

Tratamento das Infecções Ano-Retais por Fistulotomia Primária

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, no Curso de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Paraná.

CURITIBA
1989

RICARDO RYDYGIÉR DE RUEDIGER

Tratamento das Infecções Ano-Retais por Fistulotomia Primária

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, no Curso de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Paraná.

CURITIBA

1989

DEDICATORIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Thelma e Ludovico, pelo estímulo e apoio, sem os quais o caminho seria mais arduo.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Osvaldo Malafaia,
pelo seu entusiasmo e
orientação.

A minha esposa Telma e
meu filho Felipe, pela
compreensão e despreendi-
mento.

SUMARIO

INTRODUÇÃO _____	01
REVISÃO DA LITERATURA _____	03
Anatomia _____	03
Histórico _____	06
CASUISTICA E METODOLOGIA _____	13
População estudada _____	14
Clínica _____	14
Diagnóstico _____	14
Técnica cirúrgica _____	14
Classificação _____	23
Pós-operatório _____	23
RESULTADOS _____	28
DISCUSSÃO _____	37
CONCLUSÕES _____	58
PROPOSIÇÕES DE NOVOS ESTUDOS _____	59
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS _____	60

*As vezes das tabelas
n correspondem
nas pagas*

LISTA DE TABELAS

TABELA	TITULO	PAGINA
01	Protocolo_____	13
02	Classificação segundo Eisenhammer_____	23
03	Sintomas_____	30
04	<i>04</i> Antecedentes Proctológicos_____	31
05	Distribuição dos casos na classificação de Eisenhammer_____	32
06	<i>06</i> Complicações_____	35
07	Incidência dos diversos tipos de abcessos_____	39
08	Relação Sexo / Idade_____	52
09	Tempo de afastamento das atividades_____	55
10	Tempo de cicatrização_____	56

01 histo do grupo
entre as
pagas 27 e 28

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA	TITULO	PAGINA
01	Esfincteres e revestimento do canal anal _____	05
02	Espaços peri-anais e peri-retais _____	05
03	Posição em "Canivete" _____	16
04	Afastador de Smith e Criptótomo _____	16
05	Regra de Goodsall _____	17
06	Exploração da cripta anal e abertura do abcesso _____	18
07	Reparo do esfínter em abcesso trans-esfincteriano _____	20
08	Sequência da fistulotomia	
A	Introdução do criptotomo _____	21
B	Secção retrógrada do abcesso _____	21
C	Exposição da loja do abcesso _____	22
09	Cicatrização. Pré e pós operatório	
A	Abcesso com três dias de evolução _____	25
B	Contrôle pós operatório com 20 dias _____	25
10	Cicatrização. Pré e pós operatório	
A	Abcesso com seis dias de evolução _____	26
B	Contrôle pós operatório _____	26
11	Cicatrização. Pré e pós operatório	
A	Intraoperatório _____	27
B	Contrôle pós operatório _____	27
12	Abcessos previamente drenados	

As figuras aqui listadas devem ser a mesma coisa o qual em anexo

A	Drenagem cirurgica_____	29
B	Drenagem espontânea_____	29
13	Drenagem de pus pela cripta_____	30
14	Esquema dos tipos de abscessos_____	40
15	Abscessos intermusculares baixos_____	42
16	Abscesso intermuscular baixo_____	43
17	Abscesso intermuscular alto_____	43
18	Abscesso intermuscular transesfincteriano_____	46
19	Abscesso intermuscular baixo anterior de apresentação escrotal_____	48
20	Abscesso em ferradura bilateral_____	48

RESUMO

O autor apresenta estudo prospectivo onde foram operados 34 abscessos intermusculares, de 33 pacientes, consecutivamente, empregando a fistulotomia primária, proposta por Eisenhammer.

Destes abscessos 85,29% eram intermusculares baixos posteriores, 31,03% intermusculares baixos anteriores, e 14,70% transesfincterianos. Todos foram operados em um só tempo, com exceção de um abscesso transesfincteriano anterior em mulher que foi tratado em dois tempos com uso de reparo do esfíncter. O índice de recidiva foi de 2,9%. Como complicações ocorreram incontinência transitória a gases (05 casos), granulação exuberante (05 casos), bolsa (04 casos), ânus em fechadura (02 casos), ânus úmido transitório (01 caso), permanente (01 caso), e drenagem incompleta (01 caso). O período de cicatrização foi de $24,56 \pm 9,58$ dias, e o tempo de afastamento das atividades $12,56 \pm 6,41$ dias.

Frente a estes resultados conclui que a fistulotomia primária é uma modalidade de tratamento adequada para as infecções ano-retais, com baixo índice de recidiva, e de complicações permanentes, devolvendo os pacientes rapidamente as suas atividades.

I- INTRODUÇÃO

As supurações ano-retais constituem um problema de certa frequência, extremamente incômodo por se tratar de estado incapacitante tanto pela dor como por afastar seus portadores prolongadamente de suas atividades usuais.

Existem relatos desde vários séculos, e os cirurgiões que as tratavam mereciam fama e grande projeção pessoal. Por centenas de anos e até cerca de três décadas o tratamento destas infecções peri-anais consistia na simples drenagem externa do abcesso na fase aguda. Com muita frequência resultava em fístula anal, que necessitava ser posteriormente tratada, através de várias intervenções cirúrgicas, e levava a um período longo de convalescença.

Estas duas entidades eram manejadas classicamente como doenças distintas, até que Eisenhammer, em sucessivos trabalhos, estabeleceu claramente que a fístula anal nada mais era que o estágio crônico das infecções criptoglandulares. Sugeriu daí o tratamento definitivo desta infecção na fase aguda, precocemente, em um só tempo.

Durante sua formação o Autor teve a oportunidade de acompanhar a experiência do Dr. Ludovico Rydygier, que empregava este método já há vários anos com muito êxito. Os resultados obtidos pela fistulotomia

primária no tratamento dos abscessos peri-anais causavam impressão favorável pela simplicidade e segurança.

Na literatura nacional, revista, não foi encontrado estudo prospectivo ou retrospectivo a respeito deste assunto. Haddad (18), propõe a drenagem dos abscessos, Habr Gama (14), preconiza a drenagem, porém cita que a fistulotomia pode ser realizada primariamente, dependendo da reação inflamatória local e da identificação do orifício interno na cripta anal.

Tendo em vista que em nosso meio o tratamento usualmente empregado é a drenagem externa, o autor propõe estudo clínico prospectivo, utilizando a fistulotomia primária para o tratamento dos abscessos peri-anais.

II- REVISÃO DA LITERATURA

II.A) ANATOMIA

O canal anal é a porção terminal do intestino grosso. O "canal anal cirúrgico" começa no anel ano-retal, terminando na margem anal. Tem cerca de 4 cm..

O músculo circular do intestino grosso continua distalmente, espessando-se para formar o esfíncter interno. O esfíncter externo circunda totalmente o canal anal. Tem três componentes, as porções subcutânea, superficial, e profunda. Recentemente determinou-se que o músculo puborectal é fundido com o esfíncter externo profundo, não fazendo parte do músculo elevador do ânus. Entre o esfíncter interno e o externo existe o músculo longitudinal. Ele vem do reto, recebendo fibras do músculo elevador do ânus e do puborectal. Superficializa-se, terminando em septos, fixando-se à pele da região anal e peri-anal. Um de seus septos forma o septo transversal do períneo. Sua função é fixar-se ao canal anal, para everter o ânus à evacuação.

O canal anal é revestido acima pela mucosa, e abaixo pela anoderma, que é uma pele modificada. As criptas anais estão na porção superior da anoderma. Formam uma linha denteada (linha pectínea). Nesta linha, nas criptas anais, desembocam as glândulas anais.

Ao redor do reto e do canal anal, formam-se vários espaços, preenchidos por tecido gorduroso e conjuntivo que podem tornar-se sitios de abscessos. O supra-elevatório ou pelvi-retal está situado em ambos os lados do reto, acima do músculo elevador do ânus. Limitado superiormente pelo peritoneo pélvico, lateralmente pela parede pélvica, e medialmente pelo reto. O espaço retro-retal, está entre o sacro e o reto acima do músculo elevador do ânus, comunicando-se a cada lado com o espaço pelvi-retal. O espaço isquio-retal fica inferiormente ao elevador do ânus, limitado cefalicamente pelo diafragma pélvico (músculo elevador do ânus), medialmente pelos esfínteres externos, lateralmente pela parede pélvica, e inferiormente pelo septo transverso do espaço isquio-retal, formado por projeção do músculo longitudinal. Estes espaços comunicam-se posteriormente através do espaço pós-anal profundo (espaço de Courtney), que limita-se pelo músculo elevador do ânus e a porção tendinosa do esfínter externo superficial, que fixa-se ao sacro. Esta comunicação enseja a formação dos abscessos e fistulas em ferradura. O espaço peri-anal ou isquio-retal superficial está localizado entre a pele da região anal e peri-anal e o septo transverso da fossa isquio-retal. Posteriormente este espaço, localiza-se inferiormente ao esfínter externo superficial. O espaço peri-anal é o local mais frequente para os abscessos ano-retais. O espaço interesfincteriano está entre o músculo

FIGURA 01 - SECÇÃO CORONAL DOS ESPAÇOS PERI-ANAL E PERI-RETAL.

FONTE: BASEADO EM SCHWARTZ (43)

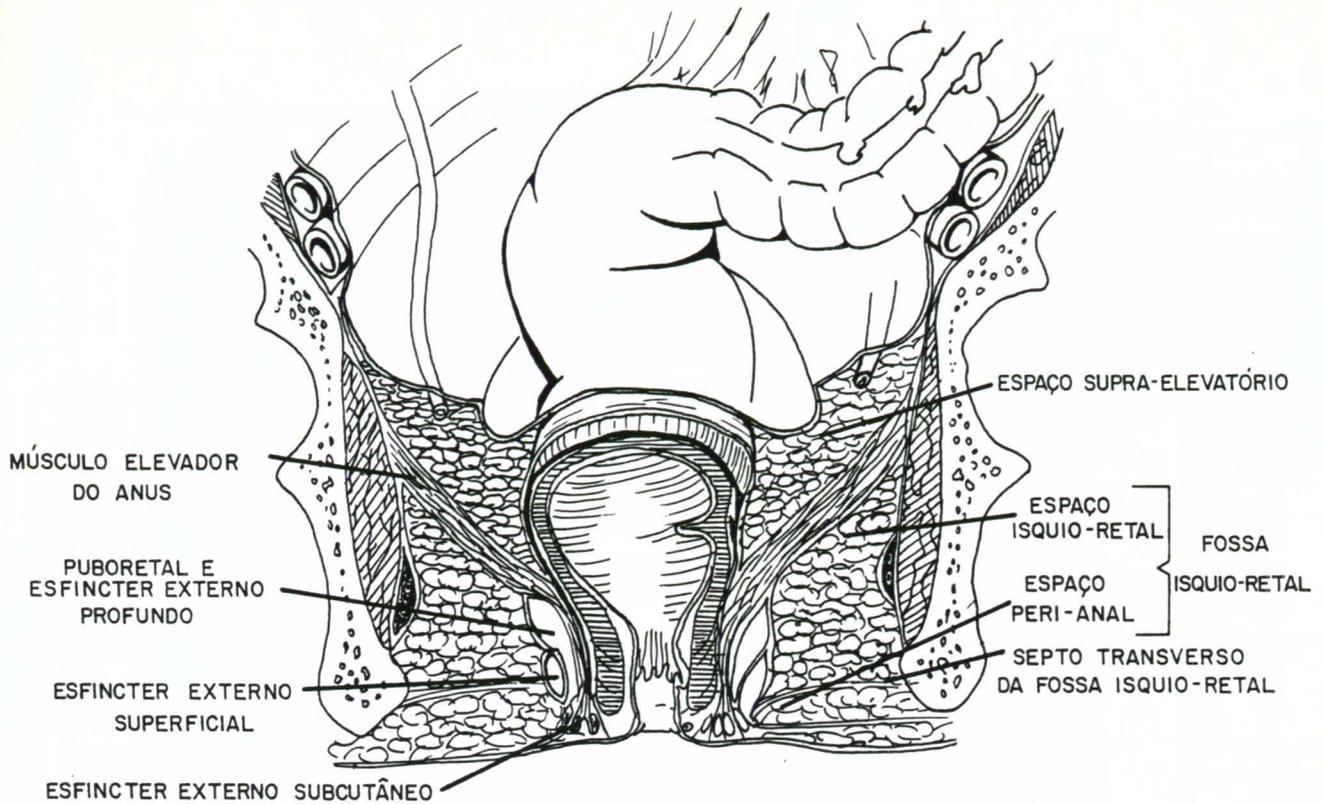
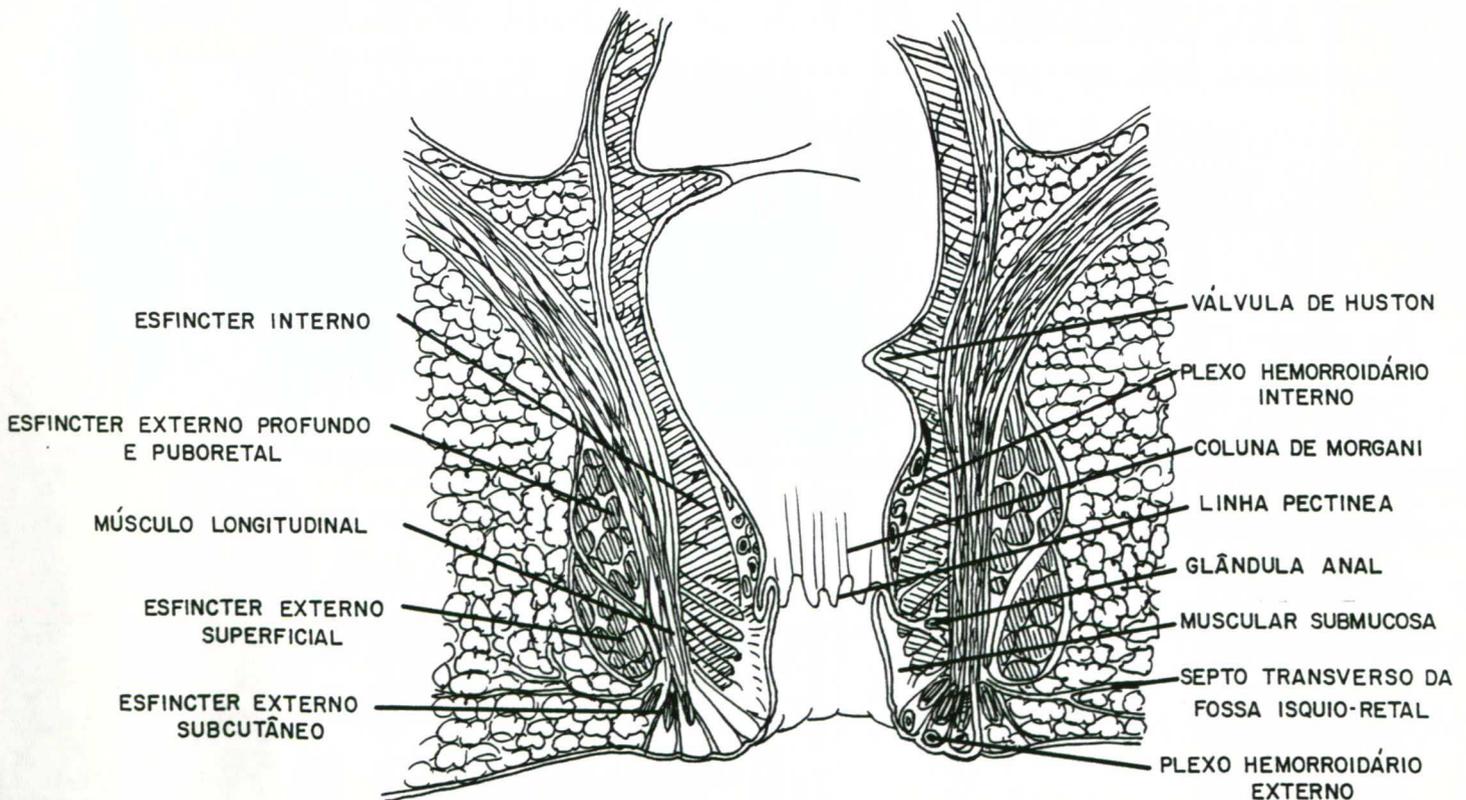


FIGURA 02 - SECÇÃO CORONAL DO RETO E CANAL ANAL, MOSTRANDO OS ESFÍNCTERES E O REVESTIMENTO DO CANAL ANAL.



