

TRATAMENTO DAS FÍSTULAS E ABSCESSOS ANORRETAIS

ANGELITA HABR-GAMA, TSBCP
FRANCISCO SÉRGIO REGADAS, TSBCP
ELEODORO ALMEIDA, TSBCP

Esta seção tem por objetivo abordar os diversos temas ligados à Colo-Proctologia segundo uma visão essencialmente prática, ou seja, através da opinião de especialistas de reconhecida experiência, os quais buscarão transmiti-las nas respostas às questões que lhe foram formuladas por esta editoria.

Para este número contamos com a colaboração da Prof^a Angelita Habr-Gama, do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, do Dr. Francisco Sérgio Regadas, do Hospital Geral de Fortaleza, e do Dr. Eleodoro Almeida, do Hospital dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro.

1 – Como orienta o tratamento cirúrgico do abscesso anorretal quanto à anestesia e ambiente operatório?

Dr^a Angelita – Se o abscesso é superficial, se houver abaulamento com flutuação, faço a drenagem sob anestesia local no consultório. A incisão é ampla para permitir drenagem adequada. Quando o processo inflamatório é mais extenso, parecendo ser mais profundo ou quando o doente refere dor intensa, porém nada é constatado ao exame da região ano-perineal, indico drenagem cirúrgica sob anestesia geral em ambiente hospitalar.

Dr. Sérgio – Sempre tratamos o abscesso anorretal com o paciente internado e o procedimento é realizado no Centro Cirúrgico, sob anestesia tipo “Peridural”. Esta conduta permite-nos caracterizar com facilidade o tipo de abscesso e procedermos a identificação da cripta para que nos seja possível estabelecermos um tratamento definitivo.

Dr. Almeida – Os nossos pacientes portadores de abscesso anorretal são tratados, sempre que possível, em centro cirúrgico e sob bloqueio anestésico dos tipos peridural, caudal ou raquianestesia.

2 – Quando indica o tratamento definitivo da fístula anal associado à drenagem do abscesso?

Dr^a Angelita – Quando a drenagem é feita no hospital sob anestesia, antes de iniciar o procedimento de drenagem, examino o canal anal e mantenho o dilatador anal. Após a incisão do abscesso, passo o estilete; se identificar com facilidade o orifício interno e quando o trajeto entre orifícios interno e externo for superficial, indico o tratamento definitivo da fístula em formação.

Dr. Sérgio – O abscesso anorretal é a manifestação aguda da doença. Portanto, achamos necessário intervir sempre com o objetivo de curar o paciente nesta fase, evitando a perpetuação da infecção na forma de um trajeto fistuloso.

Dr. Almeida – Na ocasião da drenagem do abscesso fazemos o tratamento definitivo da fístula anal nos casos em que temos segurança quanto à localização da cripta doente (orifício interno), e os trajetos são dos tipos interesfincterianos ou transesfincterianos baixos.

3 – Em caso de drenagem do abscesso com anestesia local sem pesquisa de doença criptoglandular, considera válida a conduta expectante após regressão do processo inflamatório?

Dr^a Angelita – Após a drenagem de abscesso superficial com anestesia local considero válida a conduta expectante porque o processo inflamatório pode desaparecer definitivamente não havendo, portanto, necessidade de tratamento complementar. Nestas condições, o doente deve ser reexaminado periodicamente. Entretanto, mais comumente, o processo inflamatório regride após a drenagem porém permanece o trajeto fistuloso entre a incisão até o canal anal.

Dr. Sérgio – Nos casos em que o paciente já se encontra com o abscesso drenado, preferimos aguardar o tempo suficiente para que ocorra a completa regressão do processo inflamatório e haja uma definição dos limites do

trajeto fistuloso. Nesta ocasião, a correção da fístula (Fistulotomia) é realizada com maior facilidade e segurança já que a fibrose existente impede a retração do esfíncter após sua secção.

Dr. Almeida - Nos casos em que efetuamos a drenagem sob anestesia local e não houve pesquisa adequada da cripta doente procuramos orientar o paciente quanto à possibilidade do surgimento futuro de uma fístula, adotando então uma conduta expectante.

4 - Na fístula anal de trajetos longos ou múltiplos (p. ex. fístula em ferradura), considera necessária a ressecção ou abertura completa destes, a despeito do tratamento adequado da cripta que originou a doença?

Dr.^a Angelita - Na fístula anal de trajeto longo e único a abertura ao longo de todo o trajeto, incluindo a ressecção do orifício interno correspondente à cripta origem do processo. Nas fístulas em ferradura tenho feito abertura completa dos trajetos múltiplos, fazendo fistulotomias, além do tratamento adequado da cripta, ao nível da linha pectínea em seu ponto médio posterior (ou mais raramente anterior).

Dr. Sérgio - Estamos convencidos de que a completa cicatrização de uma fístula em ferradura só é obtida através de tratamento cirúrgico radical. Faz-se então necessário a identificação, abertura e curetagem de todo o trajeto fistuloso, incluindo ainda a excisão da cripta que o originou.

