

Abcessos e fistulas perianais - Recomendações

Perianal supurations - Recommendations

Ana Azevedo^{1,2,3}; David Horta^{4,5,6}

RESUMO

As supurações que têm origem no canal anal propriamente dito têm uma etiologia criptoglandular.

O diagnóstico de um abcesso perianal baseia-se na história clínica e no exame proctológico e pode ser complementado pela ecografia de partes moles, pela TAC e RMN pélvicas.

O abcesso perianal tem como tratamento cirúrgico padrão a incisão e drenagem sob anestesia geral ou locoregional.

As fistulas perianais originam-se após drenagem, espontânea ou cirúrgica, dos abcessos perianais. A apresentação clínica das fistulas perianais é muito mais insidiosa. A RMN é considerada o "gold standard" imagiológico para a caracterização da anatomia das fistulas perianais.

O tratamento cirúrgico das fistulas perianais exige o conhecimento técnico das várias opções cirúrgicas disponíveis e deve ser discutido com o doente.

A fistulotomia é a técnica cirúrgica standard e a mais eficaz para o tratamento da fistula perianal. O seton laxo é frequentemente usado como medida temporária de controle de infecção ou como medida de manutenção.

O LIFT e o retalho de avanço endorectal apresentam taxas de sucesso e de recidiva aceitáveis.

As colas de fibrina e os plugs apresentaram-se inicialmente como procedimentos muito atractivos mas gradualmente têm diminuído o número de seguidores.

Existem, presentemente, poucos resultados publicados que nos permitam aferir a taxa de sucesso do laser.

O tratamento das fistulas perianais utilizando seton cortante é fortemente controverso.

ABSTRACT

Supurations that originate in the anal canal itself have a cryptoglandular etiology.

The diagnosis of a perianal abscess is based on clinical history and proctological examination and can be complemented by soft tissue ultrasound, pelvic CT and MRI.

Perianal abscess has as its standard surgical treatment the incision and drainage under general or locoregional anesthesia.

Perianal fistulas arise after drainage, spontaneous or surgical, of perianal abscesses. The clinical presentation of perianal fistulas is much more insidious. MRI is considered the "gold standard" imaging for the characterization of the anatomy of perianal fistulas.

Surgical treatment of perianal fistulas requires technical knowledge of the various surgical options available and should be discussed with the patient.

Fistulotomy is the standard surgical technique and the most effective for the treatment of perianal fistula. The lax seton is often used as a temporary infection control measure or as a maintenance measure.

The LIFT and the endorectal advancement flap have acceptable success and recurrence rates.

Fibrin glues and plugs initially presented themselves as very attractive procedures, but gradually the number of followers has decreased.

There are currently few published results that allow us to measure the laser success rate.

The treatment of perianal fistulas using a cutting seton is highly controversial.

RECOMENDAÇÕES: ABCESSOS PERIANAIS

As supurações perianais constituem um grupo heterogéneo de doenças associadas à infecção do períneo. As supurações que têm origem no canal anal propriamente dito têm uma etiologia criptoglandular. A combinação da contaminação

bacteriana do conteúdo fecal associada a pequenos microtraumatismos nessa área levam à formação da criptite piogénica que posteriormente se estende seguindo as linhas de menor resistência dos tecidos aos outros espaços perianais^[1,2].

O diagnóstico de um abcesso perianal baseia-se na história clínica e no exame físico. O toque rectal e o exame proctológico são normalmente necessários para um diagnóstico adequado. Quando o exame físico é limitado pela dor pode ser necessário um exame sob sedação ou anestesia^[3].

O diagnóstico pode ser complementado pela ecografia de partes moles, TAC e RMN pélvicas^[4].

- 1- Hospital da Luz Póvoa de Varzim
- 2- Centro Hospitalar e Universitário do São João do Porto
- 3- Hospital da Luz Arrábida
- 4- Hospital Professor Dr. Fernando Fonseca
- 5- Hospital CUF Cascais
- 6- Hospital CUF Infante Santo

A ecografia deve ser realizada sempre que exista uma suspeita clínica de abscesso perianal não confirmada pelo exame físico.