FONTE: BASEADO EM SCHWARTZ (43)

longitudinal e o esfíncter interno, ao redor do canal anal (01,13,20,24,40,43) (figuras 01,02).

II.B) HISTÓRICO

As infecções ano-retais, estão entre as primeiras intervenções cirúrgicas realizadas. Nos primórdios da civilização, o cavalo apresentava-se como o principal meio de locomoção, e a higiene era questão secundária. Nesta época as fístulas deveriam ter sido inconveniente mais sério que o são hoje (33).

No código de Hamurabi (2.200 a.c.) existem referências ao tratamento da fístula anal. Em Pompéia foram encontrados vários instrumentos para a cirurgia da fístula (33). No século X o médico árabe Albucasi (04), descreveu técnica cirúrgica para o tratamento das fístulas anais que parece não ter sido posta em prática. Até que no século XIV, John Aderne (04,38), cirurgião inglês, considerado por muitos como o pai da Proctologia, a modificou e empregou com grande êxito. Esta era uma condição considerada incurável. O mesmo John Aderne em seu Tratado de Fístula Anal, Clisteres e Hemorróidas, em 1376, mencionava a sequência abscesso - fístula, e recomendava a drenagem externa do abscesso assim que flutuasse. Relatava ainda que as fístulas com múltiplos orifícios externos comunicavam-se com um único orifício interno.

A técnica proposta por John Aderne foi utilizada, três séculos mais tarde pelo Monsieur Felix, barbeiro e cirurgião da corte de Luis XIV, o Rei Sol, no memorável episódio da cura do monarca, tão bem descrito por Haggard (04), que em 15 de janeiro de 1685 apresentou um abcesso peri-anal. Este abcesso veio a drenar espontaneamente apesar da recomendação de Felix para a sua drenagem cirúrgica. Evoluiu então para uma fistula anal, causando grande sofrimento ao monarca .

Ao Monsieur Felix, foi solicitado um parecer quanto ao tratamento da fistula. Propôs então a fistulotomia, baseado nos bons resultados obtidos em outros centros. O monarca determinou à guisa de experimentação, que a técnica fosse empregada por Felix em voluntários, o que foi realizado, sob as vistas de observadores reais durante seis meses. Desta forma iniciou-se o primeiro estudo científico prospectivo da cirurgia que se tem notícia . Em 17 de novembro daquele ano, o monarca foi então operado com grande êxito.

Este episódio trouxe fama e fortuna ao Monsieur Felix que recebeu o equivalente a 6.000 libras, castelo e título de nobresa. Ajudou a elevar a Cirurgia da categoria de ofício à categoria de ciência no mesmo nível da Medicina. O ensino da Cirurgia passou a ser realizado no Collège de St. Comé, até que 60 anos mais tarde Luis XV, proibiu a prática da Cirurgia por barbeiros (04).

Ambroise de Paré (33), século XVI, em seus escritos Fundamentos das Fístulas, descreveu o tratamento da fístula anal por ligadura progressiva. Peter Lowe (33) em 1612, descreveu três métodos para o seu tratamento: cauterização, secção e ligadura progressiva.

Chiari (38) em 1878, sugeriu pela primeira vez que uma infecção na glândula anal fosse o estágio inicial no desenvolvimento da fístula anal. A partir do trabalho de Herman e Desfosses em 1880 (01,11), foi dado o primeiro passo na determinação da etiopatogenia das infecções ano-retais. Descreveram as glândulas profundas na porção terminal do reto, relacionando-as a etiologia dos abscessos e fístulas.

Várias publicações se seguiram com respeito a etiopatogenia destas infecções após o clássico trabalho publicado em 1929 por Lockhart-Mummery (01,11,33). Nele afirmava que as glândulas anais poderiam atravessar o esfíncter interno, e terminar na fossa isquio-retal. Bremmer e Lewis (11) em 1930, afirmavam que as criptas anais posteriores eram mais desenvolvidas, e que nestas criptas desembocavam ductos de glândulas ramificadas conhecidas como glândulas anais, explicando a maior frequência dos abscessos na porção posterior do ânus. Estas glândulas, pensava-se serem vestigiais, até que Tucker e Hellwig (11) em 1934 e Gordon, Watson e Dodd em 1935 (01), as demonstraram em estudo microscópico de tecido de granulação de fístulas.

Hill, Shryock e ReBell em 1943 (01,11,46) demonstraram que as glândulas anais tinham função secretória e que algumas penetravam o esfíncter interno.

Nesselrod (37), em seu livro Proctologia na Prática Geral, em 1950 descreveu teoria sobre as infecções ano-retais em três estágios: no estágio um, haveria contaminação da cripta anal por fezes; no estágio dois, um processo inflamatório do tecido peri-anal; e no estágio três, ocorreria infecção anal e formação de abcesso e fistula.

Mas foi a partir de 1953 quando Eisenhammer (08) observou e descreveu um tipo de abcesso intermuscular ou interesfíncteriano, que houve a partida para a mudança no tratamento das supurações ano-retais. Tal abcesso iniciava em uma fissura posterior. Propôs tratá-lo pela secção do esfíncter interno após a introdução de explorador pela cripta, dentro da loja do abcesso, seccionando-o, e expondo o abcesso. Este abcesso era até então chamado de submucoso, e sugeriu passar a chamá-lo de intermuscular alto (08,09).

Baseando-se em suas observações e nos trabalhos sobre a etiologia criptoglandular das infecções ano-retais, Eisenhammer, escreve sucessivos artigos, modificando substancialmente a abordagem desta enfermidade. Em 1956 (01,09), sugeria que o primeiro passo na patogênese do abcesso ou fistula seria a infecção no espaço interesfíncteriano na porção terminal das glândulas anais, entre os esfíncteres interno e externo. Este espaço é

delimitado lateralmente pelo músculo longitudinal interesfincteriano. Observou que não apenas os abscessos altos, como os baixos, mais comuns, seguiam o padrão por ele descrito anteriormente, com as mesmas características anátomo-patológicas e, assim, podendo ser tratados da mesma forma. Contudo, com a infecção propagando-se caudalmente, apresentar-se-ia como abscesso peri-anal ou intermuscular baixo, se propagasse-se cefalicamente formar-se-ia o abscesso submucoso ou intermuscular alto.

No mesmo ano Thomson e Parks (49), descreveram vias ao longo das quais um abscesso interesfincteriano poderia estender-se.

Em 1958, Eisenhammer (10), concluiu que 97% dos abscessos teriam origem criptoglandular, sendo que 90% no quadrante posterior, e passou a chamar as infecções ano-retais de abscessos fistulosos, devido ao fato de serem entidades interrelacionadas. O abscesso representaria a fase aguda e a fistula a crônica. Hughes (23,44), relatava que no Saint Mark's Hospital, de 196 abscessos drenados 156, evoluíram para fistula.

Em 1961, Parks (38), demonstrou em 30 pacientes portadores de fistula anal, que em 90% dos casos a infecção glândular era comprovada histologicamente. Já em 1967, Goligher (17), consegue demonstrar apenas 8 abscessos interesfincterianos em 28 pacientes operados de abscessos agudos. Propõe ser esta a explicação para o fato de que nem todo abscesso tenha abertura demonstrável na cripta anal.

Neste artigo Goligher questionava a necessidade da realização da fistulotomia primária nos abscessos peri-anais. Scoma (44), em 1974, relatava que 66% dos pacientes com abscesso peri-anal, desenvolviam fistula.

Os ensinamentos de Eisenhammer, difundiram-se rapidamente, e vários autores notadamente na América passaram a publicar suas experiências. Mc Elwain (35,36), descreve sua experiência no tratamento por fistulotomia primária de 500 abscessos peri-anais em 1966, e de 1000 casos em 1975. Hanley (21,22,23,24,25), a partir de 1965 publica uma série de artigos a respeito da importância da abertura do espaço pós-anal no tratamento dos abscessos e fistulas em ferradura, e propõe em 1978 o uso de reparo no esfíncter para o tratamento dos abscessos e fistulas anteriores (25).

Hill (26), em 1967, faz um estudo clínico de sua experiência no tratamento de abscessos e fistulas anais com o uso de diversas técnicas, inclusive a fistulotomia primária.

Ramanujam (41), em 1984 relata série de 1023 pacientes tratados de abscessos ano-retais, sendo que naqueles em que o orifício interno era demonstrável, eram submetidos à fistulotomia primária.

Kovalcik (30), em 1979 conclui que a fistulotomia primária não aumentava o índice de complicações, após tratar 181 abscessos, 45 dos quais por fistulotomia. As suas 11 recidivas foram após a drenagem.

Na Inglaterra a fistulotomia primária foi utilizada por Thomson e Parks (39,49), em 1973 e posteriormente em 1979. Concluem que não apenas os abscessos interesfincterianos como os peri-anais e os intermusculares podem ser tratados da mesma forma por fistulotomia primária.

Eisenhammer (12), em 1979, baseando-se na experiência de 800 casos de abscessos tratados por fistulotomia primária, faz uma revisão crítica da literatura, e propõe uma classificação final para os abscessos fistulosos, que será usada neste trabalho.

III- CASUISTICA E METODOLOGIA

Este estudo foi iniciado em abril de 1981 e encerrado em março de 1988. Neste período foram operados consecutivamente pelo autor trinta e cinco abscessos ano-retais, seguindo a mesma técnica cirúrgica e em condições semelhantes, na Casa de Saúde Paciornick e no Hospital Evangélico de Curitiba. Consiste de uma experiência exclusivamente pessoal. Foi realizado de maneira prospectiva, onde todos os pacientes eram incluídos em protocolo que objetivava avaliar vários aspectos relacionados à doença estudada e à técnica empregada (Tabela 01).

Tabela 01 - Protocolo empregado na dissertação.

No.	Data.	Sexo.	Idade.
Nome.			
Clínica:			
Tempo de evolução:		Antecedentes Proctológicos:	
Doenças associadas:		Classificação:	
Anestesia:		Posição:	
Tempo de internamento:		Uso de antibiótico:	
Dor do pós operatório:		Tempo de afastamento:	
Tempo de Cicatrização:		Complicações:	
Seguimento:			

3.1. POPULAÇÃO ESTUDADA

Foram incluídos todos os casos de abscessos ano-retais, operados neste período, sem restrição quanto ao tipo de abscesso, fase de apresentação, drenagem prévia, idade, e sexo. Desta forma foram tratados 35 abscessos de 34 pacientes. Um foi submetido a duas intervenções por dois abscessos em dois anos. Um dos casos foi excluído por não se tratar de abscesso intermuscular.

A idade variou de 18 a 62 anos, numa média de 35,42 anos (Gráfico 01). Foram operados 25 pacientes do sexo masculino e nove do feminino, numa relação de 2,7/1.

3.2. CLINICA:

Foram avaliados os sintomas mais frequentes, tempo de duração dos mesmos até o diagnóstico, antecedentes proctológicos, e doenças sistêmicas associadas.

3.3. DIAGNOSTICO:

O diagnóstico foi clínico nos trinta e cinco casos. Os pacientes que não tinham sinais externos evidentes, como tumor ou supuração, foram submetidos a exame proctológico, que consistia em toque retal e proctoscopia.

3.4. TECNICA CIRURGICA:

3.4.1 Anestesia: Foi utilizado o bloqueio do espaço epidural.

3.4.2 Posição: Decúbito ventral fletido, em "canivete", com afastamento das nádegas através de esparadrapo largo em Y. Em cinco casos, houve necessidade de empregar a posição ginecológica ou de litotomia, por indicações anestésicas como: Insuficiência cardíaca (01 caso), variação tensional (02 casos), obesidade (01 caso), e insuficiência ventilatória (01 caso) (Figura 03).

3.4.3 Preparo: Não foi realizado clister pré operatório em consequência da dor, e a tricotomia foi feita na sala de cirurgia após a anestesia. Na antissepsia da pele foi usada solução de PVPI

3.4.4 Técnica: O ato cirúrgico era iniciado com toque retal, procurando delimitar a localização e extensão do abcesso. A seguir era realizada proctoscopia para identificação de possível orifício interno acima do canal anal, de abcessos supra-elevatórios, ou de intermusculares altos. A margem anal era afastada usando um afastador bivalvulado articulado de Smith (03) (Figura 04).

A identificação da cripta anal comprometida, era feita pela saída de secreção purulenta (Figura 13), presença de edema, identificação direta ou pela regra de Goodsall (01,37,43).

Regra de Goodsall: Se a abertura externa da fistula, ou o abcesso é anterior a uma linha imaginária traçada na metade do ânus, a fistula ou o abcesso vai diretamente à cripta anal correspondente. Se a abertura da fistula ou o abcesso é posterior a esta linha, o trajeto será curvo em direção à

Figura 03- Posição em canivete, decubito ventral fletido, com afastamento das nádegas por esparadrapo em "Y".



Figura 04- Afastador bivalvado articulado de Smith. Criptotomo ou gancho retal, flexível.