Dr. Almeida - Na fístula anal de trajetos longos ou múltiplos achamos necessário realizar fistulotomias com curetagem, ou fistulectomias de todos os trajetos, a despeito do tratamento adequado da cripta que originou a doença.

5 - Qual a sua opção operatória nas fístulas transesfincterianas altas nas quais a secção da musculatura possa comprometer a continência fecal? Considera a utilização do "seton" um recurso satisfatório?

Dr.^a Angelita - Nas fístulas transesfincterianas altas faço uso sistemático do "seton" (uso fio de seda nº 2). Apenas passo o fio, sem apertá-lo. Após período mínimo de três semanas, sob anestesia geral superficial, faço a secção do músculo reparado. Aproveito esta oportunidade para revisar e curetar a ferida, bem como para investigar presença de outros possíveis trajetos fistulosos.

Dr. Sérgio - Consideramos a fístula transesfincteriana aquela cujo trajeto ultrapassa o esfíncter externo. Raramente necessitamos reparar o esfíncter já que adotamos a técnica de "fistulotomia", ou seja, abrimos o trajeto e curetamos seu leito, sem ressecá-lo. Desta maneira, não ocorre retração do esfíncter seccionado, mesmo nos trajetos mais altos.

Entretanto, o "seton" tem sua indicação precisa naqueles pacientes idosos, com uma massa muscular com capacidade de contratilidade insuficiente ou nos casos em que o trajeto fistuloso esteja ao nível dos músculos puborretais.

Dr. Almeida - Nas fístulas transesfincterianas altas nas quais a secção da musculatura possa comprometer a continência fecal nós temos utilizado a técnica de abaixamento mucoso após a fistulectomia ou curetagem do

trajeto. O "seton" deixou de fazer parte do nosso arsenal terapêutico.

6 - Qual a sua conduta na fístula anal associada à doença de Crohn?

Dr.^a Angelita - Na fístula anal associada à doença de Crohn trato a doença primária. Faço tratamento local da fístula somente quando há abscesso ou processo inflamatório importante. Nestas condições o tratamento local é bastante conservador, resumindo-se em drenagens ou curetagens.

Dr. Sérgio - A nossa experiência no tratamento da fístula anal associada à doença de Crohn é muito pequena devido a baixa incidência desta patologia em nosso meio. Entretanto, os poucos casos que tivemos oportunidade de acompanhar me convenceram da gravidade desta complicação já que os resultados obtidos com a utilização das técnicas cirúrgicas convencionais são precários. Portanto, achamos que a indicação cirúrgica para este tipo de fístula é reservado somente aos casos com sintomatologia local importante.

Dr. Almeida - Nas fístulas anais associadas à D. de Crohn procuramos tratar clinicamente a doença básica, buscando ser o menos intervencionista possível. Geralmente fazemos curetagens de trajetos, fistulotomias econômicas e rigorosa higiene local.

7 - Possui experiência no tratamento da fístula extra-esfinctérica?

Dr.^a Angelita - Tratei três fístulas extra-esfinctéricas. Uma era de natureza iatrogênica e resultante do tratamento incorreto de uma fístula anal alta. Tratei o orifício retal fechando-o, drenei amplamente o trajeto fistuloso até o nível da fossa ísquio-retal e associei uma transversostomia, a qual foi fechada três meses depois com boa evolução. Outra fístula extra-esfinctérica era de natureza traumática por queda acidental e penetração de corpo estranho no períneo (fragmento de madeira). O tratamento consistiu na retirada do corpo estranho, desbridamento do trajeto fistuloso e transversostomia. A terceira fístula era conseqüente à doença de Crohn primária do cólon. O tratamento foi proctocolectomia e ileostomia definitiva.

Dr. Sérgio - Tivemos oportunidade de tratar cinco casos de fístula extra-esfincteriana. Realizamos em todos os casos a ressecção do trajeto fistuloso até a sua entrada no reto, sutura da parede retal e colostomia temporária. Indicamos nestas fístulas, como também em outros tipos complicados, uma revisão sob anestesia aproximadamente no 15º dia pós-operatório no sentido de detectarmos trajetos remanescentes e/ou desfazermos bridas cicatriciais indevidas além de curetarmos toda a ferida, o que permite a agilização do processo cicatricial.

Dr. Almeida - Nas fístulas extra-esfincterianas de origem traumática tentamos abordagem local com curetagem do trajeto e rafia do orifício no reto. Em caso de insucesso realizamos uma colostomia, após adequados preparos do cólon e psicológico. Sendo o orifício retal baixo, optamos pelo abaixamento mucoso. Quando o processo se origina em uma cripta anal com trajeto secundário extra-esfincteriano, fazemos a fistulectomia simples do trajeto principal e curetagem do trajeto secundário com rafia do orifício retal.