

U F M A
HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO



Saúde e Educação Trabalhando Juntas

Universidade Federal do Maranhão
Hospital Universitário

Protocolo Clínico
Serviço de Coloproctologia
Doenças Orificiais

Data de Emissão: maio/2010

Revisão: n°.

Data de Revisão: mês/ano

Elaboração: Prof. Ms. João Batista Pinheiro Barreto Alexandre José Aguiar Andrade	Aprovação:	Visto do CCIH:
---	------------	----------------

**Serviço de Coloproctologia
Doenças Orificiais**

1 OBJETIVO

Padronizar o atendimento e tratamento dos pacientes com doenças orificiais no HUUFMA.

2 DESCRIÇÃO

Os abscessos e as fístulas anais podem ser considerados como o espectro de apresentação de uma mesma doença; os primeiros representariam a fase aguda enquanto que os últimos, a crônica deste processo.

Abscesso Anal

Etiologia: Possuem várias causas específicas para o aparecimento dessas infecções como traumatismo, corpo estranho, neoplasias de reto e canal anal, doença inflamatória intestinal, actinomicose, inflamação pélvica, radiação, complicações de doenças orificiais. Entretanto, a grande maioria dos abscessos está relacionada à infecção das glândulas que se localizam nas criptas anais (teoria criptoglandular). Podem evoluir para um simples abscesso interesfincteriano ou se estender verticalmente, horizontalmente ou circunferencialmente, resultando em uma variedade de apresentações.

Os agentes infecciosos mais frequentemente encontrados são as bactérias da margem anal, aeróbios a anaeróbios sendo a bactéria mais comumente encontrada a *E. coli*.

A tendência normal após a drenagem de um abscesso é a cura do processo, porém 30-40% evoluem pra fístula.

Classificação: São classificados de acordo com sua localização nos espaços anorretais. De acordo com a classificação de Eisenhammer, modificada por McElwais *et al*:

Perianal

Submucoso

Interesfincteriano Alto

Interesfincteriano Baixo

Isquiorretal.

Incidência: Mais freqüente entre a quarta e a sexta década com predomínio do sexo masculino.

Quadro clínico: A apresentação clínica depende do tipo de abscesso, mas a sintomatologia inicial e principal é o quadro doloroso que se inicia abruptamente e piora com a movimentação e esforços.

**Serviço de Coloproctologia
Doenças Orificiais**

A febre geralmente está ausente na fase inicial do processo, com exceção daqueles casos de abscesso muito volumoso. Edema, intumescência e rubor podem ocorrer nas supurações superficiais; nas profundas o tumor pode ser percebido pelo toque retal.

Diagnóstico: Na grande maioria das vezes é clínico, sendo complementado pelo exame físico.

Tratamento: Eminentemente cirúrgico com a drenagem da lesão devendo ser ampla. Os abscessos simples e superficiais muitas vezes podem ser drenados com anestesia local sem necessidade de antibioticoterapia.

Fístulas Anais

É um pertuito com infecção crônica, ligando duas superfícies com revestimento epitelial. Na fístula anal, o orifício interno localiza-se na linha pectínea e o externo na pele perianal.

Etiologia: A grande maioria das fístulas é secundária à infecção criptoglandular, raramente podem ser associadas a doenças específicas como neoplasias, doença de Crohn, retocolite ulcerativa, tuberculose, actinomicose e linfogranuloma venéreo. Fístulas anais congênicas são excepcionais.

Quadro Clínico: O paciente queixa-se da presença permanente ou intermitente de secreção, que pode ser purulenta, serosa ou mesmo sanguinolenta; em alguns casos os pacientes referem eliminação de gases pelo orifício externo e raramente fezes.

Freqüentemente está associada a dor e prurido anal. Muitos dos pacientes referem ter sido submetidos a drenagem de abscessos anteriormente.

Diagnóstico: No exame proctológico observa-se a presença de orifício externo na margem anal, com tecido de granulação em seu interior, drenando ou não secreção. Na palpação podemos perceber o trajeto fistuloso como um cordão fibroso dirigindo-se até o canal anal, indicando seu provável trajeto. No pré-operatório deve-se ser realizada a retossigmoidoscopia para excluir doenças associadas.

Classificação: De acordo com Parks *et al.* (1976) as fístulas são divididas em 4 grupos:

1. Interesfincteriana
2. Transesfincteriana
3. Supraesfincteriana
4. Extraesfincteriana

**Serviço de Coloproctologia
Doenças Orificiais**

As fístulas interesfincterianas e as transesfincterianas representam a imensa maioria dos casos, 65% e 30% respectivamente.

Tratamento: É cirúrgico feito com anestesia raquimedular.

