

SIMPÓSIO SOBRE PATOLOGIA ORIFICAL

Apresentação no XXXI Congresso Brasileiro de
Colo-Proctologia, 6-8 de setembro de 1981 – São Paulo

Presidente: Grimaldo Andrade de Souza (BA)
Coordenador: Walter Ghezzi (RS)
Secretário: Henrique Boruschowski (SP)

Participantes: Érico Fillmann (RS)
José Maria Chaves (CE)
Célio Lima (SP)
Dithelmo Kanto (RJ)
Virginio Candido Tosta de Souza (MG)

Perguntas:

1. Quando indica o tratamento cirúrgico das hemorróidas e que técnica prefere? Por quê?

Dr. *José Maria Chaves*

Quase sempre; uma vez que, de maneira geral é bastante raro nos defrontarmos somente com varicosidades hemorroidárias internas pequenas e isoladas. Nesses infreqüentes casos, propomos o tratamento esclerosante e, para tanto, também se faz necessário que não haja associado outro tipo de estado mórbido orifical (o que é muito comum, principalmente as fissuras anais ditas de **Stress** em que o fator "Hipertonicidade esfínteriana" entra sistematicamente no ciclo vicioso). Queremos esclarecer que não temos experiência com ligaduras elásticas.

Para o tratamento cirúrgico das varizes hemorroidárias, preferimos o método fechado (**Ferguson**, para os blocos varicosos isolados ou **Whitehead**, para os casos de prolapso hemorroidários com o constituinte varicoso em todo contorno anal – bastante freqüente em nosso meio).

Justificamos o nosso procedimento, mediante trabalhos obtidos por pesquisa feita durante todo o nosso tempo de exercício da especialidade (que se aproxima dos 20 anos), em observando e considerando sobretudo os reclamos do sintoma "dor" pelos pacientes durante os pós-operatórios, com o emprego das diversificadas técnicas.

2. Quando indica o tratamento esclerosante das hemorróidas, como o realiza e qual a sua opinião a respeito do mesmo?

Dr. *Érico Fillmann*

Indicamos o tratamento esclerosante para as hemorróidas internas capilares e para as diferenciadas. Eventualmente fazemos injeções esclerosantes em hemorróidas internas maiores, se por qualquer motivo o paciente não puder ser submetido a intervenção cirúrgica. Nestes casos não há cura, apenas regressão parcial dos sintomas.

Realizamos injeções com uma solução à base de ácido fênico a 12% uma vez por semana, procurando cobrir progressivamente todos os quadrantes da circunferência do reto. Injetamos entre 2-3 cm³ em cada local e a cada injeção. A injeção é submucosa. Quando feita com técnica apropriada é totalmente indolor e isenta de complicação.

Dentro da indicação formal o resultado é excelente, e consideramos como tratamento de eleição. Fora da indicação formal é útil apenas temporariamente, aliviando sintomas.

3. Qual a sua opinião sobre o tratamento cirúrgico precoce dos abscessos do ânus?

Dr. *Célio R. Lima* _____

A precocidade, no tratamento cirúrgico de um abscesso anorretal, se liga, a nosso ver, a três aspectos importantes: em primeiro lugar, trata-se

de um processo extremamente doloroso, talvez aquele, em nossa especialidade, que maior sofrimento traga ao seu portador, e devemos dar a ele o alívio urgente, que espera de nós; em segundo lugar trata-se de processo séptico, com todas as repercussões para o estado geral; em terceiro lugar, sabemos que um abscesso drenado precocemente, se resume geralmente a uma pequena cavidade, de tratamento simples e se deixado, à sua evolução, poderá atingir planos mais profundos, complicando as soluções futuras. É bom lembrar que nos abscessos cripto-glandulares (a grande maioria deles), a drenagem precoce não dará tempo para que o tecido local individualize o canal glandular, que alimentará a futura fístula.

A grande maioria dos pacientes com abscessos, nos procuram em torno do 3º dia de sintomas. Nesta fase, geralmente já se delimitou a tumoração perceptível ao toque, ou inspeção local e o tratamento se impõe. Em menor número, vimos casos com queixa de dor local, pulsátil e contínua, com febre, nos quais o exame proctológico, não evidencia a tumoração. Nestes casos, somos favoráveis à uma espera de 24 horas, recomendando calor úmido (banhos ou compressas) e analgésicos. Não utilizamos antibióticos, na tentativa de abortar, estes abscessos. Nos raros casos em que após espera razoável, não conseguimos a localização dos abscessos, realizamos o exame sob anestesia geral e se nestas condições também não localizamos o abscesso, puncionamos a espaços suspeitos.

