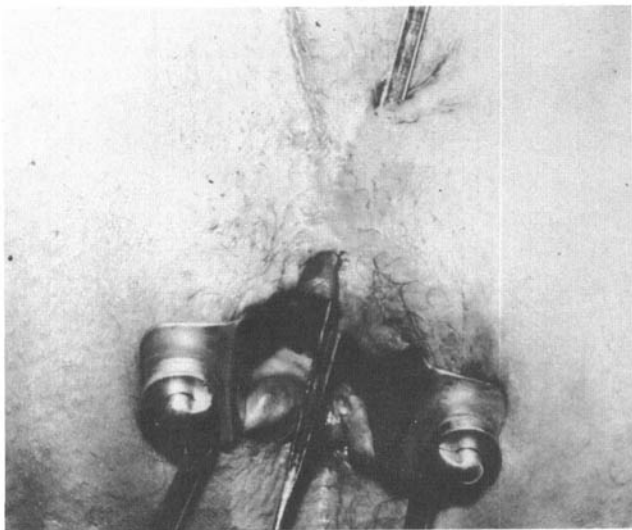


Fig. 6 – Trajeto fistuloso identificado pelo estilete explorador.

Daf, se incisa o trajeto, promovendo, como já dissemos, a incorporação do orifício interno da fístula no orifício anal (**Fig. 7**).

Após a inserção do estilete e identificação do trajeto, é especialmente importante determinar a profundidade do trajeto em relação com o anel muscular anorretal.

Apesar de a grande maioria das fístulas cruzarem os esfínteres através da parte mais distal

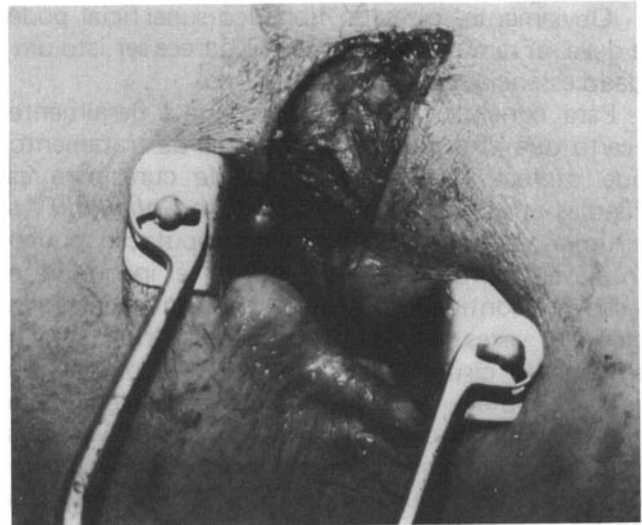


Fig. 7 – *Fistulotomia: a incisão do trajeto promove a incorporação do orifício interno da fístula no orifício anal.*

destes músculos, sua divisão não acarretando problemas para a continência, em alguns casos de fístulas isquiorretais, a incisão do trajeto vai implicar em divisão de grande parte do anel muscular. É clássico afirmar-se que, desde que não haja secção total do anel anorretal, ou seja, não haja secção dos músculos elevadores, o prejuízo para a continência é pouco significativo.

Nossa conduta, no entanto, é, sempre que o trajeto for profundo, acarretando dúvidas sobre o resultado funcional após a incisão, recorrer ao artifício do fio de seton. Este consiste na secção parcial do trajeto e na inserção de um fio inabsorvível como reparo, no trajeto remanescente.

Com esta técnica é possível avaliar quanto de músculo vai permanecer, e sua capacidade funcional, mais tarde, com o paciente acordado. Mais ainda, parece que a ação de corpo estranho do fio, promovendo a fibrose local e tendência a eliminação, permitiria ou a eliminação espontânea do fio completando a fistulotomia, ou a remoção cirúrgica em tempo posterior, estando as fibras musculares "acordadas" pela fibrose que preveniria a secção total do anel.

Após a fistulotomia, a granulação infectada do trajeto deve ser curetada, e se faz uma busca por trajetos secundários. Por fim, remove-se a pele redundante com o objetivo de se obter uma ferida o mais plana possível para se facilitar o manejo pós-operatório na cicatrização por segunda intenção.

Quanto à ressecção ou não do trajeto fistuloso (ou seja a fistulectomia), nós acreditamos que além de desnecessário, pode ser até perigoso, nos casos de trajetos que penetrem profundamente passando perto do anel anorretal.

Obviamente, o tecido fibrótico superficial pode e deve ser removido, mas não nos parece ser isto um dado essencial para o resultado final.

Para concluir, pode se dizer que é geralmente aceito que cirurgia é a única forma de tratamento que oferece perspectiva sólida de cura para as fístulas anorretais. Mas, como disse *Goligher*, "As cirurgias para fístulas têm uma reputação pouco invejável, porque a recidiva não é incomum e lesão da continência é outra seqüela encontrada algumas vezes. Menciono isto para frisar que o tratamento cirúrgico da fístula anal é complexo e requer cautela e segurança baseados em uma grande experiência da doença em seus variados padrões e um conhecimento profundo da anatomia anal. Há poucas operações em cirurgia em que a qualidade dos resultados são tão dependentes da qualidade técnica do cirurgião".

De fato, a diferença de qualidade entre as operações para fístula praticadas na Idade Média e

a moderna cirurgia resulta basicamente da maior delicadeza e precisão no ato operatório, resultando em operações mais plásticas, derivadas de um conhecimento sólido de anatomia e fisiologia anorretais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. EISENHAMMER S — Surg Gynec & Obst, 106: 595, 1958.
2. EISENHAMMER S — Dis Colon & Rectum, 9: 91, 1966.
3. EISENHAMMER S — Dis Colon & Rectum, 21: 237, 1978.
4. HAULEY PH — Dis Colon & Rectum, 8: 364, 1965.
5. HUGHES ESR & CUTHBERTSON AM — Anorectal Surgery. Hicks Smith Ltda., Sydney, 1966.
6. PARKS AG — Brit Med J, 1: 463, 1961.
7. PARKS AG — Dis Colon & Rectum, 6: 17, 1963.
8. READ DR & ABCARIAN H — Dis Colon & Rectum, 22: 566, 1979.
9. THOMPSON H — Proc Roy Soc Med, 55: 754, 1962.
10. GOLIGHER JC — Surgery of the Anus, Rectum and Colon. Bailliere Tindall, London, 1980.