A TAC deve ser realizada quando se suspeita de um abscesso supraelevador^[5]. Tem uma sensibilidade para o diagnóstico de abscesso perianal de 77% em doentes imunocompetentes e de 70% em doentes imunocomprometidos^[3].

A vantagem da RMN relativamente à TC prende-se com a sua utilidade na identificação da fístula perianal associada ao abscesso. É particularmente importante na doença de Crohn perianal^[6].

O abscesso perianal tem como tratamento cirúrgico padrão a incisão e drenagem sob anestesia geral ou locoregional^[7,8].

A ausência de evidência clínica de flutuação não deve alterar a indicação para tratamento cirúrgico de um abscesso perianal. Frequentemente, nessas circunstâncias, se for efectuada uma ecografia de partes moles ou uma TAC pélvica estas demonstrarão a presença de pus em localização mais profunda^[5].

Os abscessos devem ser drenados no local de maior flutuação próximo da margem anal. Devem ser drenados pelo trajecto mais curto e com a menor secção muscular possível^[7,8].

A incisão de drenagem deve ser ampla com excisão do tecido necrótico, de modo a assegurar a cicatrização por segunda intenção, em pirâmide, do ponto mais alto em profundidade até à superfície cutânea^[9]. Existem, presentemente, dispositivos de pressão negativa que asseguram a cicatrização mais rápida de locais mais extensos, muitas vezes necessárias à drenagem ampla de abscessos perianais volumosos.

Após a incisão e drenagem de um abscesso perianal não está recomendado o uso de antibióticos, excepto, em doentes sépticos, com celulites extensas, diabéticos, imunodeprimidos, com próteses valvulares cardíacas ou outras doenças com risco aumentado de desenvolvimento de endocardite bacteriana^[7,8].

Apesar de 30 a 70% dos doentes com abscessos perianais se apresentarem com fístula perianal concomitante, na fase de abscesso perianal, pode não ser possível identificar a fístula associada e deve ser evitada a criação de um falso trajecto por canulação inadequada do orifício interno^[10].

O papel da fistulotomia primária durante a incisão e drenagem de um abscesso é controverso, devido ao facto de alguns estudos reportarem repercussão funcional no esfíncter anal depois da fistulotomia^[3].

RECOMENDAÇÕES: FÍSTULAS PERIANAIS

As fístulas perianais originam-se após drenagem, espontânea ou cirúrgica, dos abscessos perianais. A apresentação clínica das fístulas perianais é muito mais insidiosa e a drenagem através da fístula pode ser parcial e intermitente. Este processo inflamatório crónico pode resultar na possibilidade de desenvolvimento de trajectos fistulosos secundários^[2].

A classificação das fístulas perianais é importante na decisão do seu tratamento cirúrgico.

Existem duas classificações frequentemente usadas.

- A classificação de Parks define quatro tipos de fístulas de acordo com a relação do trajecto primário com o aparelho esfíncteriano: fístulas interesfíncterianas (45% dos casos), fístulas transesfíncterianas (30% dos casos), fístulas supraesfíncterianas (20% dos casos) e fístulas extraesfíncterianas (5% dos casos)^[11].

- A Associação Americana de Gastrenterologia classifica as fístulas em fístulas simples e fístulas complexas, definindo as últimas como: fístulas que envolvam mais de 30% do esfíncter externo, fístulas proximais à linha pectínea, fístulas extraesfíncterianas, fístulas anteriores em mulheres, fístulas com múltiplos trajectos, fístulas recorrentes e fístulas em doentes com história de incontinência fecal^[5].

Num doente com o diagnóstico de fístula perianal o exame físico pormenorizado é importante e deve procurar identificar e caracterizar vários itens essenciais: o orifício interno e externo da fístula, o trajecto fistuloso e as deformidades do ânus secundárias a cicatrizes da doença supurativa perianal ou cirurgias anteriores. Deve ser avaliada a tonicidade esfíncteriana e o grau de continência esfíncteriana. Devem ainda ser excluídas outras doenças subjacentes que cursam com supuração como a doença de Crohn, infecção por HIV e neoplasias do períneo^[9].

A RM apresenta uma sensibilidade superior a 90% para o diagnóstico de fístula perianal. Assim sendo, é considerada o "gold standard" imagiológico para a caracterização da anatomia das fístulas perianais. Deve ser efectuada de rotina em todas as fístulas perianais complexas^[4,6,12,13].

