

## FÍSTULA PERIANAL EM FERRADURA ANÁLISE DE 15 CASOS

Sérgio Brenner<sup>1</sup>  
Oswaldo Malafaia<sup>1</sup>  
Fernando Jorge de Souza<sup>2</sup>  
João Batista Marchesini<sup>2</sup>  
Paulo Afonso Rossetti Lange<sup>3</sup>

### RESUMO

*São revisados quinze casos de fístula perianal em ferradura, compreendendo 3% de todas as fístulas perianais tratadas entre 1970 e 1984. Doze pacientes (80%) tinham operação anorretal prévia, seja para drenagem de abscesso (58,3%) ou correção da fístula (41,6%). A maioria das fístulas (86,6%) foram idiopáticas. Todas tinham mais de um orifício externo localizados posteriormente ao ponto central do ânus. O orifício interno estava pérvio em 80% dos casos e estava situado na linha pectínea posterior. Onze fístulas em ferradura (73,3%) eram transesfinctéricas, três fístulas (20%) eram supra-esfinctéricas e uma fístula (6,7%) era interesfinctérica. Houve incontinência anal transitória no pós-operatório mas todos os pacientes readquiriram continência completa nos primeiros quinze dias de pós-operatório. Houve duas recidivas (13,3%), ambas como fístulas simples devido à falha técnica. Os pacientes foram reoperados e curados.*

UNITERMOS: fístula perianal; fístula em ferradura

Fístula perianal é uma afecção crônica que conecta a mucosa anal ou retal com a pele da região perianal, geralmente secundária a um abscesso interesfinctérico agudo ocasionado por infecção de uma glândula anal situada ao nível da linha pectínea. A partir do abscesso inicial, a supuração pode propagar-se para baixo em direção à margem anal, para cima em direção à parede retal ou para fora cruzando o esfíncter externo e entrando na fossa isquiorretal<sup>2</sup> (Fig. 1).

Em 1934, *Milligan* e *Morgan*<sup>8</sup> classificaram as fístulas perianais de acordo com a posição em relação aos músculos esfíncter interno, esfíncter externo e anel anorretal, em fístulas subcutâneas, anais baixas, anais altas, anorretais e submucosas.

Em 1961, *Goligher*<sup>4, 8</sup> modificou esta classificação dividindo as fístulas anorretais de acordo com a posição em relação aos músculos elevadores do ânus em fístulas isquiorretais, situadas abaixo do elevador do ânus e pelvirretais, situadas acima do elevador do ânus.

Em 1976 *Parks*<sup>2</sup> classificou as fístulas perianais em quatro tipos principais baseando-se no envolvimento muscular:

Nas fístulas interesfinctéricas (45% das fístulas) o trajeto está situado somente no plano interesfinctérico e o esfíncter interno é o único músculo comprometido. As fístulas transesfinctéricas (30% das fístulas) têm um trajeto que se inicia no plano interesfinctérico, atravessa o esfíncter externo e entra na fossa isquiorretal. Aqui, há comprometimento de ambos os esfíncteres. Nas fístulas supra-esfinctéricas (20% das fístulas) o abscesso interesfinctérico inicial se propaga primeiramente para cima até um nível superior ao anel anorretal e então desce outra

- 1 Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal do Paraná
- 2 Professor Assistente do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal do Paraná
- 3 Médico Residente da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

