

TRIBUNA LIVRE: COMO EU FAÇO

ABSCESSO PERIANAL

CORDEIRO F - Abscesso perianal. Rev bras Colo-Proct, 1994;
14(1): 41-42

Esta nova seção da nossa revista tem por objetivo favorecer a maior participação dos nossos colegas, permitindo a todos que emitam suas opiniões livremente, de maneira informal e, esperamos, de fácil leitura e aprendizado.

Para tanto será organizado na forma de perguntas a um mínimo de três participantes por edição, com respostas curtas e objetivas.

O nosso intuito não é o de esgotar o assunto, mas promover junto aos nossos leitores um debate salutar, com a possibilidade de trazer a nós novos conhecimentos ou técnicas que nunca tiveram oportunidade de serem divulgados.

Como esta é uma **TRIBUNA LIVRE**, enquanto houver opiniões distintas das apresentadas o tema será mantido, porém não serão publicados os textos considerados contestatórios.

Àqueles interessados em colaborar, o meio escolhido para a comunicação foi o fax, e manteremos sempre um canal aberto pelo número 0192.543839.

O nosso primeiro tema será **ABSCESSO PERIANAL** e contamos com a colaboração de cinco Membros Titulares da nossa Sociedade:

1. Dr. Bóris Barone (São Paulo)
2. Dr. Flávio A. Quilici (Campinas)
3. Dr. Francisco F. Ginani (Brasília)
4. Dr. Hélio Moreira (Goiânia)
5. Dr. José Edson Nunes dos Santos (Recife)

I. Abscesso perianal posterior unilateral. Qual das opções é a de sua escolha?

- a. Drenagem cutânea externa (sem tratamento da cripta correspondente)
 - b. Drenagem mucocutânea com ou sem ressecção externa ampla
 - c. Tratamento aberto ou fechado?
- Alguma outra técnica e por quê?

(Bóris Barone) - Realizo a drenagem cutânea externa. No entanto, sempre faço a pesquisa da cripta posterior e caso a mesma seja facilmente permeável ao estilete, prolongo a incisão até ela, deixando a cicatrização por segunda intenção.

FERNANDO CORDEIRO

(Flávio A. Quilici) - A primeira opção para o tratamento cirúrgico do abscesso perianal posterior é com drenagem mucocutânea com ressecção externa ampla sob bloqueio anestésico em centro cirúrgico. Sempre associamos o tratamento da cripta correspondente, no caso exposto, à mediana posterior.

A drenagem externa é deixada aberta e a mucosa correspondente é fixada, com três ou quatro pontos de polivicril 3.0, com o intuito de evitar seu deslizamento, aumentando assim a ferida operatória.

(Francisco F. Ginani) - A abordagem cirúrgica do abscesso perianal merece critérios a serem seguidos pelo coloproctologista, sem os quais poderá comprometer os resultados da sua técnica, além de trazer danos desnecessários ao paciente. Drenar simplesmente o abscesso perianal tem-se mostrado uma prática insuficiente pela recorrência significativa do mesmo, pela formação do trajeto fistuloso subseqüente, além de se tratar mal a cavidade do abscesso.

Procurar sob anestesia adequada, em centro cirúrgico e sob condições ideais, identificar previamente o comprometimento cripto-glandular quando presente, drenando-se amplamente o abscesso a partir do ponto de maior flutuação na margem anal, é uma sistemática adequada para a qual se convencionou chamar de fistulotomia anal primária. Neste procedimento inclui-se ainda a ressecção mucocutânea proporcional à extensão da cavidade do abscesso, sem esfínterectomia e com marsupialização das bordas da ferida, procurando-se um resultado mais anatômico. No caso da não identificação com estilete de criptas não comprometidas, engloba-se da mesma forma a área cripto-glandular na vizinhança e topografia que está sendo operada, seguindo-se a Lei de Goodsall. Nos abscessos com etiologia em que estão por trás patologias específicas a abordagem é diferenciada, de acordo com a lesão subjacente envolvida, podendo-se não se aplicar todos os enunciados acima.