A ultrasonografia endoscópica também pode ser usada. A sua acuidade é, contudo, muito dependente da experiência do médico endoscopista^[13].

A combinação destas modalidades diagnósticas pode aumentar a taxa de diagnóstico para valores próximos dos 100%^[3].

O tratamento cirúrgico simultâneo do abscesso perianal e da fístula perianal é controverso. No momento do tratamento cirúrgico do abscesso perianal deve ser realizada anoscopia e deve ser procurado o orifício interno da fístula^[14-19].

A fistulotomia concomitante com a drenagem de um abscesso perianal deve ser considerada apenas em casos selecionados. Caso se trate de uma fístula perianal alta não deve ser realizada e deve ser colocado um seton laxo ^[10].

RECOMENDAÇÕES: TRATAMENTO DAS FÍSTULAS PERIANAIS

O tratamento cirúrgico das fístulas perianais exige o conhecimento técnico das várias opções cirúrgicas disponíveis. Exige igualmente o conhecimento das respectivas taxas de recidiva e de incontinência fecal.

Frequentemente, nas diferentes técnicas, esses dois vectores associam-se de forma antagónica: a taxa de recidiva mais baixa (maior sucesso) associa-se a taxa de incontinência fecal mais elevada e vice-versa.

A decisão da técnica cirúrgica a utilizar deve ser discutida com o doente.

De seguida serão apresentadas várias técnicas cirúrgicas separadas em 4 grupos:

GRUPO 1: técnicas com taxa de sucesso alto e taxa de incontinência fecal aceitável

GRUPO 2: técnicas com taxa de sucesso aceitável e taxa de incontinência fecal aceitável

GRUPO 3: técnicas com taxa de sucesso variável ou baixo e taxa de incontinência fecal baixa

GRUPO 4: técnicas com taxa de sucesso alto e taxa de incontinência fecal alta

GRUPO 1

1 - FISTULOTOMIA

A fistulotomia é a técnica cirúrgica standard e a mais eficaz para o tratamento da fístula perianal ^[9,5].

Nas fístulas interesfincterianas e nas fístulas que envolvem uma extensão de esfíncter externo inferior a 25-30% a fistulotomia é o tratamento ideal ^[9]. Salienta-se, contudo, a dificuldade de avaliação quantitativa do esfíncter anal envolvido.

Antes da decisão de realizar uma fistulotomia, além da avaliação da quantidade de esfíncter envolvido, é fundamental uma avaliação judiciosa da continência anal, sobretudo, nas mulheres em geral, nas multíparas em particular e naqueles doentes com cirurgia perineal prévia ^[9].

A fistulotomia perianal tem riscos de incontinência fecal relacionado com a quantidade de esfíncter seccionado ^[20].

Devido ao risco de incontinência fecal a fistulotomia não deve ser usada em fístulas perianais altas ^[21,22].

Relativamente à decisão de fistulectomia versus fistulotomia a primeira é associada a maior demora de cicatrização, maior taxa de incontinência e taxa de recidiva semelhante, portanto tem desvantagens em relação à fistulotomia ^[23].

2 - SETON LAXO

O seton laxo é um tratamento eficiente na diminuição da taxa de abscessos recorrentes. É frequentemente usado como medida temporária de controle de infecção ^[9]. Em doentes com fístulas perianais complexas, com múltiplas recidivas ou incontinência fecal prévia, pode ser recomendado o seu uso como medida de manutenção ^[9].

Os setons elásticos laxos, em que o esfíncter é muito lentamente cortado sem o seton ser apertado, têm taxas de sucesso baixas e não estão isentos de distúrbios de continência ^[21].

As técnicas que utilizam setons elásticos laxos como etapa de uma estratégia de fistulotomia diferida (na primeira cirurgia colocar um seton laxo e 2 a 3 meses depois, na segunda cirurgia, fazer a fistulotomia) têm distúrbios de continência variáveis que se relacionam com a fistulotomia subsequente, mas taxas de sucesso altas ^[23,24].

GRUPO 2

3 - LIFT

Nesta técnica cirúrgica o trajecto fistuloso é abordado no espaço interesfincteriano e neste espaço é efectuado o encerramento do orifício interno e a remoção do tecido criptoglandular infectado.

