

# ABCESSOS E FÍSTULAS ANAIS EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE COLO-PROCTOLOGIA DO HOSPITAL DO ANDARAÍ

José Reinan Ramos<sup>1</sup>  
Mauro Pinho<sup>2</sup>  
Eugenio Pacelli Bezerra<sup>3</sup>  
Dasio Lopes Simões<sup>4</sup>  
Gilberto Batista Filho<sup>5</sup>

## RESUMO

Um estudo de 162 pacientes com fístula e/ou abscesso anorretal é realizado. A distribuição dos tipos de fístulas segundo a classificação de Parks e col. em 149 casos foi a seguinte: Interesfinctérica, 57%, transesfinctérica, 40,9%, supra-esfinctérica, 0,6% e extra-esfinctérica, 0%. Dois pacientes (1,3%) se apresentavam com fístula submucosa pós-hemorroidectomia. Vinte e seis pacientes apresentavam abscesso. Fistulectomia foi realizada em 62 casos de fístula e fistulotomia em 87. Em 13 pacientes com abscesso a operação foi só drenagem do abscesso e em 11 foi fistulectomia primária. Nenhum paciente teve incontinência para fezes líquidas ou sólidas e a recorrência determinada foi de 3,7%.

UNITERMOS: tratamento dos abscessos e fístulas anais; classificação de Parks

Abscessos e fístulas anais na maioria dos casos têm etiologia criptoglandular. *Eisenhammer*<sup>1</sup> descreveu a relação de infecção criptoglandular a abscesso e fístula anal. Porém coube a *Parks*<sup>2</sup> a confirmação histológica de infecção das glândulas anais em 90% dos casos. Assim, podemos estudá-la como uma única doença manifestada através do abscesso na fase aguda e da fístula na fase crônica.

A partir dos estudos de *Eisenhammer*<sup>1, 3</sup> mostrando a importância do plano interesfinctérico na patogênese e disseminação das fístulas e abscessos e posteriormente os trabalhos de *Steltzner*<sup>4</sup> e *Lilius*<sup>5</sup>, *Parks* e col.<sup>6</sup> apresentaram uma classificação para fístulas anais segundo a sua propagação no plano intermuscular em quatro tipos: Fístula interesfinctérica, transesfinctérica, supra-esfinctérica, e fístula extra-esfinctérica (**Figs. 1 e 2**).

Apesar da facilidade em diagnosticar abscessos e fístulas anais, o tratamento definitivo pode ser difícil em alguns casos principalmente devido à complexidade dos trajetos fistulosos, às recidivas com necessidade de reoperações e ao risco de incontinência anal. Estas dificuldades podem ser minimizadas através de conhecimento adequado da anatomia e fisiologia anorretal, dos diferentes tipos de fístulas e abscessos e do seu tratamento cirúrgico.

- 1 Mestre em Cirurgia pela "University of Illinois at Chicago, Il, USA". Chefe do Serviço de Colo-Proctologia do Hospital do Andaraí (INAMPS) – RJ
- 2 Mestre em Cirurgia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Cirurgião do Serviço de Colo-Proctologia do Hospital do Andaraí (INAMPS) – RJ
- 3 Residente do Serviço de Colo-Proctologia do Hospital do Andaraí (INAMPS) – RJ
- 4 Residente do Serviço de Colo-Proctologia do Hospital do Andaraí (INAMPS) – RJ
- 5 Residente do Serviço de Colo-Proctologia do Hospital do Andaraí (INAMPS) – RJ