Uma vez realizado o diagnóstico definitivo, indicamos a cirurgia, que se resume na abertura econômica, "destelhando" a tumoração, através da retirada de pequeno retalho, de forma triangular e de vértice interno; a seguir, curetamos a cavidade, procurando lesar ao mínimo, as estruturas nobres. Usamos, principalmente naqueles casos que ficam com uma área cruenta maior, uma forração com borracha (látex de luva cirúrgica sem restos de talco) e sobre este tapete realizamos o tamponamento com gaze untada com pomadas fibrinolíticas.

Quando visualizamos a cripta responsável pelo processo, a drenagem se fará a partir desta cripta, na tentativa do tratamento definitivo. Não aconselhamos, e muito menos, aos iniciantes da especialidade, a procura obsessiva da cripta responsável, pois a iatrogenia, nestes casos, pode ocorrer com muita facilidade, ocasionando fístulas complexas, de difícil solução futura.

Gostaríamos de dizer aqui, que nos impressionou muito o trabalho dos Drs. **Jack McElwain**, **Douglas MacLean** e col. (1974), em Congresso

realizado em Washington D.C., relatando, em um Simpósio de Patologia Ano-retal, uma experiência de 25 anos, com 1.000 casos de abscessos, nos quais realizaram a "FISTULECTOMIA PRIMÁRIA". A conduta adotada, é, resumidamente, a seguinte: incisão e drenagem do abscesso, demonstração e abertura *da cripta comprometida*, marsupialização (saucerization) da cavidade pela divisão do esfíncter interno e criação de uma drenagem externa superficial. Seu índice de recidivas foi de 3,6% (??); não tivemos, ao longo de 23 anos de especialidade, tanta sorte!!!, na demonstração e excisão da cripta responsável pela abscedação.

Nunca tentamos a conduta preconizada por **Goligher**, que seguindo a orientação de **Maurice Ellis** (Leeds) realiza a drenagem, curetagem e fechamento, com pontos totais e cobertura antibiótica; segundo o próprio **Goligher**, em trabalho apresentado no Congresso de S. Francisco, Ca. em 1975, relata a recidiva de 20%, no material de **Ellis** e col.

Para finalizar, gostaríamos de dizer alguma coisa, sobre os abscessos fistulizados ou não, da Moléstia de Crohn, nos quais, as condutas devem ser cuidadosas e pouco agressivas. Repetindo aqui as palavras de **Alexander-Williams**, de Birmingham, que adota para estes casos o "slogan" dos políticos reacionários: "If you want to keep them happy, be conservative".

4. Como realiza o tratamento da fístula anal em ferradura e qual a sua opinião sobre a técnica de Patrick H. Hanley?

Dr. **Dithelmo Kanto**

A fístula anal conhecida como em ferradura tem seu trajeto disposto como um semicírculo de convexidade posterior em torno da fenda anal e situada posteriormente.

O nível do trajeto em torno do canal anal pode estar situado em três planos: baixo, médio e alto, tomando como reparo o espaço subcutâneo e os músculos elevadores.

Em sua maioria estas fístulas se originam na cripta anal situada posteriormente.

O tratamento consiste em deixar abertos os trajetos que são curetados e a excisão da cripta que deu início a afecção. Realizamos a fistulotomia dos trajetos. A fistulectomia destes trajetos deixa amplas feridas que ao cicatrizarem determinam alterações anatômicas da região anal.

As incisões do teto destes trajetos, dependendo do nível dos mesmos, poderão ocasionar uma completa mobilidade do canal anal, dando a impressão de flutuação deste órgão ao término da cirurgia. Com a cicatrização tudo voltará a sua

posição normal. Este é um detalhe a observar nestas profundas incisões.