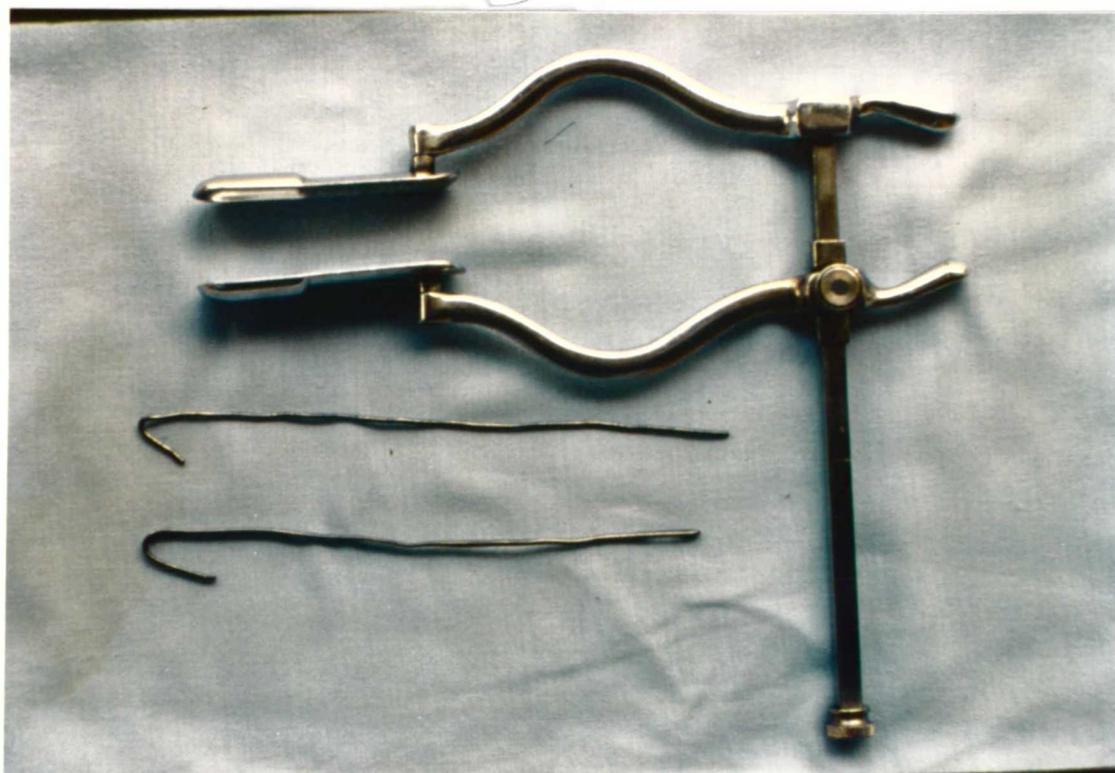
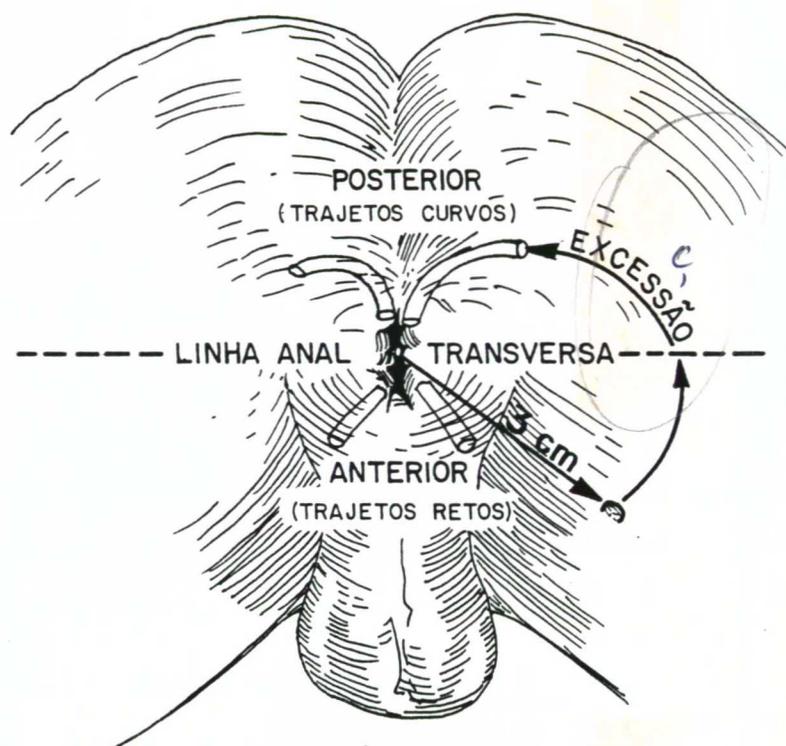
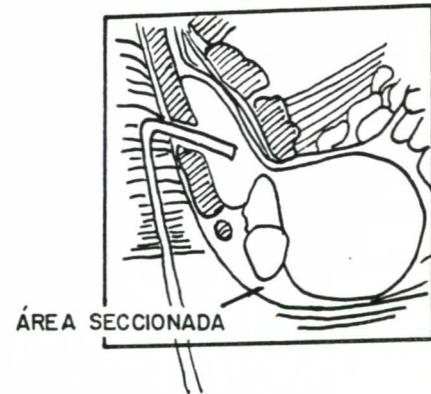
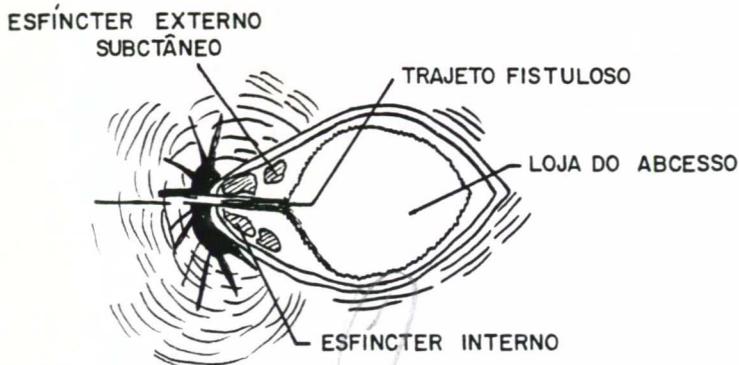
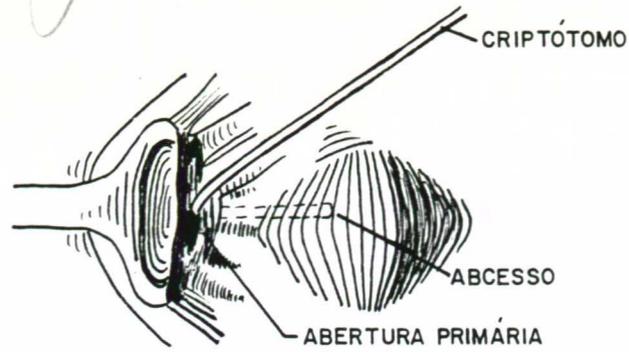


FIGURA 05 - REGRA DE GOODSALL



FONTE: BASEADO EM SCHWARTZ (43)

FIGURA 06-DESENHO ILUSTRANDO,INTRODUÇÃO DO CRIPTÓTOMO, ATRAVÉS DO ORIFÍCIO INTERNO NA LOJA DO ABCESSO, E O ASPECTO DO ABCESSO APÓS A SECÇÃO RETROGRADA COMPROMETENDO O ESFÍNCTER INTERNO E O EXTERNO SUBCUTÂNEO.

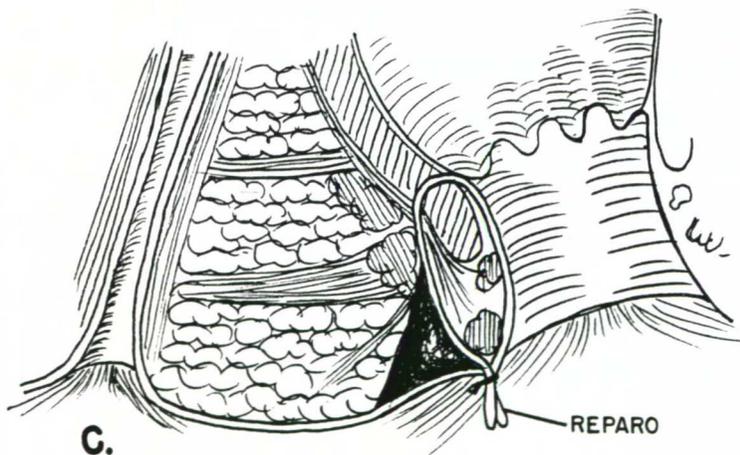
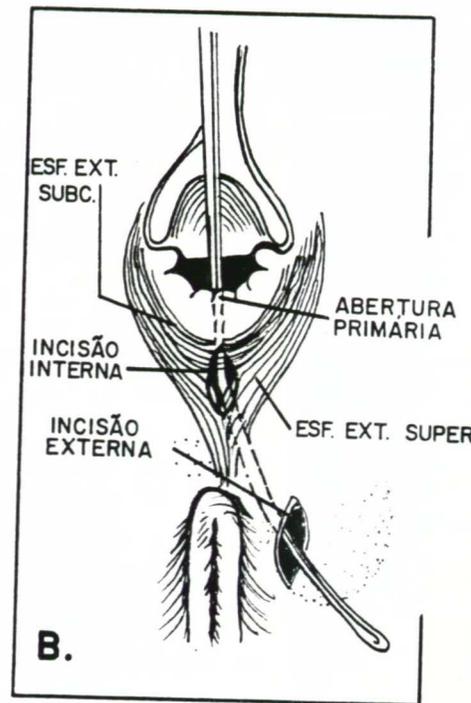
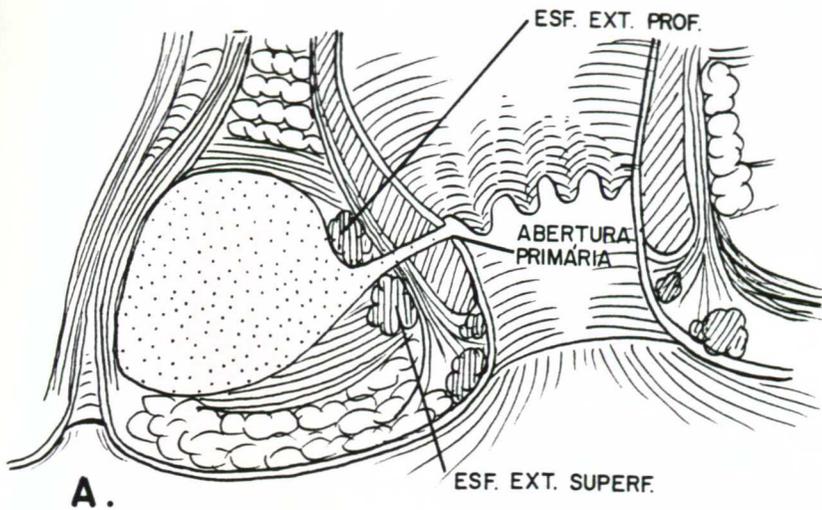


FONTE: BASEADO EM HANLEY (22).

cripta posterior. Uma exceção a esta regra são os abscessos ou orifícios externos anteriores à linha imaginária, afastados mais que 3 cm. da margem anal. Neste caso o trato pode ser curvelineo em direção à cripta posterior (figura 05).

Identificada a cripta, era introduzido um gancho metálico flexível (criptótomo de Rosser) (Figura 04), pela cripta anal através do esfíncter interno e eventualmente externo, profundamente na loja do abscesso (Figura 06,08). Procedia-se então a secção retrógrada da mucosa do canal anal a partir da cripta, em direção à anoderma. A seguir seccionava-se conjuntamente o esfíncter interno, frequentemente o externo subcutâneo, e seccionava-se ou divulsionava-se o externo superficial em alguns casos (Figura 06,08). Quando se tratasse de abscesso transesfincteriano anterior em mulher usava-se reparo de fita de borracha (dreno de Penrose) no esfíncter externo superficial (23,25) (Figura 07). Realizava-se exteriorização da lesão, estendendo-se a incisão até a anoderma, para drenagem conveniente e evitar a formação de bolsa. Os bordos da ferida eram ressecados afim de dificultar o acolamento precoce (Figura 06, 08). A ferida era então coberta com gaze furacinada, retirada em 12 ou 24 horas.

FIGURA 07 - (A) DESENHO DO ABCESSO INTERMUSCULAR TRANSEFINCTERIANO ANTERIOR EM MULHER
(B) REPARO COM FITA DE BORRACHA QUE É AMARRADA FROUXAMENTE AO REDOR DOS MÚSCULOS.



FONTE: BASEADO EM HANLEY (22).

Figura 08- Sequência da fistulotomia em abcesso intermuscular baixo anterior. (A) Introdução do criptotomo através da cripta anal correspondente, na loja do abcesso

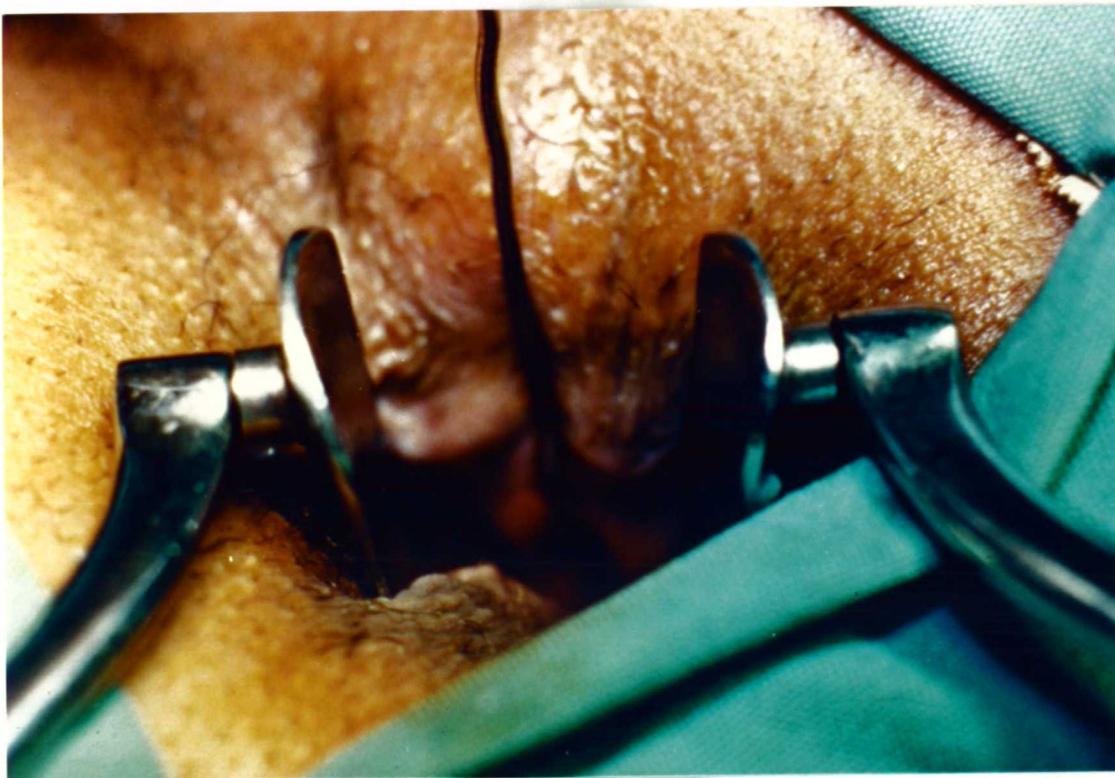


Figura 08- (B) Abertura da anoderma, esfíncter interno e externo subcutâneo.