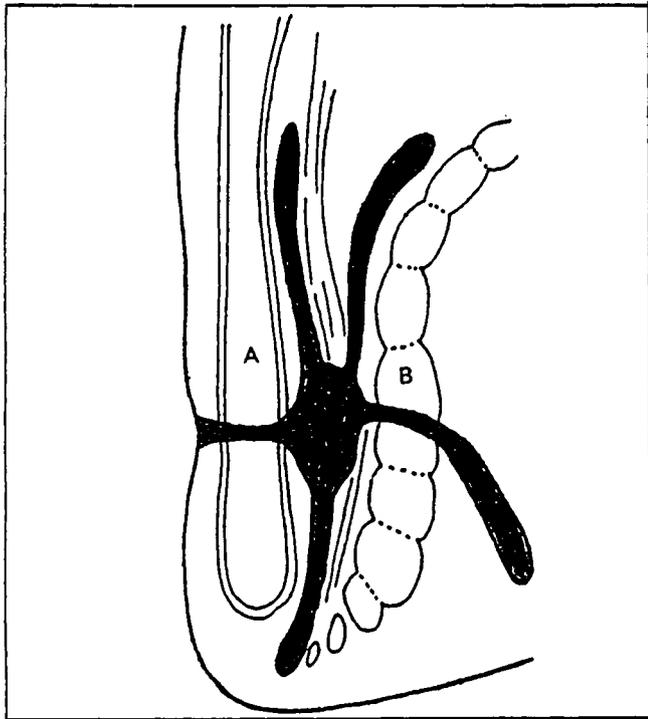


Fig. 1 - Esquematização dos vários modos de propagação dos trajetos fistulosos a partir do abscesso inicial no plano interesfínctérico (A = músculo esfíncter interno, B = músculo puborectalis).

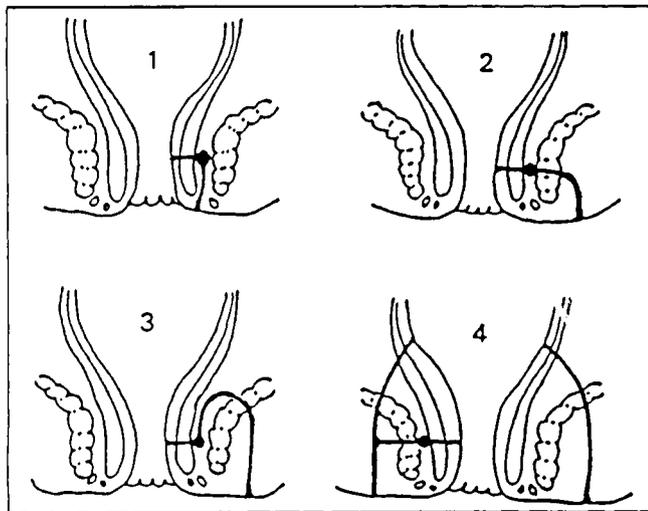


Fig. 2 - Representação dos 4 tipos de fístulas segundo a classificação de Parks (1 - Fístula interesfínctérica, 2 - transesfínctérica, 3 - supra-esfínctérica, e 4 - extra-esfínctérica).

Para avaliar a influência desta classificação no manejo dos pacientes portadores de fístulas e/ou abscessos anais realizamos uma revisão da nossa casuística.

PACIENTES E MÉTODOS

Avaliação retrospectiva de 162 pacientes portadores de fístulas e/ou abscessos anais internados no serviço de Colo-Proctologia do Hospital do Andaraí (INAMPS) no período de janeiro de 1980 a junho de 1985 foi realizada utilizando consulta aos prontuários.

RESULTADOS

A maioria dos 162 pacientes era do sexo masculino (80,8%). A idade variou entre 15 e 72 anos. Mais da metade dos pacientes tinha menos de 40 anos e 3/4 tinha entre 20 e 50 anos. Somente 9,8% dos pacientes tinham mais de 61 anos (Fig. 3).

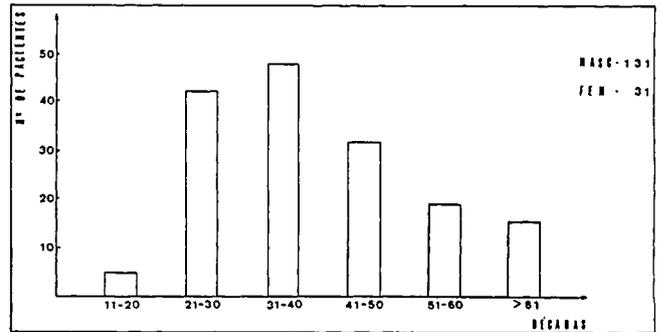


Fig. 3 - Distribuição dos 162 pacientes segundo a idade e o sexo.

Os sintomas mais freqüentes encontrados neste grupo de pacientes foram: saída de secreção perianal em 138 casos (85%) e dor anal em 125 casos (77%).