5. Qual a sua opinião sobre a Proctalgia Fugaz?

Dr. *José Maria Chaves*

A "proctalgia fugaz", segundo a nossa interpretação, é toda aquela sintomatologia dolorosa de grande intensidade e, felizmente, curto tempo, que aparece de modo súbito, imprecisamente localizada no reto-ânus (muitas vezes despertando o paciente durante a noite), e, de forma mal definida, como sensação de opressão, "pontada grossa", esmagamento etc. . . Na maioria das vezes é idiopática, não se relacionando etiologicamente com nenhum fator palpável. Nesses casos, parece-nos válido atribuímos à hiperexcitabilidade nervosa (geralmente única referência feita). Em algumas ocasiões existe correlação com luxação e/ou fratura do cóccix, por queda sentada, com comprovação radiológica. Já tivemos um caso que se relacionava à congestão pélvica por plenitude das vesículas seminais. Outra vez, a proctalgia fugaz se nos pareceu proveniente de processo artrítico sacrococcigeano, pois o emprego de anti-reumático solucionou o problema.

Naturalmente, um diagnóstico dessa natureza deve-se fazer por exclusão, através de exame proctológico cuidadoso, descartando enfermidades orgânicas ano-reto-sigmoidianas.

Com respeito ao tratamento da proctalgia fugaz, tudo depende de como a enquadrámos ou definimos. Se for o caso de afecção idiopática, com visível relacionamento à esfera psíquica, semicúpios de água gelada e tranqüilizantes temos indicado com resultados positivos. Para as situações cuja etiologia é conhecida, evidentemente que se faz o tratamento da causa, como ocorre na remoção cirúrgica do cóccix, quando de sua luxação e/ou fratura, única manobra terapêutica que faz desaparecer as crises dolorosas procto-perineais.

6. Qual a sua conduta na secção cirúrgica dos esfíncteres levando a incontinência anal?

Dr. *Virginio Cândido Tosta de Souza*

As lesões esfinterianas ocorrem com mais freqüência nas cirurgias por fístulas anorretais mais complexas, podendo ocorrer ainda em casos de fissura anal e muito raramente por hemorroidectomia.

Dependendo de cada caso em particular adotamos o reparo do esfíncter por sutura com fio de aço ou então a esfinteroplastia posterior incluindo o feixe pubo-retalis e outros elevadores.

A sutura simples dos esfíncteres deve ser sempre protegida com uma colostomia na fossa ilíaca esquerda que será fechada num segundo tempo. Nestas circunstâncias adotamos os seguintes tempos cirúrgicos:

Acesso amplo retirando todo tecido cicatricial e de granulação incluindo uma dissecção da mucosa anorretal liberando todo tecido fibroso que aí se encontra formado, identificação cuidadosa dos esfíncteres lesionados liberando-os da fibrose circunvizinha. Após cuidadosa hemostasia, fazemos a sutura com fio de aço (não necessidade de suturar separadamente o esfíncter interno e externo) sem tensão, imbricadamente no sentido transversal, de tal forma que os músculos fiquem superpostos pela borda.

Tivemos oportunidade de, em um caso de incontinência devido a parto prolongado, realizar a esfinteroplastia com acesso posterior ao ânus.

Este tipo de cirurgia é altamente atraente pelas seguintes razões: dispensa colostomia, restaura o ângulo anorretal devido a reforço do feixe pubo-retalis (fator importante na fisiopatologia da incontinência) que cria um sistema valvular contra a pressão intra-abdominal, dá maior eficiência à função muscular residual, alonga o canal anal e não lesa vasos e nervos importantes.

O acesso posterior do ânus é feito de forma semicircular mais ou menos a 6 cm do orifício anal, incluindo pele e tecido celular subcutâneo, ocasião em que identificamos os esfíncteres interno e externo. Após hemostasia cuidadosa, identificamos um plano de clivagem de aspecto triangular entre o esfíncter interno e externo, o qual nos permitirá acesso à pubo-retalis após abrir a fáscia de *Waldeyer*. A seguir iniciamos a aproximação dos feixes musculares separadamente, incluindo o feixe pubococcígeo, o pubo-retalis e esfíncter externo, os pontos são separados com fio de seda ou mononylon.

Encerramos suturando a pele e subcutâneo com pontos separados de mononylon ou algodão e drenagem bilateral com Penrose. Não temos experiência com outros métodos como: anel de fáscia lata, transposições musculares e estimulação eletrônica do canal anal.

7. Como faz o diagnóstico diferencial entre o reto imperfurado (agenesia de reto) e o ânus imperfurado (agenesia de ânus)? Qual a sua conduta terapêutica?

Dr. *Célio Lima*

A *Agenesia Retal* é considerada pela Classificação Internacional de Melbourne (Austrália),

proposta em 1970, como malformação anorretal "alta", em relação ao músculo puborretal, e por isto também denominada de *supra-elevador*.

