
FÍSTULA PERIANAL EM TUBERCULOSOS

SIDNEY ROBERTO NADAL, ASBCP-SP
CARMEN RUTH MANZIONE NADAL, TSBCP
MARCELO CRUZ LOPES
MANLIO BASÍLIO SPERANZINI, TSBCP-SP

NADAL SR, NADAL CRM, LOPES MC & SPERANZINI MB - Fístula perianal em tuberculosos. Rev bras Colo-Proct, 1993; 13(4): 141-143

RESUMO: Atendemos, no período de janeiro de 1991 a junho de 1992, 10 pacientes portadores de tuberculose pulmonar com fístulas perianais. O trajeto fistuloso era único em oito casos e duplo em dois. A localização era posterior em seis, anterior em três e lateral em um caso. Sete pacientes apresentavam RX de tórax sugestivo de tuberculose pulmonar e foram tratados com esquema tríplice previamente à cirurgia. Destes, cinco foram operados, um morreu por infarto agudo do miocárdio e outro recusou-se a operar. Nos três outros casos, devido à falta de cicatrização após 4 a 6 meses, foi prescrito o esquema tríplice como terapia de prova, o que levou à cura das lesões entre 30 e 40 dias. Todos os operados passam bem. O exame histopatológico das peças ressecadas mostrou-se compatível com tuberculose em apenas um caso. Observamos que as fístulas perianais em tuberculosos não diferem, ao exame clínico, daquelas ditas piogênicas; concluímos que essas fístulas não têm, em sua maioria, etiologia tuberculosa e sugerimos a terapia de prova quando de dificuldade para cicatrização pós-operatória.

UNITERMOS: tuberculose anorretal; fístula perianal; fístula perianal tuberculosa

A fístula é a complicação mais freqüente dentre as manifestações anorretais da tuberculose (2). Hajji e cols. (6) relataram, em 147 fístulas perianais operadas, 10,2% de etiologia tuberculosa e Shukla e cols. (13), em 122 casos, verificaram que 15,6% apresentavam esta etiologia. Já Manganarro e Fields (9) referiram que essa incidência é inferior a 1%. Em nosso meio, Nadal encontrou 10% de fístulas perianais em portadores de tuberculose pulmonar ativa, sendo que o exame histopatológico não comprovou sua origem específica (10). Entretanto, a tuberculose da região anorretal é considerada como uma entidade pouco freqüente nos países desenvolvidos, embora ocorra em índices elevados nas regiões em desenvolvimento (1, 13).

Esses relatos, aliados ao fato de que a origem das fístulas tuberculosas permanece controversa, nos levaram a estabelecer um protocolo para diagnóstico e tratamento de pacientes com fístulas perianais na Seção de Cirurgia do Complexo Hospitalar do Mandaqui, onde é atendida parte da população da Zona Norte da Cidade de São Paulo. Como muitos dos aspectos considerados típicos da doença não corresponderam à nossa experiência, decidimos apresentar esta casuística.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Atendemos no Ambulatório de Colo-Proctologia, entre fevereiro de 1991 e junho de 1992, 10 pacientes portadores de fístulas perianais nos quais encontramos a associação com tuberculose.

Seguimos protocolo prospectivo de atendimento, que constou, além da anamnese e exame físico, de exames subsidiários como radiografia de tórax PA, hemograma, reações sorológicas para sífilis, PPD, três amostras de escarro para pesquisa de bacilo de Koch (BK), três amostras de fezes para protoparasitológico e pesquisa de Anti-HIV.

Todos os pacientes eram masculinos com idades entre 30 e 77 anos, com média de 49 anos.

Os pacientes com radiografia de tórax com imagens compatíveis e/ou com a presença de BK no escarro foram considerados portadores de tuberculose pulmonar e medicados com esquema tríplice, que constou de doses diárias de hidrazida 400 mg durante seis meses, rifampicina 600 mg durante quatro meses e pirazinamida 2 g durante dois meses. O tratamento cirúrgico foi indicado após esse período.

Realizamos exame histopatológico do material ressecado durante a operação, sendo as lâminas coradas com os métodos da hematoxilina-eosina e Ziehl-Neelsen.

RESULTADOS

Todos os pacientes referiram quadro iniciado com a formação de abscesso que drenou espontânea ou cirurgicamente, seguido de saída de material purulento pela borda anal,

em pequena quantidade, durante período de tempo que variou de meses a anos.

Ao exame, as fístulas localizavam-se na metade posterior em seis casos, na anterior em três e era lateral em um. Os trajetos fistulosos eram retilíneos em todos, sendo único em oito casos. Dois pacientes apresentaram dois trajetos. Todas as fístulas eram superficiais, interesfincterianas ou transesfincterianas, segundo a classificação de Parks.

