

CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA – AVALIAÇÃO DE FÍSTULAS ANORRETAIS POR ECO ENDOANAL

EBRAHIM, Karina de Souza Corrêa¹
LIMA, Doryane Maria dos Reis²

RESUMO

Introdução: O sucesso cirúrgico nos casos de fístula anorretal decorre de um diagnóstico preciso pré-operatório dos componentes do complexo fistuloso: local do orifício externo, trajeto fistuloso, possível local do orifício interno e extensão de trajeto, se tiverem, bem como se há cavidade ou coleção associada. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi demonstrar a importância da ultrassonografia anorretal tridimensional na avaliação anatômica do canal anal e reto na propedêutica da fístula anal. **Metodologia:** A pesquisa foi qualitativa, descritiva e transversal. Foram analisados os dados de cinquenta e cinco (55) pacientes provenientes do ambulatório de Coloproctologia da Gastroclínica de Cascavel – PR. Foram incluídos os pacientes que apresentaram suspeita de fístula anal ao exame físico e história clínica e que foram submetidos ao ultrassom anorretal 3D, no período compreendido entre junho de 2009 e abril de 2011. Foram excluídos os pacientes que não realizaram o exame ultrassonográfico tridimensional. A média de idade foi de 43 anos (23-74), sendo trinta e dois do gênero masculino (58,18%) e vinte e três do gênero feminino (41,81%). **Resultados:** entre as mulheres analisadas, duas (8,6%) haviam tido, pelo menos um parto natural. Dezenove pacientes (34,53%) foram submetidos anteriormente a algum tipo de cirurgia anal, dentre elas hemorroidectomia e fistulectomia. Quarenta e seis pacientes (83,64%) apresentaram característica de fístula transesfincteriana, três (3) de fístula inter-esfincteriana (5,45%) e seis (6) de fístula em ferradura (10,9%). Os achados demonstraram orifício interno situado no quadrante anterior em vinte e seis (26) pacientes (47,27%) e posterior em vinte e nove (29) pacientes (52,72%). Cavidades associadas foram observadas em vinte e sete (27) pacientes (49,1%). A média de extensão do trajeto foi de 2,16 cm. Em 12 pacientes (7,08%) que apresentavam trajeto secundário, foi evidenciado extensão do trajeto com média de 1,49 cm. Em dezenove pacientes (11,21%) submetidos a procedimentos cirúrgicos apresentaram achados que correlacionaram as evidências ultrassonográficas acima descritas. **Conclusão:** O presente estudo demonstrou a importância da ultrassonografia anorretal tridimensional na avaliação anatômica do canal anal e reto na propedêutica da fístula anal, visto que o exame proporciona melhores evidências anatômicas com relação a trajetos secundários e diferentes tipos de fístula, diminuindo o índice de recidiva.

PALAVRAS-CHAVE: Fístula anal. Coloproctologia. Ultrassom tridimensional.

PATIENTS OF A COLOPROCTOLOGY SERVICE - FISTULAS ASSESSMENT FOR ANORECTAL ENDOANAL ECO

ABSTRACT

Introduction: The surgical success in cases of anorectal fistula results from an accurate preoperative diagnosis of the components of complex fistula: site of the external orifice fistula, possible site of the inner hole and path extension, if they have, and if there is a cavity or associated collection. **Objective:** The aim of this study was to demonstrate the importance of three-dimensional anorectal ultrasonography in the anatomical evaluation of the rectum and anal canal in the diagnosis of anal fistula. **Methodology:** The research was qualitative, descriptive and crosses. The data analyzed fifty-five (55) patients from the Coloproctology Service of Gastroclinic Cascavel - PR. Patients was included which were suspected to have anal fistula physical examination and medical history and underwent 3D anorectal ultrasound in the period between June 2009 and April 2011. Patients who did not have the three-dimensional ultrasound examination were excluded. The average age was 43 years (23-74), thirty-two men (58.18%) and twenty-three women (41.81%). **Results:** among women examined, two (8.6%) had had at least a natural birth. Nineteen patients (34.53%) were previously submitted to some sort of anal surgery, among them hemorrhoidectomy and fistulectomy. Forty-six patients (83.64%) were characteristic of transsphincter fistula, three (3) inter-sphincter fistula (5.45%) and six (6) of horseshoe fistula (10.9%). The findings showed internal hole on the previous quarter in twenty-six (26) patients (47.27%) and later in twenty nine (29) patients (52.72%). Associated cavities were observed in twenty seven (27) patients (49.1%). The path extension average was 2.16 cm. In 12 patients (7.08%) with secondary path, it was evident extension of the path with a mean of 1.49 cm. In nineteen patients (11.21%) underwent surgical procedures presented findings that correlated the evidence described above ultrasound. **Conclusion:** The present study demonstrated the importance of three-dimensional anorectal ultrasonography in the anatomical evaluation of the rectum and anal canal in the diagnosis of anal fistula, since the examination provides better anatomical evidence regarding secondary paths and different types of fistula, reducing the recurrence rate.