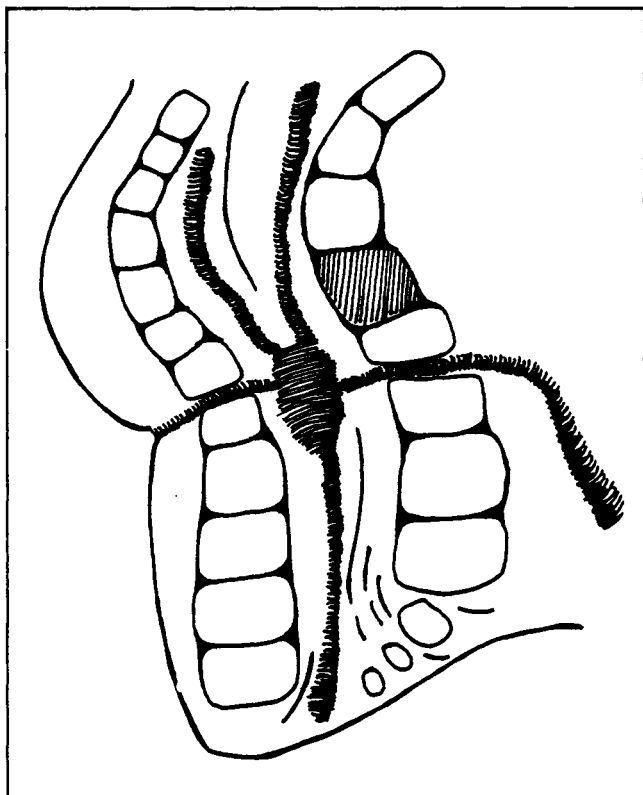


Fig. 1 – Diferentes trajetos fistulosos secundários ao abscesso intersfintérico inicial (modificado de Parks<sup>2</sup>).

vez atravessando os músculos elevadores do ânus entrando na fossa isquiorretal e finalmente drenando na pele perianal. Há comprometimento dos dois esfíncteres e do músculo puborretal. Nas fístulas extra-esfintéricas (5% das fístulas) o trajeto vai da pele perianal até o reto, atravessando o espaço isquiorretal e os músculos elevadores do ânus. O orifício interno do reto é secundário ao abscesso interesfintérico e o orifício primário está localizado no canal anal (Fig. 2).

Neste estudo revisamos as fístulas perianais em ferradura operadas neste serviço nos últimos quinze anos e adotamos a classificação de Parks por ser a que dá melhor idéia no plano tridimensional.

Fístula perianal em ferradura é uma fístula que apresenta inflamação de uma glândula anal na região média posterior da linha pectínea, forma um abscesso interesfintérico que pode estender-se para cima até o espaço isquiorretal ou pelvirretal e então dissecar o espaço posterior e circunferenciar o reto, produzindo uma prolongação para o lado oposto e drenando na pele perianal posterior através de dois ou mais orifícios externos. As fístulas em ferradura são mais freqüentemente dos tipos transesfintéricas e supra-esfintéricas e menos freqüentemente dos tipos interesfintéricas e extra-esfintéricas (Fig. 3).