Em sete pacientes, o diagnóstico de tuberculose pulmonar foi sugerido pelos achados radiológicos e confirmados pela presença do BK no exame de escarro. Os outros três casos apresentavam feridas operatórias que não cicatrizavam quatro e seis meses após a fistulectomia. Os pacientes referiam ser portadores de enfisema pulmonar. As radiografias de tórax apresentavam aumento de trama vasobrônquica e as pesquisas de BK no escarro foram negativas. Optamos pelo tratamento de prova com esquema tríplice e verificamos que ocorreu cicatrização sem seqüelas das feridas operatórias em 30 e 40 dias. Esses pacientes referiram melhora dos sintomas respiratórios.

O RX de tórax revelou a presença de infiltrado ou em ápice pulmonar, ou bilateral segmentar e assimétrico, ou difuso sugerindo tuberculose pulmonar em sete casos, que receberam esquema terapêutico específico pré-operatório.

O PPD foi negativo (zero mm) em nove pacientes e reator forte (12 mm) em um.

Os estudos hematimétricos não mostraram qualquer peculiaridade. As reações sorológicas para sífilis foram negativas. Os exames protoparasitológicos foram negativos. A pesquisa para anti-HIV foi positiva em dois pacientes, ambos do grupo medicado com esquema tríplice antes da cirurgia.

Daqueles que receberam tratamento específico, cinco foram operados. Um morreu por infarto do miocárdio e outro recusou-se a operar. Os resultados histopatológicos das peças ressecadas mostraram processo inflamatório crônico inespecífico em quatro e granulomatoso em um. A coloração de Ziehl Neelsen não revelou a presença do bacilo tuberculoso. Os pacientes tiveram boa cicatrização, sem recidivas ou seqüelas.

DISCUSSÃO

O reto é um dos locais do intestino mais susceptíveis ao ataque bacteriano, devido ao sistema linfático exuberante e ao controle esfinteriano que propicia a estase fecal (4, 14).

A presença de tecido linfóide circundando as glândulas anais (7) e a hipertrofia desse tecido em algumas doenças crônicas, incluindo tuberculose (11), e o tropismo do bacilo de Köch pelos tecidos linfáticos (10) nos levam a admitir que a teoria criptoglandular pode explicar a etiopatogenia das fístulas perianais em pacientes com tuberculose. Por outro lado, pacientes portadores de tuberculose pulmonar apresentam fístulas piogênicas (independente da

associação com a forma anorretal da doença), possivelmente pela hipertrofia do tecido linfóide adjacente levando à obstrução das glândulas anais, justificando a semelhança do aspecto clínico das fístulas em tuberculosos e não-tuberculosos.

Ao exame local, a presença de fístulas múltiplas ou recidivadas e com trajeto alto, acompanhadas de tuberculose pulmonar e linfadenopatia inguinal, fará a suspeita diagnóstica (13), e o achado de granuloma caseoso no exame histológico da fístula excisada confirmará a doença (2).

O tratamento da tuberculose anorretal, como da pulmonar, inicialmente é clínico, devendo ser prescrito o esquema tríplice (hidrazida, pirazinamida e rifampicina) (1, 2).

Ainda que alguns autores refiram que as fístulas anais em tuberculosos apresentam aspecto sugestivo (2, 9), outros apresentam experiência divergente (3, 6, 12). Em todos os nossos casos, as fístulas ocorreram a partir de um abscesso, tinham aspecto e trajeto que em nada diferiu daquelas diagnosticadas em pacientes sem tuberculose, o que nos permite sugerir que: ou não existe um aspecto clínico típico para as fístulas tuberculosas, ou que são fístulas piogênicas anais em tuberculosos, uma vez que não encontramos granulomas com classificação ao exame histopatológico.

O fato de não encontrarmos lesões histológicas características da doença em nossos casos deve-se ao fato de o tratamento específico poder modificar este quadro e a caseificação estar ausente (13), porque a infecção associada "dilui" os granulomas (6) ou ainda pelo motivo de que as fístulas não eram de origem tuberculosa.

A pesquisa para anti-HIV foi realizada em todos os casos pela associação crescente de tuberculose com essa doença (5, 8). Encontramos dois casos com testes positivos em nossa casuística, ambos no grupo que recebeu o esquema tríplice no período pré-operatório.

