



MED-REVIEW



ABSCESO E FÍSTULA ANORRETAL

Antes de você mergulhar nesse conteúdo, é importante entender quem somos e por que milhares de médicos e residentes confiam na gente.

A **MED-Review** é uma das maiores plataformas de ensino médico do Brasil.

Criada por médicos, para médicos, ela tem uma missão clara: **transformar a forma como você aprende e se prepara, não só para as provas mais exigentes da carreira, mas para a vida profissional.**



Nossa metodologia une:



Didática Absurda



Estudo Ativo & Repetição Espaçada



Neurociência

Tudo isso para fazer você aprender mais em menos tempo, com conteúdo direto ao ponto, leve e, acima de tudo: eficiente.



Aulas com linguagem acessível e visual envolvente.



Simulados mensais.



Qbank com milhares de questões comentadas e filtros inteligentes.



Suporte próximo para dúvidas.



Flashcards com memória visual e repetição espaçada.

Dezenas de milhares de médicos já fazem parte dessa jornada.

E agora, você também pode dar o próximo passo.



MED-REVIEW

ESTÁ SEM TEMPO?

O que mais cai em prova nesse tema

Se a sua prova está chegando ou você precisa de um mapa rápido de prioridades, este é o seu ponto de partida. Mapeamos as pegadinhas mais recorrentes, os padrões diagnósticos e as condutas terapêuticas que as bancas mais amam cobrar.

PARÂMETRO	ABSCESSO ANORRETAL (FASE AGUDA)	FÍSTULA ANORRETAL (FASE CRÔNICA)
Fisiopatologia	Obstrução das glândulas de Chiari nas criptas de Morgagni (teoria criptoglandular).	Persistência e epiteliação do trajeto drenado do abscesso (~30-50% dos casos).
Quadro Clínico	Dor anal contínua, latejante, massa abaulada, calor, rubor e febre.	Saída crônica/intermitente de secreção purulenta ou serossanguinolenta por orifício perianal.
Diagnóstico	Clínico (inspeção + toque retal). Exames de imagem (RM/TC) apenas em abscessos profundos/duvidosos.	Clínico + Mapeamento do trajeto. RM de Pelve/Períneo é o padrão-ouro para fístulas complexas.
Classificação	1. Perianal (mais comum - ~60%) 2. Isquiorretal (~20%) 3. Interesfincteriano 4. Supraelevador (mais grave).	Classificação de Parks: 1. Interesfincteriana (mais comum - 70%) 2. Transesfincteriana (25%) 3. Supraesfincteriana 4. Extraesfincteriana.
Conduta Principal	Drenagem cirúrgica imediata ("abscesso diagnosticado é abscesso drenado").	Fistulotomia (fístulas simples). Sedinho / LIFT (fístulas complexas para preservar esfíncter).
Antibioticoterapia	NÃO é de rotina! Indicar apenas se: DM, imunodepressão, celulite extensa, sepse ou prótese valvar.	Sem indicação de ATB de rotina (exceto se abscesso associado ou Doença de Crohn em atividade).
Pulo do Gato	Nunca esperar "flutuação" para drenar. Se suspeitar de Fournier, desbridar de urgência + ATB amplo.	Regra de Goodsall-Salmon: Anteriores = trajeto reto. Posteriores = trajeto curvo até a linha média posterior (6h). ⚠ Exceção: Anteriores > 3 cm = trajeto curvo posterior!

INTRODUÇÃO E FISIOPATOLOGIA

Anatomia do Canal Anal e a Teoria Criptoglandular

Imagine que você está no plantão do Pronto-Socorro e atende o Seu Carlos, de 45 anos. Ele chega caminhar com visível dificuldade, sentando-se de lado na cadeira do consultório e queixando-se de uma “dor insuportável lá embaixo” que começou há três dias.

Para compreender exatamente o processo patológico enfrentado pelo Seu Carlos, precisamos fazer uma breve revisão da anatomia do canal anal. Pense na linha pectínea como a grande fronteira anatômica e funcional dessa região.

Ao nível da linha pectínea, existem pequenas reentrâncias ou depressões na mucosa chamadas criptas anal de Morgagni. No fundo dessas criptas, desembocam os ductos das glândulas anais de Chiari, situadas predominantemente no espaço interesfincteriano.

E qual é o evento deflagrador de toda a doença? O processo se inicia quando o óstio de uma dessas glândulas é obstruído por fecalitos, fezes ressecadas, trauma local ou corpos estranhos.

Essa obstrução gera estase da secreção glandular. As bactérias da própria flora entérica e da pele se multiplicam no espaço confinado, formando uma coleção purulenta: a **Teoria Criptoglandular**.



PULO DO GATO

Abscesso e fístula não são doenças distintas! Trata-se de duas fases do mesmo espectro patológico criptoglandular. O abscesso representa a fase aguda e supurativa, enquanto a fístula constitui a fase crônica e epitelizada.

ABSCESSO ANORRETAL

Definição e Fisiopatologia

O abscesso anorretal é definido como o acúmulo de material purulento decorrente da infecção aguda no espaço tecidual ao redor do ânus ou reto. A partir da glândula anal infectada no espaço interesfincteriano, o pus busca o caminho de menor resistência para se disseminar pelos planos fasciais vizinhos.

Dependendo da direção e do trajeto que a coleção purulenta percorre através das fáscias e músculos da pelve, o abscesso irá se consolidar em diferentes espaços anatômicos topográficos.

Apresentação Clínica

O sintoma cardinal do abscesso anorretal é a **dor anal de forte intensidade, contínua e latejante**. O paciente relata piora expressiva ao sentar, evacuar, tossir ou caminhar. No exame físico da região perianal dos abscessos superficiais, observa-se uma área abaulada, eritematosa, quente e extremamente dolorosa à palpação local.

Tríade Clínica Clássica:

1. Dor anal contínua e latejante.
2. Abaulamento perianal doloroso.
3. Febre e calafrios.

Mas o que acontece se o abscesso for profundo (como o interesfincteriano ou o supraelevador)? Nesses casos específicos, a inspeção externa da pele perianal pode ser completamente normal!

O paciente apresentará febre de origem obscura, calafrios, mal-estar e dor pélvica ou retal profunda. Nesses cenários, o **toque retal** é o passo decisivo do exame físico, revelando uma massa abaulada, amolecida e extremamente dolorosa na parede do reto.