KEYWORDS: Anal fistula. Coloproctology. Three-dimensional ultrasound.

1. INTRODUÇÃO

As fístulas anais são condições benignas comumente observadas na prática clínica, e possuem classificação estabelecida por Parks et al. (1976) que as classificou em fístula transesfincteriana, Interesfincteriana, supraesfincteriana e extraesfincteriana. A incidência da fístula anal varia conforme a literatura, porém os achados mais condizentes classificam as fístulas interesfincteriana e transesfincteriana como as mais comuns. Oliveira et al. (2012) mostraram em seu artigo, a incidência de fístula trans-esfincteriana em 61% e a interesfincteriana em 32% dos casos analisados. Já os outros tipos de fístula possuem uma incidência rara, a supraesfincteriana (3,5%) e a extraesfincteriana (2,9%). As fístulas perianais tem maior incidência em homens (2:1) e atingem 10 em cada 100.000 pessoas (Morris et al., 2000).

E caracterizada por um trajeto que se forma comunicando o canal anal (orifício interno) e região perianal (orifício externo) constituindo a fístula anal. Segundo Oliveira et al., (2012) o orifício interno tem como principal fonte a origem criptoglandular (91,9%) por meio da inflamação das glândulas anais. Podem-se observar outras alterações, menos frequentes, que também causam fístula anal, tais como: doença de Crohn, tuberculose, retocolite ulcerativa

¹ Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz de Cascavel - PR. Email: karinascea@gmail.com

² Médica. Cirurgiã e Doutora em Coloproctologia. Docente da Faculdade Assis Gurgacz de Cascavel -PR. Email: doryane@gmail.com

idiopática, neoplasia de reto ou do canal anal, cirurgias no reto, ginecológicas ou obstétricas, linfogranuloma venéreo, entre outras.

Se a anatomia da fístula for incorretamente interpretada ou um abscesso agudo não for corretamente identificado, pode haver recidivas da fístula ou injúrias iatrogênicas do esfíncter decorrentes de cirurgias não perfeitamente sucedidas, resultando em incontinência fecal. O índice de recidiva em fístulas complexas são mais comuns devido o tratamento incompleto ocasionado pelo não conhecimento da totalidade de sua estrutura e suas ramificações, apresentando recidiva em 25% dos pacientes, Mónica et al. (2007). Portanto, uma modalidade de imagem ideal seria fornecer informações precisas que poderiam ser utilizadas para delinear o trajeto antes da cirurgia, com a finalidade de auxiliar o tratamento da fístula.

A ultrassonografia anorretal tem sido amplamente aplicada no esclarecimento do diagnóstico de afecções anorretais. É necessário, no entanto, amplo conhecimento da anatomia anorretal e do aparelho de ultrassom a ser utilizado, de modo a se obter imagens ultrassônicas ricas em informações para serem bem interpretadas. Tais imagens permitem a análise completa do trajeto fistuloso devido às imagens paralelas transaxiais obtidas pelo ultrassom tridimensional, que garantem a visualização completa em todos os eixos do segmento anal afetado pela fístula. Permitindo, assim, a visualização do seu orifício de entrada, cavidades associadas e trajetos (Kim & Park, 2009).

2. OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi demonstrar a importância da ultrassonografia anorretal tridimensional na avaliação anatômica do canal anal e reto na propedêutica da fístula anal.

3. METODOLOGIA

O trabalho em questão foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Faculdade Assis Gurgacz (CEP/FAG) e foi aprovado sob o parecer 971.636.

Trata-se de um trabalho descritivo e prospectivo, envolvendo 55 pacientes portadores de fístulas anais do ambulatório de Coloproctologia da Gastroclínica de Cascavel – PR.

Os pacientes apresentavam suspeita de fístula anal ao exame físico e história clínica, os quais foram submetidos à ultrassonografia anorretal tridimensional (US 3D). Foram excluídos os pacientes que não apresentavam fístula anorretal e/ou que não realizaram o exame ultrassonográfico tridimensional.