A Tabela 1 mostra a incidência dos diferentes tipos de fístulas de acordo com a classificação proposta por Parks e col.<sup>6</sup> e a Tabela 2 mostra o tipo de operação realizada.

Tabela 1 - Classificação das fístulas anais

Tipo de fístula	Nº	Percentual
Interesfínctérica	85	57
Simplex	80	
Alta	5	
Transesfínctérica	61	40,9
Baixa	39	
Alta	22	
Supra-esfínctérica	1	0,6
Extra-esfínctérica		
Em ferradura	9	5,5

Tabela 2 – Distribuição das operações segundo o tipo de fístula

Tipo de fístula	Operação		
	Seton	Fistulotomia	Fistulectomia
Interesfinctérica		63	22
Transesfinctérica	22	22	39
Supra-esfinctérica	1		1
Extra-esfinctérica			

Somente cinco pacientes (5,8%) dos 85 portadores de fístulas do tipo interesfinctérica eram do tipo intermuscular alto. Dois pacientes (1,3%) apresentavam fístula submucosa pós-hemorroidectomia.

O "seton" foi empregado em 15,4% dos pacientes. Sendo utilizado em 36% das fístulas do tipo transesfinctérica. Nos casos em que foi necessária a retirada do "seton", foi realizada entre a 4ª e a 12ª semana.

O orifício interno em 146 casos teve a distribuição preferencialmente posterior (60%) como mostra a Fig. 4. O orifício foi localizado na maioria dos casos através da palpação e uso do estilete e em poucos casos foi usado dissecação e tração do trajeto ou mesmo uso de solução de azul de metileno ou água oxigenada.

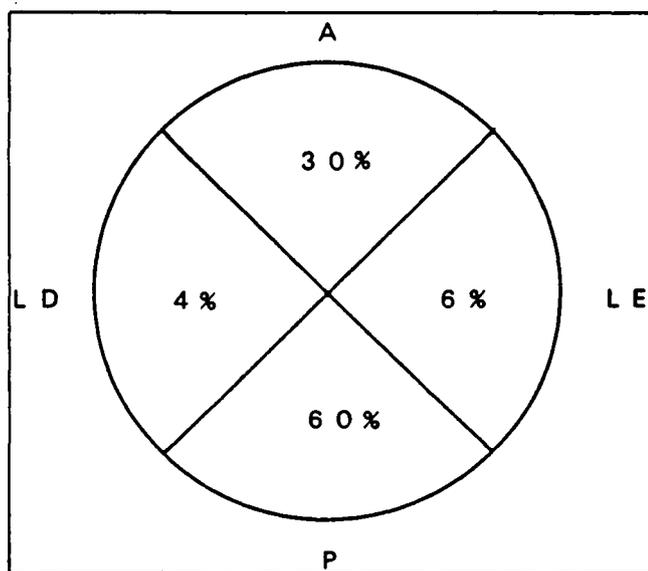


Fig. 4 – Localização do orifício primário no canal anal (A = anterior, P = posterior, LD = lateral direito, LE = lateral esquerdo).

Nove pacientes (5,5%) apresentavam fístula do tipo em ferradura (*horseshoe fistula*) sendo seis posteriores (66,6%) e três anteriores (33,3%).

Dois pacientes (1,3%) apresentavam fístulas duplas. O primeiro com duas fístulas interesfinctéricas, uma anterior e outra posterior. O segundo com uma fístula interesfinctérica anterior e uma transesfinctérica posterior. Ambos foram tratados com fistulotomias.

Vinte e seis casos (16%) foram atendidos na fase aguda (abscesso) sendo que 13 foram submetidos só à drenagem e 11 à fistulotomia primária e drenagem. Três casos (1,8%) foram considerados como abscesso criptoglandular extenso.

Dezesseis casos (10%) eram fístulas recidivadas. Sendo seis casos (3,7%) operados anteriormente no nosso serviço. Nenhum caso apresentou controle deficiente para fezes líquida ou sólida (incontinência grave).

### DISCUSSÃO

Os achados desta revisão difere em alguns pontos em relação a outros trabalhos publicados por vários autores<sup>6, 7</sup>. Houve uma prevalência significativa do sexo masculino e a 3ª e 4ª década predominaram.

A alta incidência (85%) da queixa de perda de secreção perianal difere de outros trabalhos que mostram percentuais menores (40 a 60%)<sup>7, 8</sup>.

