

C 126

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

FÍSTULAS ANORRETAIS
ANÁLISE DE 235 CASOS

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO DE 1986

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

FÍSTULAS ANORRETAIS
ANÁLISE DE 235 CASOS

AUTORES:

- * JOÃO CARLOS COSTA DE OLIVEIRA
- * JOYCE MARI STOCCO

ORIENTADOR:

- ** DR. JOSÉ MAURO DOS SANTOS

- * Doutorandos da 12ª fase de Medicina
- ** Médico do Serviço de Colon-proctologia
do Hospital Universitário

AGRADECIMENTOS:

Ao Dr. Felipe Felício

**Professor Adjunto II do Departamento de
Clínica Cirúrgica da UFSC**

Ao Dr. Armando José d'Acampora

**Professor Assistente III do Departamento
de Clínica Cirúrgica da UFSC**

ÍNDICE

	Pg.
I - RESUMO	01
II - INTRODUÇÃO	02
III - MATERIAL E MÉTODOS	03
IV - RESULTADOS	04
V - DISCUSSÃO	08
VI - SUMMARY	11
VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12

RESUMO

Fez-se um estudo de 235 casos de fístulas anorretais. Avaliou-se estatisticamente diversos dados relacionados com os pacientes: idade, cor, sexo, e os relacionados com a própria doença, demonstrando suas múltiplas variáveis: localização, forma, tratamento, complicações, etc.

Partindo dos resultados obtidos e da literatura, passou-se às comparações, procurando consolidar os dados coincidentes e explicar as discordâncias ocorridas.

Finalizando, sugeriu-se que os baixos índices de complicações pós-operatórias - neste estudo: 10 casos de recidivas (4,2%) e nenhum caso de incontinência - se devem diretamente à experiência do cirurgião e seu conhecimento anatômico da região anorretal, o que vem sendo afirmado pela maioria dos autores.

INTRODUÇÃO:

A fístulas anorretais são trajetos inflamatórios crônicos que comunicam a parede do reto ao canal anal ou aos tecidos e órgãos vizinhos. O desconforto que causa ao paciente requer diagnóstico correto e terapêutica efetiva. Raros casos podem se resolver com tratamento paleativo e fechamento espontâneo da fístula por granulação ou epitelização^{8,9}. A imensa maioria necessita de cirurgia^{8,9,11,12}, a qual se caracteriza por suas principais complicações, recidiva e incontinência, estarem relacionadas ao conhecimento do cirurgião sobre a anatomia da região anorretal.

A história da medicina cita a fístula anorretal desde a época de Hipócrates, que demonstrou conhecimento da fisiopatologia das fístulas, pois as relacionou à formação de abscessos e descreveu métodos terapêuticos como fistulectomia, colocação de seton e banhos de assento^{1,5,6}. Goodsall e Miles⁹, em 1900, publicaram uma extensa descrição a respeito das fístulas anorretais, desde fatores etiológicos ao tratamento. Lockhart e Mummery¹⁹, em 1929, afirmaram que as glândulas anais abrem-se nas criptas, que são provavelmente a origem da infecção anorretal. Posteriormente, Eisenhammer¹⁹ referiu que as glândulas anais são ramificadas em estruturas lineares e tubulares pelo epitélio de transição, terminando frequentemente no plano entre os esfíncteres interno e externo.

O presente trabalho se propõe a analisar a casuística do nosso meio, comparando com resultados de outros centros, presentes na literatura.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se uma análise retrospectiva de 235 casos de fístulas anorretais operadas no Hospital de Caridade e no Hospital Universitário no período de 1973 a 1985, inclusive. Foram utilizados os prontuários de ambos os hospitais, levantando os dados referentes à idade, sexo, tipo de fístula, tempo de internação hospitalar, tratamento realizado e suas complicações.

As fístulas foram classificadas *quanto a localização em transesfincterianas, quando houve comprometimento muscular, e subcutâneas quando restritas ao tecido celular subcutâneo; quanto a forma, em completas quando foram identificados orifício primário, secundário e trajeto, e incompletas quando além do trajeto somente um dos extremos orificiais estava presente; simples quando existia apenas um orifício primário, um trajeto e um orifício secundário, e complexas quando em ferradura ou quando apresentavam mais de um orifício secundário.