ABSCESSO ANORRETAL



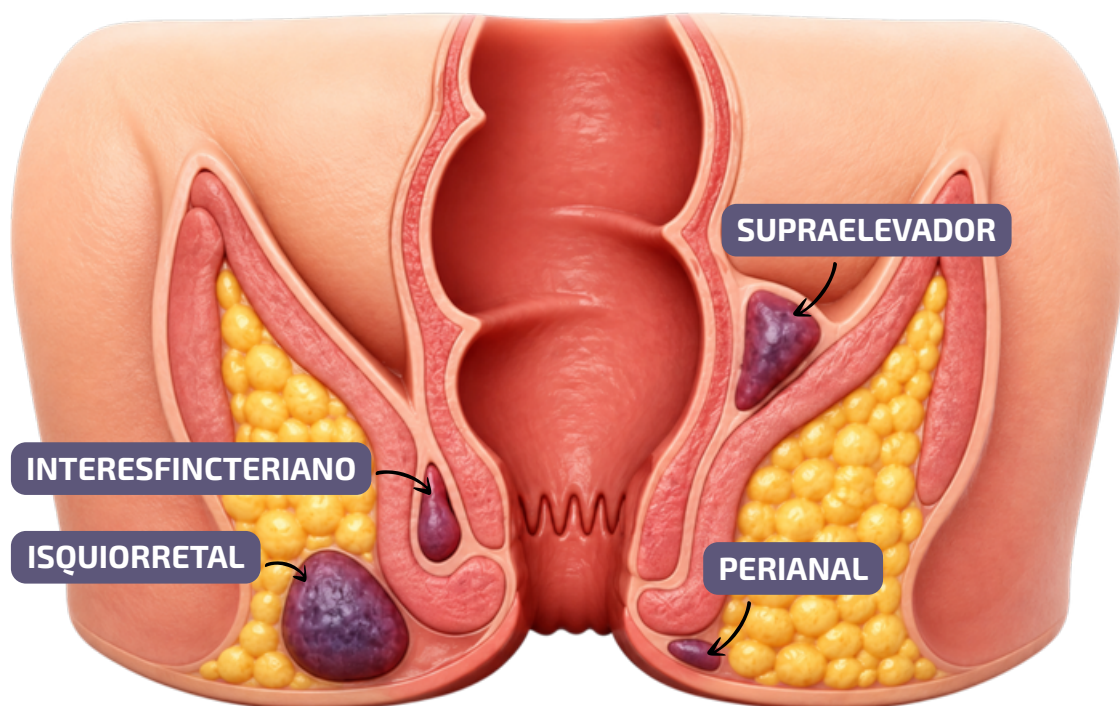
ATENÇÃO NA PROVA

A ausência de alterações visíveis na pele perianal **NÃO** descarta abscesso anorretal! Se a suspeita clínica persistir e o toque retal for doloroso, pense imediatamente em abscesso profundo.

Classificação Anatômica dos Abscessos

A classificação dos abscessos anorretais é essencialmente topográfica, definida pelo espaço anatômico ocupado pela coleção purulenta:

1. **Abscesso Perianal:** É a apresentação mais frequente na prática médica. O pus caminha inferiormente e se acumula no tecido subcutâneo da margem anal.
2. **Abscesso Isquiorretal:** O pus perfura o esfíncter anal externo e penetra na gordura da fossa isquiorretal. Pode se estender para o lado oposto através do espaço pós-anal profundo, configurando o temido abscesso "em ferradura".
3. **Abscesso Interesfincteriano:** A infecção permanece retida no espaço entre o esfíncter interno e o esfíncter externo. Não gera tumor visível na pele externa; o diagnóstico depende da palpação de um abaulamento doloroso no toque retal.
4. **Abscesso Supraelevador:** É o tipo mais raro e de diagnóstico mais complexo. A coleção purulenta se desenvolve no espaço pélvico acima do músculo levantador do ânus, podendo simular afecções ginecológicas, urológicas ou pélvicas inflamatórias.



Diagnóstico e Exames de Imagem (Quando pedir USG ou RM no abscesso?)

O diagnóstico do abscesso anorretal é eminentemente **CLÍNICO**. Na grande maioria dos pacientes que chegam ao Pronto-Socorro com a queixa clássica de dor anal latejante e massa palpável, a inspeção visual e o toque retal delicado são mais do que suficientes para firmar o diagnóstico e indicar o tratamento.

Pensa comigo: se o abscesso é visível, doloroso e flutuante na margem anal, por que perder tempo e recursos solicitando exames de imagem?

A resposta é simples: **você não deve solicitar exames de imagem em abscessos superficiais e evidentes**. O atraso na conduta só aumenta o sofrimento do paciente e o risco de disseminação da infecção.

Mas o que acontece quando o paciente apresenta febre, toxemia e dor pélvica intensa, mas a inspeção perianal é completamente normal?

É justamente nesses casos de **abscessos profundos** (como o interesfincteriano alto ou o supraelevador), em abscessos recorrentes ou em pacientes imunodeprimidos com exame físico inconclusivo que os exames de imagem se tornam indispensáveis.

- **Ressonância Magnética (RM) de Pelve/Períneo:** É o exame **padrão-ouro**. Possui altíssima resolução espacial para demonstrar a anatomia do aparelho esfinteriano, delinear a extensão exata da coleção purulenta e identificar trajetos ocultos.
- **Tomografia Computadorizada (TC) de Pelve:** Muito útil na emergência para identificar coleções profundas no espaço supraelevador ou retroperitoneal, além de avaliar a presença de gás nos tecidos moles.
- **Ultrassonografia Endoanal:** Apresenta excelente acurácia para mapear o espaço interesfincteriano, mas tem uma limitação prática crucial: é extremamente dolorosa e muitas vezes inviável de ser realizada na fase aguda sem anestesia. Esse é um exame pouco disponível na prática clínica.



ERRO COMUM

Solicitar RM de pelve ou TC de urgência para um paciente com abscesso perianal visível e flutuante a 2 cm da margem anal. Isso adia a drenagem desnecessariamente e é considerado conduta errada em qualquer prova de residência.

Manejo Terapêutico (Regra de Ouro: “Abscesso diagnosticado é abscesso drenado”)

Grave esta máxima para a sua prova e para a sua prática médica: **abscesso diagnosticado é abscesso drenado de imediato!** Não existe espaço para conduta expectante ou tratamento isolado com antibiótico quando há uma coleção purulenta formada.