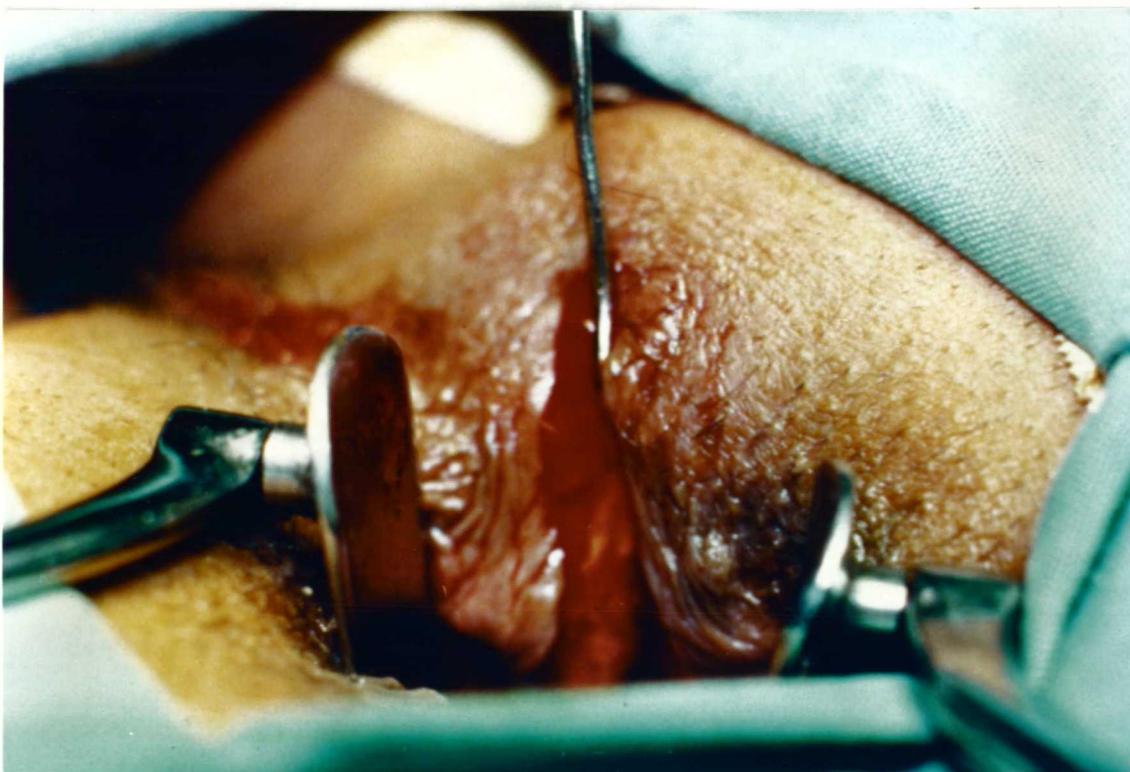
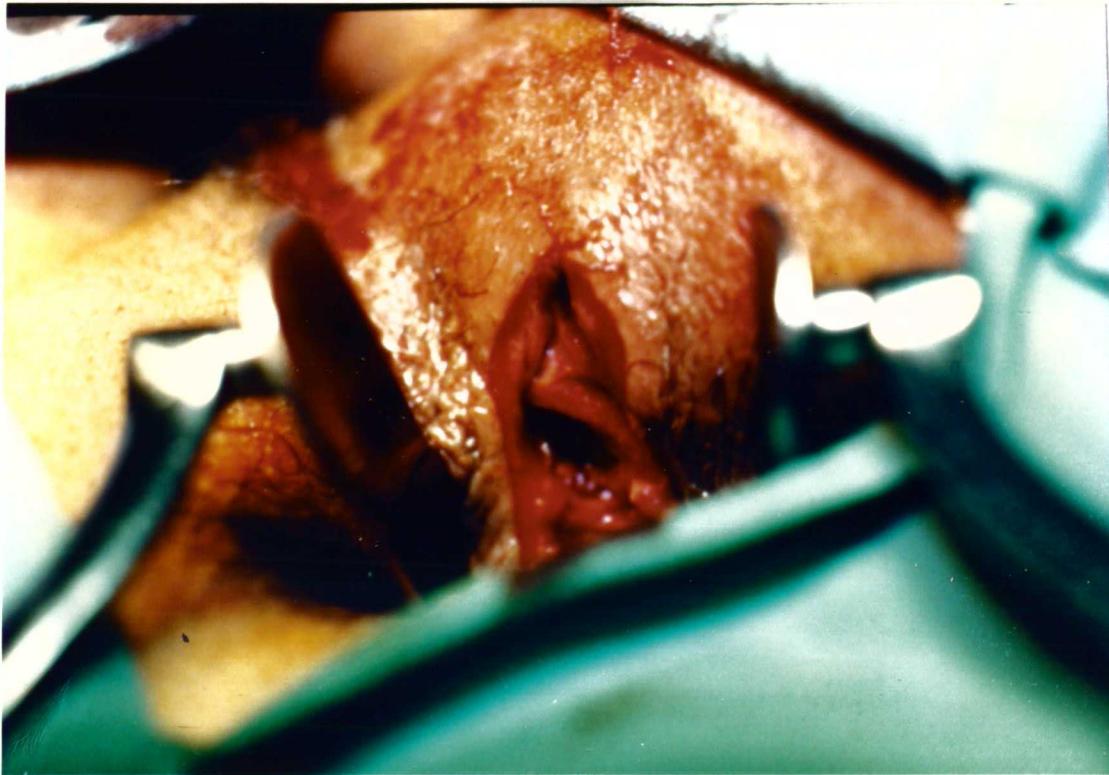


Figura 08- (C) A loja do abscesso exposta. Nota-se na parte superior da fotografia, o esfíncter externo subcutâneo seccionado.



3.5 CLASSIFICAÇÃO:

A classificação utilizada foi a proposta por Eisenhammer em 1978 (12), em bases anatómicas (Tabela 02).

Tabela 02 - Classificação empregada no trabalho.

I- Intermuscular:

Baixo

Posterior
 Posterior isquio-retal superficial em
 ferradura
 Anterior
 Anterior isquio-retal superficial em
 ferradura

Alto

Posterior
 Anterior

II- Intermuscular transesfincteriano isquio-retal

Posterior
 Anterior

III- Não criptoglandular

Pelvi-retal	Mucocutâneo
Submucoso	Subcutâneo
Isquio-retal	

3.6 POS-OPERATORIO:

Vários aspectos da evolução pós-operatória foram anotados a saber:

3.6.1. tempo de internamento;

3.6.2. uso de antibiótico indicado somente nos casos com estado séptico e extensa celulite;

3.6.3. dor no pós-operatório de caráter subjetivo, anotada no primeiro e segundo retorno e classificada em leve, moderada, ou forte;

3.6.4. tempo de afastamento das atividades usuais;

3.6.5. tempo de cicatrização avaliado em dias no período em que ocorresse a granulação da ferida com a epitelização (Figura 09,10,11);

3.6.6. complicações como sangramento, incontinência, formação de bolsa, ânus em fechadura, infecção, recidiva, formação de fístula;

3.6.7. seguimento, avaliado tardiamente em 17 pacientes por contato telefônico, ou pessoal, num período mínimo de seis meses e máximo de três anos. Nesta ocasião perguntava-se a respeito da continência, ânus úmido, recidiva, e outros problemas proctológicos. O critério de alta era a total cicatrização da ferida operatória.

Figura 09- Cicatrização das feridas. Aspectos pré e pós-operatórios. Abscesso intermuscular baixo anterior.

(A) Aspecto pré operatório de abscesso com 03 dias de evolução.

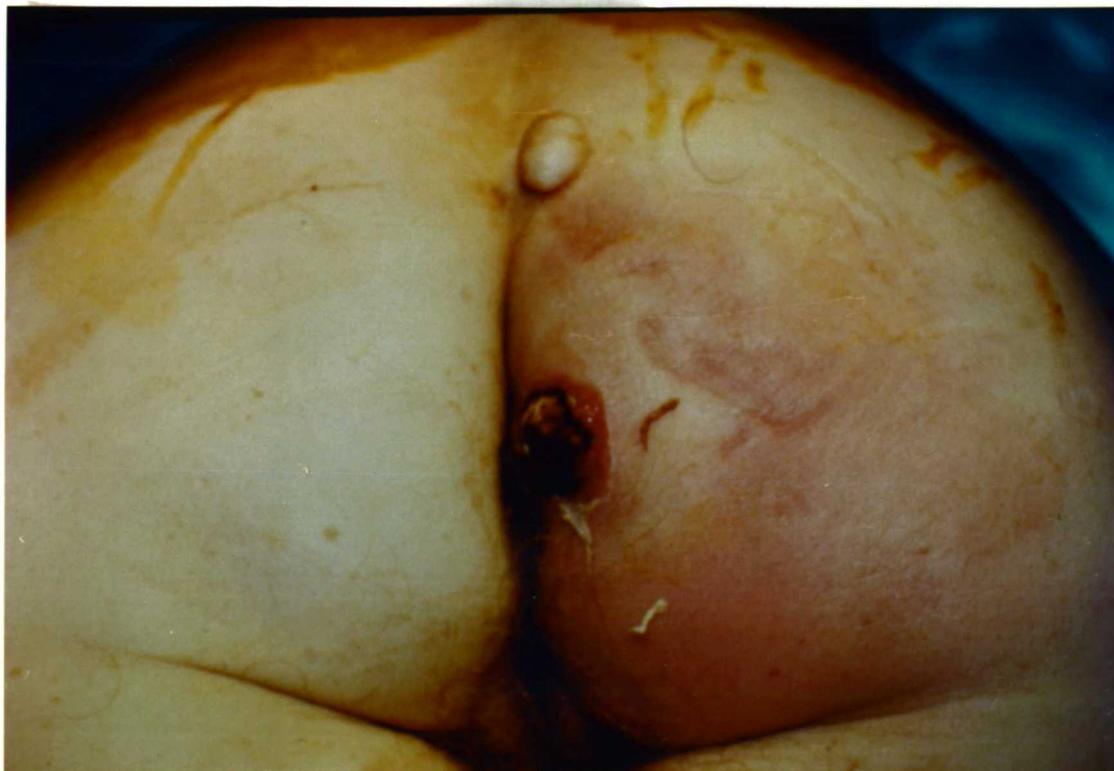


(B) Controle pós operatório com 20 dias de evolução.



Figura 10- Abcesso intermuscular baixo isquio-retal posterior.

(A) Pré operatório: Abcesso com 6 dias de evolução, necrose da pele e celulite da nádega..



(B) Controle pós operatório aos 26 dias com cicatrização da ferida.

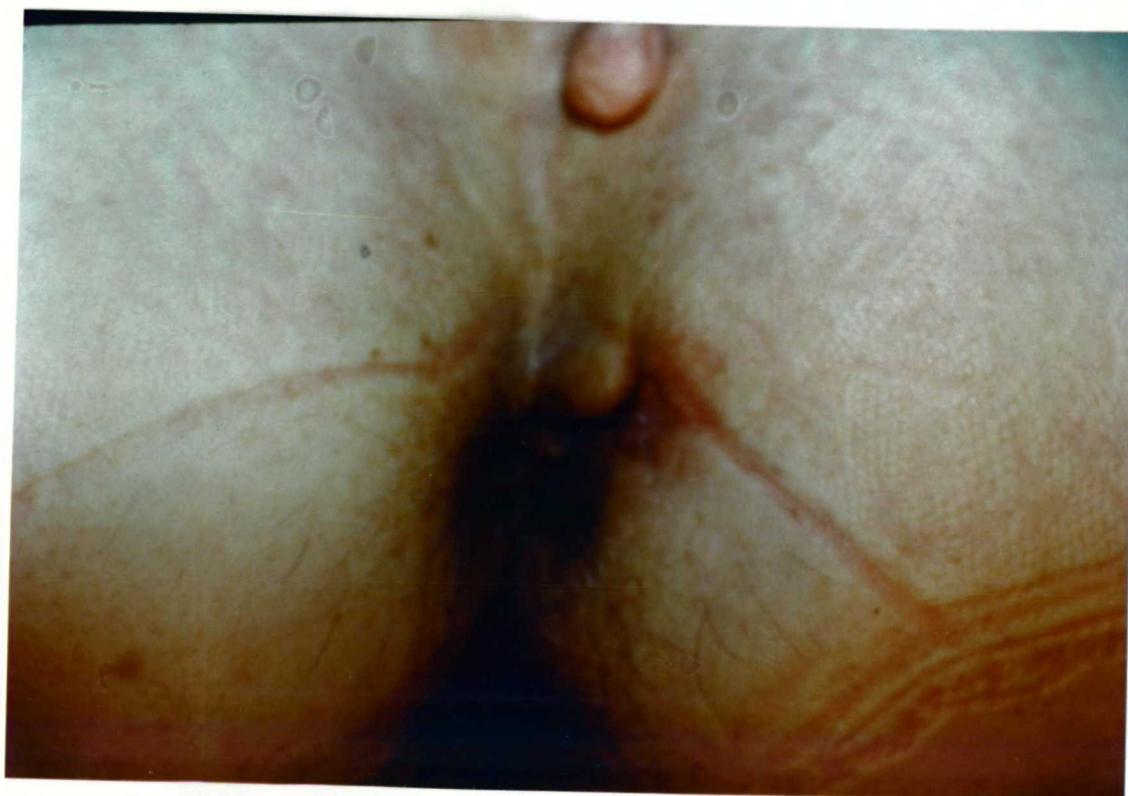
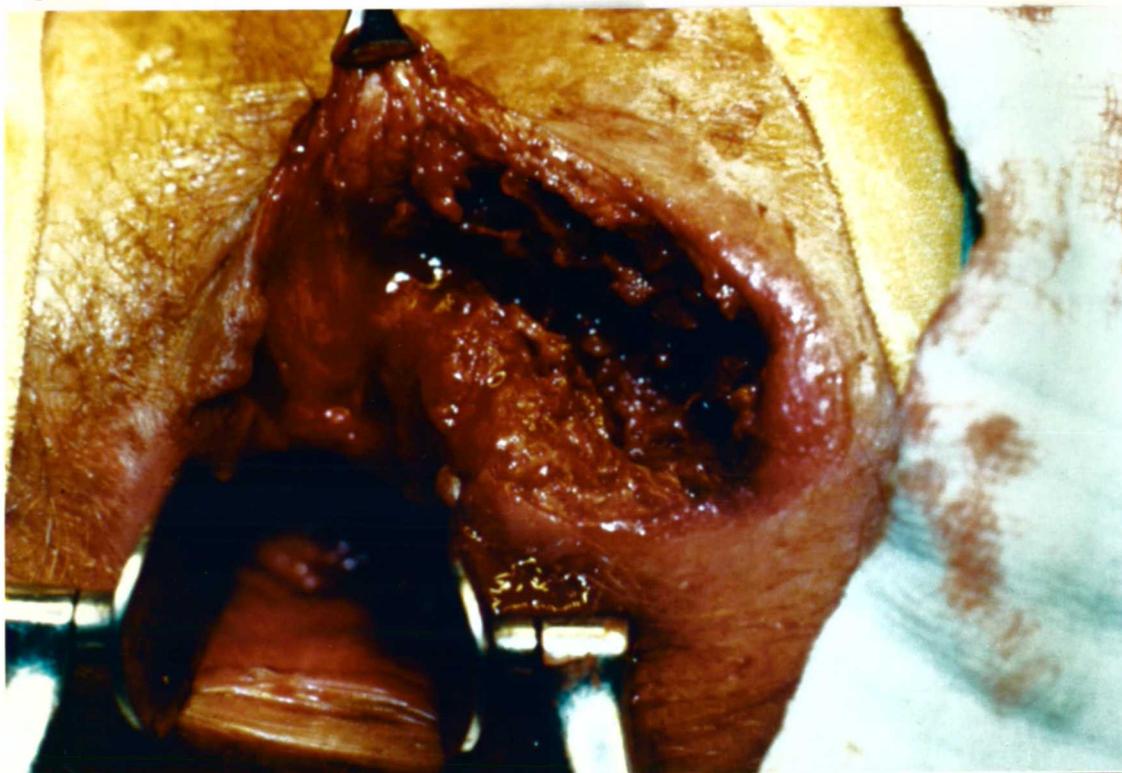




Figura 11- Abscesso transesfincteriano posterior.