A localização dos orifícios foi dividida em quadrantes (anterior direito e esquerdo, posterior direito e esquerdo); os orifícios localizados na linha média posterior e anterior foram classificados separadamente pela sua alta incidência.

* Dentre as classificações existentes a mais conhecida é a de Parks¹⁷, que não foi utilizada por falta de dados nos prontuários.

RESULTADOS

Os pacientes tinham idades que variavam de 1 ano e 9 meses a 73 anos, com pico de incidência na 3ª e 4ª décadas (Figura 1). O sexo masculino foi o mais acometido na proporção de 2:1, representando 68% dos casos. A grande maioria era da raça branca. (99,2%)

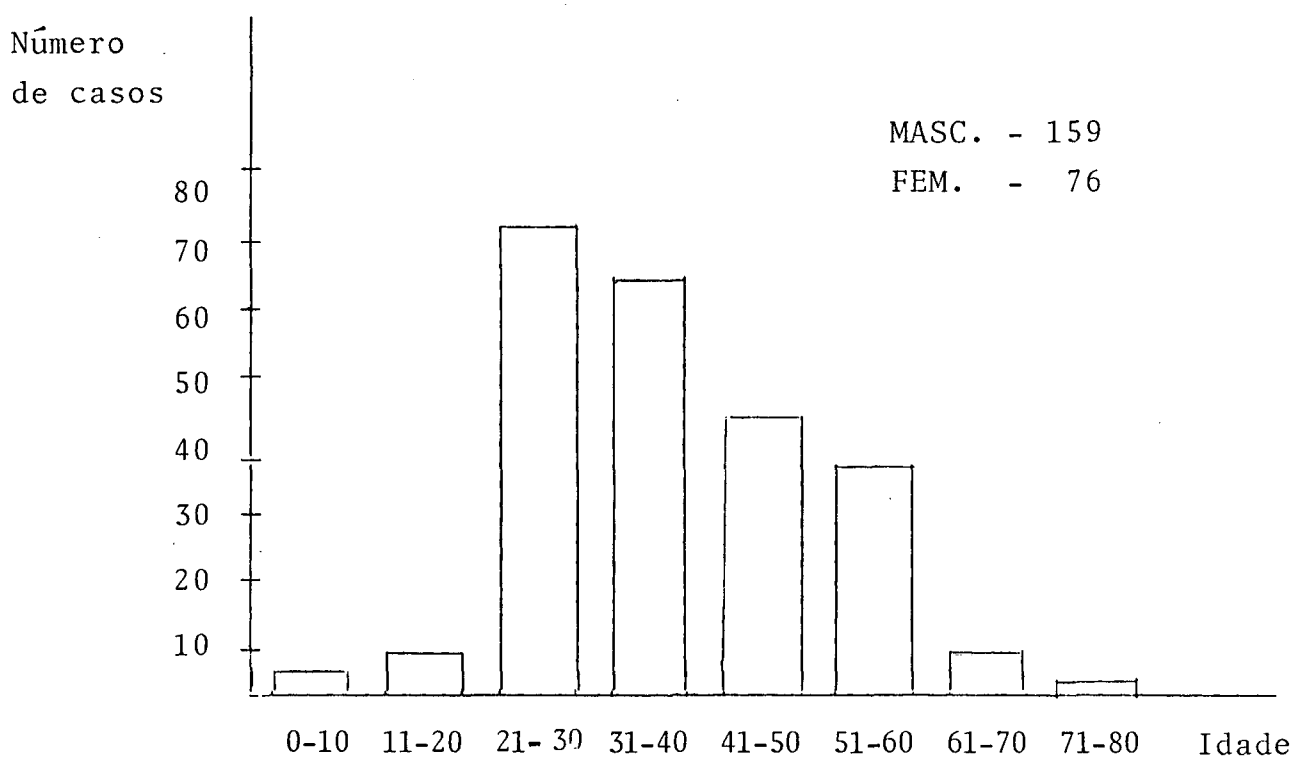


Fig. 1 - Distribuição dos 235 pacientes segundo idade e sexo.