O tratamento definitivo é estritamente cirúrgico. A drenagem deve ser realizada sob anestesia adequada — anestesia local para abscessos perianais simples e pequenos; bloqueio anestésico ou anestesia geral para abscessos volumosos/profundos. A técnica cirúrgica exige cuidados específicos que frequentemente aparecem em questões teóricas e práticas:

1. **Incisão adequada:** Deve ser realizada uma incisão capaz de explorar a loja do abscesso.
2. **Proximidade da margem anal:** A incisão deve ser feita o **mais próximo possível da margem anal**. Pensa comigo: como cerca de 50% dos abscessos evoluem para fístu-

la anorretal, fazer a drenagem perto do ânus garante que, caso uma fístula se forme, seu trajeto será o mais curto e simples possível.

3. **Exploração digital suave:** Após a saída do pus, introduz-se o dedo ou uma pinça hemostática delicada na cavidade para romper loja por loja (traves fibrosas) e garantir a drenagem completa.

E quanto ao uso de antibióticos?

Essa é uma das maiores pegadinhas das bancas! Na maioria dos pacientes jovens e imunocompetentes com abscesso perianal simples, **a drenagem cirúrgica isolada é curativa** e NÃO há indicação de prescrever antibióticos pós-operatórios.

A antibioticoterapia sistêmica deve ser associada à drenagem **APENAS** nas seguintes indicações bem estabelecidas:

- Pacientes diabéticos, idosos ou imunodeprimidos (como transplantados ou pacientes em quimioterapia);
- Presença de sinais de infecção sistêmica (febre, taquicardia, leucocitose ou sepse);
- Celulite extensa ao redor da lesão;
- Abscessos profundos de difícil drenagem completa (como o supraelevador).



ATENÇÃO NA PROVA

Quando a antibioticoterapia for indicada, o esquema deve cobrir a flora entérica (gram-negativos) e anaeróbios. A opção mais cobrada é a combinação de **Ciprofloxacino + Metronidazol**.

Questão Estratégica — Manejo Inicial do Abscesso Anorretal



QUESTÃO INEP - 2022

Homem de 45 anos, sem comorbidades, procurou o pronto-socorro por apresentar dor em região anal havia 5 dias, acompanhada por prostração e calafrios. No exame físico, encontrava-se em regular estado geral, consciente, contactuante, corado, hidratado, subfebril (temperatura axilar de 37,5 °C), com frequência cardíaca de 105 batimentos por minuto, frequência respiratória de 20 incursões respiratórias por minuto, pressão arterial de 120 × 80 mmHg. Inspeção da região perianal evidenciou abaulamento à direita, sem ponto de flutuação, aumento de temperatura e vermelhidão. Toque retal com dor à palpação em quadrante posterior direito.

Com base no quadro apresentado, qual é a conduta mais adequada?

- A) Antibioticoterapia venosa.
- B) Drenagem cirúrgica imediata.
- C) Termoterapia local e observação.
- D) Tomografia computadorizada da pelve.

Comentário:

Estamos diante de um quadro clássico de abscesso anorretal em fase aguda: dor anal há 5 dias, sinais sistêmicos de resposta inflamatória (taquicardia de 105 bpm, prostração, subfebril) e achados locais inequívocos de coleção purulenta (abaulamento, eritema, calor e dor importante ao toque retal).

Vamos analisar as alternativas e entender a lógica da resposta:

Por que a alternativa B é a CORRETA?

A conduta primária e inadiável perante qualquer abscesso anorretal é a drenagem cirúrgica imediata. O controle da fonte infecciosa precisa ser feito sem atrasos para interromper a destruição tecidual local e prevenir complicações sistêmicas.

Por que a ausência de flutuação NÃO muda a conduta?

Essa é a principal pegadinha do enunciado! Nunca espere flutuação para drenar um abscesso anorretal. A pele perianal e a musculatura da região são espessas, fazendo com que a flutuação seja um achado tardio ou inexistente em coleções profundas/subcutâneas tensionadas. A presença de abaulamento doloroso e eritematoso já confirma a indicação cirúrgica.

Por que as outras estão INCORRETAS?

A (Antibioticoterapia isolada): Antibióticos não penetram adequadamente no interior de uma coleção purulenta não drenada. Tratar abscesso apenas com ATB sem drenar é um erro grave.

C (Termoterapia e observação): Adiar a drenagem expõe o paciente ao risco de progressão da infecção para planos profundos ou sepse.

D (Tomografia da pelve): O diagnóstico aqui é clínico (visível na inspeção e palpável no toque retal). Exames de imagem (TC/RM) são reservados para casos duvidosos ou abscessos ocultos/profundos sem alteração ao exame físico.

Gabarito: Letra B



CONEXÃO COM O CONTEÚDO

Esta questão consolida a regra de ouro do capítulo: "abscesso diagnosticado é abscesso drenado". Ela reforça o "pulo do gato" de prova de que a ausência de flutuação no exame físico perianal jamais deve atrasar a indicação da drenagem cirúrgica imediata.

Complicação Grave de Prova: Gangrena de Fournier

O que acontece quando um abscesso anorretal não é diagnosticado a tempo ou é drenado de forma inadequada em um paciente vulnerável?

A infecção pode se alastrar rapidamente pelos planos fasciais do períneo, evoluindo para uma **Síndrome de Fournier** (ou Gangrena de Fournier), que é uma fascíte necrotizante fulminante da região perianal, escrotal, perineal ou vulvar.

A fisiopatologia envolve uma infecção polimicrobiana sinérgica de germes aeróbios e anaeróbios. As bactérias produzem endotoxinas e enzimas que provocam a trombose dos pequenos vasos do subcutâneo, isquemia e necrose tecidual extensa. Os principais fatores de risco associados a essa complicação são:

- **Diabetes Mellitus** (presente em até 60-70% dos casos);
- Alcoolismo crônico e cirrose;
- Imunossupressão (HIV, uso de corticoides, quimioterapia);
- Atraso no diagnóstico ou drenagem incompleta de abscesso perianal.

O quadro clínico inicial pode enganar. O paciente muitas vezes apresenta uma dor perineal desproporcional aos achados do exame físico inicial.

Com a evolução rápida (questão de horas!), surgem os sinais clássicos de alerta: eritema escuro, bolhas hemorrágicas, áreas de necrose enegrecida na pele, saída de secreção fétida ("água de lavagem de carne") e **crepitação à palpação** decorrente da produção de gás no tecido subcutâneo.