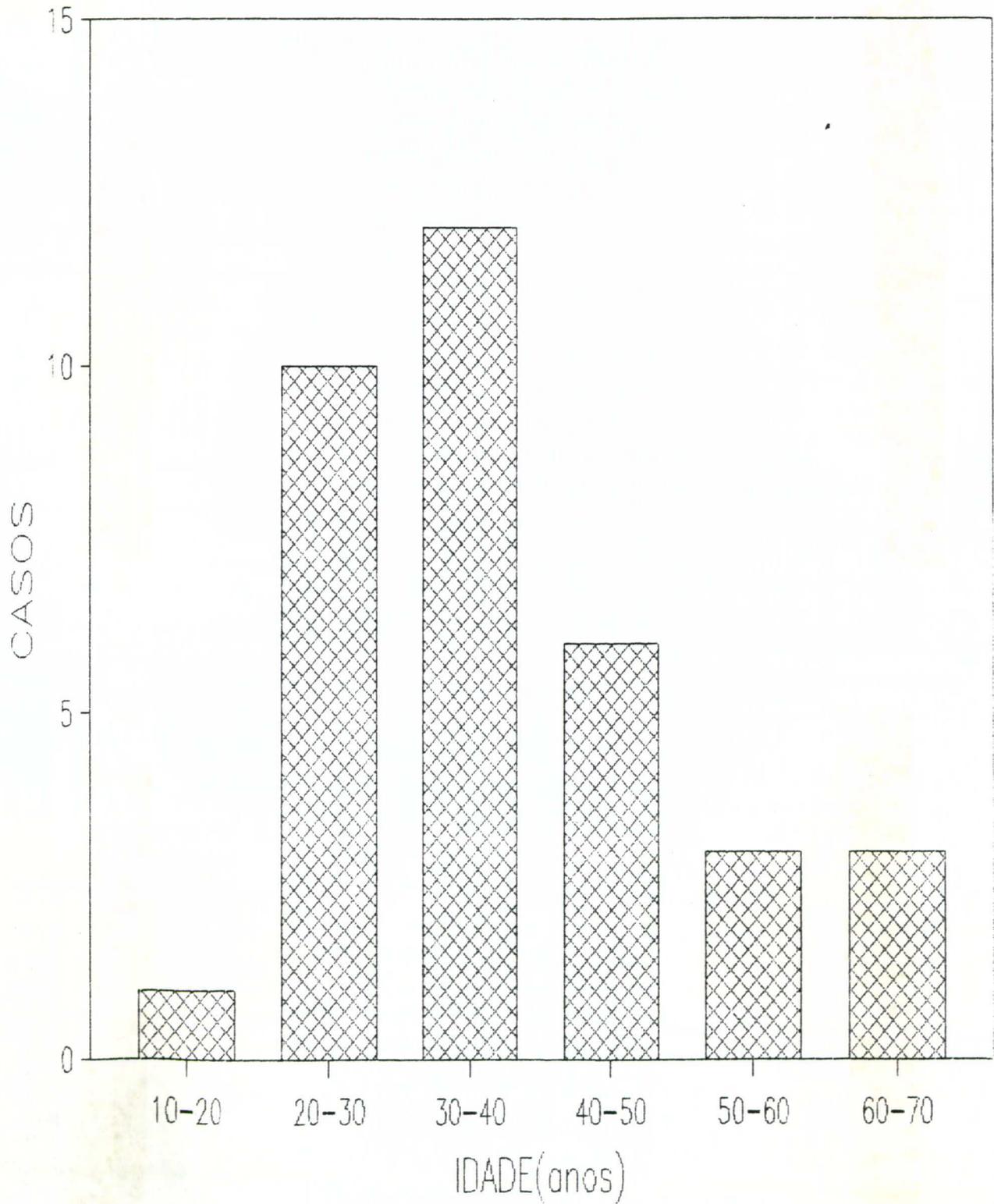
(A) Grande loja do abscesso na fossa isquio-retal e o trajeto fistuloso no espaço pós anal profundo. Os feixes do esfíncter externo superficial divulsionados em direção ao cóccix.



(B) Controle pós operatório aos 50 dias. Verifica-se ânus em fechadura.



GRAFICO 1
DISTRIBUICAO DOS CASOS POR IDADE



IV- RESULTADOS

Foram operados 34 abscessos ano-rettais em 33 pacientes, 24 do sexo masculino e nove do feminino, com relação masculino/feminino de 2,7/1. A idade média da população estudada foi de $36,65 \pm 11,97$ anos com maior incidência na 4a. e 3a. décadas respectivamente com 11 e 9 casos (Gráfico 01). Um paciente foi excluído por não se tratar de abscesso de origem criptoglandular.

Todos os 34 pacientes chegaram com dor na região anal e peri-anal, de caráter contínuo, e intensa. Destes, 15 apresentavam tumoração, 6 febre, e 5 eram acompanhados de supuração (Tabela 03). O tempo de evolução da clínica até a consulta, variou de 1 a 22 dias com maior frequência entre o 3o. e 5o. dias. Trinta e dois pacientes foram operados no mesmo dia, sendo que dois, recusaram a operação imediata por questões pessoais, retornando 1 e 2 dias após para a fistulotomia, tratando-se de processos ainda iniciais. Dois pacientes já haviam sido medicados anteriormente, um tendo recebido antibiótico por dez dias, e outro sido submetido a drenagem externa do abscesso. Cinco pacientes apresentavam supuração, três deles por drenagem externa (2 espontâneas e 1 cirúrgica) (Figura 12), e dois por saída de secreção endo-anal (Figura 13).

Figura 12- Abscessos previamente drenados.

(A) Abscesso transesfincteriano, com trajeto curvo, posterior, após drenagem externa cirúrgica.



(B) Abscesso isquio-retal superficial em ferradura.



Tabela 03 - Sintomas mais frequentemente encontrados.

SINTOMAS	No.	%
DIUR	34	100
TUMOR	15	44
FEBRE	06	18
SUPURAÇÃO	05	14

Dez pacientes apresentaram antecedentes proctológicos (Tabela 04), quatro com episódios anteriores de abscesso, três com hemorróidas, dois com fissura e um com criptite. Um dos enfermos havia sido operado de hemorróidas há 20 dias, tendo o abscesso evoluído possivelmente como complicação da cirurgia. Quatro pacientes apresentavam diarreia previamente à crise e três eram portadores de diabetes mélico. Não houve nenhum caso associado a doença inflamatória do cólon ou de etiologia específica.

Figura 13- Drenagem de secreção purulenta pela cripta anal.



Tabela 04 - Relação dos antecedentes proctológicos

ANTECEDENTES PROCTOLÓGICOS		
	No.	repetições
ABCESSOS	04	04 03 01 01
HEMORROIDAS	03	
FISSURA	02	
CRIPTITE	01	

O diagnóstico foi clínico nos trinta e cinco casos. Em vinte foi realizado toque e anoscopia, pois não mostravam sinais externos evidentes como tumor e supuração. Em todos os vinte casos, foi notada hipertonia esfínteriana, toque extremamente doloroso, empastamento na margem ou no canal anal. Na proctoscopia foi verificada saída de secreção pela cripta em oito casos (40%) e hiperemia da região peri-anal em dezessete (15%) casos.

Quanto à localização, vinte e cinco dos abcessos (71,42%) eram posteriores, oito (22,85%) anteriores e dois (5,7%) laterais, um à direita e outro à esquerda.

Com relação à origem, trinta e três dos trinta e cinco abcessos eram criptoglandulares (97%). Dos não criptoglandulares, um era pós-hemorroidectomia, e comportava-se como abcesso intermuscular baixo, tendo sido tratado como tal. O outro era abcesso marginal subcutâneo, sem comunicação com a cripta anal ou com o espaço

intermuscular. Sua secreção era de odor e característica diferente aos demais, tendo sido excluído da série.

Quatro pacientes apresentaram diarreia (11,42%) e três eram portadores de diabetes melito (8,5%).

Os abscessos classificados segundo a sua localização, apresentavam a frequência disposta na Tabela 05.

TABELA 05 - distribuição dos abscessos na classificação empregada.

CLASSIFICAÇÃO	No.	%
I- INTERMUSCULARES		
A) BAIXOS	29 casos	85,29
Posterior	19 casos	55,88
Posterior isquio-retal superficial em ferradura	01 caso	02,94
Anterior	08 casos	23,52
Anterior isquio-retal superficial em ferradura	01 caso	02,94
B) ALTOS	00 casos	00,00
II- TRANSESFINCTERIANO ISQUIO-RETAL		
Posterior	04 casos	11,76
Anterior	01 caso	02,94

Durante a cirurgia foi possível identificar a cripta comprometida nos 34 pacientes. Vinte e sete (79,41%) pela saída de pus (Figura 13), e sete (20,59%), pela

introdução de gancho pela cripta correspondente seguindo a regra de Goodsall (Figura 05).

Não houve necessidade de realizar hemostasia em nenhum dos trinta e quatro casos.

O tempo de internamento médio, foi de $1,82 \pm 0,99$ dias, variando de 1 a 5 dias. O maior tempo, correspondeu ao início da série, sendo que no final, apenas os pacientes com abscessos extremamente grandes requereram mais que um dia.

Foi empregado antibiótico em três casos (8,27%), dois dos quais por haver extensa celulite com necrose (Figura 10) e infecção sistêmica, e um por persistência do abscesso.

A dor no pós-operatório, foi de pequena intensidade na maioria dos pacientes (31 casos ou 88,57%). Dois referiram dores moderadas (5,71%), e dois intensas (5,71%). Nestes pacientes com dor intensa, um apresentava drenagem incompleta do abscesso com necessidade de submeter-se a nova intervenção, e outro necrose importante da gordura peri-retal, com persistência da reação inflamatória. Na primeira revisão com quatro dias realizou-se desbridamento deste tecido com alívio rápido da sintomatologia dolorosa e do quadro infeccioso. Neste caso, houve abertura insuficiente da anoderma com drenagem externa inadequada.

Ocorreu um caso de recidiva (2,9%) após dois anos, no mesmo local da primeira fistulotomia. Este paciente

havia ficado com ânus úmido após a primeira operação, por três meses. Na segunda cirurgia evoluiu sem intercorrências.

Como complicações houveram: Um caso de drenagem incompleta; e cinco pacientes com incontinência a gases transitória (14,28%), que não persistiram por mais que vinte dias. Dois pacientes apresentaram ânus úmido, um por período de três meses, e outro persistentemente. Este caso tratava-se de abscesso transesfincteriano isquio-retal que na cicatrização apresentou ânus em fechadura, sem contudo comprometer a continência (Figura 11). Em cinco casos, houve aparecimento de granulação exuberante que foi tratada com aplicação tópica de nitrato de prata em bastão, e debridamento (Tabela 06).

O ânus em fechadura (deformidade onde se formaria uma reentrância na margem anal, provocada pela secção do esfíncter externo), foi verificado em dois casos (5,8%). Houve formação de bolsa em quatro casos (11,76%) que resolveram com toque (tais bolsas seriam recessos no canal anal, formados pela loja do abscesso, que ocorrem no processo de cicatrização devido ao acolamento precoce da pele ou incisão insuficiente de pele quando da fistulotomia, não há a exteriorização completa da loja do abscesso) (35,36,38,39, 49). O número de complicações transitórias foi de 16 casos (45,7%) e permanentes de 03 casos (8,82%) (Tabela 06).

Tabela 06 - Complicações

COMPLICAÇÕES	TRANSITORIAS	PERMANENETES
Incontinência gases	05	
Granulação exuber.	05	
Bolsa	04	
Anus em fechadura		02
Anus úmido	01	01
Drenagem incompleta	01	
	<u>16 (45,7%)</u>	<u>03 (8,82%)</u>

O período de cicatrização das feridas foi de $24,56 \pm 9,58$ dias em média, variando de 15 a 60 dias. Os abscessos intermusculares baixos posteriores e anteriores, foram os que cicatrizaram mais cedo com $22,07 \pm 7,68$ dias, contra $35,00 \pm 11,55$ dias nos casos de abscessos isquio-retais, intermusculares e transesfincterianos ($p < 0,01$).

Os pacientes que foram tratados após dez dias do início dos sintomas, levaram $35 \pm 13,54$ dias para cicatrizarem as suas feridas operatórias. Aqueles que foram operados antes de dez dias desde o começo da clínica, demoraram menor tempo para cicatrizar, $22,14 \pm 6,84$ dias ($p < 0,01$).

O prazo que os pacientes ficaram afastados de suas atividades usuais, foi em média de $12,56 \pm 6,41$ dias, variando de 05 a 28 dias.

Houve necessidade de usar reparo de fita de borracha (dreno de penrose) em um caso (2,9%), que se

tratava de abcesso transesfincteriano anterior em mulher,
envolvendo o esfíncter externo superficial.

V- DISCUSSÃO

A origem das infecções ano-retais, é assunto polêmico ficando indefinida por muitos anos. Chiari (39) em 1878 foi o primeiro a sugerir que a infecção na glândula anal seria o estágio inicial para o desenvolvimento da fístula anal.

Desde então, vários autores demonstraram claramente que a infecção das glândulas anais, situadas no espaço intermuscular, seria a causa de tais infecções (01, 11,12,41,46). No entanto a teoria criptoglandular é ainda contestada por alguns autores (17,34).

Eisenhammer (08), observando um abscesso inter-esfínteriano intermuscular alto, propôs a abertura deste espaço pela secção do esfínter interno. Posteriormente verificou que não apenas os abscessos altos como também os baixos poderiam ser tratados da mesma maneira (09,11,12). Em seus artigos foi mais adiante que seus predecessores, relacionando a maioria das infecções ano-retais com o espaço intermuscular. Sugeriu que as fístulas deveriam ser tratadas de dentro para fora por via endoanal (11).

Até então a drenagem externa dos abscessos era a única forma de tratamento destas infecções. As drenagens apresentam considerável índice de fistulização e recidiva, que varia de 18% a 77% (23,32,44), com a maioria situando-se entre 20% e 30% (09,23,30,31,32). Quando feita sob anestesia

local limita sobremaneira a determinação da extensão, e limites anatômicos. Torna-se ineficiente, levando a infecções recorrentes (Figura 12), e formação de fístulas complexas. Muitas vezes são necessárias várias intervenções para sua correção, com as conseqüentes sequelas funcionais (12,33,44) (Figura 11).