A especulação de Parks e col.<sup>6</sup> referente à predominância da fístula do tipo interesfinctérica na população em geral foi confirmado por esta revisão apesar de que vários autores<sup>6, 7, 9</sup> terem encontrado incidência diferente inclusive com predominância da fístula do tipo transesfinctérica<sup>7</sup>.

A identificação do orifício interno e exérese da cripta comprometida é um dos fatores mais importantes no tratamento das fístulas anais. A utilização da regra de Goodsall-Salmon, a palpação bidigital da lesão perianal endurecida após anestesia, e o uso do estilete para pesquisa da cripta doente são os métodos eficientes para localizar a maioria dos orifícios primários.

Ocasionalmente utilizamos a tração do orifício secundário e dissecação do trajeto para localização do orifício interno nos casos que não foram identificados pelos métodos anteriores. Só raramente utilizamos contraste de azul de metileno ou água oxigenada. Mesmo assim, em alguns casos não identificamos o orifício interno e nestes casos a tração do trajeto pode mostrar a cripta doente<sup>10</sup>.

A maioria das fístulas do tipo interesfinctérica (74%) foram tratadas com fistulotomia, ao passo que na maioria das fístulas do tipo transesfinctérica (63%) a operação de escolha foi a fistulectomia. A fistulectomia apesar de deixar uma ferida

cirúrgica maior é melhor no sentido de excluir trajetos secundários e avaliar o nível de penetração do trajeto em relação aos feixes (subcutâneo, superficial e profundo) do músculo esfíncter externo ou mesmo do músculo *puborectalis*.

Embora saibamos que a fístula do tipo interesfinctérica é a mais simples e por isso mais fácil de se tratar não podemos minimizar as dificuldades para o diagnóstico no subgrupo de fístulas do tipo intermuscular alto. Nestes casos a cripta comprometida deve ser excisada e o trajeto superior entre o músculo esfíncter interno e a musculatura longitudinal aberto para dentro da luz retal. Nossa incidência de 5,8% é um pouco menor da relatada por *Parks* e col. (8,1%)<sup>6</sup> e por *Vasilevsky* e *Gordon* (7,4%)<sup>7</sup>.

Nas fístulas complexas como as transesfinctéricas altas (comprometendo o músculo esfíncter externo profundo) e nas fístulas supra-esfinctéricas (envolvendo o músculo *puborectalis*) o uso do "seton" é seguro e eficiente no sentido de manter uma boa drenagem e de principalmente seccionar os cabos musculares progressivamente, resultando em menor afastamento dos esfíncteres divididos, repercutindo assim, devido à fibrose que ocorre em menor índice de incontinência e recidiva, apesar de maior tempo de cicatrização.

O uso de "seton" em 15,4% encontrado nesta série é maior do que o achado por outros autores os quais relataram índices menores que 10%.

*Parks* e *Stitz*<sup>11</sup> avaliaram o controle esfínctérico em 68 pacientes que foram submetidos ao uso do "seton". Os resultados foram melhores (17% de perda do controle parcial) nos casos em que não houve secção dos músculos do que quando a secção ocorreu (39% de problemas de incontinência). Apesar de que na maioria dos casos a incontinência era temporária.

*Belliveau* e associados<sup>12</sup> estudaram a função da musculatura anorretal através de manometria. Eles encontraram uma pressão de repouso reduzida nos 2 cm distais do canal anal após tratamento das fístulas do tipo interesfinctérica e nos 3 cm distais após operação para fístulas transesfinctérica e supra-esfinctérica. Uma significativa baixa da pressão anal foi registrada quando o músculo esfíncter externo era seccionado.

As fístulas do tipo extra-esfinctéricas são raras (menos de 1%) apesar de que *Parks* e col.<sup>6</sup> mostraram incidência de 5%. Neste tipo de fístula (**Fig. 2**) se a musculatura for seccionada, com certeza, resultará em incontinência grave. A perpetuação da fístula é devido à pressão retal que empurra muco ou mesmo fezes para dentro do orifício interno. Assim, o fechamento primário do orifício interno e a drenagem ampla apresentam

alto índice de recidiva. Isto é minimizado através da realização de uma colostomia com isto diminuindo a pressão retal. *Changyu*<sup>13</sup> relatou bons resultados com a técnica de ressecção do trajeto e drenagem com deslizamento de mucosa (advance-ment rectal mucosal flap) para fechar o orifício primário sem o uso de colostomia.