O manejo da Síndrome de Fournier é uma emergência cirúrgica absoluta e baseia-se em uma tríade terapêutica agressiva:

1. **Desbridamento cirúrgico radical e imediato:** Todo o tecido desvitalizado e necrosado deve ser ressecado até atingir margens com tecido viável e sangrante. O paciente frequentemente precisa retornar ao centro cirúrgico a cada 24-48 horas para reavaliações.
2. **Antibioticoterapia de amplo espectro:** Deve cobrir gram-positivos (incluindo MRSA), gram-negativos pseudomonas e anaeróbios estritos. Esquemas típicos incluem **Vancomicina + Piperacilina/Tazobactam** ou **Vancomicina + Cefepime + Metronidazol**. Algumas referências colocam a clindamicina no esquema terapêutico, devido a sua ação anti-toxinas!

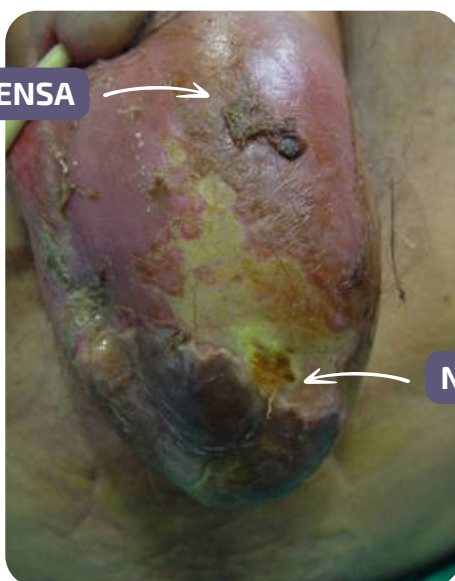
3. **Suporte hemodinâmico intensivo:** Internação em UTI para ressuscitação volêmica vigorosa, manejo de DVA (drogas vasoativas) e controle rigoroso da glicemia.



PULO DO GATO

Se a questão descrever um paciente diabético com dor anal, prostração, febre e crepitação à palpação do períneo, não perca tempo pedindo exames de imagem longos. A conduta correta é o desbridamento cirúrgico de urgência no centro cirúrgico associado à antibioticoterapia venosa de amplo espectro!

CELULITE EXTENSA



NECROSE TECIDUAL

FÍSTULA ANORRETAL

Definição e Cronificação do Abscesso Drenado

Imagine que três meses após a drenagem bem-sucedida daquele abscesso perianal, o Seu Carlos retorna ao seu consultório. Ele relata que a dor aguda melhorou completamente, mas nota um “vazamento constante” de secreção na roupa íntima, que suja a cueca e causa assadura local.

O que aconteceu aqui? Cerca de **30% a 50% dos pacientes** submetidos à drenagem de um abscesso anorretal evoluirão para a formação de uma **fístula anorretal**.

A fístula anorretal nada mais é do que a cronificação desse processo. Trata-se de um trajeto tubular patológico, revestido por tecido de granulação ou epitélio, que estabelece uma comunicação permanente entre o lúmen do canal anal (orifício interno/primário) e a pele perianal (orifício externo/secundário).

Pensa comigo: por que esse trajeto não fecha sozinho?

A resposta está na persistência da infecção criptoglandular na origem do trajeto e na própria reepitelização das bordas, que impede o colapso e a cicatrização do túnel fibroso.

Apresentação Clínica e Exame Físico (O orifício secundário)

A queixa principal do paciente com fístula anorretal é a **saída crônica ou intermitente de secreção** purulenta, serossanguinolenta ou fétida por um pequeno orifício na pele ao redor do ânus. Essa umidade constante gera maceração da pele, prurido perianal e desconforto local.

O que acontece quando o orifício externo se fecha temporariamente por um tampão de secreção ou cicatrização parcial? A secreção volta a se acumular no trajeto, gerando dor latejante e abaulamento — simulando um “miniabscesso” recorrente — até que o orifício se rompa novamente e drene o pus, aliviando a dor.

Ao exame físico, a inspeção minuciosa da região perianal revelará o **orifício externo (secundário)**, que frequentemente se apresenta como um pequeno nódulo avermelhado de tecido de granulação, semelhante a um “botão de carne”.

À palpação delicada, é possível sentir um **cordão fibroso subcutâneo** que se estende do orifício externo em direção à margem anal, indicando o trajeto da fístula.



DICA PRÁTICA

Ao pressionar suavemente esse cordão fibroso durante o exame físico, você frequentemente observará a saída de uma gota de pus pelo orifício externo, confirmando a patência do trajeto.

A Regra de Goodsall-Salmon (E a Exceção Clássica de Prova!)

Como determinar onde está o orifício interno (na cripta anal) se você só consegue enxergar o orifício externo na pele? Para resolver esse enigma anatômico, utilizamos a **Regra de Goodsall-Salmon**.

Coloque o paciente imaginariamente em posição de litotomia e trace uma linha transversal que divide o ânus em duas metades: anterior e posterior. A regra dita o comportamento do trajeto fistuloso conforme a posição do orifício externo:

1. **Orifício externo POSTERIOR:** O trajeto fistuloso é **curvilíneo**, convergindo inevitavelmente para a cripta anal da linha média posterior (posição de 6 horas no relógio).
2. **Orifício externo ANTERIOR (a menos de 3 cm da margem anal):** O trajeto fistuloso é **reto e radial**, direcionando-se em linha reta para a cripta anal correspondente na mesma posição anterior.