O sucesso do procedimento depende da localização do orifício interno. A localização do orifício externo já é um indicativo, não um determinante, de onde deverá se localizar o orifício interno, segundo a regra de Goodsall-Salmon.

Esta regra tem a finalidade de localizar o orifício interno a partir do orifício externo. O autor dividiu o orifício anal com uma linha transversal imaginária em duas metades, uma anterior e outra posterior. De acordo com esse esquema, todo orifício fistuloso externo que estiver situado na metade anterior do ânus corresponde a uma fístula retilínea com orifício interno na linha pectínea, no mesmo raio externo. Todo orifício externo que se localizar na metade posterior do ânus (80% das fístulas), tem um trajeto curvilíneo correspondendo a uma fístula cujo orifício interno localiza-se na metade posterior do ânus. É importante frisar que a regra não se aplica nos casos em que o orifício externo esteja situado a mais de 5 cm da borda anal.

Com o espéculo colocado em posição adequada, abertura dirigida para o lado da localização da possível cripta envolvida, injeta-se no orifício externo, com auxílio de uma seringa, água oxigenada ou azul de metileno que denuncia o orifício interno. Após definido o trajeto fistuloso introduz-se um estilete do orifício externo em direção ao interno, onde se inicia a incisão do trajeto. Depois de aberto todo o trajeto deve-se proceder à curetagem de todo o tecido de granulação do leito. A ferida deve permanecer aberta para cicatrização por segunda intenção.

Nas fístulas mais complexas a cirurgia deve ser feita em dois tempos. Nesta abordagem usa-se o Seton para reparar o trajeto fistuloso, os materiais mais utilizados são o fio de algodão, dreno de penrose e o fio de nylon. Nessas situações ainda se pode recorrer a retalhos de pele da região perianal para o interior do canal anal.

Fissura Anal

É uma úlcera linear da pele que recobre o canal anal e que se estende da linha pectínea até a área anocutânea, geralmente localiza-se na comissura posterior da linha média. A localização pode variar, sendo que, muitas vezes uma fissura anterior na linha média é encontrada em mulheres. Na presença de fissuras fora dessas duas localizações devemos suspeitar de doenças associadas, como Doença de Crohn.

A fissura anal aguda é superficial com pequena reação inflamatória ao redor. A fissura crônica é geralmente profunda, expondo fibras do esfíncter

**Serviço de Coloproctologia
Doenças Orificiais**

interno na sua base. Está freqüentemente associada a plicomas sentinelas, externamente e uma papila hipertrofiada internamente.

Etiologia: A compreensão acerca do aparecimento da lesão inicial, seguido de sua cronificação, continua em discussão, sem consenso entre os pesquisadores. Várias teorias são aventadas, permanecendo o trauma como fator desencadeante principal.

A formação de uma fissura anal se iniciaria por uma eliminação forçada de fezes endurecidas e de calibre aumentado, desencadeando uma reação inflamatória e principalmente espasmo esfinteriano, impedindo a cicatrização espontânea da fissura. A localização preferencial das fissuras é explicada por estudos demonstrando a irrigação sanguínea do canal anal e a disposição das fibras musculares esfinterianas. Acredita-se que ciclo dor – espasmo esfinteriano interno – dor seja o mecanismo mais importante na manutenção da fissura crônica.

Quadro Clínico: O principal sintoma é a dor anal durante a defecação, durando em torno de 30 minutos até algumas horas. A sensação dolorosa é descrita por alguns pacientes como “*broken glass*” (vidro quebrado). O sangramento é freqüente, mas não obrigatório, é um sangue vivo rutilante, notado no papel higiênico ou na água do vaso sanitário e raramente nas fezes e que cessa espontaneamente logo após a evacuação. Constipação intestinal está quase sempre presente e se agrava pelo medo da dor ao evacuar.

Diagnóstico: A história clínica geralmente é suficiente para estabelecer o diagnóstico. A inspeção do ânus normalmente demonstra a parte distal da fissura. Quando presente o plicoma sentinela é facilmente localizado. O toque retal deve ser postergado até a melhora dos sintomas, entretanto, se realizado irá evidenciar hipertonia esfinteriana, presença de úlcera linear e de uma papila hipertrofiada na altura da linha pectínea.

Tratamento clínico: É o tratamento preferencial. Nas fissuras agudas a primeira linha consiste nos banhos mornos de assento e alimentação rica em fibras. Os pacientes com fissuras crônicas devem iniciar o esquema para tratamento agudo, porém iniciar outros esquemas simultâneos incluindo a nitroglicerina ou dinitrato de isossorbida, uma esfinterotomia química.

Vários autores têm empregado a toxina botulínica, mas não é uma prática em nosso serviço.