A *Agnesia Anal*, pela mesma Classificação, é malformação *intermediária*, situada ao nível do músculo puborretal.

O diagnóstico diferencial se baseia no exame radiológico do recém-nascido, feito pelo menos 12 horas após seu nascimento, ocasião em que o gás intestinal deve ter ocupado toda área colorretal.

Este exame realizado pela primeira vez em 1930 (*Wangensteen e Rice*), é uma radiografia simples, com o recém-nascido em posição invertida, de cabeça para baixo, na posição lateral, e com a fosseta anal contrastada por pequeno fragmento de chumbo; é conhecida também, por *invertografia* ou prova de Wangensteen-Rice. Uma vez realizada a grafia, realizava-se a medida entre a cúpula gasosa máxima e a fosseta anal contrastada, pela marca de chumbo; distância até 1,5 cm, se considerava como agnesia baixa e a conduta cirúrgica seria perineal. Distâncias acima deste nível indicariam malformações altas e portanto vias de acesso combinadas: abdominoperineais.

A análise da invertografia, originalmente proposta, mostrou ser imperfeita. Existem diferentes espessuras do coxim gorduroso do períneo e também a pressão exercida pela marca de chumbo na fosseta é irregular, influenciando no critério métrico, então adotado.

Modernamente, a invertografia é feita no sentido de mostrar, além da cúpula máxima de gás e sua relação com a fosseta contrastada, os núcleos de ossificação da pélvis, importantes para a determinação da linha pubococcígea, que representa aproximadamente a projeção lateral do músculo puborretal, nesta pélvis. A análise da radiografia, após traçarmos a linha pubococcígea e o relacionamento desta linha com a cúpula máxima de gás, nos dará a altura da malformação em relação ao músculo mais importante da continência anorretal.

Além dos cuidados preconizados por *Wangensteen*, outros devem ser tomados para a execução desta radiografia:

1. Centralização do grande trocanter, para que as imagens dos núcleos isquiáticos se superponham, perfeitamente.

2. Dobrar as coxas, rigorosamente paralelas, em um ângulo um pouco maior que 90°, para melhor exposição do púbis.

A radiografia assim realizada mostrará claramente o púbis, o ísquio e o sacro geralmente com suas cinco vértebras. O cóccix, nesta idade, não é rádio-opaco, mas a linha pubococcígea se dirigirá para o local, logo abaixo da 5ª vértebra

sacro, e deverá, em caso de dúvida, passar pela imagem do ísquio, no limite entre os 3/4 inferiores e o 1/4 superior desta imagem.

Análise do invertograma: Após a realização da radiografia e o traçado da Linha PC, avaliamos a posição da cúpula máxima de gás e segundo sua posição, classificamos a malformação em questão:

I – Supra-elevador (acima da Linha PC)

II – Intermediária (na altura da Linha PC)

III – Trans-elevador (abaixo da Linha PC)

(*) IV – "Miscellaneous Deformities" – também em situação baixa, algumas muito raras, e outras bem mais comuns, como a "membrana anal imperfurada", a "estenose anal congênita" e "ânus ectópico"

Outros exames: Nos casos de malformações associadas a fístulas para o setor urogenital, impõem-se a fistulografia, a urografia excretora, e a cistografia com uretrografia, para avaliação da altura da comunicação anômala. *Motovic* (1979), no Ann. Surg., 190:608, propõe, nos casos sem fistulização, o estudo radiológico das malformações por injeção transperineal de Hipaqué®. Não temos experiência pessoal com o método descrito.

Conduta terapêutica: (2ª parte da pergunta formulada)

Para a agnesia do reto, ou seja, malformação do supra-elevador, somos favoráveis a tratamento realizado em dois tempos: inicialmente uma transversostomia direita, em alça; posteriormente a tentativa de abaixamento do intestino, sempre através do "estilingue" do puborretal, para se obter com isto o maior grau de continência possível. A idade ideal para realização deste 2º tempo varia de acordo com os vários cirurgiões pediátricos de renome mundial: entre os seis e os 12 meses. Mesmo aqueles que advogam o tratamento definitivo, no período neonatal, o contradicam, nos prematuros, nos recém-nascidos com outras malformações igualmente graves, e nas grandes distensões abdominais, preferindo, também, a derivação colostômica.