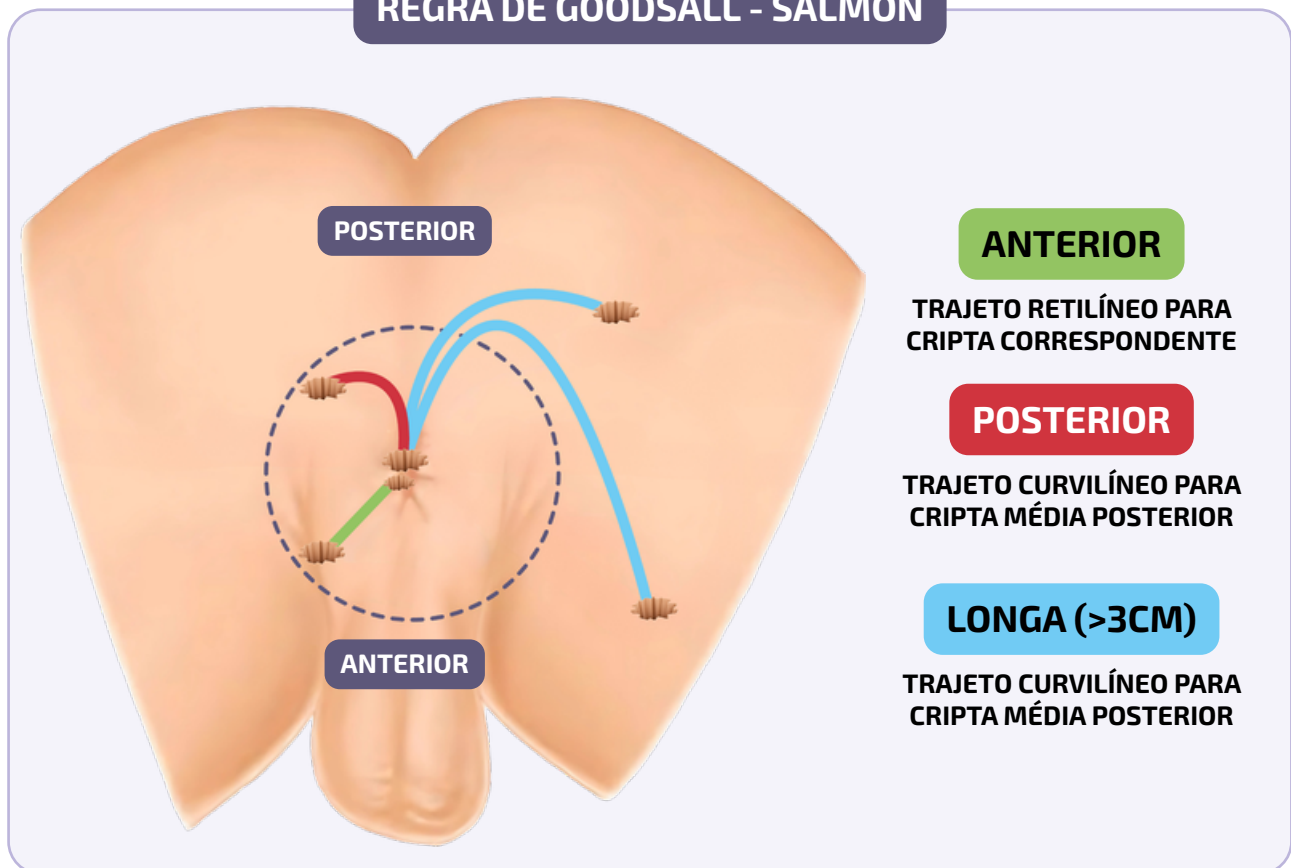
Mas atenção! As bancas de residência não querem apenas saber se você conhece a regra; elas querem testar se você domina a **exceção de prova!** O que acontece se o orifício externo for ANTERIOR, mas estiver localizado longe da margem anal?



PULO DO GATO: A EXCEÇÃO CLÁSSICA

Se o orifício externo for ANTERIOR, mas estiver a MAIS DE 3 CM da margem anal, a regra do trajeto reto é QUEBRADA! Essa fístula fará um trajeto curvo, contornando o aparelho esfinteriano em direção à linha média posterior (6 horas).

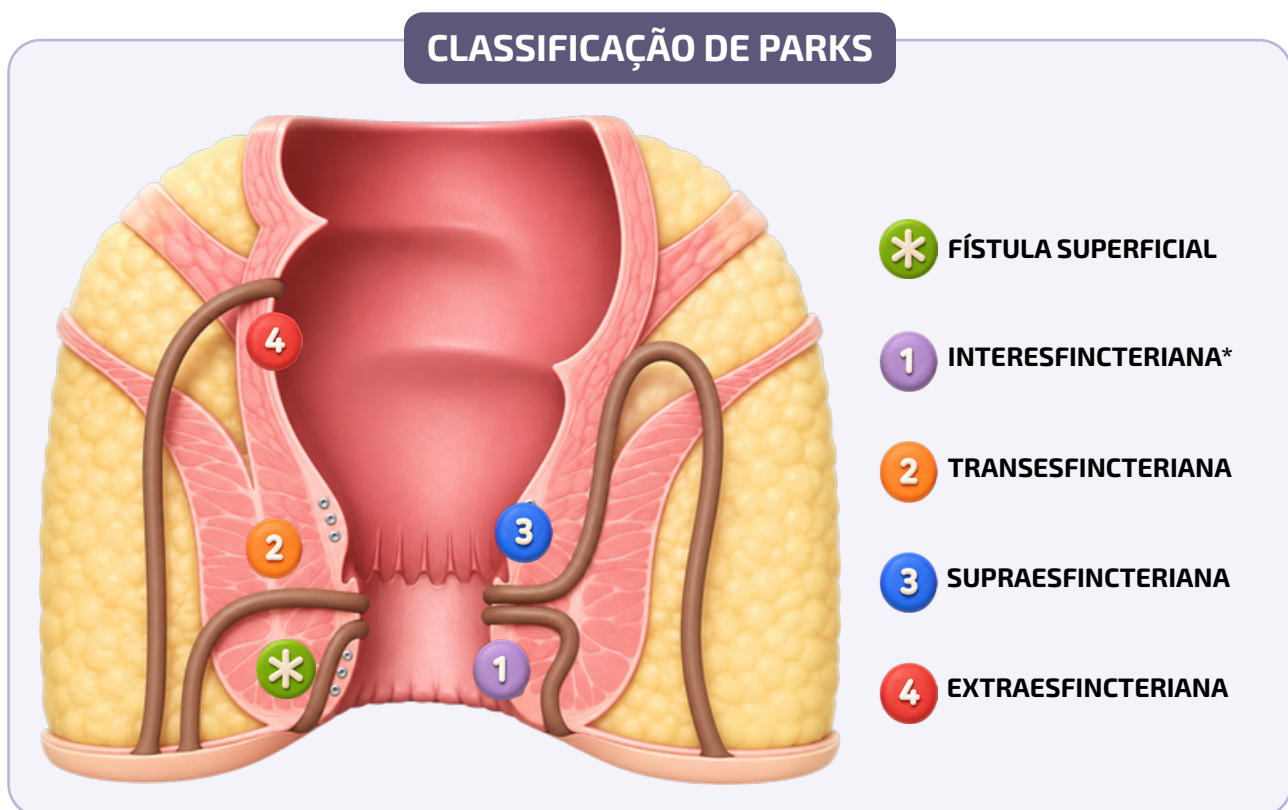
REGRA DE GOODSALL - SALMON



Classificação de Parks

A **Classificação de Parks** é o sistema anatômico universalmente cobrado em provas para categorizar as fístulas anorretais. Ela toma como referência a relação do trajeto fistuloso com o músculo esfíncter anal externo e o levantador do ânus.