O método de incisão, curetagem e sutura do abcesso sob cobertura antibiótica, é empregado por alguns autores que relatam índices de recidiva elevados, desde 26%(32) a 39%(30). São estudos com grupos controle, onde a recidiva no grupo de drenagem externa é menor(31) ou igual(32). A vantagem desta modalidade de tratamento seria um menor tempo de cicatrização e de afastamento das atividades usuais.

Na atual série o autor, após realizar fistulotomia primária, verificou recidiva de 2,9%, comparável às casuísticas mais extensas o que torna este resultado representativo. O caso que necessitou de reoperação dois dias após por drenagem incompleta, de abcesso transesfincteriano, não foi considerado como recidiva. Não se tratava de recorrência do abcesso, e sim de drenagem incompleta. Comparando-se aos resultados obtidos pela drenagem externa e a drenagem com sutura sob cobertura antibiótica, fica claro que a fistulotomia primária é método mais eficaz na cura das infecções ano-retais.

A classificação dos abscessos ano-rettais, é assunto controverso e confuso, havendo diversas classificações e nomenclaturas empregadas.

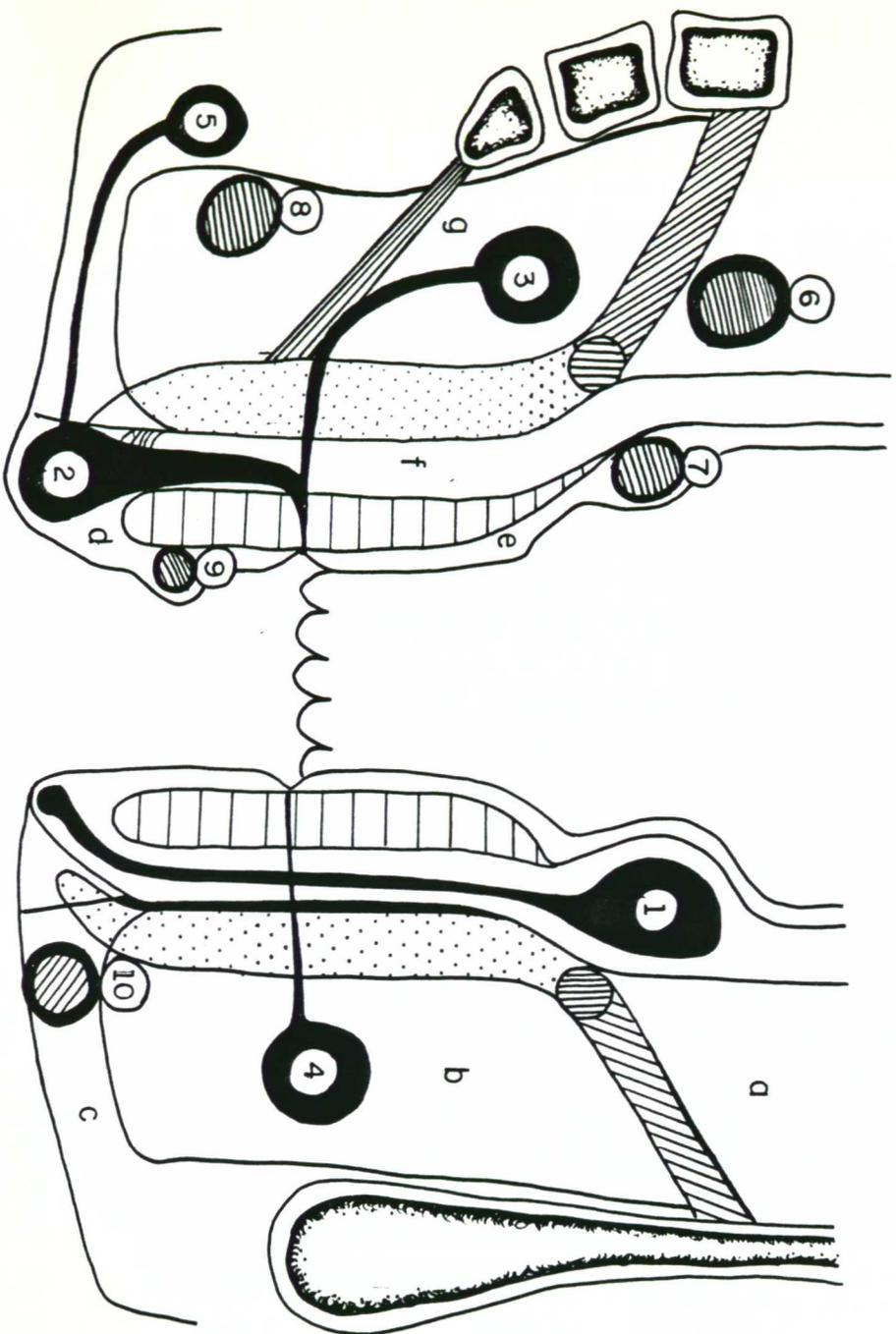
Eisenhammer após vários trabalhos em que descreveu o espaço intermuscular, propôs classificação baseada em aspectos anatómicos e patogênicos (08,09,10,11,12), que foi adotada neste trabalho por parecer lógica e completa (Tabela 05) (Figura 14).

Existem muitas diferenças semânticas dos nomes empregados nas classificações (01,22,35,36,37,41,42). Estão relacionadas na tabela 07 comparativa das diversas classificações usadas por autores que empregam a fistulotomia primária. A experiência do autor é que a classificação anatómica durante o ato operatório é por vezes difícil e deve ser cuidadosa. Estas dificuldades justificam as diferenças nos resultados a seguir.

Tabela 07 - comparação entre os dados de diversos autores que empregam a fistulotomia primária, quanto à distribuição dos abscessos

	CLAS. EISENHAMMER (12)	ABCARIAN (01)	McELWAIN (36)	AUTOR
	Interm. Baixo (85%)	Interesf. Peri-Anais (63,8%)	Interm. Baixo Peri-Anais (68%)	Interm. Baixo (85,29%)
G I	Interm. Alto (02%)	Submucoso (05,80%)	Interm. Alto (13,80%)	Interm. Alto (0%)
G II	Interm. Trans esfincteriano (13%)	Isquio-re tal supra elevatório (30,1%)	Pós-Anal Isquio- Anal (17,6%)	Interm. Trans esfincteriano (14,28%)

FIGURA 14 - DIAGRAMA DA DISTRIBUIÇÃO DOS ABCESSOS.



- d - ESPAÇO SUPRAELEVATÓRIO PELVIRETAL.
- b - ESPAÇO ISQUIORETAL.
- c - ESPAÇO PERI-ANAL OU ISQUIORETAL SUPERFICIAL.
- d - ESPAÇO MARGINAL OU MUCOCUTÂNEO.
- e - ESPAÇO SUB-MUCOSO.
- f - ESPAÇO INTERMUSCULAR.
- g - ESPAÇO POS-ANAL PROFUNDO.
- 1 - ABCESSO INTERMUSCULAR ALTO.
- 2 - ABCESSO INTERMUSCULAR BAIXO.
- 3 - ABCESSO POSTERIOR TRANSESFINCTERIANO ISQUIORETAL EM FERRADURA.
- 4 - ABCESSO ANTERIOR TRANSESFINCTERIANO ISQUIORETAL.
- 5 - ABCESSO INTERMUSCULAR BAIXO POSTERIOR EM FERRADURA UNILATERAL.
- LESÕES NÃO CRIPTOGLANDULARES:
- 6 - ABCESSO DO ESPAÇO PELVIRETAL.
- 7 - ABCESSO SUBMUCOSO.
- 8 - ABCESSO ISQUIORETAL POR CORPO ESTRANHO.
- 9 - ABCESSO MARGINAL MUCOCUTÂNEO.
- 10 - ABCESSO SUBCUTÂNEO.

Observa-se que os resultados do autor, assemelham-se aos de Eisenhammer(12). Pensa que deveria haver uma unificação da nomenclatura, para que os trabalhos, quando comparados, fossem mais representativos.

Grupo I- Abscesso intermuscular:

São localizados de preferência no quadrante posterior (01,09,10,11,12,21,22,23,24,26,34,35,36,40,41,42,49). Na atual casuística, 24(70,58%) pacientes apresentavam infecções localizadas no quadrante posterior, e 10 (29,40%) no anterior.

Segundo Thomson e Parks (40,49) as infecções intermusculares ano-retais, podem seguir três vias de disseminação: vertical (distal e proximal, levando aos abscessos intermusculares altos e baixos); horizontal (a infecção romperia o esfíncter externo para a fossa isquio-retal, ou o interno para o canal anal através da linha pectínea); e circunferencial (dificilmente seria completa, podendo ocorrer no espaço intermuscular, no espaço isquio-retal, ou supra-elevatório, levando aos abscessos em ferradura) (Figura 02).

A. Abscesso intermuscular baixo (Figura 15,16): consistiu na lesão mais comum, representando, 85% das infecções ano-retais da série. Isto confirma os dados da literatura(12,36,41) como visto na tabela 07. A maioria dos abscessos exteriorizam-se de acordo com a literatura na saída

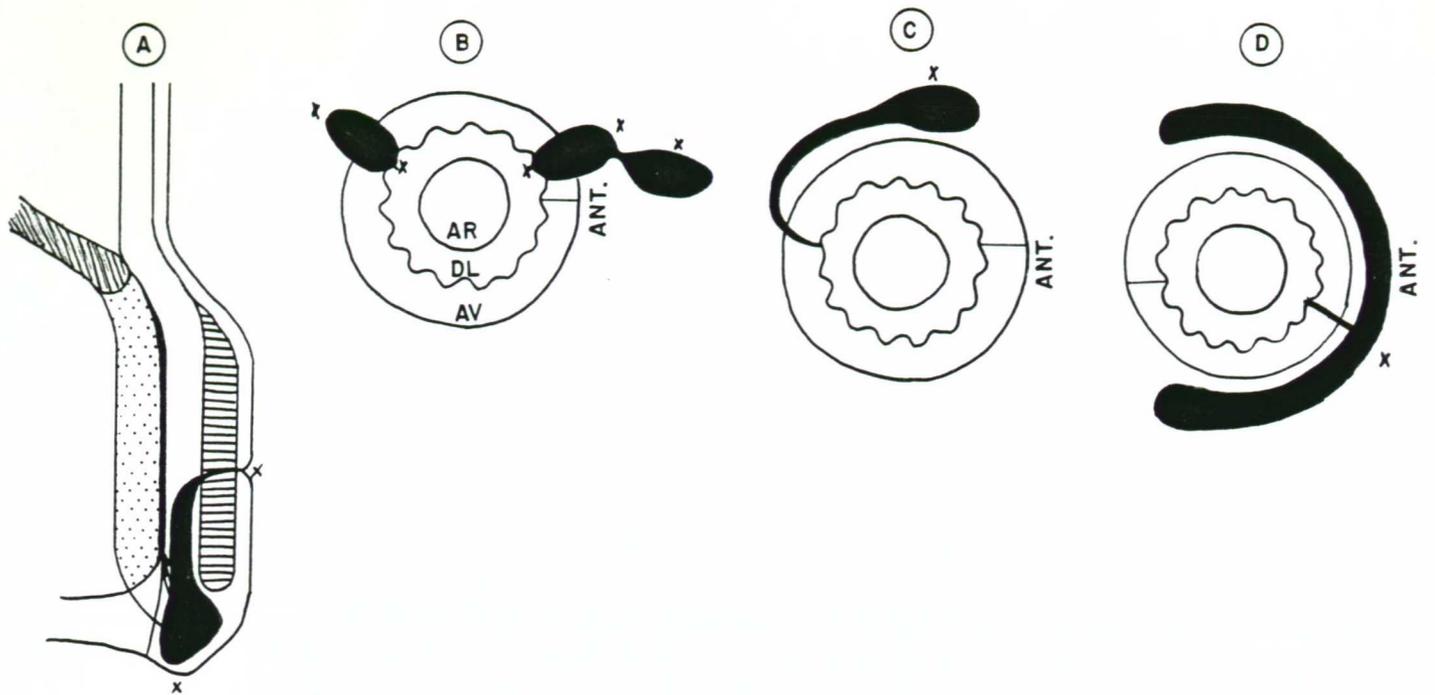


FIGURA 15-(A) DIAGRAMA DEMONSTRANDO ABCESSOS INTERMUSCULARES BAIXOS. (B) ASPECTO FRONTAL DAS LESÕES ANTERIORES E POSTERIORES. A ANTERIOR MOSTRA A EXTENSÃO AO LONGO DA RAFE MEDIANA DOS ABCESSOS ESCROTAIS.
 (AAR - ANEL ANO RETAL; LP - LINHA PECTINEA; MA - MARGEM ANAL
 (C) ABCESSO INTERMUSCULAR BAIXO, ISQUIORETAL POSTERIOR EM FERRADURA UNILATERAL
 (D) VARIEDADE EM FERRADURA BILATERAL. OS "X" NO DIAGRAMA SIGNIFICAM OS PONTOS DE RUPTURA EXPONTÂNEA DOS ABCESSOS.

FONTE: BASEADA EM EISENHAMMER (11).

FIGURA 16 - ABCESSO INTERMUSCULAR BAIXO, DESCENDO AO LONGO DO MÚSCULO LONGITUDINAL, ABAIXO DO MÚSCULO PUBORETAL.

FONTE: BASEADO EM HANLEY (22).