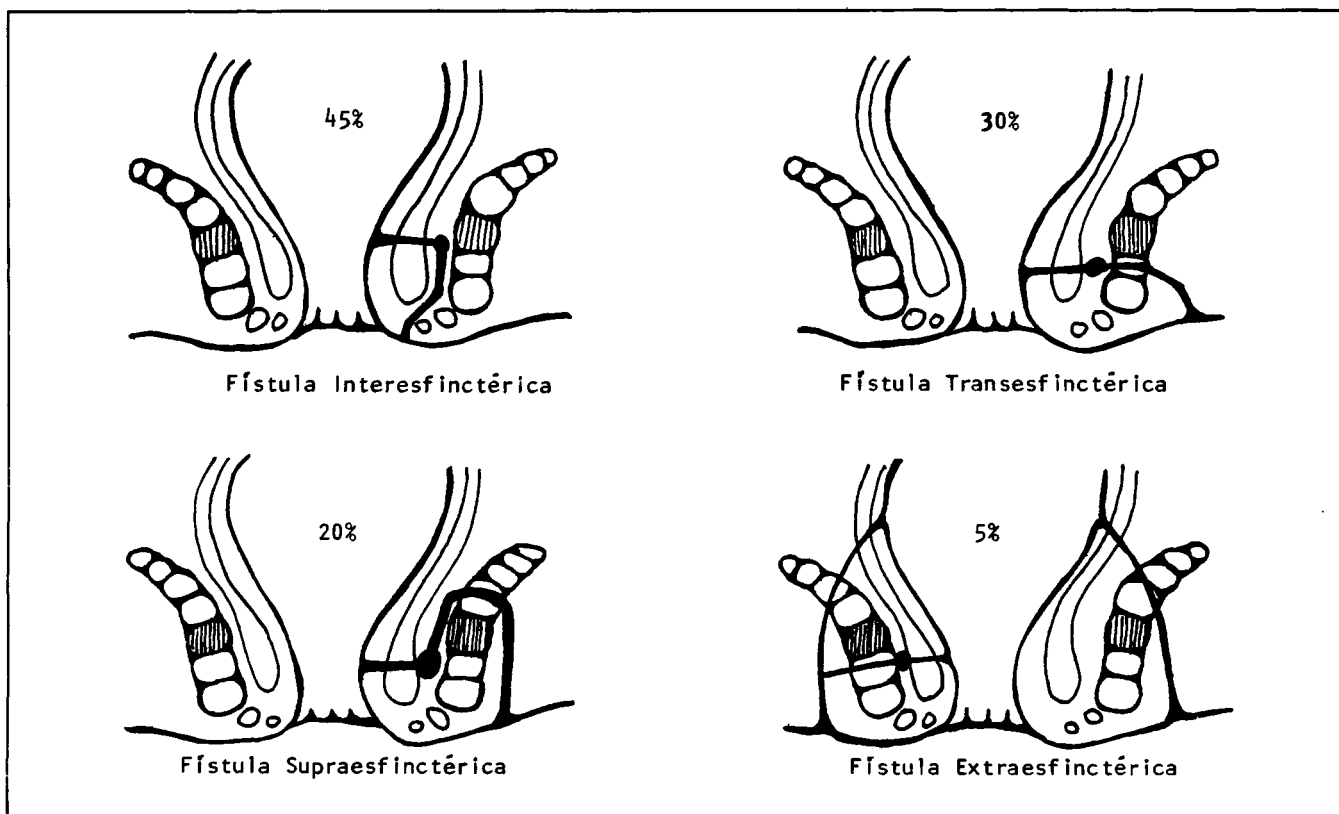
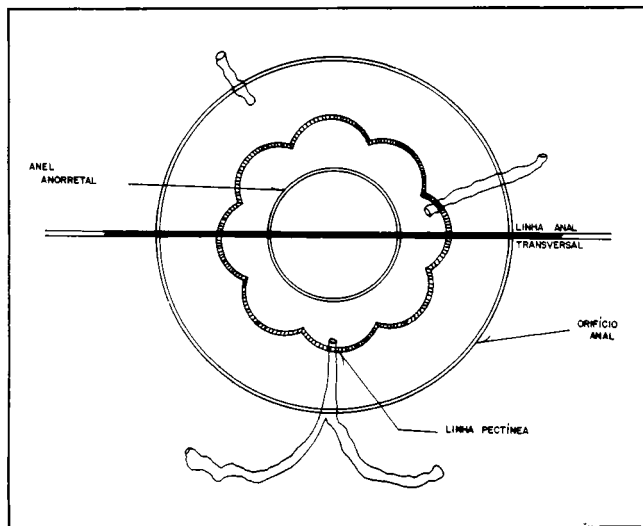


Fig. 2 – Classificação das fístulas perianais (modificado de Parks<sup>2</sup>).



**Fig. 3** – As fístulas anteriores drenam diretamente na parede anal e as fístulas posteriores seguem um trajeto curvo para drenarem na linha pectínea posterior (modificado de Goligher<sup>8</sup>).

## PACIENTES E MÉTODOS

No período compreendido entre 1970 e 1984 500 pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico para correção de fístula perianal. Quinze fístulas (3%) foram classificadas como sendo fístulas em ferradura e foram incluídas neste estudo. As outras 485 fístulas (97%) foram excluídas. A idade dos pacientes variou de 26 a 81 anos (média de 41 anos). Onze pacientes (73,3%) eram do sexo masculino e quatro pacientes (26,6%) eram do sexo feminino (4:1). Quatorze pacientes eram brancos e um era negro.