A origem das fístulas foi na grande maioria dos casos inespecífica ou criptoglandular (95,4%), porém causas específicas foram encontradas, como corpos estranhos (3,4%), fístula tuberculosa em 2 pacientes (0,8%) e um caso de fístula diabética (0,4%).

O sintoma mais frequente foi a drenagem espontânea de secreção pelo orifício fistuloso (Tabela 1).

TABELA 1
Classificação das fístulas conforme o tipo

Sintoma	Número	Porcentagem
Drenagem de Secreção	229	97,4
Dor	163	69,3
Abscessos de repetição	84	35,7
Sangramento	08	3,4
Prurido	04	1,7

As fístulas acometeram a musculatura anorretal em 97,0% dos casos e apenas o tecido celular subcutâneo em 3,0%. Quanto à forma, 83,9% eram simples e 16,1% complexas, 98,3% eram completas e apenas 1,7% incompletas (Tabela 2).

Dentre as fístulas complexas, 16 casos eram em ferradura, representando 6,8% da casuística total, e as fístulas com mais de um orifício secundário apareceram em 9,3%. Três pacientes (1,2%) apresentaram mais de 1 fístula com trajetos distintos.

TABELA 2
Distribuição dos Sintomas

Tipo	Número	Porcentagem
Completas	231	98,3
Incompletas	1,7	1,7
Simples	197	83,9
Complexas	38	19,7

Tanto o orifício primário quanto o secundário se localizaram preferencialmente no quadrante anterior esquerdo, como demonstrado na Tabela 3.

A patologia orifical mais comumente associada foi a doença hemorroidária (Tabela 4).

TABELA 3

Localização do orifício primário (OP) e orifício secundário*(OS)

Localização	Percentagem - OP	Percentagem - OS
QAD	20,3	18,9
QAE	29,7	31,5
QPD	12,6	14,5
QPE	15,0	20,3
P	20,4	13,0
A	2,0	1,8

* Abreviações são: QAD = quadrante anterior direito; QAE = quadrante anterior esquerdo; QPD = quadrante posterior direito; QPE = quadrante posterior esquerdo; P = cripta posterior; A = cripta anterior.

TABELA 4

Patologias orificiais associadas às fístulas

Patologia	Número	Percentagem
Hemorróidas	79	33,6
Pólipo retal	03	1,2
Fissura anal	03	1,2
Prolapso retal	02	0,8

A fistulectomia foi o tratamento utilizado na maioria dos casos (99,1%), sendo realizado a esfínterectomia primária em 59,1%. A fistulotomia com curetagem foi realizada em apenas 2 pacientes (0,9%) (Tabela 5).

TABELA 5

Tipo de Cirurgia

	Fistulectomia		Fistulotomia
	com esfínterectomia	sem esfínterectomia	
Número	139	94	02
Porcentagem	59,1	40,0	0,9

O reparo da musculatura esfínteriana com fio de seda (seton) foi feito em 49,7% das cirurgias, e o mesmo retirado num período que variou entre 30 a 45 dias, o que foi necessário em 41 casos.

Alterações permanentes da continência anal não ocorreram nesta casuística. O índice de recidivas próprias foi de 4,2%, enquanto que nos pacientes operados primariamente noutros serviços a recidiva foi de 9,7% (22 casos).

O tempo de internação hospitalar foi em média 5,9 dias.

DISCUSSÃO

A fístula anorretal apresenta supuração crônica, cujos micro-organismos possuem origem predominantemente intestinal. Grace et al¹⁰, numa série de 68 pacientes, usando meios de cultura semeados com secreção das fístulas, obtiveram 62 culturas com crescimento de bactérias intestinais.

Ao se comparar os resultados obtidos neste trabalho, percebe-se muitos pontos semelhantes com os da literatura^{2,4,20,21,23,25,26}. O sexo masculino predominou uma proporção de 2:1, as 3ª e 4ª décadas foram as mais frequentes. A raça branca representou a imensa maioria dos pacientes, o que provavelmente se deve à predominância desta raça na região.