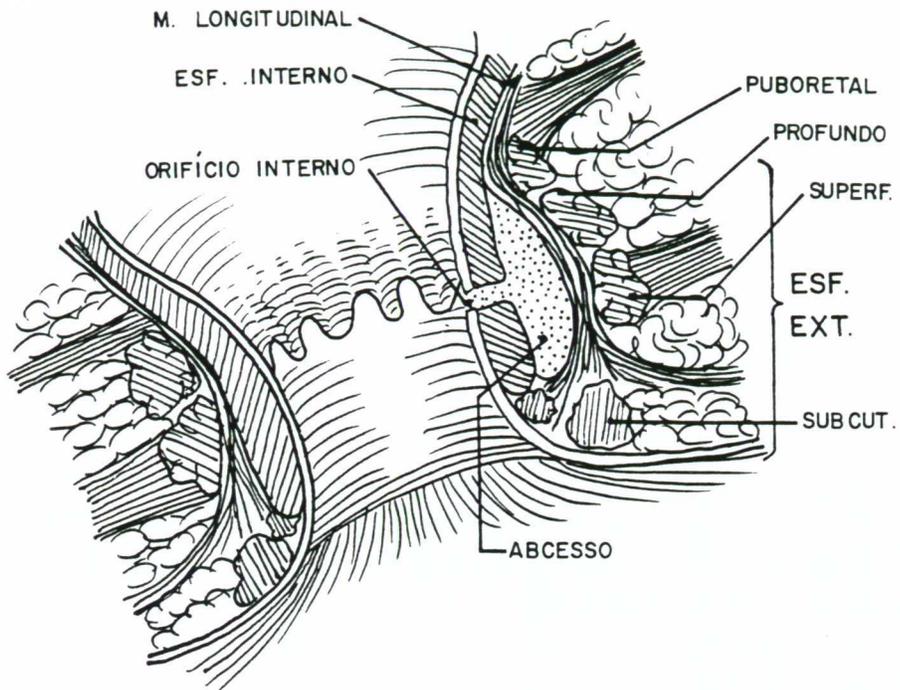
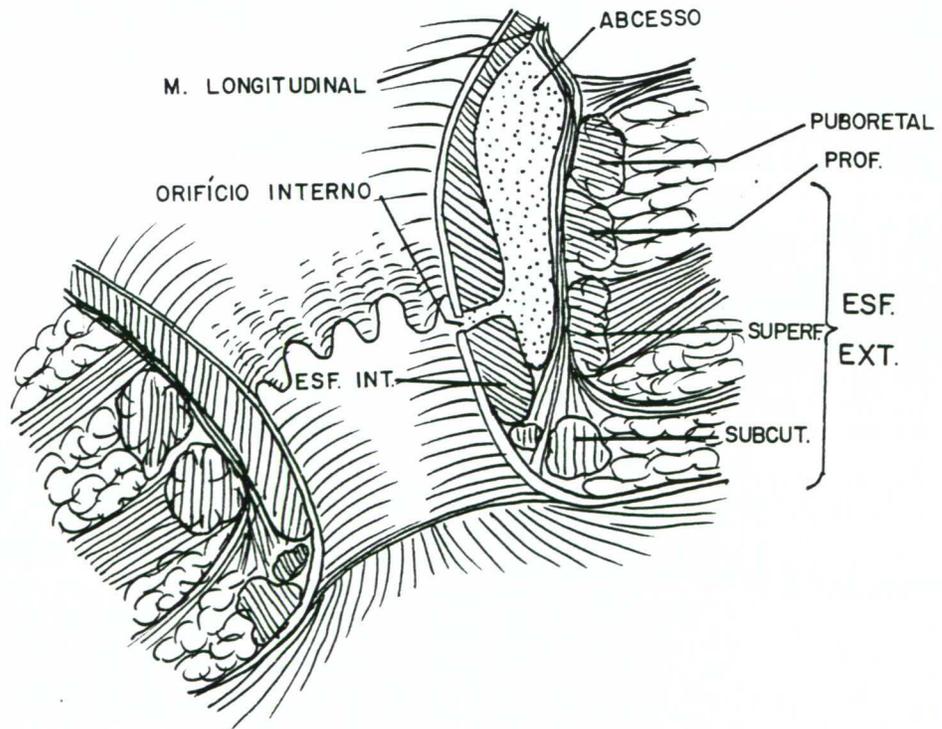


FIGURA 17 - ABCESSO INTERMUSCULAR ALTO, DISSECANDO CEFALICAMENTE, ACIMA DO MÚSCULO PUBORETAL.



FONTE: BASEADO EM HANLEY (22).

do espaço intermuscular (11,12,40,49). Alguns consideram que eles rompem o esfíncter externo na porção superficial quando saem do espaço intermuscular (23).

Os abscessos interesfincterianos, não costumam apresentar sinais inflamatórios externos, o que dificulta o diagnóstico (01,09,12,39,41). A clínica consiste em 91% dos casos de dor anal surda, agravada pela evacuação. Os dois casos (5,22%) de abscessos interesfincterianos, apresentavam-se com estas características, sem sinais externos. Ao toque verificava-se empastamento do canal anal com exacerbação da dor. Ambos os pacientes procuraram cuidados médicos no primeiro dia do início da dor. A impressão do autor é que estes abscessos, se deixados evoluir, propagar-se-iam para outros espaços, não se tratando por conseguinte de um tipo específico de abscesso, mas apenas uma fase evolutiva do processo.

A.1. Posterior superficial (Figura 15): Começam em uma glândula anal profunda, evoluindo radialmente para baixo. São confinados ao espaço intermuscular, podendo ou não progredir para o espaço sub-cutâneo peri-anal (porção superficial da fossa isquio-retal) após romper o septo do músculo longitudinal. São os mais frequentes (09,12,49), sendo que na série do autor eram em maior número; dezenove casos (55,88%). Destes, dois não comprometiam o espaço peri-anal, ficando restritos apenas ao espaço intermuscular

(10,52%). Os demais apresentavam, tumoração, drenagem de pus ou hiperemia na região peri-anal (89,47%).

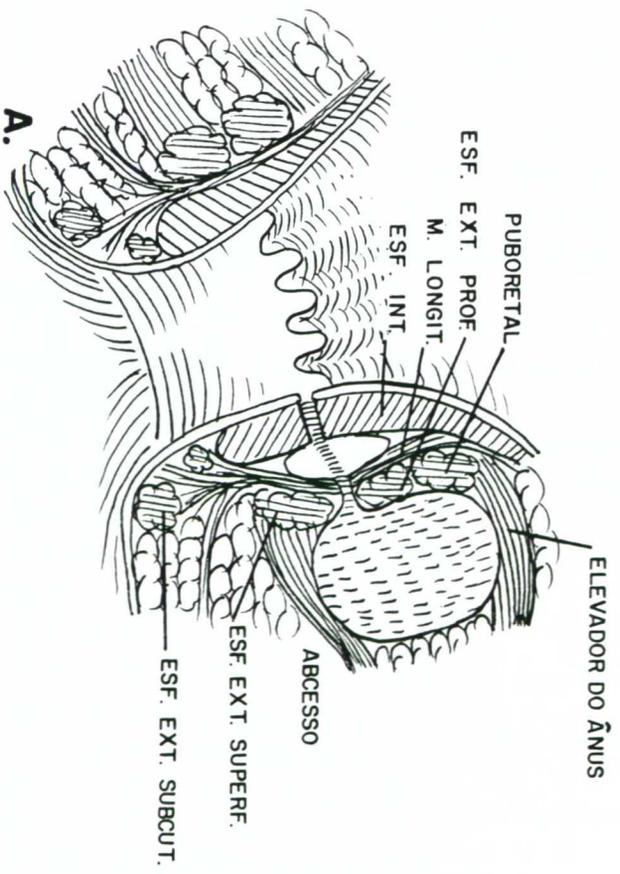
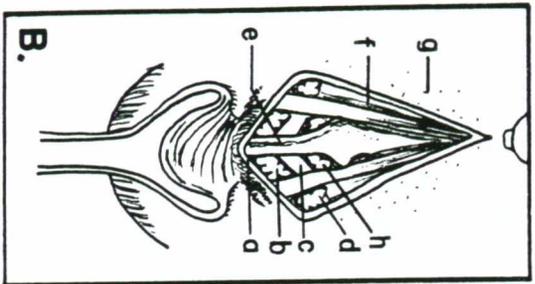
A.2. Anterior superficial (Figura 15): Houveram oito casos (23,5%) de abscessos neste grupo. Um deles apresentava-se como abscesso escrotal (figura 19), situação pouco frequente (12,23) que ocorre em pacientes do sexo masculino, onde a infecção progride ao longo da rafe mediana. Evoluem da mesma forma que o seu correspondente posterior (12,23,40).

A.3. Posterior isquio-retal, com trajeto curvo (Figuras 10,15): Nesta forma ocorreu um caso (2,94%). É uma condição rara, onde o abscesso ao invéz de romper externamente na região póstero-lateral o faz circunferencialmente para frente, na fossa isquio-retal superficial (09,12,23,24,40,49). Na literatura alguns autores o chamam de abscesso em ferradura unilateral (12), ou em semi ferradura (24).

A.4. Anterior isquio-retal em ferradura (Figura 15): É também uma lesão rara com disseminação bilateral superficialmente na fossa isquio-retal superficial (11,12,23,24,40,49). Ocorreu um caso (2,94%), correspondente a esta descrição, na presente casuística o que corrobora com a tendência vista na literatura (figura 20).

B: Intermuscular alto (Figura 17): É uma lesão essencialmente posterior, excepcionalmente anterior (09,12,24,41,49). Inicia no espaço interesfincteriano e progride cefalicamente acima do anel ano-retal na porção retal, abrindo caminho entre o músculo circular e o longitudinal do

FIGURA 18 - (A) ABCESSO TRANSESFINCTERIANO POSTERIOR. (B) ASPECTO DA ABERTURA DO ABCESSO, EXPONDO O ESPAÇO POS ANAL DE COURTNEY. (d), SECCIONANDO O ESFINCTER INTERNO (b), O MÚSCULO LONGITUDINAL (c), O ESFINCTER EXTERNO SUBCUTÂNEO (d), E DIVULSIONANDO O ESFINCTER EXTERNO SUPERFICIAL (f), ABRINDO-SE ASSIM O TRAJECTO FISTULOSO, DRENANDO-SE O ABCESSO.



FONTE: BASEADO EM HANLEY (22).

reto. Mostra-se supra-elevatório apenas quanto a posição, não envolvendo contudo este espaço(40).

A maioria dos abscessos intermusculares altos rompem antes que sejam diagnosticados ou tratados(01). A sua incidência varia de 1 a 6% (09,12,15,41). Alguns autores como Hanley (23) e Eisenhammer (09,12), consideram os abscessos supra-elevatórios como extensão dos abscessos intermusculares altos. Há muita divergência quanto a sua classificação, mas parece mais lógico que os supra-elevatórios de origem criptoglandular sejam extensões de abscessos intermusculares altos. Não foi observado nenhum caso de abscesso deste tipo na casuística atual, possivelmente pelo pequeno número de casos analisados.

GRUPO II- Intermuscular transesfincteriano isquio-retal: Foram em número de cinco (14,28%), em 80% dos casos tratavam-se de abscessos posteriores, e os restantes 20% anteriores.

1) **Intermuscular transesfincteriano isquio-retal posterior:** Tem a mesma origem que os intermusculares baixos posteriores, ou seja em uma glândula anal profunda inter ou transesfincteriana. Exceto que neste caso o abscesso atravessa o esfíncter externo na altura da linha pectínea, penetrando o espaço isquio-retal no chamado espaço pós-anal profundo, ou espaço interesfincteriano de Courtney(20). Progredir em sua parte mais profunda ao longo do músculo puborectal ou elevador do ânus, inicialmente um lado e posteriormente bilateralmente, podendo levar a complexas

Figura 19- Abcesso intermuscular anterior baixo com apresentação escrotal.



Figura 20- Abcesso em ferradura.



fistulas(12,16,24,40,49). Nesta série foram relacionados quatro casos, dois deles tardiamente na fase supurativa, com necrose de pele e saída de secreção purulenta pelo orifício externo. Houve caso de abscesso transesfincteriano que foi tratado por fistulotomia como se fosse intermuscular baixo e que, com a persistência da clínica após breve alívio, foi re-explorado dois dias após com presença de extensão para o espaço pós-anal profundo, isquio-retal, o qual foi convenientemente exposto. Outro caso, apresentava-se na fase aguda em ferradura bilateral, onde apenas foi aberto o espaço pós-anal profundo.

2) Intermuscular transesfincteriano, isquio-retal anterior (Figura 07): Desenvolve-se de glândula transesfincteriana baixa, antero-lateral profunda, que atravessa o esfíncter externo. É relativamente mais superficial se comparado ao seu correspondente posterior. Situa-se mais superficialmente no espaço isquio-retal anterior, não cruzando anteriormente o músculo transverso do períneo (09,12,16,20,23,24). Pode ser confundido em mulher com infecção da glândula de Bartholin, como ocorreu em um caso da série.

A incidência de abscessos envolvendo o espaço supra-elevatório varia de 0 a 8,73% (09,16,17,23,26,35,41,42,44), com pico de prevalência em torno de 4 e 5%. Embora considerado por alguns como sendo de origem não criptoglandular (12), outros (16,26) acham que são pouco relatados por não serem corretamente diagnosticados. Não

houve nenhum caso de abcesso supra-elevatório, considerando a pequena série atual.

Os abcessos e fístulas em ferradura (Figura 20) correspondem a 24,39% dos abcessos estudados por Friend (13). São tratados costumeiramente por longas incisões do trajeto externo expondo a loja ou o trajeto fistuloso. Isto pode levar a cicatrizes retráteis e comprometimento funcional (12,13,33). Alguns autores (13,21) demonstraram que os grandes desbridamentos externos são desnecessários e propõem a abertura do espaço pós-anal profundo associada ou não a contra-incisões nas extensões anteriores do abcesso.

O método empregado no tratamento dos quatro casos de abcessos em ferradura da série atual (11,76%), foi a abertura do espaço pós-anal (Figura 20). Foram colocados drenos laminares nas extensões dos abcessos, sem o uso de contra-incisões. No caso de abcesso anterior em ferradura, houve dificuldade para drenagem de material necrótico pela incisão, considerada insuficiente, tornando o pós-operatório mais trabalhoso. Esta deveria ter sido prolongada mais externamente na região peri-anal.

Uma questão controversa em relação à fistulomia é a dificuldade na identificação do orifício interno na cripta anal comprometida, de onde se origina a infecção. A maioria dos autores explora o abcesso e identifica o orifício desde a sua loja até o canal anal introduzindo estilete de fora para dentro (01,12,23,24,35, 36,41,42).

Alguns autores identificam o orifício interno de dentro para fora (09,12,21,35,36) nos casos em que ocorre drenagem de secreção pela cripta anal, ou nos casos em que o abscesso rompa para dentro do canal anal. A cripta anal é identificável na grande maioria dos casos (11,12,35,36,49). Outros autores (01,41,42) identificam-na em apenas 34% dos casos, procedendo a fistulotomia somente nestes pacientes. Nos demais realizam a drenagem externa do abscesso. Em ambos os grupos a recidiva é comparável (1,8% e 3,6%). Abre-se perspectiva para estudo comparativo entre esta tática e a fistulotomia primária realizada em todos os pacientes.

O orifício interno foi localizado em 79,41% dos pacientes. Os demais 7 casos foram identificados pela regra de Goodsall (37,43). De qualquer modo não foram observadas complicações em consequência das operações realizadas nos pacientes cujo orifício interno não foi identificado diretamente, ressalvando-se o curto período de seguimento. O autor considera que realizar a fistulotomia em todos os casos simplifica a abordagem do problema. Acredita que a distensão do esfíncter interno pelo afastador de Smith (03) favorece a saída de secreção da loja do abscesso pela cripta, o que facilita a identificação.

Tabela 08 - Comparação entre a idade e o sexo nos diversos trabalhos.

	ABCARIAN	McELWAIN	SCOMA	HILL	AUTOR
IDADE décadas	2ª 3ª	4ª 5ª	3ª 4ª	4ª 5ª	3ª 4ª
SEXO masc/fem	2/1	3/1	3/1	2/1	3/1

Comparativamente à literatura a relação sexo e idade de 2,7/1, e a idade média com maior incidência na terceira década estão dentro do contexto apresentado (Tabela 08).

As infecções ano-retais são relacionadas à diabetes mérito por alguns autores como ocorrendo em 4,3% (02), 13% (07) e 23% (30). Neste estudo houveram três pacientes diabéticos que representam a incidência de 8,8%. A diarréia apareceu previamente ao início da dor em quatro pacientes (11,76%), enquanto McElwain (35) relatou-a em 8% dos pacientes com abscesso ano-retal. A doença de Crohn segundo a literatura está presente entre 0,5 e 7,9% dos pacientes com infecção ano-retal (01,05,24,27,41,45). Não foi observado nenhum caso de doença inflamatória do colon associada a abscesso ano-retal, possivelmente pela menor incidência desta em nosso meio, e a pequena série observada.