Os exames foram realizados por um médico coloproctologista, com o (a) paciente sob sedação anestésica, em decúbito lateral esquerdo. Todos foram submetidos ao preparo retal com *fleet* enema. Foi utilizado nos exames, como método de contraste, o peróxido de hidrogênio (H₂O₂) em 43 pacientes (78%), o qual foi injetado no orifício externo antes da introdução do transdutor ultrassonografia anorretal tridimensional e em 12 pacientes (22%) não foi administrado o contraste com peróxido de hidrogênio por não possuir orifício fistuloso interno.

4. RESULTADOS

A média de idade foi de 43 anos (23-74), sendo que trinta e dois do gênero masculino (58,18%) e vinte e três do gênero feminino (41,81%).

Entre as mulheres analisadas, duas (8,6%) haviam tido, pelo menos um parto natural. Dezenove pacientes (34,53%) foram submetidos anteriormente a algum tipo de cirurgia anal, dentre elas hemorroidectomia e fistulectomia. Quarenta e seis pacientes (83,64%) apresentaram característica de fístula transesfincteriana, três (3) de fístula interesfincteriana (5,45%) e seis (6) de fístula em ferradura (10,9%). Os achados demonstraram orifício interno situado no quadrante anterior em vinte e seis (26) pacientes (47,27%) e posterior em vinte e nove (29) pacientes (52,72%). Cavidades associadas foram observadas em vinte e sete (27) pacientes (49,1%).

A média de extensão do trajeto foi de 2,16 cm. Em 12 pacientes (7,08%) que apresentavam trajeto secundário, foi evidenciado extensão do trajeto com média de 1,49 cm. Em dezenove pacientes (11,21%) submetidos a procedimentos cirúrgicos apresentaram achados que correlacionaram as evidências ultrassonográficas acima descritas.

5. DISCUSSÃO

A fístula anal é um processo inflamatório que ocorre a partir das glândulas anais e se expande perfurando, assim, as estruturas adjacentes ao canal anal (Parks et al., 1976). O trajeto formado pela fístula tem característica de ser único ou múltiplo, sendo esse um fator de grande importância para a possibilidade complicações como, recidivas ou geração de incontinência fecal. Existem vários métodos descritos na literatura para o tratamento de fístulas anais, porém, a

eficácia desses tem como base um diagnóstico eficaz e que possa mostrar todos os trajetos realizados pela fístula. Tal diagnóstico permite ao cirurgião melhor eficácia na eliminação total do foco inflamatório, permitindo uma cicatrização e recuperação ideal (Morris et al., 2000).

A avaliação clínica e proctológica completa associada ao claro entendimento do complexo anatômico que forma o canal anal e o reto e a relação com as estruturas pélvicas é essencial durante os exames ultrassonográficos para a obtenção do diagnóstico correto e planejamento terapêutico adequado das afecções anorretais. A análise do canal anal e reto em planos diversos obtidos a partir do exame 3D possibilitam medir o comprimento e a espessura de todas as estruturas anatômicas e avaliar com precisão a relação com processos inflamatórios e neoplásicos localizados na região (Oliveira et al., 2012).

A avaliação anatômica dos pacientes normais não evidenciou a existência de diferenças no comprimento médio do canal anal e do EAI (esfíncter anal interno) quando comparados os dois sexos. Esses resultados são compatíveis com os achados de Regadas et al. (2005), em que os autores avaliaram 23 pacientes normais e 51 com afecções benignas e malignas, no entanto diferem dos apresentados por Gold et al. (1999), relatando que o comprimento médio do canal anal e do EAI é maior no homem que na mulher. Já o comprimento médio do EAE (esfíncter anal externo) foi maior no homem em ambos os estudos, mas as medidas não são completamente semelhantes. A disposição anatômica no sexo feminino torna a parede anal anterior débil, predispondo a lesões musculares nos partos vaginais evoluindo com sintomas de incontinência fecal mais frequentemente quando na vigência de lesão neurogênica e/ou muscular, mesmo que pequena, e no dano cumulativo (partos, cirurgias proctológicas e idade). Da mesma forma, predispõe à formação da retocele quando associada à constipação crônica (anismus e trânsito lento) e/ou partos vaginais (Regadas et al., 2005).