A doença inflamatória anorretal, representada por criptite, abscesso e fístula é na verdade a sequência natural de uma mesma doença^{11,12,16,22}, sendo assim, a etiologia criptoglandular foi a causa mais frequente das fistulas anorretais. Em 8 pacientes (3,4%), a fístula foi originada a partir de corpos estranhos. A tuberculose como causa de fístula ocorreu em 7 pacientes. A confirmação da etiologia tuberculosa só pode ser feita pelo exame anátomo-patológico¹¹, o que ocorreu nos casos citados; porém apenas 2 deles foram relacionados nesta casuística, por serem os únicos submetidos a tratamento cirúrgico. Nos demais, as fístulas provavelmente se fecharam espontaneamente^{8,9}, com o tratamento clínico, ou então foram operadas em outros serviços. Segundo Goodsall⁹ certas condições, como o Diabetes mellitus, predis põem ao aparecimento da fístula; isto ocorreu em um paciente desta casuística.

A drenagem de secreção purulenta pelo orifício externo foi a manifestação clínica mais comum (97,4%), diferindo de alguns autores²⁶ e concordando com outros²⁰. A dor na região perianal foi o segundo sintoma mais encontrado com 69,3% dos casos, e o relato de abscessos perianais de repetição também apareceu num percentual elevado (35,7%). Outros sintomas e sinais menos comuns também apareceram, como prurido, sangramento, etc. Goodsall⁹ refere que quando o sangramento está presente, este comumente é relacionado com hemorróidas concomitantes. Esta foi a patologia orifical mais frequente em associação com os casos aqui estudados.

A fístula reto-vaginal pode ser de causa criptoglandular, porém mais comumente se origina de traumatismos obstétricos com roturas de vagina e reto^{8,11}; das 5 fístulas retovaginais duas ocorreram pós-parto e em 3 a causa não pôde ser precisada.

A maioria dos autores refere predominância do orifício primário na região posterior do canal anal^{2,14,18,20,21}. No presente estudo as regiões anterior e posterior se equivaleram, e o quadrante anterior esquerdo foi o mais acometido (29,7%). A cripta mediana posterior isolada foi a origem das fístulas em 20,4% dos casos e a mediana anterior em 2%.

O comprometimento da musculatura esfínteriana anal é um fato extremamente comum. A fístula subcutânea é rara, apenas 3,0% dos casos desta pesquisa, enquanto a transesfíntérica em 97,0%, a fístula supra-esfíntérica não apareceu nos casos pesquisados. Este fato coincide com Sainio e Husa²³ com 87% comprometendo músculos, e Valisevský e Gordon²⁶ com 94% transesfíntérica e 1,3% supra-esfíntéricas. Sainio e Husa²³ consideram que as fístulas pelve-retais não têm origem no ano-rectum e sim devido à doenças inflamatórias abdômino-pélvicas.

A regra de Goodsall - Salmon^{3,8,24} foi confirmada principalmente nos orifícios secundários localizados anteriormente à linha média transversa do canal anal, quando estes corresponderam aos orifícios primários respectivos, porém nos localizados posteriormente a esta linha, em apenas 16 casos o trajeto se mostrou curvo em direção à cripta mediana posterior, como prevê a regra, e nos demais o trajeto foi direto para a cripta correspondente.

Das fístulas anorretais, 6,8% eram em ferradura, o que se aproxima dos resultados de outros trabalhos. Vasilevský e Gordon obtiveram 4% em uma casuística²⁵ e 8,8% em outra²⁶, enquanto que Ramos et al²⁰, 5,5%.

As causas principais de recidivas no tratamento são: A não detecção do orifício primário, a não evidência de extensões laterais e falhas na abertura do trajeto fistuloso com receio da incontinência⁷. Nesta análise, em apenas 1,7% não se encontrou o orifício primário, o que provavelmente foi um dos fatores responsáveis pelo pequeno índice de recidivas obtidas. Outros autores apresentam índices de recidivas variáveis. Sainio e Husa²³ com 11%, Adams e Kovalcik¹ 3,7%, Ramamujam et al¹⁹ 3,4%, Parks¹⁶ 9%, Vasilevský e Gordon²⁶ 6,3%, Aguilar et al² 1,5%, Lillius⁷ 5,5% e Goldberg⁷ cita índices que variam de 0,7 a 26,5%.