Tratamento cirúrgico: Os pacientes com fissuras crônicas que não obtém bons resultados com o tratamento clínico, tanto para doença persistente quanto recidivante e aqueles que apresentam complicações podem se beneficiar do tratamento cirúrgico. O procedimento da distensão anal (operação de Lord) não está mais indicado, sendo a esfinterotomia interna lateral parcial a operação mais comumente utilizada.

Doença Hemorroidária

Hemorróidas são coxins de submucosa espessada contendo arteríolas e vênulas comunicantes ancoradas na musculatura anal formando grandes emaranhados vasculares, os corpos cavernosos, que se enchem de sangue constituindo os mamilos hemorroidários, estruturas anatômicas do canal anal. A doença hemorroidária surge quando esses coxins tornam-se túrgidos, prolapsando na luz do canal anal, inflamados, produzindo sintomas.

Classificação: De acordo com sua localização:

1. Internas;
2. Externas.

Por sua vez, as hemorróidas internas classificam-se em 4 graus:

Grau I: Os mamilos não prolapsam;

Grau II: Os mamilos prolapsam reduzindo espontaneamente;

Grau III: Os mamilos prolapsam e reduzem manualmente;

Grau IV Os mamilos prolapsam e não reduzem.

Quadro clínico: O sangramento é a principal queixa, manchando o papel higiênico durante o asseio, gotejante no vaso ou em jato durante ou imediatamente o ato de defecar. Está associado a traumatismo pela passagem de fezes endurecidas e pelo tipo de higiene local. O prolapso é outro sinal freqüente na história dessa doença caracterizando-se pela exteriorização dos mamilos pelo canal anal durante o ato defecatório ou atividade física. A dor é geralmente de leve intensidade; quando acentuada, relaciona-se a complicações como trombose ou associação com outra enfermidade. Prurido, sensação de queimação e incontinência fecal são sintomas menos freqüentes.

Diagnóstico: É feito pela anamnese e exame proctológico (inspeção, toque retal, retoscopia, retossigmoidoscopia).

Diagnóstico diferencial: É feito com fissuras anais, abscessos, fístulas, prolapso de pólipos de reto, prolapso retal.

Tratamento

Hemorróidas grau I: Tratamento não-invasivo; orientação dietética com ingesta de fibras, aumento da ingesta hídrica, evitar o uso de papel higiênico, comidas condimentadas, frutas ácidas, fritura e álcool. O uso de pomadas e supositórios, cuja função parece ser relacionada apenas com a lubrificação do canal anal. Tratamento alternativo: fotocoagulação com infravermelho.

Hemorróidas grau II; idêntico ao grau I, porém o tratamento invasivo será a ligadura elástica que é realizada em ambulatório.

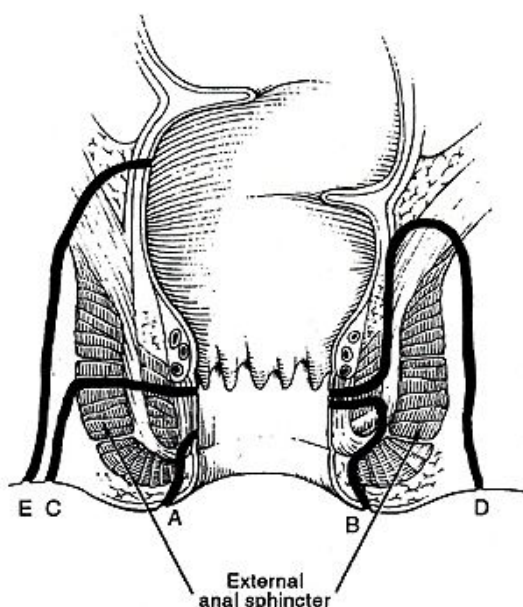
Hemorróidas grau III e IV: é o tratamento invasivo cirúrgico. Técnica convencional aberta (Milligan-Morgan) ou fechada (Fergusson) e as técnica com grampeadores circular.

Hemorróidas trombosadas: A trombose ocorre frequentemente em hemorróidas grau III-IV. Organização e reabsorção do coágulo ocorrem dentro de dias após a trombose de hemorróidas internas ou externas. O tratamento da trombose aguda de hemorróidas internas é geralmente conservador. Exceção são os casos de trombose concomitante de hemorróidas externas e internas (por vezes visto após o parto) e de dor severa, nos quais a hemorroidectomia pode ser necessária.

Hemorróidas externas trombosadas podem causar dor excruciante agudamente. Nesses casos, a evacuação cirúrgica do mamilo hemorroidário com excisão da pele que recobre a hemorróida trombosada pode produzir alívio imediato. Alternativamente, analgésicos orais e tópicos, laxantes e banhos de assento podem proporcionar alívio adequado até a resolução espontânea.