Os resultados apresentados são variáveis, mas alguns estudos descrevem taxas de sucesso da ordem de 78,1% e taxas de incontinência fecal da ordem de 1,6% ^[25].

Com frequência, em caso de recidiva, esta acontece sob a forma de fístula interesfinctérica com opções técnicas de tratamento com taxas de sucesso maiores, habitualmente técnicas do grupo 1 ^[25].

4 - RETALHO DE AVANÇO ENDORECTAL

Trata-se de uma técnica exigente do ponto de vista técnico e que necessita de um controlo prévio da infecção local, frequentemente usando um seton laxo. O retalho de avanço pode incluir apenas a mucosa ou a parede do recto.

A taxa de recorrência nos retalhos de parede rectal total é inferior à taxa de recorrência associada aos retalhos de mucosa rectal mas à custa de uma taxa de incontinência fecal superior ^[26].

Em alguns estudos a taxa de sucesso global é bastante alta, destacando-se um estudo com taxa de sucesso de 88% e uma taxa de incontinência fecal de 13,3% ^[26].

A taxa de incontinência fecal, nesta técnica, é superior ao LIFT ^[25,26].

GRUPO 3

5 - PLUGS

Esta técnica consiste na introdução no trajecto fistuloso da fistula de um rolhão de colagénio de origem porcina que actua como matriz extracelular promovendo a obliteração do trajecto pela proliferação celular assente na matriz induzida. O orifício interno da fistula deve ser encerrado.

A taxa de sucesso é variável, entre 31% e 81% [27-35].

As vantagens indiscutíveis são a taxa de incontinência fecal associada que é desprezível [27-35] e o facto de poder ser repetida em caso de recidiva [28,29,32]. A taxa de sucesso é um pouco mais alta do que a associada às colas de fibrina.

6 - COLAS DE FIBRINA

A injeção de cola de fibrina no trajecto das fistulas apresentou-se inicialmente como um procedimento muito atractivo mas gradualmente tem diminuído o número de seguidores desta técnica.

É fundamental a curetagem e a remoção do tecido de granulação do trajecto fistuloso e o encerramento do orifício interno da fistula.

As taxas de sucesso, presentemente reportadas, são baixas e muito variáveis, entre 14% e 60% e as taxas de incontinência fecal são desprezíveis [36-41].

Os trajectos fistulosos curtos têm menor taxa de sucesso. Esta técnica cirúrgica pode ser repetida sem risco de incontinência fecal [36,37].

7 - LASER

O racional desta técnica é semelhante ao das técnicas obliterativas atrás descritas.

Existem presentemente poucos resultados publicados que nos permitam aferir a taxa de sucesso.

Deve ser associado ao tratamento com laser o encerramento do orifício interno da fistula [42].

Recomenda-se a utilização de um seton de drenagem antes da utilização da técnica do laser e a maior parte dos doentes com recidiva podem repetir o procedimento [42,43].

GRUPO 4

8 - SETON CORTANTE

O aspecto racional da técnica do seton cortante é semelhante à técnica de fistulotomia. O objectivo é permitir uma secção gradual do esfíncter seguida de um processo de fibrose local.

A técnica da fistulotomia diferida com seton cortante é bem descrita por Goldberg e Garcia-Aquilar. É efectuada a fistulotomia das porções do trajecto fistuloso fora dos esfíncteres. A anoderme e pele perianal que recobre os

esfíncteres é cortada. O aperto do seton só começa depois da supuração resolvida, habitualmente às 3 semanas de pós-operatório. São feitos apertos sucessivos cada 2 semanas [44].

O tratamento das fistulas perianais utilizando seton cortante é fortemente controverso. A taxa de sucesso é alta mas a taxa de incontinência fecal associada é, segundo muitos estudos, proibitivamente alta [20] pelo que só poderá ser considerada em casos seleccionados.