A fístula em ferradura mais comum é aquela que se localiza no espaço pós-anal profundo como *Hamilton* e col.<sup>14</sup> chamaram atenção. As glândulas anais posteriores são as mais freqüentemente comprometidas neste tipo de fístula. Isto foi confirmado na nossa série (66,6%). Daí, a facilidade de disseminação para ambas fossas isquiorretais. O tratamento na fase aguda consiste em fistulotomia que na maioria dos casos atinge a porção distal do esfíncter interno e os feixes subcutâneo e superficial do músculo esfíncter externo, e drenagem ampla do abscesso. Na fase crônica a fístula anterior com abertura e curetagem dos trajetos é nossa conduta. *Friend* e col.<sup>15</sup> advogam o uso de drenagens radiais e *Henley* e col.<sup>16</sup> a abertura e curetagem dos trajetos sem comunicá-los entre si. Assim, ambos mantêm "pontes" de pele entre os trajetos diminuindo a ferida posterior e com melhores resultados funcionais.

A incidência de 1,3% de fístulas duplas é inferior à relatada por *Mazier* (2% em 1.000 casos)<sup>8</sup> e *Hill* (4% em 626 casos)<sup>17</sup>. Estas fístulas devem ser tratadas simultaneamente sem prejuízo para incontinência anal na maioria dos pacientes.

*McElwain* e col.<sup>18</sup> publicaram seus resultados de 1.000 casos de abscessos do tipo perianal (456), intermuscular baixo (390) e alto (151) tratados com fistulectomia primária. Eles obtiveram uma taxa de cura de 96,4%. *Ramanujam* e col.<sup>19</sup> estudaram 1.023 pacientes portadores de abscessos anais e encontraram uma taxa de recidiva de somente 1,8% nos pacientes submetidos à drenagem ampla e fistulectomia (323 casos) e 3,7% nos pacientes submetidos à drenagem ampla (668 casos).

*Vasilevsky* e *Gordon*<sup>20</sup> avaliaram 101 pacientes submetidos à drenagem simples de abscessos anais e relataram 60% de cura. O abscesso do tipo interesfinctérico apresentou 0% de recidiva, o perianal 25% e o isquiorretal 55%. *Chrobot* e col.<sup>21</sup> avaliaram 68 pacientes com abscessos recorrentes e mostraram que 67% tinham sido submetidos só à drenagem simples ao passo que 22% à drenagem e fistulectomia.

Os abscessos anorretais extensos felizmente são raros como mostra esta série (1,8%) e trabalhos de *Abcarian* e col. (2,3%)<sup>22</sup> e *Huber* e col. (1%)<sup>23</sup>. Entretanto, a gravidade destes abscessos é

expressa pela alta mortalidade relatada por *Huber* e col. (40%)<sup>2,3</sup>. O prognóstico ruim está associado ao diagnóstico tardio, tratamento inadequado e/ou doença associada (diabetes, alcoolismo, leucemia, granulocitopenia e linfoma). O germe aeróbio mais comum neste tipo de abscesso é a *E. coli* (86%) e os anaeróbios são os bacteróides (71%) e os *clostridiuns* (31%)<sup>2,2, 23, 24</sup>. A conduta atual do nosso serviço com relação aos abscessos anais é apresentada nas **Tabelas 3 e 4**.

**Tabela 3 – Conduta nos abscessos anorretais**

Tipo do abscesso	Tratamento
Perianal	1ª opção: Drenagem ampla + fistulotomia (SO). 2ª opção: Drenagem simples (ambulatório)
Interesfínctérico	Drenagem ampla + fistulotomia (SO).
Intermuscular alto	Drenagem p/luz retal + fistulotomia (SO)
Isquiorretal	Drenagem ampla + fistulotomia e/ou seton (SO).
Supra-elevador	Drenagem ampla + fistulotomia e/ou seton (SO)

**Tabela 4 – Conduta no abscesso criptoglandular extenso**

Abscesso criptoglandular extenso
Drenagem ampla + debridamento amplo
Antibioticoterapia (genta, pen, metronidazol)
Suporte nutricional e metabólico
Tratamento da doença associada
Fistulotomia: exceção
Colostomia: exceção.