Segundo Subhas et al., (2012), a avaliação das lesões esfinterianas com o exame 3D, a possibilidade de identificar as lesões musculares nos planos axial e longitudinal já orienta o cirurgião quanto à extensão do dano e do reparo cirúrgico em relação à circunferência e comprimento longitudinal do canal anal (Mônica et al., 2007). Nas lesões esfinterianas, houve correlação entre a extensão longitudinal e circunferencial e os sintomas clínicos. Em relação à lesão do EAI, quanto maior a extensão, maior a sintomatologia. A importância da avaliação ultrassonográfica relaciona-se ainda com identificação de lesões musculares menores (ocultas) em pacientes sem sintomas de incontinência fecal ou sintomatologia discreta, visando evitar o dano cumulativo. Também possibilita avaliar os resultados pós-reparo cirúrgico nos planos axial e longitudinal, demonstrando a viabilidade da sutura muscular (aposição, sobreposição ou deiscência dos cotos muscular).

A avaliação completa do complexo fistuloso anal é condição indispensável para escolha adequada da abordagem cirúrgica. A identificação do(s) trajeto(s) primários e/ou secundários, orifício interno e cavidades adjacentes possibilita o planejamento cirúrgico evitando as recidivas e prevenindo danos na continência fecal. Foi possível identificar-se claramente todos os trajetos fistulosos, sendo que em 12 pacientes foi possível observar trajetos secundários. Esses achados também foram observados por Regadas et al. (2005), sendo que a identificação do tipo de trajeto fistuloso e todos os orifícios internos só foi possível através do US 3D. A acurácia do exame de US 3D foi também significativamente maior do que quando comparada ao exame físico habitual na detecção no trajeto primário em 84% e secundário em 81% de acordo com um estudo realizado por Kim & Park (2009).

O presente estudo se correlacionou com a literatura (Mônica et al, 2007; Regadas et al., 2005; Subhas et al., 2012) no sentido de confirmar a importância da correta e completa identificação dos diversos e complexos trajetos fistulosos na afecção da fístula anal. O método utilizando ultrassom tridimensional para tal finalidade, corroborou com a literatura, mostrando-se eficaz e pouco invasivo. Os pacientes em questão devem ser bem estudados e corretamente encaminhados para a cirurgia, a fim de evitarem-se procedimentos cirúrgicos desnecessários e diminuindo o índice de recidivas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstrou a importância da ultrassonografia anorretal tridimensional na avaliação anatômica do canal anal e reto na propedêutica da fístula anal, visto que o exame proporciona melhores evidências anatômicas com relação a trajetos secundários e diferentes tipos de fístula, diminuindo o índice de recidiva.

REFERÊNCIAS

- GOLD DM, BARTRAM CI, HALLIGAN S, HUMPHRIES KN, KAMM MA, KMIOT WA. Three-dimensional endoanal sonography in assessing anal canal injury. *Br J Surg* 1999;86:365-70.
- KIM Y, PARK YJ. Three-dimensional endoanal ultrasonographic assessment of an anal fistula with and without H2O2 enhancement. *World J Gastroenterol*. 2009;15(38):4810-5.

MÓNICA A.N.; COSTA A.; ALELUIA C., Avaliação por ressonância magnética nuclear de fístulas perianais. Acta Med Port, 2007; 20: 319-323

MORRIS J.; SPENCER J.A.; AMBROSE N.S.; MR Imaging Classification of Perianal Fistulas and Its Implications for Patient Management. 2000, March. *RadioGraphics*, 20: 623-635.

OLIVEIRA P.G.; SOUSA J.B.; ALMEIDA R.M.; WURMBAUER I.F.S.; SANTOS A.C.N.; J.F. GUILHERME., Anal fistula: results of surgical treatment in a consecutive series of patients. J. Coloproctol. Jan./Mar.2012, 32(1).

PARKS A.G.; GORDON P.H.; HARDCASTLE J.D., A classification of fistula-in-ano. Br J Surg. 1976 Jan; 63(1):1-12.

REGADAS SMM, REGADAS SF, RODRIGUES LV, SILVA FR, LIMA DMR, REGADAS-FILHO FSP. Importância do Ultrassom Tridimensional na Avaliação anorretal. Arq Gastroent. 2005; 42(4):226-32.

SUBHAS G.; BHULLAR J. S.; AL-OMARI A.; UNAWANE A.; MITTAL V. K.; PEARLMAN R., Setons in the treatment of anal fistula: review of variations in materials and techniques. Dig Surg 2012;29:292–300.