1. **Interesfincteriana (70% dos casos):** É a forma mais comum. O trajeto permanece confinado no plano entre os esfíncteres interno e externo, descendo diretamente para a pele perianal. Como não atravessa o esfíncter externo, seu tratamento cirúrgico é simples e seguro.
2. **Transesfincteriana (25% dos casos):** O trajeto perfura o esfíncter anal interno e cruza o corpo do esfíncter anal externo para atingir a fossa isquiorretal antes de emergir na pele. Pode ser baixa (envolve < 30% do esfíncter) ou alta.
3. **Supraesfincteriana (5% dos casos):** O trajeto ascende no espaço interesfincteriano, curva-se superiormente sobre a alça do músculo puborretal/levantador do ânus e descendo pela fossa isquiorretal até a pele.
4. **Extraesfincteriana (1% dos casos):** É a apresentação mais complexa e atípica. O trajeto se origina na parede do reto (acima da linha pectínea) e desce através do músculo levantador do ânus até a pele perianal, sem qualquer relação com a cripta anal.



Fístulas Simples vs. Fístulas Complexas

Após diagnosticar uma fístula anorretal, o grande desafio do cirurgião não é apenas encontrar o trajeto, mas sim decidir como tratá-lo sem comprometer a continência fecal do paciente. Para guiar essa decisão cirúrgica, dividimos as fístulas em dois grandes grupos: **fístulas simples** e **fístulas complexas**.

A distinção fundamental entre elas reside na **quantidade de massa muscular do complexo esfíncteriano envolvida** pelo trajeto e no risco implícito de incontinência pós-operatória.

PARÂMETRO	FÍSTULAS SIMPLES	FÍSTULAS COMPLEXAS
Anatomia Envolvida	Envolvem menos de 30% do esfíncter anal externo.	Envolvem mais de 30% do esfíncter anal externo.
Classificação de Parks	Interesfincterianas e Transesfincterianas baixas.	Transesfincterianas altas, Supraesfincterianas e Extraesfincterianas.
Fatores de Risco Adicionais	Sem histórico de incontinência ou cirurgias prévias.	Fístulas recorrentes, múltiplas ou pós-radioterapia.
Doenças Associadas	Causa criptoglandular habitual sem comorbidades locais.	Associadas à Doença de Crohn ou neoplasias.
Risco de Incontinência	Muito Baixo com tratamento convencional.	Elevado se realizada transecção muscular simples.



ATENÇÃO NA PROVA

A fístula simples aceita a transecção do trajeto (fistulotomia) com segurança. Já a fístula complexa EXIGE técnicas de preservação esfinteriana para evitar desastres funcionais.

Exames Complementares (RM e Ultrassom Endoanal nas Fístulas Complexas)

Nas fístulas anorretais simples e de trajeto evidente, o diagnóstico e o planejamento cirúrgico são puramente clínicos, realizados durante o exame proctológico no consultório ou sob anestesia no centro cirúrgico.

No entanto, quando estamos diante de **fístulas complexas, recorrentes ou com suspeita de trajetos secundários**, o exame complementar se torna indispensável.

O objetivo dos exames de imagem é mapear a anatomia com precisão milimétrica: localizar o orifício interno, identificar coleções ocultas e delimitar a relação do trajeto com os músculos esfinterianos. O exame **padrão-ouro** disparado nas provas e na prática médica é a **Ressonância Magnética (RM) de Pelve/Períneo**.

A RM oferece altíssima definição de imagem para tecidos moles, permitindo visualizar o trajeto fistuloso, a presença de abscessos não drenados e a integridade de cada camada muscular da pelve, sem causar dor ao paciente.

Como alternativa, podemos utilizar a **Ultrassonografia Endoanal**, preferencialmente com injeção de peróxido de hidrogênio (água oxigenada) pelo orifício externo. As microbolhas do gás funcionam como meio de contraste acústico, "iluminando" o trajeto na imagem.



ERRO COMUM

Solicitar **Fistulografia** (radiografia com contraste injetado pelo orifício externo). Esse exame é obsoleto, possui alta taxa de insucesso e falsa interpretação.



DICA PRÁTICA

Se a banca perguntar o melhor exame para avaliar uma fístula complexa ou recidivante em um paciente com Doença de Crohn, a resposta correta é a Ressonância Magnética de Pelve.

Diagnóstico Diferencial e Causas Secundárias

Embora cerca de 90% das fístulas anorretais tenham origem criptoglandular pura, é fundamental reconhecer as etiologias secundárias. Diante de um paciente com fístulas múltiplas, atípicas, indolentes, recidivantes ou com cicatrização insatisfatória, devemos investigar causas não criptoglandulares.

DOENÇA / CAUSA SECUNDÁRIA	ACHADOS CLÍNICOS CARACTERÍSTICOS	CONDUTA DE DESTAQUE
Doença de Crohn	Fístulas complexas, múltiplas, orifícios violáceos, diarreia crônica e dor abdominal.	CONTRAINDICADA fistulotomia! Uso de sedenho não cortante + Imunobiológicos.
Hidradenite Supurativa	Múltiplos abscessos e fístulas restritos à pele/subcutâneo, com comedões (cravos) sem comunicação com o canal anal.	Tratamento dermatológico e ressecção cutânea ampla.
Doença Pilonidal	Orifícios com tufos de cabelo localizados no sulco interglúteo superior (longe da margem anal).	Ressecção cirúrgica do cisto pilonidal.
Tuberculose / Neoplasia	Fístulas atípicas com tecido de granulação exuberante e friável.	Biópsia do trajeto e tratamento específico.

Dentre todas as causas secundárias, a **Doença de Crohn** é a mais cobrada em provas de residência! O que acontece se você fizer uma fistulotomia convencional (corte do trajeto) em um paciente com fístula por Doença de Crohn em atividade?

O tecido cronicamente inflamado não irá cicatrizar! O paciente evoluirá com uma ferida cirúrgica crônica, incontinência fecal grave e alto risco de necessitar de uma proctectomia definitiva.