A queixa comum a todos os pacientes foi drenagem de secreção na região perianal. Dois pacientes apresentavam incontinência para gases e fezes líquidas. O tempo médio de evolução da doença foi de dois anos. Doze pacientes (80%) já tinham sido submetidos a drenagem de abscesso perianal numa média de quatro vezes (1 a 20 drenagens). Cinco desses pacientes (33,3%) tinham história de operação anterior para correção da fístula. Os outros três pacientes (20%) não tinham operação anorretal prévia. Dois pacientes (13,3%) tinham história de traumatismo na região anorretal. O primeiro era uma mulher que havia sido submetida a enema opaco o qual provocou a fístula e o segundo era um paciente que havia sofrido empalamento. Os outros 13 casos (86,6%) foram considerados idiopáticos. O orifício externo era duplo em 13 pacientes (86,6%) e era múltiplo nos outros dois (13,3%) e estavam localizados posteriormente a uma linha transversal que passa pelo ponto central do ânus. Em todos os pacientes foi tocada uma massa ou induração acima do anel anorretal. Nenhum pacien-

te tinha neoplasia ou doença inflamatória associada. Não foi realizada fistulografia em nenhum paciente.

## Tratamento cirúrgico

Dois dos 15 pacientes foram submetidos a transversoestomia prévia e correção da fístula em um segundo tempo. O primeiro paciente tinha uma fístula traumática causada por enema opaco e o segundo paciente tinha uma fístula com múltiplos orifícios externos. A colostomia foi fechada 60 a 90 dias depois da correção da fístula, respectivamente. Os outros 13 pacientes foram submetidos a correção cirúrgica primária. O preparo do cólon limitou-se a uma lavagem intestinal no pré-operatório. O paciente era colocado em posição de litotomia sob anestesia peridural.

No tratamento das fístulas em ferradura o importante é identificar os orifícios externos, o orifício interno, os trajetos entre eles e os trajetos que unem os orifícios externos. Disto resulta o êxito na correção das fístulas.

A primeira manobra é a identificação de todos os orifícios externos e a seguir, uma pequena dilatação de um desses orifícios externos que tem por finalidade a introdução de uma seringa contendo água oxigenada que é injetada sob pressão. Com uma válvula anal colocada, a linha pectínea fica toda exposta e visualiza-se a água oxigenada borbulhar no orifício interno, mostrando o segundo elemento da fístula. Então introduz-se cuidadosamente um estilete partindo-se do orifício externo em direção ao orifício interno e identificando-se o terceiro elemento da fístula que é o trajeto. A introdução do estilete deve ser feita com manobras muito suaves para que não sejam criados falsos trajetos. A pele perianal e o tecido subcutâneo que recobrem o trajeto são excisados e este é ressecado desde o orifício externo até o orifício interno. Nas fístulas em ferradura do tipo interesfinctéricas os músculos envolvidos são individualizados e seccionados. A maioria das fístulas em ferradura são transesfinctéricas ou supra-esfinctéricas e em ambas há grande massa muscular comprometida, pois o trajeto envolve os dois esfíncteres e o músculo puborretal. Nestes dois tipos de fístulas os músculos não devem ser seccionados, pois podem levar à incontinência anal. Eles são reparados com dreno de Penrose na linha média posterior. O estilete é passado nos outros orifícios externos em direção ao orifício interno e os trajetos ressecados. A seguir é identificado o trajeto que une os orifícios externos. O reparo de Penrose é deixado por um período que varia de 15 a 45 dias de acordo com o comprometimento muscular. O reparo é retirado e os múscu-

los que estavam reparados são seccionados em um único tempo nas fístulas transesfinctéricas e em dois ou mais tempos nas fístulas supra-esfinctéricas. A ferida é deixada aberta. Não são usados antibióticos no pós-operatório.

## RESULTADOS

O orifício interno foi identificado em todos os pacientes, ele estava pérvio em 12 (80%) dos 15 pacientes. Nos outros três casos (20%) ele estava obliterado. Todas as fístulas comprometiam o esfíncter interno, o esfíncter externo e em grau variável o elevador do ânus. Todos os pacientes apresentaram incontinência para gases e fezes líquidas no pós-operatório mas todos readquiriram continência completa dez a quinze dias após a operação. Não houve incontinência após a secção do esfíncter. Em dois casos (13,3%) houve recidiva da fístula, ambas nos primeiros 60 dias de pós-operatório e ambos por falha na avaliação da extensão da fístula. Uma das recidivas foi em paciente em que a fístula tinha múltiplos orifícios externos e a outra recidiva foi em paciente que já tinha três operações anteriores para a correção da fístula. As duas recidivas, como fístulas simples, foram reoperadas e curadas. Os outros 13 pacientes foram considerados curados 60 dias após a operação. O tempo de cicatrização da ferida foi de 45 dias. O tempo médio de hospitalização pós-operatória foi de seis dias.