**SUMMARY**

*A study of 162 consecutive patients with anorectal abscesses and fistulas was conducted. The distribution of 149 fistulas using the Parks' classification was as follows: Intersphincteric, 57%, transphincteric, 40.9%, suprasphincteric, 0.6%, and extrasphincteric, 0%. Two patients (1.3%) had submucous fistula. A horseshoe fistula occurred in 5.5% of the patients. Anorectal abscesses were encountered in twenty-six patients (16%). Fistulectomy was performed in 62 cases and fistulotomy in 87 cases of fistulas. Drainage*

*was carried out in thirteen cases of abscess and primary fistulectomy in eleven cases. No patients suffered loss of control for liquid or solid stool. Recurrence developed in 3.7% of patients.*

**UNITERMS:** anorectal abscesses and fistulas management; Park's classification

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- EISENHAMMER S – The internal anal sphincter and anorectal abscess. *Surg Gynecol Obstet*, 103: 501, 1956.
- PARKS AG – Pathogenesis and treatment of fistula-in-ano. *Br Med J*, 1: 463, 1961.
- EISENHAMMER S – The anorectal fistulous abscess and fistula. *Dis Colon Rectum*, 9: 91, 1966.
- STELTZNER F – Die Anorectalen Fisteln. Springer-Verlag, Berlin, 1959.
- LILIUS HG – Investigation of humun foetal anal ducts and intramuscular glands and a clinical study of 150 patients. *Acta Chir Scand (Suppl. 383)*, 1968.
- PARKS AG, GORDON PH & HARDCASTLE JD – A classification of fistula-in ano. *Br J Surg*, 63: 1-12, 1976.
- VASILEVSKY C & GORDON PH – Results of treatment of fistula-in-ano. *Dis Colon Rectum*, 28: 225-231, 1985.
- MAZIER WP – The treatment and care of anal fistulas: a study of 1000 patients. *Dis Colon Rectum*, 14: 134-44, 1971.
- EISENHAMMER S – The final evaluation and classification of the surgical treatment of the primary anorectal cryptoglandular intermuscular (intersphincteric) fistulous abscess and fistula. *Dis Colon Rectum*, 237-254, 1978.
- JACKMAN RJ – Anorectal fistulas: current concepts. *Dis Colon Rectum*, 11: 247-255, 1968.
- PARKS AG & STITZ RW – The treatment of high fistula-in-ano. *Dis Colon Rectum*, 19: 487-99, 1976.
- BELLIVEAU P, THOMSON JP & PARKS AG – Fistula-in-ano: a manometric study. *Dis Colon Rectum*, 26: 152-4, 1983.
- CHANGYUL O – Management of high recurrent anal fistula. *Surgery*, 93: 330-333, 1983.
- HAMILTON CR – The deep postanal space: surgical significance in horseshoe fistula and abscess. *Dis Colon Rectum*, 18: 642, 1975.
- FRIEND WG – Surgical incisions for complicated anal fistulas. *Dis Colon Rectum*, 18: 652, 1975.
- HANLEY PH, ROY JE, PENNINGTON EE et al. – A ten-year follow-up study of horseshoe abscess fistula-in-ano. *Dis Colon Rectum*, 19: 507, 1976.
- HILL JR – Fistulas and fistulous abscess in the anorectal region: personal experience in management. *Dis Colon Rectum*, 10: 421-34, 1967.
- McELWAIN JW, MacLEAN MD, ALEXANDER RM et al. – Experience with primary fistulectomy for anorectal abscess. A report of 1000 cases. *Dis Colon Rectum*, 18: 646-649, 1975.
- RAMANUJAN PS, PRASAD ML, ABCARIAN H et al. – Perianal abscess and fistulas: a study of 1000 patients. *Dis Colon Rectum*, 27: 593-597, 1984.
- VASILEVSKY CA & GORDON PH – The incidence of recurrent abscess or fistula-in-ano following anorectal suppuration. *Dis Colon Rectum*, 27: 126-30, 1984.
- CHLABOT CM, PRASAD ML & ABCARIAN H – Recurrent anorectal abscess. *Dis Colon Rectum*, 26: 105-108, 1983.