REFERÊNCIAS

1. Seow-Choen F, Hay AJ, Heard S, Phillips RK. Bacteriology of anal fistulae. *Br J Surg.* 1992;79:27-28.
2. Polple IK, *Br J Surg.* 1998;75:904-905.
3. (Vogel J, Johnson E, et al. Clinical Practice Guideline for the management of anorectal abscess, fistula-in-ano, and rectovaginal fistula. *Dis Colon Rectum* 2016; 59: 1117-1133)
4. (Sneider EB, Maykel JA. Anal abscess and fistula. *Gastroenterol Clin North Am.* 2013; 42: 773-784).
5. Systematic review of evidence and consensus on perianal fistula: an analysis of national and international guidelines. E. J. de Groof*, V. N. Cabral*, C. J. Buskens*, D. G. Mortont†, D. Hahnloser‡, W. A. Bemelman* and on behalf of the research committee of the European Society of Coloproctology
6. Makowiek F, Laniado M, et al. Magnetic resonance imaging in perianal Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis.* 1995; 1:256-265).
7. Stewart MP, Laing MR, Krukowski ZH. Treatment of acute abscesses by incision, curettage and primary suture without antibiotics: a controlled clinical trial. *Br J Surg* 1985;72:66-7.
8. Macfie J, Harvey J. The treatment of acute superficial abscesses: a prospective clinical trial. *Br J Surg.* 1977;64:264-6.
9. Robin Philips, Sue Clark; anal fistula colorectal surgery 5th edition
10. Malik AI, Nelson RL, Tou S Incision and drainage of perianal abscess with or without treatment of anal fistula *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; (7) CD 006827
11. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula-in-ano. *Br J Surg* 1976; 63: 1-12.
12. West RL, Zimmerman DD, Dwarkasing S et al. Prospective comparison of hydrogen peroxide-enhanced threedimensional endoanal ultrasonography and endoanal magnetic resonance imaging of perianal fistulas. *Dis Colon Rectum* 2003; 46: 1407-15.
13. Buchanan GN, Halligan S, Bartram CI et al. Clinical examination, endosonography, and MR imaging in preoperative assessment of fistula in ano: comparison with outcome-based reference standard. *Radiology* 2004; 233:674-81.
14. Fucini C. One stage treatment of anal abscesses and fistulas. *Int J Colorect Dis.* 1991;6:12-6.
15. Tang CL, Chew SP, Seow-Choen F. Prospective randomized trial of drainage alone vs. drainage and fistulotomy for acute perianal abscesses with proven internal opening. *Dis Colon Rectum.* 1996;39:1415-17.
16. Ho YH, Tan M, Chui CH, Leong A, A Randomized controlled trial of primary fistulotomy with drainage alone for perianal abscesses. *Dis Colon Rectum.* 1997; 40:1435-8.
17. Oliver I, Lacueva FJ, Pérez Vicente F, Arroyo A, Ferrer R, Cansado P, et al. Randomized clinical trial comparing simple drainage of anorectal abscess with and without fistula track treatment. *Int J Colorectal Dis.* 2003;18:107-10.
18. Quah HM, Tang CL, Samuel M, Metaanalysis of randomized clinical trials comparing drainage alone vs Sphincter-cutting pcedures for anorectal abscess-fistula. *INT J Colorectal Dis.* 2006; 21: 602-9