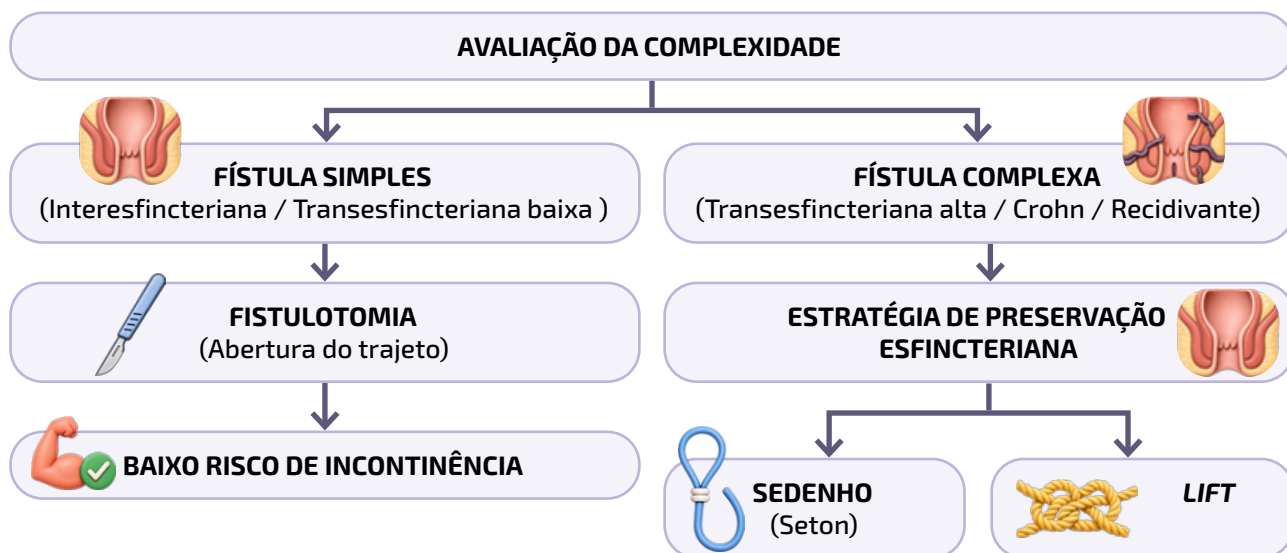
ATENÇÃO NA PROVA

A cirurgia na fístula de Crohn serve apenas para controlar complicações purulentas. A conduta cirúrgica correta é a passagem de um sedenho para manter o trajeto permeável e evitar a formação de novos abscessos enquanto a medicação biológica atua.

Manejo Cirúrgico (Fistulotomia vs. Fistulectomia, Sedenho/ Seton e LIFT)

O objetivo supremo da cirurgia de fístula anorretal é erradicar o trajeto fistuloso e prevenir recidivas, mantendo 100% da continência fecal do paciente intacta. Para atingir esse equilíbrio entre cura e preservação muscular, escolhemos a técnica cirúrgica com base na classificação da fístula (simples vs. complexa):

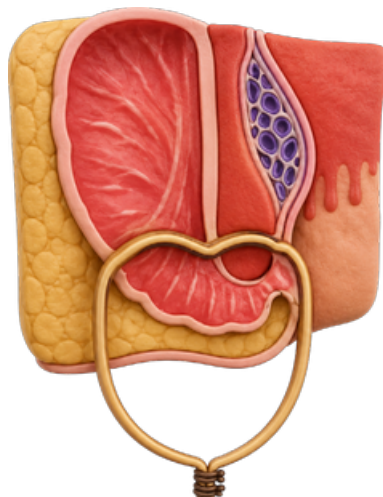
DECISÃO TERAPÊUTICA NA FÍSTULA



As principais técnicas cirúrgicas cobradas em prova são:

1. **Fistulotomia (Técnica de *Unroofing* / Abertura do trajeto):** É o padrão-ouro para **fístulas simples**. Consiste na introdução de um estilete pelo trajeto e no corte de todo o teto da fístula (pele, mucosa e a porção mínima de esfíncter envolvida). A ferida é deixada aberta para cicatrizar por segunda intenção. Apresenta taxa de cura superior a 95%.
2. **Fistulectomia (Ressecção em bloco do trajeto):** Consiste na ressecção de todo o tubo fibroso da fístula. Gera feridas operatórias muito maiores, tempo de cicatrização prolongado e maior taxa de lesão esfíncteriana. **Não é a primeira escolha** na atualidade quando comparada à fistulotomia.
3. **Passagem de Sedenho (Seton):** Técnica indicada para **fístulas complexas** (que envolvem grande massa muscular). Um fio cirúrgico, fita de silicone ou dreno de *penrose* é passado através do trajeto fistuloso, amarrando suas pontas externamente.
 - **Sedenho Cortante (*Cutting Seton*):** É apertado periodicamente no ambulatório. Ele secciona o músculo de forma gradual ao longo de semanas. Conforme corta, induz fibrose local, impedindo o afastamento das bordas musculares e minimizando a incontinência.
 - **Sedenho Não Cortante (Sedenho de Dreno):** Utilizado para manter a fístula aberta e drenada, impedindo o acúmulo de pus e a formação de novos abscessos. É a conduta de escolha na **Doença de Crohn**.

SETON PASSANDO PELO TRAJETO FISTULOSO



4. **Técnica de LIFT (*Ligation of Intersphincteric Fistula Tract*):** Consiste na **ligadura do trajeto fistuloso no espaço interesfíncteriano**. O cirurgião acessa o plano entre o esfíncter interno e o externo, identifica o trajeto, realiza a dupla ligadura e o secciona, fechando o orifício interno. É uma técnica excelente para fístulas transesfíncterianas porque **não secciona nenhuma fibra muscular**, preservando totalmente a continência.

Questão Estratégica — Diagnóstico e Conduta na Fístula Anorretal



QUESTÃO FMABC/SP - 2017

Um paciente de 36 anos, sexo masculino, queixa-se de dor no ânus há 3 anos, por vezes refere notar a presença de secreção esbranquiçada e com odor fétido em sua roupa íntima. O diagnóstico mais provável e a melhor conduta são, respectivamente:

- A) Neoplasia de canal anal – tratamento cirúrgico.
- B) Fístula perianal por infecção criptoglandular, tratamento cirúrgico.
- C) Fissura anal crônica – tratamento cirúrgico.
- D) Hidradenite supurativa – tratamento clínico.

Comentário:

Estamos diante de um caso clássico de **fístula anorretal crônica (fase tardia da doença criptoglandular)**.