Parks e Thomson (40,49) afirmam que o esfíncter externo pode de maneira geral ser seccionado sem comprometimento da continência, se preservado o feixe puboretal. McElwain (35,36) não notou aumento de incidência de incontinência desde que passou a dispensar o uso de

reparo. Hanley (22,23,25) preconiza o uso de reparo do esfíncter externo em casos de abcessos transesfincterianos anteriores em mulheres tendo em vista a falta de suporte do esfíncter nesta região. Na porção posterior o esfíncter pode ser divulsionado sem prejuízo para a função esfíncteriana. Hill (26) observou que 4% dos pacientes desenvolviam incontinência após cirurgia para fístula anal, e que esta era desproporcional ao montante de esfíncter seccionado, sugerindo que a incontinência seria relacionada ao estado emocional do paciente. No trabalho atual foi reparado o esfíncter externo de uma paciente com abscesso transesfincteriano anterior. A incontinência ocorreu em caráter transitório, apenas para gases em cinco casos (14,7%). Embora a maioria dos trabalhos, mostre grande variância, apenas 0,1% dos casos operados por McElwain, necessitaram de nova intervenção por causa da incontinência (23,26,35,36,41,42).

Houve formação de bolsa em 11% dos casos, todas manejadas com toque e ruptura da cicatrização externa sem necessidade de nova intervenção. Na literatura verificaram a presença de bolsa em 0,1% a 18% dos casos. Consideram ser consequência da secção insuficiente da pele ou do acolamento precoce da parte externa da ferida (35,36,39).

Os pacientes operados nesta série, ficaram em média 1,8 dias internados. Tempo mais curto que nos trabalhos da literatura que em média mostra-se de 5 a 7 dias

(02,24). A hospitalização se dá mais pela recuperação da anestesia que pela cirurgia em si. O risco de sangramento é mínimo e os cuidados com a ferida são simples apresentando dor discreta. O autor considera que o tempo de internamento não é parâmetro confiável para analisar-se a efetividade do método. Reflete os costumes de cada país e as condições socio-econômicas. A tendência mundial é de se reduzir os custos dos procedimentos médicos, com o estímulo à cirurgia ambulatorial. Eisenhammer(12) tem realizado as fistulotomias em regime ambulatorial.

O tempo de afastamento das atividades usuais também foi menor se comparado com os dados da literatura(Tabela 09). Os pacientes submetidos à drenagem externa ficam maior tempo afastados (07,26,32) que aqueles submetidos a fistulotomia primária, se levarmos em conta o tempo necessário para a cura da fistula (01,41,42). Os pacientes tratados de fistula anal ficam afastados de 4 a 6 semanas (26), o que torna claro as vantagens da fistulotomia neste aspecto de relevância sócio-econômica.

A literatura carece de trabalhos comparativos randomizados, entre a drenagem seguida de fistulotomia em um segundo tempo, e a fistulotomia primária, no tratamento das infecções ano-retais.

Tabela 09 - Comparação entre os autores quanto ao tempo de afastamento das atividades.

TEMPO DE AFASTAMENTO	
ABCARIAN (fistulotomia primária)	2 a 3 semanas
BUCHAN e GRACE (drenagem)	50% mais que 4 semanas
HILL abcesso (drenagem)	3 a 4 semanas
fistulas	4 a 6 semanas
LEAPER (drenagem)	4 semanas
AUTOR (fistulotomia primária)	4 semanas 12,56±6,41 dias

Parece que quanto mais precocemente se realiza a fistulotomia, menor o tempo de cicatrização. Nesta casuística os pacientes, operados antes de 10 dias do início dos sintomas, demoraram, em média $22,14 \pm 6,84$ dias para cicatrizarem, enquanto que os tratados após este tempo levaram $35 \pm 13,54$ dias. No entanto, não existe diferença estatisticamente significativa entre as médias ($p < 0,01$).

O tempo de cicatrização é mais longo na fistulotomia primária que na drenagem externa ou após curetagem e sutura sob cobertura antibiótica de abscessos ano-retais. Porém se adicionar-se o tempo que requer a cicatrização de fístula anal após drenagem de abcesso, tem-se a impressão que a fistulotomia primária, cicatrizará mais precocemente (Tabela 10) (01,23,31,32).

Tabela 10 - Comparação entre os autores quanto ao tempo de cicatrização.

TEMPO DE CICATRIZAÇÃO	
ABCARIAN (abcesso) Fistulotoma	4a12 semanas
KROMBORG e OLSEN (abcesso) Drenagem	4 semanas
Drenagem+Antibiótico e sutura	11 dias
LEAPER (abcesso) Drenagem	4 semanas
Drenagem+Antibiótico e sutura	10 dias
HANLEY (abcesso) Fistulotomia	5a12 semanas
McELWAIN (abcesso) Fistulotomia	7 semanas
AUTOR (abcesso) Fistulotomia	2a8 semanas 24,56±9,58 dias

Alguns autores condenam a fistulotomia primária na fase aguda dos abscessos extensos, alegando que esta pode levar a grandes e desnecessários danos à musculatura. Alegam ser um procedimento potencialmente perigoso em mãos de cirurgiões inexperientes (17,18,30,34). Na presente série não houveram complicações ou danos funcionais em consequência à secção esfinteriana. Este trabalho foi iniciado na fase de treinamento do autor, e isto não veio a aumentar o índice de complicações ou de insucesso, em relação a outros trabalhos (01,10,11,12,21,23, 25,35,36,39,41,42).

Este estudo não permite conclusões estatísticas insofismáveis e definitivas. Deve ser continuado para avaliação de um universo maior de pacientes.

VI- CONCLUSÕES:

A fistulotomia primária é um método eficaz para a cura das infecções ano-retais, tendo em vista: apresentar baixo índice de recidiva (2,9%), oferecer um pronto alívio dos sintomas (88,56% dos casos), propiciar um rápido retorno às funções ($12,56 \pm 6,41$ dias), apresentar um baixo índice de morbidade (8,82%), e ser exequível em qualquer tipo de abscesso intermuscular.

VII- PROPOSIÇÕES DE NOVOS ESTUDOS:

1- Estudo prospectivo, comparativo, randomizado da drenagem externa seguida de fistulotomia, com a fistulotomia primária em infecções ano-retais. Isto para avaliar se a recuperação (volta às funções), e a cicatrização, são mais rápidas, e se o custo é menor na fistulotomia primária.

2- Estudo prospectivo comparativo randomizado da fistulotomia primária realizada em dois grupos: (A) em todos os casos de abscessos ano-retais intermusculares, (B) sómente nos casos em que o orifício interno for identificado diretamente por saída de secreção da cripta ou por exploração de fora para dentro, desde a loja do abscesso. Isto para avaliar a diferença da recidiva entre os grupos, e se há aumento da morbidade quando a fistulotomia primária é realizada em todos os casos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 01- ABCARIAN, H. . Acute suppurations of the anorectum. Surq. Ann., 8:305-33, 1976.
- 02- ANI, A. N. & SOLANKE, T. F. . Anal fistula: a review of 82 cases. Dis. Colon & Rectum, 19:51-5, 1976.
- 03- BACON, H.E.& ROSS, S.T.. Anorectal operations. In: Atlas of operative technic. Anus, Rectum & Colon. 1a. ed., St. Louis, the C.V. Mosby Company, 1954. p.94-110.
- 04- BERNSTEIN, W. . The life and contributions of John Aderne. Dis. Colon & Rectum, 13:8-16, 1970.
- 05- BEVANS JR., D. W., et alli. Perirectal abscess: a potentially fatal illness. Am. J. Surq., 126:765-8, 1973.
- 06- BHARDWAJ, D. N., et alli. Treatment of anorectal suppuration. J. Indian Med. Assoc.,80:41-2, 1983.
- 07- BUCHAN, R & GRACE, R. H. . Anorectal suppuration: the results of treatment and the factors influencing the recurrence rate. Br.J. Surq.,60: 537-40, 1973.
- 08- EISENHAMMER, S. . The internal anal sphincter: its surgical importance. S. Afr. Med. J.,27: 266-70, 1953.
- 09- _____. The internal anal sphincter and the anorectal abscess. Surq. Gynecol. Obstet., 103:501-6, 1956.
- 10- _____. A new aproach to the anorectal fistulous abscess based on the high intermuscular lesion. Surq. Gynecol. Obstet.,106:595-9, 1958.
- 11- _____. The anorectal fistulous abscess and fistula. Dis. Colon & Rectum,9:91-106, 1966.
- 12- _____. The final evaluation and classification of the surgicaci treatment of the primary anorectal cryptoglandular intermuscular (intersphincteric) fistulous abscess and fistula. Dis. Colon & Rectum,21:237-54, 1978.

- 13- FRIEND, W. G.. Anorectal problems: surgical incisions for complicated anal fistulas. Dis. Colon & Rectum,18:652-6, 1975.
- 14- Gama, A. H.. Cirurgia ano-retal: tecnicas. In: GOFFI, F. S.. Tecnicas cirurgica. 2.ed. Rio de Jaaneiro, Atheneu, 1980. v.2, p.791-805.
- 15- GERRARD-GOUGH, B.; KOVALCIK, P. J.; CROSS, G. H.. High intermuscular anorectal abscess. Arch. Surg.,113 :891-2, 1978.
- 16- GOLDENBERG, H, S.. Suprlevator abscess, diagnosis and treatment. Surgery,91:164-7, 1982.
- 17- GOLIGHER, J. C.; ELLIS, M.; PISSIDIS, A. G.. A critique of anal glandular infection on the aetiology an treatment of idiopathic anorectal abscess and fistulas. Br. J. Surg.,54:977-83, 1967.
- 18- GOLIGHER, John C.. Fistula-in-ano: Management of perianal suppuration. Dis. Colon & Rectum,19 :515-17, Sept. 1976.
- 19- HADDAD, Jorge. Processos inflamatorios do canal anal. In: ZERBINI, E.J.. Clinica cirurgica Alipio Correa Neto. 3.ed. Sao Paulo, Sarvier, 1974. v.5,p.236-60.
- 20- HAMILTON, Charles H.. Anorectal problems: the deep postanal space - surgical significance in horseshoe fistula and abscess. Dis. Colon & Rectum,18:642-45. 1975.
- 21- HANLEY, Patrick H.. Conservative surgical correction of horseshoe abscess and fistula. Dis. Colon & Rectum.8:364-68. 1965.
- 22- _____. Anorectal problems: treatment of abscess and fistula. Dis. Colon & Rectum,8:657-60. 1975.
- 23- _____. Anorectal abscess fistula. Surg. Clin. North Am.,58:487-503. 1978.
- 24- HANLEY, et. alii. Fistula-in-ano: a ten-year follow-up study of horseshoe abscess-fistula in ano. Dis. Colon & Rectum,19:507-15. 1976.
- 25- _____. Rubber band seton in the management of abscess-anal fistula. Ann. Surg.,187:435-37. 1978

26. HILL, John R.. Fistulas and fistulous abscess in the anorectal region: personal experience in management. Dis. Colon & Rectum,10:421-34. 1967.
- 27- HOMAN, William P.;TANG,Chik-Kwun; THORBJARNARSON, Bjorn. Anal lesions complicating Crohn disease. Arch. Surg.,111:1333-35. 1976.
- 28- JOHNSON,Thomas A.. Use of a rectal hook for perirectal abscess drainage. J. Fam. Pract., 5:1017-18. 1977.
- 29- KISS, Desiderio Roberto. Abcessos ano-retais. Ars Curandi,6(8):42-51. 1973
- 30- KOVALCIK,P.J.; PENISTON,R.L.; CROSS, G.H.. Anorectal abscess. Surg. Gynecol. Obstet., 149:884-86. 1979.
- 31- KRONBORG,O. & OLSEN,H. Incision and drainage v. incision, curettage and suture under antibiotic cover in anorectal abscess. Acta Chir. Scand., 150:689-92. 1984.
- 32- LEAPPER,D.J., et alii. A controlled study comparing the conventional treatment of idiopathic anorectal abscess with that of incision, curettage and primary suture under antibiotic cover. Dis. Colon & Rectum,19: 46-50. 1976.
- 33- LOKHART-MUMMERY, J.P. Discussion on fistula-in-ano. Proc. R. Soc. Med.,22:1331-41. 1929
- 34- LOKHART-MUMMERY, H.E. Anorectal problems: treatment of abscess. Dis. Colon & Rectum, 18:650-51. 1975.
- 35- Mc ELWAIN, Jack W. et alii. Primary fistulectomy for anorectal abscess: clinical study fo 500 cases. Dis. Colon & Rectum,9:181-85. 1966.
- 36- _____. Anorectal problems: experience with primary fistulectomy for anorectal abscess, a report of 1.000 cases. Dis Colon & Rectum, 18:646-49. 1975.
- 37- NESSELROD, J.P. Anal infection. In:_____. Proctology in general practice. Philadelphia, W.B. Saunders, 1951. p.61-7.

- 38- PARKS, A. G. Pathogenesis and treatment of fistula-in-ano. Br. Med. J.,1:463-69. 1961.
- 39- PARKS, A. G. & THOMSON, J. P. S. Intersphincteric abscess. Br. Med. J.,2:537-39. 1973.
- 40- PARKS, A. G.; GORDON, P. H.; HARDCASTLE, J. D. A classification of fistula-in-ano. Br. J. Surg. 63:1-12. 1976.
- 41- RAMANUJAM, Paravasthu et alii. Perianal abscess and fistulas: a study of 1023 patients. Dis. Colon & Rectum,27:593-97. 1984.
- 42- READ, Don R. & ABCARIAN, Herand. A prospective survey of 474 patients with anorectal abscess. Dis. Colon & Rectum,22:566-68. 1979.
- 43- SCHWARTZ, S.I.; SCHIRES, G.T.; SPENCER, F.C.; STORER, E.H.. Colon, Rectum & Anus. In: Principles of Surgery. 3rd. ed. McGraw-Hill Book Company, 1979. p.1191-1243.
- 44- SCOMA, Joseph A.; SALVATI, Eugene P.; RUBIN, Robert J. Incidence of fistulas subsequent to anal abscess. Dis. Colon & Rectum,17:357-59. 1974.
- 45- SOHN, Norman; KOEWLIR, Burton I.; WEINSTEIN, Michael A. Anorectal Crohn's disease: definitive surgery for fistulas and recurrent abscess. Am. J. Surg.,139:394-97. 1980.
- 46- STOVALL, Joyce Moore. Anorectal abscess: extensive manifestation with abdominal involvement. J. Kansas Med. Soc.,84:241-43. 1983.
- 47- STUART, Malcolm. Management of acute anorectal abscess by prolonged catheter drainage technique Med. J. Aust.,1:443. 1978.
- 48- SWERDLOW, Dave B. Endometrioma masquerading as an anorectal abscess: report of a case. Dis. Colon & Rectum,18:620-22. 1975.
- 49- THOMSON, James P. S. & PARKS, Alan G. Anal abscess and fistulas. Br. J. Hosp. Med.,21:413-25. 1979.
- 50- WHITEHEAD, S. M. et alii. The aetiology of prerectal sepsis. Br. J. Surg.,69:166-68.