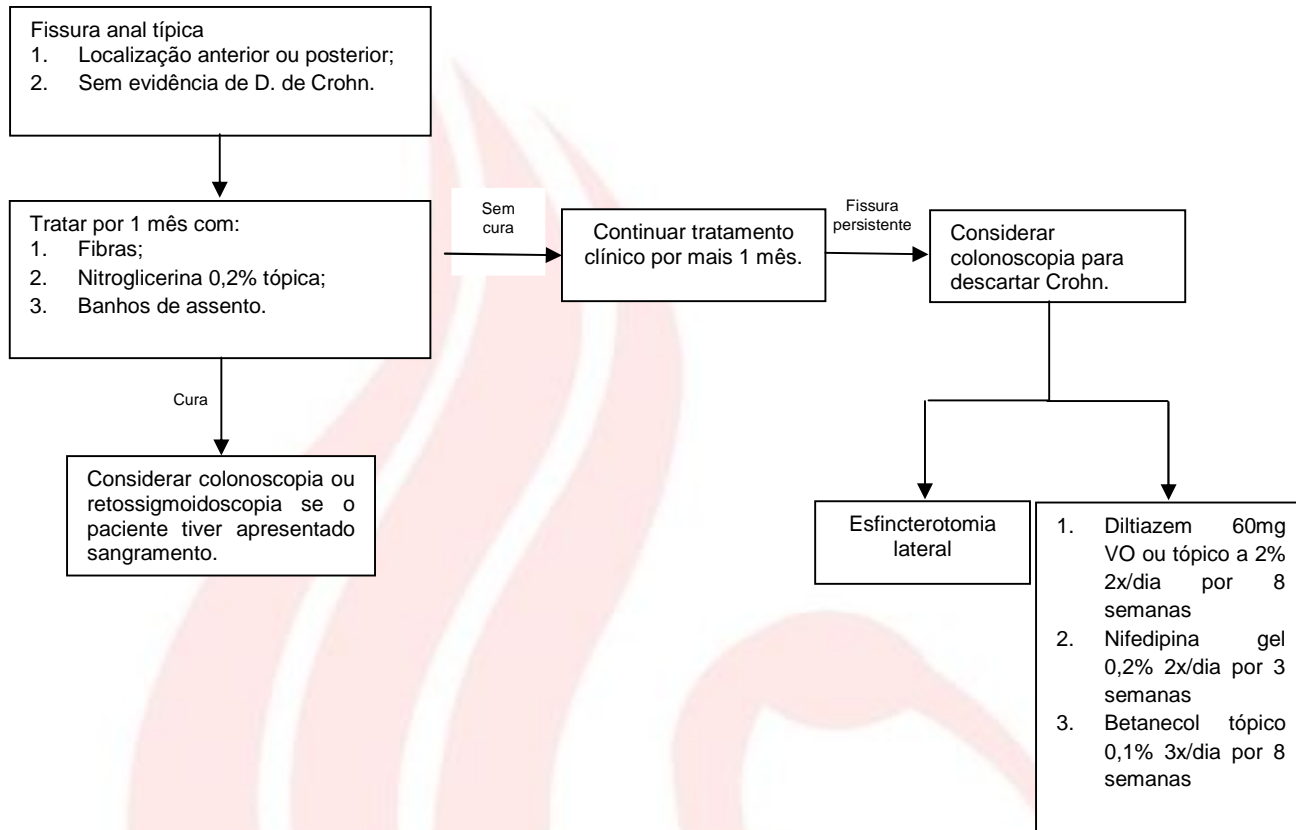
3 ANEXOS

Figura 1. Classificação de Parks para fistulas. A = superficial. B = Interesfincteriana. C = Transesfincteriana. D = Supraesfincteriana. E = Extraesfincteriana.



Fonte: Up to date

Figura 2 Conduta na fissure anal.



4 REFERÊNCIAS

1. American Gastroenterological Association medical position statement: Diagnosis and care of patients with anal fissure. *Gastroenterology* 2003; 124:233.
2. American Gastroenterological Association medical position statement: Diagnosis and treatment of hemorrhoids. *Gastroenterology* 2004; 126:1461.
3. Bleday R, Breen E. Clinical features of hemorrhoids. Up to date (last updated: 11 December, 2008).
4. Bleday R, Breen E. Treatment of hemorrhoids. Up to date (last updated: 14 April, 2010).
5. Breen E, Bleday R. Anal abscesses and fistulas. Up to date (last updated: 15 September, 2009).
6. Breen E, Bleday R. Anal fissures. Up to date (last updated: 29 January, 2010).