

DRENAGEM E FISTULOTOMIA NO TRATAMENTO DO ABSCESSO ANORRETAL

LUCIANO DIAS BATISTA COSTA
MURILO BOAVISTA PESSOA MENDES
SÉRGIO TAMURA
ELIAS COUTO ALMEIDA FILHO

COSTA LDB, MENDES MBP, TAMURA S, ALMEIDA FILHO EC - Drenagem e fistulotomia no tratamento do abscesso anorretal. *Rev bras Colo-Proct*, 1992; 12(1): 14-16.

RESUMO: É feita uma revisão de 72 pacientes com abscesso anorretal submetidos a drenagem e fistulotomia no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital das Forças Armadas, no período entre 1974 e 1989. A idade variou entre 16 e 64 anos e a predominância foi do sexo masculino. O tratamento primário suprime o quadro doloroso, reduz as complicações, bem como o índice de fistulas nesses pacientes.

UNITERMOS: abscesso anorretal; drenagem e fistulotomia

O abscesso anorretal é patologia extremamente dolorosa, debilitante, com potencial de letalidade, assumindo importância devido às graves conseqüências que podem advir caso um tratamento precoce e efetivo não seja realizado.

São várias as etiologias, tais como ruturas no epitélio de revestimento do canal anal por partículas sólidas ingeridas ao acaso, infecções hematogênicas, tuberculose, RCUI, Crohn, além de infecção a partir das glândulas anais. O objetivo deste trabalho foi estudar os pacientes operados na fase aguda do abscesso anorretal.

PACIENTES E MÉTODOS

Desde a criação deste Hospital realizamos o tratamento primário do abscesso anorretal, no intuito de, sob bloqueio anestésico, aliviar o processo de dor intensa, bem como, através de ampla drenagem e fistulotomia, proporcionar perspectivas efetivas de cura, diminuindo-se, assim, as possíveis complicações dessa patologia, como também a incidência de fistulas perianais nestes pacien-

tes. Analisamos 72 pacientes portadores de abscesso anorretal entre 1974 e 1989 através de estudo retrospectivo.

RESULTADOS

A idade máxima foi de 64 anos, sendo a mínima de 16 anos. A incidência distribuiu-se igualmente na segunda e quarta décadas. O sexo afetado foi predominantemente o masculino, numa proporção de 9:1. A cor branca predominou (Tabela 1).

Tabela 1 - Análise da idade, sexo e cor.

Idade	Sexo	Cor
(anos)	(paciente)	
00-09 :	zero	Branca 54 (75%)
10-19 :	12	Masc. 63 (87,5%) Parda 16 (22%)
20-29 :	19	
30-39 :	16	
40-49 :	19	Negra 2 (3%)
50-59 :	5	
60-69 :	1	

Dentre os sinais e sintomas a dor é fenômeno universal, presente em todos os casos. Febre e secreção estavam associados. O exame físico revelou a presença de tumor inflamatório em 60 pacientes, que corresponde a 83,3%. Presença de secreção por rutura espontânea perianal ou endoanal em sete, tumoração ao toque retal em oito e sinais flogísticos em 13. Drenagem prévia, cirúrgica ou espontânea, ocorreu em oito pacientes (Tabela 2).

Os abscessos foram únicos em sua maioria, com quatro em ferradura. A localização foi posterior em 44 e anterior em 28 pacientes. Ocorreram 48 abscessos perianais, 16 isquiorretais, oito intermusculares e nenhum pelvirretal (Tabela 3).

Tabela 2 - Exame físico, sinais e sintomas. Drenagem prévia.

Exame físico		Sinais e sintomas	
Tumoração	60 (83,3%)	Dor	72 (100%)
Secreção	7 (9,7%)	Febre	22 (30,5%)
Sinais inflamatórios	13 (18%)	Secreção	6 (8,3%)
Tumoração ao toque	8 (11,1%)		

Drenagens prévias, cirúrgicas ou espontâneas: 8 (11,1%)

Tabela 3 - Localização.

Região posterior	44 (61,1%)
Região anterior	28 (38,9%)
Perianal	48 (66,6%)
Isquiorretal	16 (22,2%)
Intermuscular	8 (11,2%)
Pelvirretal	zero
Únicos	68 (94,4%)
Ferradura	4 (5,6%)

O tratamento cirúrgico preconizado é feito na posição de Jack-Knife, realizando-se seqüencialmente: dilatação anal suave; tentativa de cateterização da cripta patológica; punção no local de maior flutuação, com coleta de material para análise bacteriológica; incisão cruciforme e destelhamento; curetagem digital da loja; fistulotomia associada ou não a esfínterectomia interna, na dependência do tipo de abscesso; fixação da mucosa e pesquisa de outras criptas pérvias.

Em nosso material, realizamos a fistulotomia em 71 pacientes, o que corresponde a 98,6% dos casos, sendo que em um paciente o orifício interno não foi localizado. A esfínterectomia interna realizou-se em 10 pacientes, o uso de seton em dois e a criptectomia profilática em 32 (Tabela 4).