(Hélio Moreira) - Sou adepto e faço drenagem cutânea externa, sem tratamento da cripta correspondente. Em minha experiência é muito difícil a localização da cripta que deu origem ao abscesso que está sendo tratado. Podemos afirmar que o número de fístulas surgidas após a drenagem do abscesso é seguramente menor que 30% em nossa série. Com esta observação preliminar, não estou de acordo com a conduta de se fazer ou tentar fazer fistulotomia em todos os casos de abscesso. Provavelmente a baixa incidência de for-

mação de fístula da nossa experiência deve-se a técnica utilizada na drenagem do abscesso. Utilizamos sempre anestesia geral, raqui ou peridural; abertura com uma grande incisão circular e adequada mobilização do leito do abscesso (manobras vigorosas com o dedo indicador, de modo a permitir uma drenagem ampla).

A incisão circular dificulta o fechamento precoce da ferida, mantendo por conseguinte uma drenagem ampla, duradoura e completa. Uso antibiótico (de largo espectro) em praticamente todos os pacientes submetidos à drenagem dos abscessos, devido ao nosso manuseio mais intenso do leito do abscesso.

(José Edson N. Santos) - Aceita-se que dois terços dos abscessos perianais, como processo infeccioso supurativo dos tecidos adjacentes ao canal anal e região perianal, tenham sua origem nas glândulas anais, portanto nestas ocasiões, quando temos a segurança na identificação da cripta comprometida, realizamos a abertura da mesma, deixando a ferida aberta para cicatrização por segunda intenção. Sempre que possível, nossos pacientes são tratados em centro cirúrgico com bloqueio anestésico regional (peridural, caudal ou raquianestesia).

II. Como você trata o abscesso perianal submucoso?

- a. Drenagem interna?
- b. Drenagem mucocutânea?
- c. Aberto ou fechado?

(Bóris Barone) - Realizo a drenagem interna com secção em cruz da mucosa que recobre o abscesso.

(Flávio A. Quilici) - Tratamos o abscesso submucoso do reto, sempre que possível (quando localizado próximo à linha pectínea), realizando uma drenagem mucocutânea (perianal), permanecendo aberta a ferida externa.

(Francisco F. Ginani) - Quanto à abordagem do abscesso submucoso, condição bem menos freqüente e que traz um fato importante que é o seu diagnóstico, muitas vezes mais difícil de realizá-lo e que é marcado pela intensa dor anal.

Para identificar o problema o proctologista requer uma maior perspicácia propedêutica. A drenagem, pelo fato da situação se manifestar basicamente no interior do canal anal e reto, deve ser feita internamente, de uma forma aberta e com debridamento adequado da área comprometida pelo abscesso.

(Hélio Moreira) - Minha conduta é a drenagem mucocutânea. Faço uma incisão na pele perianal, por onde será introduzida uma pinça de Kelly no sentido paralelo ao canal anal e reto, até atingir a loja do abscesso. Esta pinça é guiada pelo dedo do cirurgião que foi introduzido no ânus e de modo a "sentir" o local do abscesso, "protegendo" a mucosa, de modo a não permitir sua perfuração. Após promover a saída do pus que estava alojado no espaço submucoso, ampliamos o orifício de drenagem e colocamos dreno de Penrose. Se houver formação de fístula será tratada posteriormente com maior facilidade técnica e com melhores resultados. A abertura da mucosa, através do anuscópio, como propõem vários autores, poderá tornar, se não obtivermos sucesso, uma fístula de difícil tratamento, porque o acesso ao orifício interno (cripta que deu origem ao abscesso) ficará muito mais difícil. Ao passo que, realizada a drenagem como fazemos, restará a possibilidade de se fazer uma fistulografia contrastada no pré-operatório e no ato operatório, injetando-se água oxigenada no orifício externo, podendo-se localizar o orifício interno.

(José Edson N. Santos) - No caso do abscesso submucoso, realizamos drenagem interna com ferida aberta, procurando eliminar a causa do processo infeccioso, no sentido de que a intervenção tenha o objetivo da cura definitiva.

Esta série de perguntas e respostas encerra a primeira **TRIBUNA LIVRE: COMO EU FAÇO.**

Gostaríamos de agradecer a todos os participantes pela inestimável colaboração, principalmente pelo fato de nos terem auxiliado tão rápida e gentilmente, nos restando agora convocar outros colegas a manter acesa conosco a chama desta **TRIBUNA.**

Novamente, o nosso fax: **0192.543839.**