Para a agnesia do ânus, sem fistulização para o setor urogenital, as técnicas perineais, devem ser tentadas, mantendo-se sempre o aspecto básico de abaixamento, através do "estilingue" do puborretal. Quando a agnesia anal está associada a fístula urogenital, a derivação prévia se impõe, para solução abdominoperineal futura.

Terminando, gostaríamos de deixar aqui, um conselho àqueles que não tenham recebido um treinamento suficiente, neste campo da cirurgia

(*) a palavra inglesa "miscellaneous" não é utilizada para significar formas mistas, e sim aquelas que não se enquadram nos três tipos anteriores.

pediátrica: Sejam cautelosos, pois lesões do delicado sistema esfíncteriano de um recém-nascido poderão transformá-lo em um adulto definitivamente incontinente.

8. Como diagnostica a fístula reto-cloacal e qual a sua conduta no tratamento da mesma?

Dr. *Virginio C. T. Souza*

Ao examinarmos o paciente do sexo feminino encontramos um único orifício. Não encontramos o ânus em sua posição normal.

Anteriormente à cavidade de aspecto globular encontramos o vestíbulo com a identificação dos lábios e do clitóris na sua porção superior.

Na metade da cavidade posteriormente à inspeção cuidadosa veremos saída de urina, muco e fezes. Ao exame mais detalhado internamente vamos identificar a uretra, vagina e reto. A uretra penetra obliquamente na parte ântero-superior que pode ser identificada com uma pequena sonda introduzida suavemente.

O orifício retal localiza-se na porção mais alta da cavidade com localização posterior.

Entre o orifício uretral e retal encontramos a vagina.

O calibre da uretra é normal, podendo ser identificado com a passagem de uma pequena sonda, penetrando-a cuidadosamente em sentido oblíquo. A vagina é menor do que a normal, podendo às vezes ser septada, encontrando nestas circunstâncias dois orifícios (defeito da fusão dos ductos de Muller). O orifício retal apresenta um certo grau de estenose.

Quanto ao tratamento é condição básica nos termos inicialmente nos seguintes pontos:

- Escolha de uma tática cirúrgica visando principalmente a continência fecal
- O papel decisivo do feixe puborretal na continência
- A altura que se encontra o segmento atrésico em relação ao feixe puborretal.

A fístula reto-cloacal é uma fístula alta, correspondendo no homem a fístula reto-vesical, situando-se acima do feixe puborretal. Esta alteração anatômica é consequência de um defeito do desenvolvimento embriológico provavelmente na 6ª semana de desenvolvimento, ocasião em que ocorre uma parada precoce do desenvolvimento crânio-caudal do septo urorretal, não havendo, portanto, separação da porção urogenital da porção retal dentro da cavidade cloacal, que representa porção distal do intestino posterior.

Inicialmente adotamos uma colostomia no hemicólon transversal direito mais próxima do ângulo hepático.

Quando a criança atinge um peso ideal, com um ou dois anos de idade, indicamos uma abordagem sacroabdominoperineal (sacroabdominoperineal pullthrough).

Esta técnica obedece os seguintes tempos cirúrgicos:

- posição inicial prona;
- assepsia e colocação de campos;
- estimulação do esfíncter externo para delimitação do ponto de referência do novo ânus;
- incisão longitudinal é feita desde a ponta do cóccix até 1 cm mais ou menos do novo ânus. Neste tempo abordamos pele, tecido celular subcutâneo, atingindo o músculo anococcígeo que é divulsionado em sua linha média;
- identificação da bolsa retal que se encontra mais profunda em situação cranial. O anel do elevador é identificado mais superficialmente em posição caudal, sendo traçado delicadamente por uma pinça, podendo ser reparado por um dreno fino tipo Penrose;
- abandonamos a incisão sacrococcígea;
- no ponto delimitado para o novo ânus, incisamos a pele longitudinalmente, atingindo o anel do esfíncter externo, o qual é divulsionado, passando a seguir uma vela de Hegar que atinge a parte mais alta, abaixo do anel do elevador traçado pelo dreno de Penrose;
- retornamos à ferida sacrococcígea, separando agora a bolsa retal da cloaca, sendo a brecha suturada com catgut cromado 000, cuidadosamente e sob visão direta;
- através do orifício anal com uma pinça de Allis ou Babcock aprisionamos a bolsa retal na sua extremidade inferior;
- fechamento por planos da brecha sacrococcígea (catgut cromado 000 e fio de seda na pele);
- a criança é colocada agora em posição de litotomia, ocasião em que fazemos assepsia abdominal e nova colocação de campos;
- laparotomia transversal infra-umbilical, interessando pele, tecido celular, subcutâneo até atingir a aponeurose, que é aberta, com separação dos músculos retais e abertura do peritônio;
- inventário cuidadoso da cavidade peritoneal, iniciando a liberação do peritônio pélvico com abordagem direta da bolsa retal.