## DISCUSSÃO

É impossível realizar operações para correção de fístulas perianais sem um perfeito conhecimento da anatomia anorretal, onde a cirurgia intempestiva pode levar a resultados desastrosos<sup>2</sup> e altos índices de recidivas<sup>9</sup>.

Dentre as duas classificações expostas, preferimos a de Parks por ser a que dá melhor idéia do trajeto fistuloso no plano tridimensional. Assim, as fístulas em ferradura podem ser interesfinctéricas, extra-esfinctéricas e mais freqüentemente transesfinctéricas e supra-esfinctéricas.

Nos 15 casos desta série, encontramos 11 fístulas (73,3%) transesfinctéricas, três fístulas (20%) supra-esfinctéricas e uma fístula (6,7%) interesfinctérica, demonstrando a maior tendência das fístulas em ferradura em dissecar o espaço posterior do reto em um nível alto.

As fístulas perianais são raras apesar da incidência relativamente alta em séries atípicas<sup>2</sup>. *Kuypers*<sup>3</sup> encontrou 17,6% de fístulas em ferradura em uma série de 51 pacientes mas parece-nos que isto não reflete a incidência real deste tipo de fístula. Esta

série representa 3% de todas as fístulas perianais operadas no período e parece-nos que representa uma freqüência mais verdadeira deste incomum e complexo tipo de fístula.

Os dois casos secundários a traumatismo encontrados nesta série não são significativos. A doença de Crohn é responsável por 0,4% e a tuberculose por 0,6% das fístulas perianais<sup>7</sup>. Outras causas são retocolite ulcerativa e carcinoma da região anal<sup>7</sup>. Não encontramos nenhuma fístula secundária a estas doenças.

A grande maioria destas fístulas foram primárias, o que está de acordo com a teoria criptoglandular<sup>5</sup> que atribui como causa da fístula, um abscesso interesfinctérico originado de uma glândula anal infectada (90% dos casos)<sup>6</sup>. As glândulas anais são encontradas na porção média do canal anal, sendo mais proeminentes posteriormente. É lógico, portanto, que o orifício interno seja encontrado nas criptas anais de *Morgagni*<sup>3</sup>. A localização posterior dos orifícios externos e o orifício interno localizado na região média posterior da linha pectínea está de acordo com outros achados<sup>4, 7</sup> e com a regra de *Goodsall* (1900) de que as fístulas que têm o orifício externo situado posteriormente seguem um trajeto curvo terminando em um orifício situado na linha pectínea posterior (citado por *Goligher*<sup>8</sup>). A incidência de 20% dos orifícios internos obliterados desta série está de acordo com outros achados<sup>3</sup>. Em nove casos de fístulas em ferradura, *Kuypers* encontrou somente quatro fístulas (44,41%) com múltiplos orifícios externos enquanto que nós encontramos mais de um orifício externo em todos os pacientes. Acreditamos que isso se deva a um maior tempo de evolução da doença que fez com que o ramo contralateral da fístula drenasse na pele perianal enquanto que na outra série ele ainda tinha um fundo cego.

A maior incidência de fístulas no sexo feminino (2,7:1) está de acordo com outras séries que apresentam índices de 2:1<sup>7</sup> a 8:1<sup>10</sup>.

A colostomia não é um procedimento usual no tratamento das fístulas em ferradura e só realizamos duas vezes porque as lesões da região perianal eram extensas com trajetos calibrosos e múltiplos orifícios externos, criando grande área cruenta após a operação.

Na identificação do orifício interno preferimos água oxigenada ao azul de metileno ou outros corantes geralmente usados porque estes corantes borram toda a linha pectínea após a primeira injeção e dificilmente permitem uma segunda tentativa quando o orifício interno não foi localizado na primeira.

O reparo usado nos primeiros nove casos foi de polietileno que nos últimos seis casos foi preterido

por dreno de Penrose, porque este causa menor maceração e menor secreção anorretal.