Vamos analisar os pontos-chave do enunciado:

1. **História arrastada (3 anos):** A fístula representa a cronificação da infecção glandular após a drenagem ou ruptura de um abscesso anorretal prévio.
2. **Saída intermitente de secreção purulenta/fétida que suja a roupa íntima:** Este é o sintoma mais característico e patognomônico da fístula anorretal! A secreção drena pelo orifício externo (secundário) localizado na pele perianal.
3. **Etiologia:** Cerca de 90% dos casos têm origem na obstrução e infecção das glândulas anais de Chiari nas criptas de Morgagni (**origem criptoglandular**).
4. **Conduta:** O tratamento definitivo da fístula anorretal criptoglandular é **estritamente cirúrgico** (fistulotomia para fístulas simples ou técnicas de preservação esfinteriana/sedinho para fístulas complexas).

Análise das alternativas incorretas:

A (Neoplasia de canal anal): Apresenta-se tipicamente com sangramento vivo ao evacuar, dor local, lesão vegetante ou ulcerada palpável no toque retal, além de tenesmo e perda ponderal — não como drenagem de secreção purulenta isolada ao longo de 3 anos.

C (Fissura anal crônica): O sintoma marcante é a **dor anal intensa em “estilhaço de vidro” durante e após a evacuação**, associada ao sangramento no papel e hipertonia esfinteriana. Não cursa com saída intermitente de secreção purulenta fétida na roupa íntima.

D (Hidradenite supurativa): Afecção dermatológica das glândulas apócrinas. Embora origine fístulas e abscessos perianais, cursa com múltiplos comedões ("cravos") e trajetos restritos à pele/subcutâneo, **sem qualquer comunicação com o canal anal (linha pectínea).**

Gabarito: Letra B



CONEXÃO COM O CONTEÚDO

Esta questão reforça exatamente o gatilho direto de prova: quadro de dor anal crônica associada à drenagem intermitente de secreção purulenta/fétida na roupa íntima é o diagnóstico definitivo de **Fístula Anorretal Criptoglandular**, cuja conduta de escolha é **cirúrgica**.

REVISÃO FINAL

Vamos consolidar o raciocínio clínico com os "gatilhos" diretos que você precisa ativar instantaneamente na hora de resolver as questões de prova:

- **Se dor anal latejante + febre + abaulamento hiperemiado doloroso:** Pense em **Abscesso Anorretal**. A conduta imediata é a **drenagem cirúrgica**! Não prescreva apenas antibiótico e não espere flutuação.
- **Se abscesso perianal + diabetes/imunodepressão, celulite extensa ou sepse:** A conduta é **drenagem cirúrgica + antibioticoterapia sistêmica de amplo espectro** (ex.: Ciprofloxacino + Metronidazol).
- **Se dor anal e febre, mas com inspeção perianal normal:** Realize o toque retal! Pense em **Abscesso Profundo** (Interesfincteriano ou Supraelevador) e solicite Ressonância Magnética ou Tomografia de Pelve para confirmar.
- **Se dor anal intensa + crepitação à palpação, necrose cutânea e toxemia em paciente diabético:** Pense em **Gangrena de Fournier**. Indique **desbridamento cirúrgico de urgência** + ATB de amplo espectro + suporte em UTI.
- **Se saída crônica de secreção purulenta por orifício perianal pós-drenagem de abscesso:** Pense em **Fístula Anorretal**.
- **Se orifício externo anterior a menos de 3 cm da margem anal:** Pense na Regra de Goodsall-Salmon → **Trajeto reto e radial** para a cripta correspondente.
- **Se orifício externo posterior OU anterior a mais de 3 cm da margem anal:** Pense na Exceção de Goodsall-Salmon → **Trajeto curvo** em direção à linha média posterior (6 horas).

- **Se fístula simples (interesfincteriana ou transesfincteriana baixa):** O tratamento de escolha é a **Fistulotomia** (abertura do trajeto).
- **Se fístula associada à Doença de Crohn: Fistulotomia é contraindicada!** O manejo correto é **Sedinho não cortante (de dreno) + terapia com imunobiológico**.

Resumo em 1 minuto

- **Teoria Criptoglandular:** Abscessos e fístulas derivam da infecção das glândulas anais de Chiari nas criptas de Morgagni. Abscesso é a fase aguda; fístula é a fase crônica epitelizada.
- **Manejo do Abscesso:** Abscesso diagnosticado é abscesso drenado. Antibioticoterapia NÃO é de rotina; indique apenas em diabéticos, imunodeprimidos, celulite extensa, sepsis ou prótese valvar.
- **Gangrena de Fournier:** Fasceíte necrotizante do períneo em diabéticos/imunodeprimidos. Exige desbridamento cirúrgico radical e imediato + ATB de amplo espectro.
- **Regra de Goodsall-Salmon:** Anteriores (< 3 cm) = trajeto reto. Posteriores (ou Anteriores > 3 cm) = trajeto curvo até a linha média posterior (6h).
- **Classificação de Parks:** Interesfincteriana (70% - mais comum), Transesfincteriana (25%), Supraesfincteriana (5%) e Extraesfincteriana (1%).
- **Cirurgia da Fístula:** Fistulotomia para fístulas simples (< 30% de músculo). *LIFT* ou Sedinho cortante para fístulas complexas (> 30% de músculo), garantindo a preservação da continência fecal.
- **Fístula na Doença de Crohn:** Proibido cortar o músculo! Tratamento clínico com imunobiológicos associado à passagem de sedinho de dreno para evitar novos abscessos.

Agora que você viveu a metodologia **MED-Review...**

O Extensive **MED-REVIEW** está com inscrições abertas e, se você chegou até aqui, já sabe:

O momento certo para entrar é agora.

imagine ter esse nível de clareza, didática e estratégia em TODA a Medicina?

No Extensive você encontra:

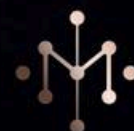
- ✓ **Aulas curtas, ilustradas e narrativas** que fazem até os temas mais complexos parecerem simples.
- ✓ **Qbank** com milhares de questões comentadas alternativa por alternativa.
- ✓ **Flashcards** com repetição espaçada e memória visual, do jeito que o cérebro realmente aprende.
- ✓ **Simulados mensais** para você treinar como prova.
- ✓ **Didática ABSURDA** que acelera sua aprendizagem de verdade.

Acesse agora e descubra por que quem estuda com a **MED-REVIEW** aprende mais, lembra mais e aprova mais.



Siga-nos

-  @GrupoMEDReview
-  @GrupoMED-Review
-  @GrupoMEDReview



MED-REVIEW