Tabela 4 - Tratamento cirúrgico.

Procedimentos	Nº	%
Fistulotomia	71	(98,6)
Esfínterectomia interna	10	(13,8)
Seton	2	(2,7%)
Exploração de criptas pérvias	32	(44,4)
Orifício interno não localizado	1	(1,4)

Como patologia associada, observamos hemorroidas volumosas em sete pacientes, nos quais, em três, a ligadura dos mamilos foi feita, em três nada realizamos e em um optamos por tratamento cirúrgico.

O tempo de hospitalização foi de 3,47 dias, em média, e o tempo de cicatrização da ferida foi, por sua vez, de 30,9 dias em 50% dos pacientes avaliados. Não se avaliou a cicatrização em 35, sendo que em um não houve cicatrização, formando-se uma fistula aos 90 dias. O teste de

sensibilidade aos antibióticos, realizado em 50% dos casos, mostra grande incidência de germes enteroespecíficos no material. Os Gram-negativos correspondem a 69,4% e os Gram-positivos a 19,4%. Em quatro casos não houve crescimento nos meios de cultura -11,2% (Tabela 6).

Em relação ao uso de antibióticos, 91,6% não necessitaram de seu emprego, correspondendo a 66 pacientes. Em seis o utilizamos profilaticamente. No tocante aos analgésicos, 62 pacientes fizeram uso, em algum instante, no pós-operatório imediato e somente 10 não o utilizaram. Avaliamos o tempo de acompanhamento em 42 pacientes, o que corresponde a 58,3% dos casos. Sem acompanhamento, em 30 (Tabela 5).

Tabela 5 - Cultura da secreção. Avaliados 36 pacientes.

Sem crescimento nos meios de cultura	4 (11,2%)
Gram-positivos	7 (19,4%)
<i>Staphylococcus aureus</i>	5
<i>Micrococcus</i>	2
Gram-negativos	25 (69,4%)
<i>E. coli</i>	16
<i>Citrobacter</i>	1
<i>Proteus e E. coli</i>	1
<i>Proteus sp.</i>	1
<i>Enterobacter aerogenae</i>	1
<i>Klebsiella</i>	1
<i>Enterobacter e E. coli</i>	1

Tabela 6 - Acompanhamento.

Tempo	Nº	Média
Até 6 meses	4	
De 6 meses a 1 ano	4	
De 1 ano a 2 anos	8	
De 2 anos a 5 anos	13	
De 5 anos a 10 anos	9	
De 10 a 13 anos	4	
Total	42	58,3%

Como complicações não específicas, tivemos um caso de fissura anal pós-operatória. Como recidiva da doença, tanto como abscesso ou fístula num período de três meses, tivemos três casos que correspondem a 7,1% de incidência. De três meses a dois anos outros três casos ocorreram com o mesmo índice. Um abscesso ocorreu tardiamente aos 3,4 anos, que é igual a 2,4%.

Os sete casos dos 42 pacientes avaliados quanto ao acompanhamento, num período de seis meses a 13 anos, perfazem taxa global de recidiva de 16,6% (Tabela 7).

DISCUSSÃO

Além de outras causas (1, 2), há considerável evidência de que os abscessos anorretais originam-se de infecção das glândulas anais que desembocam nas criptas de Morgagni (3, 9) e que estes abscessos têm potencial de letalidade (8).

Tabela 7 - Análise das recidivas.

Nº pac.	Tempo rec.	Tipo rec.	Cirurgia efetuada
1	3 meses	Fístula	Fistulotomia
1	3 meses	Fístula	Fistulotomia
1	3 meses	Abscesso	Drenagem e fistulotomia
1	11 meses	Abscesso	Drenagem e fistulotomia
1	1,5 anos	Fístula	Fistulotomia
1	1,8 anos	Abscesso	Drenagem e fistulotomia
1	3,4 anos	Abscesso	Drenagem e fistulotomia

A freqüência maior destas glândulas na comissura posterior do canal anal explicam a freqüência maior dos abscessos nesta região (3, 4, 9). Nesta série, 56,9% contra 38,8% para os abscessos anteriores.

Não há relação com o ritmo intestinal, pois em 35 pacientes avaliados neste aspecto, 31 tinham ritmo intestinal diário e normal contra quatro que eram constipados.

Os abscessos são mais freqüentes em homens do que em mulheres, sendo que esta série apresentou relação de 9:1 maior que alguns autores (3) e mais próximo de outros (4).

A dor é universal (9), estando associada ao tumor inflamatório em 83,3% dos casos. Presença de secreção é menos freqüente e deve-se à ruptura espontânea do abscesso ao nível anorretal ou perianal. Dor importante ao nível do reto inferior, com inspeção normal e tumoração dolorosa ao toque, de superfície lisa e regular, caracterizam os abscessos intermusculares, que são tratados associando-se esfínterectomia interna (5, 6) aos mesmos.