Como regra geral, a presença do anel anorretal íntegro, que anatomicamente é o músculo puborretal, é suficiente para manter a continência fecal<sup>6</sup>. Infelizmente isto nem sempre é verdadeiro podendo ocorrer incontinência parcial com os esfíncteres interno e externo lesados e puborretais íntegros<sup>2</sup>. Seccionamos os músculos reparados em um único tempo nas fístulas transesfinctéricas quando o comprometimento muscular se restringia aos dois esfíncteres e pequena porção dos puborretais. Seccionamos os músculos em dois ou três tempos nas fístulas supraesfinctéricas onde grande massa muscular dos puborretais estava incluída. Adotando esta conduta não tivemos nenhum caso de incontinência anal permanente.

As recidivas das fístulas perianais em geral, independente de serem em ferradura ou não, variam de 4 a 30% de acordo com a complexidade da fístula e elas ocorrem em todos os casos em que a extensão da fístula não é bem avaliada resultando em um tratamento cirúrgico incompleto. Há poucos relatos na literatura de índices de recidivas de fístulas em ferradura mas consideramos pequeno o índice de recidivas desta série por se tratarem de fístulas complexas, tendo sido excluídos todos os outros tipos de fístulas. *Buchan e Grace*<sup>11</sup> consideram como erro técnico as recidivas que ocorrem nos primeiros dois meses de pós-operatório (21,7% das recidivas) e devido a outros fatores as recidivas após este período (78,3% das recidivas).

### CONCLUSÕES

As fístulas perianais em ferradura são complexas e raras. Devem ser suspeitadas sempre que haja múltiplos orifícios externos situados posteriormente. As recidivas são freqüentes, o tratamento cirúrgico é difícil incluindo reparo e posterior secção do esfíncter interno, esfíncter externo e puborretal. É fundamental a identificação dos orifícios externos, do orifício interno e de todos os trajetos.

### SUMMARY

*The authors have reviewed 15 cases of horseshoe fistulas-in-ano, comprising 3% of all fistulas-in-ano treated between 1970 and 1984. Twelve patients (80%) had previous perianal surgery: 58.3% for abscess idiopathic fistulas. All of them had more than one external opening located posteriorly to the central point of the anus. The internal orifice was open in 80% of the cases trans-sphincteral, three (20%) were supra-sphincteral fistulas and one (6.7%) was intersphincteral. There was transitory postoperative anal incontinence, but all patients reacquired complete continence within 15 days of the operation. The authors had two relapses (13.3%), both as simple fistulas, due to technical failure. These patients were reoperated on and cured.*

UNITERMS: fistulas-in-ano; horseshoe fistula

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. EISENHAMMER S – A new approach to the anorectal fistulous abscess on the high intramuscular lesion. *Surg Gynecol Obstet*, 106:595-599, 1958.
2. PARKS AG, GORDON PH & HARDCLASTLE JD – A classification of fistula-in-ano. *Br JSurg*, 63:1-2, 1976.
3. KUYPERS JCH – Diagnosis and treatment of fistula-in-ano. *The Netherlands Journal of Surgery*, 34(4): 147-152, 1982.
4. GOLIGHER JC – Surgery of anus, rectum and colon. London, Cassel, 180-185, 1961.
5. EISENHAMMER S – The anorectal fistulous abscess and fistula. *Dis Colon Rectum*, 9:91-106, 1966.
6. PARKS AG – Pathogenesis and treatment of fistula-in-ano. *Brit Med J*, 18:463-469, 1961.
7. READ DR & ABCARIAN H – A prospective survey of 474 patients with anorectal abscess. *Dis Colon Rectum*, 22: 566-568, 1979.
8. GOLIGHER JC, DUTHIE HL & NIXON HH – Cirugía del ano, recto y colon. Salvat Editores, 171-211, 1981.
9. DENIS T & STEPHEN M – High intermuscular anal abscess and fistula: analysis of 25 cases. *Can J Surg*, 26: 136-139, 1983.
10. ANI AN & SOLANKE TF – Anal fistula: a review of 82 cases. *Dis Colon Rectum*, 19:51-55, 1976.
11. BUCHAN R & GRACE RH – Anorectal suppuration: the results of treatment and the factors influencing the recurrence rate. *Brit J Surg*, 60: 537-540, 1973.