19. Isbister WH. A simple method for the management of anorectal abscess. *AZN J Surg*. 1987;57:771-4.
20. Hamalainen KP, Sainio AP. Cutting seton for anal fistulas: high risk of minor control defects. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 1443-6.
21. Hammond TH, Knowles CH, Porrett T, et al. The snug seton: Short and medium term results of slow fistulotomy for idiopathic anal fistulae. *Colorectal Dis*. 2006; 8: 32 8-37
22. Quah HM, Tang CL, Eu KW, Chan SY. Metaanalysis of randomized clinical trials comparing drainage alone vs primary sphincter-cutting procedures for anorectal abscess-fistula. *Int J Colorectal Dis*. 2006;21:602-9.
23. Ramanujan PS, Prasad ML, Abcarian H. The role of seton in fistulotomy of the anus. *Surg Gynecol Obstet* 1983; 157: 419-22
24. Kuypers HC. Use of the seton in the treatment of extrasphincteric anal fistula. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 109-110
25. Systematic review and meta-analysis of endorectal advancement flap and ligation of the intersphincteric fistula tract for cryptoglandular a Crohn s high perianal fistulas. *Stellingwerf ME, Van Praag EM; BJS* 2019
26. Sphincter-sparing anal fistula repair: are we getting better? *Sugrue J, Mantilla N, Abcarian A, Norgensam J Dis Colon Rectum* 2017
27. Loungnarath R, Dietz DW, Mutch MG, Birnbaum EH, Kodner IJ, Fleshman JW. Fibrin glue treatment of complex anal fistula has low success rate. *Dis ColonRectum*. 2004; 47:432-6.
28. Witte ME, Klaase JM, Gerritsen JJ, Kummer EW. Fibrin glue treatment for simple and complex anal fistulas. *Hepatogastroenteology*. 2007; 54:1071-73.
29. Sentovic SM. Fibrin glue for anal fistulas: long term results. *Dis Colon Rectum*. 2003; 46:498-502.
30. van Koperen PJ, Wind J, Bemelman WA, Bakx R, Reitsma JB, Slors JF. Long term functional outcome and risk factors for recurrence after surgical treatment for low and high perianal fistulas of cryptoglandular origin. *Dis Colon Rectum*. 2008;15:1475-81.
31. van Koperen PJ, D'Hoore A, Wolthuis AM, Bemelman WA, Slors JF. Anal fistula plug for closure of difficult anorectal fistula: A prospective study. *Dis Colon Rectum*. 2007; 50:2168-72.
32. Lenisa L, Espin-Basany E, Rusconi A, Mascheroni L, Escoll-Rufino J, Lozoya-Trujillo R, et al: Anal fistula plug is a valid alternative option for the treatment of complex anal fistula in the long term. *Int J Colorectal Dis*. 2010; Jun 17
33. Christoforidis D, Etzini DA, Goldberg SM, Madoff RD, Mellgren A. Treatment of complex anal fistulas with the collagen fistula plug. *Dis Colon Rectum*. 2008; 51:1482-7.
34. Schouten WR, Zimmerman DD, Briel JW. Transanal advancement flap repair of transsphincteric fistulas. *Dis Colon Rectum*. 1999; 42:1419-23.
35. Mizrahi N, Waxner SD, Zmora O, Da Silva G, Efron J, Weiss EG, et al: Endorectal advancement flap: are there predictors of failure? *Dis Colon Rectum*. 2002;45:1616-21.
36. Bleier JIS, Moloo H, Goldberg SM. Ligation of the intersphincteric fistula tract: an effective new technique for complex fistulas. *Dis Colon Rectum* 2010; 53: 43-6
37. Abel ME, Chiu YS, Russel TR, Volpe PA. Autologous fibrin glue in the treatment of rectovaginal and complex fistulas. *Dis Colon Rectum*. 1993;36:447-9.
38. Buchanan GN, Bartram CI, Philips RK, Gould SW, Halligan S, Rockall TA, et al. Efficacy of fibrin sealant in the management of complex anal fistula: a prospective trial. *Dis Colon Rectum*. 2003;46:1167-74.
39. Cintron JR, Park JJ, Orsay CP, Pearl RK, Nelson RL, Sone JH, et al. Repair of fistulas-in-ano using fibrin adhesive: long term follow-up. *Dis Colon Rectum*. 2000;43:944-50.
40. Lindsey I, Smilgin-Humphreys MM, Cunningham C, Mortensen NJ, George BD. A randomized controlled trial of fibrin glue vs conventional treatment for anal fistula. *Dis Colon Rectum*. 2002; 45:1608-15.
41. Zmora O, Neufeld D, Ziv Y, Tulchinsky H, Scott D, Khaikin M, et al. Prospective, multicenter evaluation of highly concentrated fibrin glue in the treatment of complex cryptogenic perianal fistulas. *Dis ColonRectum*. 2005; 48:2167-72.
42. Fistula tract laser closure: Long term results and new operative strategies *Giamundo P, Esercizio L, Valente M Tech Coloproctol* 2015
43. Five years of experience with the Filac laser for fistula-in-ano management: long-term follow up from a single institution *Wilhelm A, Fiebig A, Krawczak M Tech Coloproctol* 2017
44. Goldberg SM, Garcia-Aquilar J, The cutting seton. In: Phillips RKS, Luniss PJ, Anal fistula. *Surgical evaluation and management*. London: Chapman e Hall; 1996.p.95-102