Alguns autores relataram que o tratamento específico com esquema tríplice é suficiente para a cura da lesão (1, 2). Outros (6, 13) discordam desta afirmação, relatando a necessidade do tratamento operatório. O esquema tríplice não cicatrizou as fístulas dos nossos pacientes, sendo necessária a cirurgia; entretanto, não comprovamos a origem tuberculosa destas fístulas, embora tenha ocorrido a melhora do processo inflamatório perianal, com diminuição do débito de secreção purulenta.

Os três pacientes que receberam esquema específico no período pós-operatório, como terapia de prova, apresentaram cicatrização sem seqüelas num período de até 40 dias, o que nos leva a propor, a exemplo de outros autores (2, 13), esse esquema para os casos nos quais ocorre retardo na cicatrização pós-operatória.

Concluimos que as fístulas perianais em tuberculosos não têm necessariamente etiologia tuberculosa; ressaltamos a necessidade da pesquisa para essa doença nos portadores de fístulas perianais, para introdução do tratamento específico previamente à cirurgia e sugerimos o esquema tríplice como terapia de prova nos casos de retardo na cicatrização pós-operatória das fistulectomias anais.

**NADAL SR, MANZIONE CR, LOPES MC & SPERANZINI MB -
Perianal fistula in tuberculous.**

SUMMARY: Ten pulmonary tuberculosis patients with anal fistulae were seen from January 1991 through June 1992. Eight of them had single fistula and two of them had double fistulae. In six of them fistulae were in posterior position, anterior in three and lateral in only one. In seven of the patients, chest radiograph hinted pulmonary tuberculosis and they were treated with specific chemotherapy, prior to surgery. Of these seven, five underwent surgery, other one died of acute myocardial infarctation and another one refused to be operated on. The three remaining patients, lacking cicatrization even after four to six months, were treated with antitubercular drugs as a test therapy and with this, lesions were healed in 30/40 days. All patients who underwent surgery are well. In one single case, histopathological test of the excised portions, showed compatibility with tuberculosis. By clinical observation only, anal fistulae in tuberculous patients do not differ from non-specific fistulae; we concluded that most of these fistulae have no tuberculous etiology and we proposed antitubercular drugs as test therapy whenever postoperative cicatrization is difficult.

KEY WORDS: anal fistulae; anorectal tuberculosis; tubercular fistula in ano

REFERÊNCIAS

1. Ahlberg J, Bergstrand O, Holmstrom B, Ullman J, Wallberg P. Anal tuberculosis. A report of two cases. *Acta Chir Scand* 1980; 500: Suppl. 45-47.
2. Chabanon R. Fistules et tuberculose. *Rev Med* 1969; 5: 243-46.
3. Chisholm AJ. The relation of pulmonary tuberculosis to anorectal fistulae. *Surg Gynecol Obstet* 1933; 56: 610-620.
4. Fraki O, Peltrokallio P. Intestinal and peritoneal tuberculosis. Report of two cases. *Dis Colon Rectum* 1975; 18: 685-688.
5. Guth AA, Kim U. The reappearance of abdominal tuberculosis. *Surg Gynecol Obstet* 1991; 172: 432-436.
6. Hajji A, Abbar M, El Kirat-Hajji Z, Derouiche A, Moulay A. La tuberculose anale e périanale. A propos de quinze observations. *Chirurgie* 1987; 113: 793-802.
7. Johnson FP. The development of the rectum in the human embryo. *Am J Anat* 1914; 16: 1-57.
8. Langdale LA, Meissner M, Nolan C, Ashbaugh DG. Tuberculosis and the surgeon. *Am J Surg* 1992; 163: 505-509.
9. Manganaro JA, Fields M. Intestinal tuberculosis with fistula in ano. *Int Surg* 1966; 46: 578-581.
10. Nadal CRM. Estudo das alterações anorretais em doentes com tuberculose pulmonar. São Paulo, 1992. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
11. O'Leary AD, Sweeney EC. Lymphoglandular complexes of the colon: structure and distribution. *Histopathology* 1986; 10: 267-283.
12. Seow-Choen F, Nicholls RJ. Anal fistula. *Br J Surg* 1992; 79: 197-205.
13. Shukla HS, Gupta SC, Singh G, Singh PA. Tubercular fistula in ano. *Br J Surg* 1988; 75: 38-39.
14. Wong SH, Chow H. Ulcero-hypertrophic tuberculosis of the rectum in a two-year-old child. *Am Soc Col Rect Surg* 1979; 22: 260-261.

Endereço para correspondência:

Sidney Roberto Nadal
Rua Dr. Virgílio de Carvalho Pinto, 381/23 - Pinheiros
05415-030 - São Paulo - SP