Avaliação cuidadosa das arcadas arteriais para procedermos o abaixamento:

- orientado pela pinça de Allis previamente colocada, o reto é abaixado através do anel do elevador e da musculatura esfinteriana;
- o excesso de alça é ressecada e suturada sem tensão a pele do orifício anal com catgut cromado 000;
- parede abdominal fechada por planos com catgut cromado e fio de seda;
- após 30 ou 40 dias fechamos a colostomia.

9. Quais as lesões anais não malignas mais freqüentes, com exceção das resultantes da doença de Crohn, e como as trata?

Dr. *Érico Fillmann*

Na nossa prática, as lesões anais não malignas mais freqüentes são:

A. Doenças da pele: a mais freqüente é o intertrigo, microbiano, micótico ou misto. Tratamos com aplicação de corantes no local. Muito freqüentes são também as dermatites, discromias com hiperkeratose, em geral conseqüências de prurido anal antigo de etiologia variada. Eventualmente não havendo doença anorretal evidente, pode ser muito difícil de tratar. Sem querer estabelecer relação de causa e efeito, apenas para citar, em duas ocasiões vimos o desenvolvimento de Ca. epidermóide neste tipo de lesão. O tratamento com queratolíticos e corticóides locais em geral dá bom resultado;

B. Fissuras anais agudas por traumatismo de qualquer natureza, incluindo pós-parto. Também as que ocorrem acompanhando gastroenterites agudas. O tratamento antiinflamatório local costuma ser suficiente;

C. Fissura anal crônica da comissura posterior, sempre de solução cirúrgica;

D. Lesões venéreas, cuja incidência nos parece estar aumentando definitivamente;

E. Hemorróidas, fístulas e abscessos anais, bem definidos sob o ponto de vista de tratamento;

F. Papilas anais hipertróficas, também de solução cirúrgica.

10. Como diagnostica as lesões anais resultantes da doença de Crohn e como as trata?

Dr. *Dithelmo Kanto*

A lesão mais freqüente é uma úlcera larga, ampla, indolente, recoberta por pus. Ao lado

plícomas edemaciados, às vezes arroxeados e abscessos anais.

Outra lesão muito freqüente é a fissura anal, ampla, desde a região perianal até no interior do canal anal.

Abscessos e fístulas múltiplas também são encontrados.

As lesões aparecem inicialmente sem comprometimento do reto, o que diferencia da colite ulcerativa em que as lesões anais estão desde o princípio associadas às lesões do reto.

O diagnóstico diferencial é principalmente com a colite ulcerativa.

Aspectos clínicos do diagnóstico diferencial da doença de Crohn e colite ulcerativa

	Colite ulcerativa	D. Crohn
Localização	Cólon somente	50% cólon + 50% delgado
Lesões retais	Sempre	Raras
Evolução	Remissões. Recorrências crônicas Contínuas	Lentamente progressiva
Hematochezia	Sempre	Pouco freqüente
Diarréia	Freqüente. Abundante	Pouca
Febre	Rara. Somente complicada	30 – 50%
Ataque agudo fulminante	Pouco freqüente	Muito raro
Megacólon tóxico	50%	Raro
Abscessos e fístulas anais	10%	15 – 50%
Pseudopolipose	Comum	Rara
Aspectos patológicos		
Lesões segmentares	Nunca	Freqüente
Cobblestone	Raro	Freqüente
Massa inflamatória	Rara	Freqüente
Lesões sarcóides	Rara	Freqüente
Granuloma	Nunca	Freqüente
Abscessos crípticos	Freqüente	Raro

Tratamento das lesões anais na D. Crohn

Preferencialmente conservador. O tratamento clínico da doença pode levar a cura espontânea das lesões anais.

Quando as úlceras são muito extensas somente uma ressecção abdominoperineal do reto poderá curar.

Os abscessos e fístulas são drenados simplesmente. Os orifícios crípticos deixados abertos.