A incontinência é a complicação mais importante das cirurgias de fístula anorretal²⁴, e é relatada por diversos autores em incidências variáveis. Kuypers¹⁵ apresentou 10%, Sainio e Husa²³ 3% para fezes, Parks¹⁶ 17%, Aguilar et al² com 7% para gases e 6% para fezes, Lillius⁷ teve alterações na continência em 13,5%, Goldberg⁷ cita índi

ERRATA

Na pg. 5, leia-se:

TABELA 1 , Distribuição dos Sintomas

TABELA 2

Classificação das Fístulas quanto à Forma

TIPO	NÚMERO	PERCENTAGEM
Completas	231	98,3
Incompletas	4	1,7
Simplex	197	83,9
Complexas	38	16,1

Na pg. 10, leia-se:

Em média o tempo de internação hospitalar foi de 5,9 dias, porém sete casos não entraram no cálculo da média pois possuíam doenças sistêmicas que prolongaram excessivamente o tempo de internação. Hanley¹³ obteve em média 4,6 dias de internação em seus pacientes, Culp⁵, 6,5 dias.

ces entre 5 a 40%. Os pacientes da casuística em estudo não apresentaram alterações da continência.

A possibilidade do paciente tornar-se incontinente no pós-operatório é o critério para a colocação do fio^{5,24}. O seton foi usado em 49,7%. Um índice alto se comparado com outras casuísticas. Vasilevsky e Gordon²⁶ em 10%, Ramos et al²⁰ em 15,4%. Kuypers¹⁵ usando seton em 10 pacientes não teve nenhum caso de recidiva.

Em média o tempo de internação hospitalar foi de 5,9 dias, porém sete casos não entraram no cálculo da média pois possuíam doenças sistêmicas que prolongaram excessivamente o tempo de internação em seus pacientes, Culp⁵, 6,5 dias.

Harley¹³ sugere que o tratamento de abscessos e fístulas anorretais sejam conduzidos ou supervisionados por cirurgiões que possuam grande experiência na patologia e profundo conhecimento da anatomia local. Concluimos então que os baixos índices de recidivas estão diretamente relacionados a experiência e metodização de técnicas da equipe cirúrgica. A incontinência é uma complicação grave, que pode ser afastada, desde que não sejam usadas manobras intempestivas durante a cirurgia, e que técnicas alternativas como o uso do seton sejam condideradas e usadas quando a secção muscular tenha que ser muito extensa.

SUMMARY

SIR, — the authors study 235 cases of anorectal fistulae. Statistics includes several data related with the pacientes, such as age, colour and sex. Data related specifically with the disease, such as localization, morphology, treatment and complication are also tried out.

The authors' findings are compared to those available in the literature. From this comparison the authors try to consolidate the similar findings and to explain the dissimilar ones.

Post-operative complications are rare and include 10 cases of anorectal fistula recurrence and none of incontinence. This post-operative complication slow index is supposed to be straight related with the surgeon's own experience and his knowledge of the anorectal anatomy as mentioned by most authors.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADAMS D e KOVALCIK PJ. Fistula in ano. Surg. Gynecol. Obstet., 153: 731-2, Nov., 1981.
2. AGUILAR PS, PLASENCIA G, HARDY G Jr, HARTMANN RF, STEWART WRC. Mucosal advancement in the treatment of anal fistula. Dis. Col. & Rect., 26 (2): 496-8, Jul., 1985.
3. BRENNER S, MALAFAIA O, SOUZA FJ, MARCHESINI JB, LANGE PAR. Fístula perianal em ferradura. Análise de 15 casos. Rev. bras. Colo-Proct., 5 (3): 143-7, 1985
4. CHRABOT CM, PRASAD ML, ABCARIAN H. Recurrent anorectal abscesses. Dis. Col. & Rect., 26 (2): 105-8, Feb., 1983.
5. CULP CE. Use of Penrose drains to treat certain anal fistulas: a primary operative seton. Mayo Clin. Proc., 59: 613-7, 1984.
6. GINGOLD BS. Reducing the recurrence risk of fistula in ano. Surg. Gynecol. Obstet., 156 (5): 661-2, May, 1983.
7. GOLDBERG SM et al. Anorectal abscess and fistula-in-ano. In:—. Essentials of anorectal surgery. Philadelphia, J.B. Lippincott, 1980. Chap.8, p.100-27, il.
8. GOLIGHER JC et al. Fístula de ano. In:—. Cirurgia del ano, recto y colon. Barcelona, Salvat, 1981. Cap.7, p.171-211, il.
9. GOODSALL DH. Classic articles in colonic and rectal surg. Dis. Col. & Rect., 25 (3): 262-78, Apr., 1982.
10. GRACE RH, HARPER JA, THOMPSON RG. Anorectal sepsis: microbiology in relation to fistula-in-ano. Br. J. Surg., 69 : 401-3, 1982.
11. HADDAD J. Processos inflamatórios do canal anal. Fistula ano-retal. In: ZERBINI EJ. Clínica cirúrgica Alípio Corrêa Neto. 3.ed. São Paulo, Sarvier, 1979. v.5, cap.19, p-246-60, il.