Semelhante a outras séries, o abscesso perianal predominou com 66,4%, vindo a seguir o isquiorretal com 22,2% e o intermuscular com 11,2% (3, 4, 7). Não tivemos abscessos pelvirretais (12). Foram únicos em 94,4% e, na forma de ferradura, em 5,6%. Como patologias associadas, observamos hemorróidas volumosas em sete pacientes e optamos por tratamento cirúrgico em somente um, o que difere de outras publicações (7, 12).

O uso de analgésicos é freqüente no pós-operatório imediato, com 86,1% dos pacientes necessitando de seu emprego. Só utilizamos antibióticos eventualmente, nos abscessos volumosos em que há repercussão sistêmica, e em bolo no per-operatório.

A cultura de secreção revelou predominância de Gram-negativos enteroespecíficos com prevalência de *E. coli*, o que reforça a origem criptoglandular na gênese da maioria dos abscessos anorretais (3).

Tivemos um caso de fissura anal pós-operatória e sete recidivas, sendo seis nos primeiros dois anos e um aos 3,4 anos. Quatro pacientes apresentaram como recidiva abscessos que foram novamente tratados através de drenagem e fistulotomia. Três pacientes apresentaram fístula perianal, que foram tratadas através de fistulotomia.

O índice de recidiva por nós observado é bem menor do que quando realizada somente a incisão e drenagem. Outros autores (7, 9, 12, 13) apresentam recidivas que variam

de 1,8 a 6%, quando do tratamento definitivo do abscesso anorretal.

CONCLUSÃO

O tratamento do abscesso anorretal através da drenagem e fistulotomia deve ser realizado o mais breve possível e apresenta como vantagens o fato de suprimir o quadro doloroso, reduzir as complicações, bem como reduzir o índice de fístulas nesses pacientes. Se o orifício interno for identificado, realizaremos o tratamento proposto com excelentes resultados na maioria dos casos. A drenagem e fistulotomia foram realizadas em 98,6% dos abscessos. Completa cicatrização da ferida sem recorrência ocorreu em 83,4% dos procedimentos.

Trata-se de boa conduta a pesquisa de criptas pérvias e criptectomia profilática no intuito de se evitar novo quadro de abscesso anorretal.

COSTA LDB, MENDES MBP, TAMURA S, ALMEIDA FILHO EC - Fistulotomy and drainage in the treatment of anorectal abscess.

SUMMARY: A review is done in 72 patients operated from anorectal abscess at the Colon-Proctology Unit of the Armed Forces Hospital between 1974 and 1989 when drainage and fistulotomy were performed. The age ranged from 16 to 64 years and the male was predominant. The primary treatment ends the pain, reduce complications such as the frequency of fistula in these patients.

KEY WORDS: anorectal abscess; drainage and fistulotomy

REFERÊNCIAS

- Eienhammer S. The anorectal fistulous abscess and fistula. *Dis Colon Rectum* 1966; 9: 91.
- Yasuma AD. The etiology of anorectal fistulae - A statistical report. *Am J Proctol* 1974; 23: 324.
- Goligher JC. *Surgery of the Anus, Rectum and Colon*. 3ª Ed., London.
- Ani AN, Solanke TF. Anal fistula. *Dis Colon Rectum* 1976; 19(1): 51-55.
- Eisenhammer S. A new approach to the anorectal fistulous abscess based on the high intermuscular lesion. *Surg Gynecol Obstet* 1958; 106: 595-99.
- Eisenhammer S. The internal anal sphincter and the anorectal abscess. *Surg Gynecol Obstet* 1956; 103: 501-506.
- McElwain JW, Alexander RM. Primary fistulectomy for anorectal abscess. *Am J Proctol* 1965; 23: 181-85.
- Marks G, Chase WV, Mervine TB. The fatal potential of fistula-in-ano with abscess. *Dis Colon Rectum* 1973; 16(3): 224-230.
- Ramanujam PS, Prasad M, Abcarian H, Tan AB. Perianal abscess and fistulas. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 593-97.
- Leeper DJ, Page RE, Rosenberg IL, Wilson DH, Goligher AJC. A controlled study comparing the conventional treatment of idiopathic anorectal abscess with that of incision, curettage and primary suture under systemic antibiotic cover. *Dis Colon Rectum* 1976; 19(1): 46-50.
- Scoma JA, Salvati EP, Rubin RJ. Incidence of fistulas subsequent to anal abscess. *Dis Colon Rectum* 1974; 17(3): 357-59.
- Kovalcik PJ, Penistom RL, Cross GH. Anorectal abscess. *Surg Gynecol Obstet* 1979; 149: 884-86.
- Waggener HU. Immediate fistulotomy in the treatment of perianal abscess. *Surg Clin North Am* 1969; 49(6): 1227-33.

Endereço para correspondência:
Luciano Dias Batista Costa
SQN 114 Bloco B, apto. 205
70764 - Brasília - DF