12. HANLEY PH. Abscesso - fístula anorrectal. Clin. Cir. Amer. Norte, 58 (3): 478-503, Jun., 1978.
13. HANLEY PH. Reflections on anorectal abscess fistula: 1984. Dis. Col. & Rect., 28 (7): 528-33, Jul., 1985.
14. KUYPERS JHC. Diagnosis and treatment of fistula-in-ano. Netherlands J. Surg., 34 (4): 147-52, 1982.
15. KUYPERS HC. Use of the seton in the treatment of extrasphincteric anal fistula. Dis. Col. & Rect., 29 (2): 109-10, Feb., 1984.
16. PARKS AG et al. The treatment of high fistula-in-ano. Dis. Col. & Rect., 19 (6): 487-99, Sep., 1976.
17. PARKS AG, GORDON PH, HARDCASTLE JD. A classification of fistula-in-ano. Br. J. Surg., 63 : 1-12, Jan., 1986.
18. RAMANUJAM PS, PRASAD ML. The role of seton in fistulotomy on the anus. Surg. Gynecol. Obstet., 157: 419-22, Nov., 1983.
19. RAMANUJAM PS, PRASAD ML, ABCARIAN H. Perianal abscesses and fistulas. A study of 1023 patients. Dis. Col. & Rect., 27 (9): 593-7, Sep., 1984.
20. RAMOS JR, PINHO M, BEZERRA EP, SIMÕES DL, BATISTA FG. Abscessos e fístulas anais. Experiência do Serviço de Colo-proctologia do Hospital do Andaraí. Rev. bras. Colo-Proct., 5 (4): 185-9, 1985.
21. RAMSTEAD KD. Do anal abscesses lead to fistulae-in-ano? Brit. J. Clin. Proct., 37 (2): 58-60, 1983.
22. RASO P. Esôfago, Estômago. Intestino. Peritônio. Mesentério. Tumores retroperitoneais. Ânus. Abscesso e fístula anais. In: BOGLIOLO L. Patologia, 3.ed. Rio de Janeiro, Guanabara, Koogan, 1981. Cap.19, p.650-1.
23. SAINIO P, HUSA A. Fistula-in-ano. Clinical features and long term results of surgery in 199 adults. Acta Chir. Scand., 151: 169-176, 1985.

24. STORER EH et al. Colon, reto e ânus. Fístula anal. In: SCHWARTZ SY. Princípios de Cirurgia. 4.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1985. v.2, cap.28, p.1366-70, il.
25. VASILEVSKY CA, GORDON PH. The incidence of recurrent abscess or fistula-in-ano following anorectal suppuration. Dis.Col. & Rect., 27 (2): 126-30, Feb., 1984.
26. VASILEVSKY CA, GORDON PH. Results of treatment of fistula-in-ano. Dis. Col. & Rect., 28 (4): 225-31, Apr., 1985.

TCC
UFSC
CC
0126

N.Cham. TCC UFSC CC 0126

Autor: Oliveira, João Car

Título: Fístulas anorretais : análise d



972801671

Ac. 252955

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM