

Avaliação pré-operatória de fístula perianal: importância da ressonância magnética

Preoperative evaluation of perianal fistulae: importance of MR imaging

Gleim Dias de Souza ¹, Luciana Rodrigues Queiroz Souza ², Ronaldo Mafia Cuenca ³,
Guilherme Medeiros de Souza ⁴, João Marcos Ibrahim de Oliveira ⁴

Resumo

As fístulas perianais correspondem a um pertuito anormal comunicante entre a porção terminal do intestino grosso e um orifício externo na pele. Infecções criptogandulares, mais comumente, podem evoluir na fase aguda com abscessos perirretais e, quando crônicas, fístulas perinanaais. Afecção pouco comum do trato gastrointestinal acometendo geralmente adultos jovens com uma prevalência de 0,01% na população geral, predominando no sexo masculino com proporção de 2:1. O método de escolha para diagnóstico de fístula perianal é a ressonância magnética (RM) pois demonstra com mais acurácia todos os planos envolvidos e o trajeto fistuloso. Fistulografia, tomografia computadorizada (TC), enema baritado e endossonografia anal também podem ser utilizados. Ainda pode-se realizar exames com o paciente sob anestesia como proctosigmoidoscopia e colonoscopia. O tratamento cirúrgico, quando estabelecido e guiado pela RM reduz a taxa de recorrência em 75% dos pacientes com doença complexa.

Palavras Chave: abscesso, fístula perianal, ressonância magnética.

Abstract

The perianal fistulas correspond to an abnormal orifice that communicates the end portion of the large intestine to an external opening in the skin. Most commonly criptogandulars infections can evolve in the acute phase with perirectal abscesses and when chronic, perianal fistulas. Unusual disease of the gastrointestinal tract usually affects young adults, with a prevalence of 0.01% in the general population, predominantly in males, with ratio of 2:1. The method of choice for diagnosis of perianal fistula is magnetic resonance imaging (MRI) as it demonstrates more accurately all levels involved and the path fistulous. Fistulography, computed tomography (CT), barium enema and anal endosonography can also be used. You can still perform tests with the patient under

1. Médico, doutor, radiologista do Hospital de Base do Distrito Federal, docente do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília.

2. Médica, mestre, radiologista do Hospital de Base do Distrito Federal

3. Médico, doutor, mestre, cirurgião do aparelho digestivo do Hospital de Base do Distrito Federal

4. Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília

E-mail do primeiro autor: guilherme.medeirosss@gmail.com

Recebido em 01/07/2015

Aceito, após revisão, em 30/08/2015

anesthesia as proctosigmoidoscopy and colonoscopy. Surgical treatment, when established and guided by MRI reduces the recurrence rate in 75% of patients with complex disease.

Key words: abscess, perianal fistula, magnetic resonance imaging.

Introdução

As fístulas perianais correspondem a um pertuito anormal que comunica o canal anal ou reto a um orifício externo na pele. Geralmente resultam de infecções criptogandulares, na linha denteada, que evoluem na fase aguda com abscessos perirretais e, quando crônicas, fístulas perinanais.^{1,4}

É uma complicação em 25% dos casos de sepse anorretal, sendo uma afecção incomum do trato gastrointestinal que acomete em geral adultos jovens com prevalência de 0,01% na população geral, sendo mais frequente no sexo masculino do que no feminino com proporção de 2:1.²

Os pacientes acometidos apresentam em geral histórico de edema, dor e drenagem (espontânea ou cirúrgica) de abscesso anorretal. Podendo ainda haver a associação de sintomas como descargas perianais, sangramentos, quadros diarreicos, escoriações da pele e abertura externa da fístula.¹

A anatomia do canal anal ajuda a compreender a fisiopatologia das fístulas. Tal estrutura é formada pelo esfíncter anal interno (musculatura lisa) e esfíncter anal externo (musculatura estriada), entre eles se encontra o espaço interesfíncteriano (fina camada de gordura e tecido conjuntivo frouxo).¹ O trajeto

de uma fístula é determinado pela anatomia local; mais comumente elas fazem um trajeto para dentro dos planos fasciais ou gordurosos, especialmente o espaço interesfíncteriano entre o esfíncter interno e o externo, para dentro da fásia isquiorretal.⁴

As fístulas podem ser classificadas, a variar de acordo com a localização do trajeto fistuloso primário em relação à musculatura do canal anal, em quatro tipos (Figura 1)^{4,5}:

A) Interesfíncterianas: correspondem de 60 a 70% dos casos, caracterizada pela infecção que se inicia no espaço interesfíncteriano, sem atingir o esfíncter externo, e que eventualmente se comunica com o meio exterior através da pele.

B) Transefíncterianas: correspondem de 20 a 30% dos casos e se caracterizam pelo acometimento do esfíncter externo até a fossa isquioanal e posteriormente a pele perianal.

C) Supraesfíncterianas: são mais incomuns e neste casos as fístulas se estendem superiormente ao espaço interesfíncteriano penetrando acima do músculo elevador do ânus, e seguindo inferiormente pela fossa isquioanal.

D) Extraesfíncterianas: também são mais incomuns e ocorrem como extensão primária de doenças pélvicas através do músculo elevador do anus.

Ainda é possível que o trajeto das fístulas se ramifique para ambos os lados do espaço interesfincteriano, sendo estas chamadas de fístulas “em ferradura”.

As fístulas são ditas complexas quando possuem qualquer uma das seguintes características: localização anterior em pacientes do sexo feminino, múltiplos trajetos, um trajeto alto que atravessa mais de 30 a 50% do esfíncter externo, pacientes com incontinência pré-existente, fístulas recorrentes, diarreia crônica, doença de Crohn ou histórico de irradiação local.⁶

Objetivo

O objetivo desta revisão de literatura é entender a relevância da utilização da ressonância magnética como método de diagnóstico sem casos de fístulas perianais e sua importância na investigação de complicações associadas ao quadro.

Método

Para a elaboração deste trabalho foram consultados artigos indexados nas bases PUBMED e Scielo. Foram usados os termos “fístula perianal”, “ressonância magnética” e “pré-operatório”. As referências bibliográficas de todos os artigos encontrados foram comparadas. As principais fontes não relacionadas através da consulta às bases foram também selecionadas, de acordo com sua relevância.

Discussão

A ressonância magnética é o principal método de escolha por permitir demonstrar presença de abscessos e extensões secundárias, fatores estes que contribuem para o alto índice de recorrência pós-cirúrgica. A técnica utilizada no exame inclui imagens com alto grau de diferenciação entre tecidos moles, sendo possível a visualização do pertuito fistuloso entre as camadas anatômicas e um planejamento cirúrgico. Além disso, não é necessário o preparo do paciente antes da realização da RM.¹¹

A avaliação do canal anal durante a RM necessita da orientação e angulação correta. Faz-se então, necessário um corte sagital inicialmente, que permita a visualização da pelve, utilizado para guiar os cortes axiais e coronais que resultarão em imagens alinhadas do canal anal, sendo assim possível a avaliação detalhada da fístula.¹¹

O estudo prospectivo de Beets-Tan et al.(2001) teve por objetivo avaliar a acurácia da RM como exame pré-operatório para a detecção de fístulas e a necessidade do tratamento cirúrgico em pacientes com fístulas complexas. O estudo realizado com 56 pacientes (24 mulheres e 32 homens), que foram submetidos à cirurgia exploratória e tiveram seus exames comparados com a descrição cirúrgica, demonstrou que o exame de imagem realizado antes do procedimento revelou o trajeto fistuloso em todos os pacientes. Entretanto foram relatados oito

falso-positivos em achados de trajeto primário e uma fístula transesfincteriana foi erroneamente classificada como sinus, apesar da RM ter auxiliado a visualização de duas fistulas transesfincterianas que não haviam sido vistas durante a cirurgia. Além disso, 25 dos 26 abscessos foram visualizados na RM e sete abscessos supraesfincterianos que haviam sido vistos antes do procedimento e não visualizados no intra-operatório, foram tratados com o aumento da área cirúrgica por haver confirmação na imagem. Três abscessos foram erroneamente diagnosticados na RM. Todas as 14 fístulas em ferradura, incluindo quatro coleções inicialmente despercebidas pelos cirurgiões. Ficou demonstrada então a alta acurácia da RM no diagnóstico por imagem das fístulas perianais.¹⁰

Khera et al.(2010) estudo prospectivamente 43 pacientes com diagnósticos clínico de fístula perianal. Durante a avaliação por RM, dos 43 pacientes, oito deles apresentavam apenas sinus perianal com ausência de fístula para o canal anal. Dos 35 pacientes com fístulas, três apresentavam diagnóstico prévio de doença de Crohn, dois deles com múltiplas fístulas e todos com presença de abscesso. Dos 32 restantes, 24 apresentavam fístulas primária e 7 já haviam realizado drenagem prévia de abscesso perianal, e ainda oito pacientes

apresentavam fístula recorrente. Das 44 fístulas visualizadas, 14 eram transesfincterianas, 25 interesfincterianas e tres extraesfincterianas (não foram diagnosticadas fístulas supraesfincterianas no estudo). Além disso, 27 fístulas foram classificadas como simples e 17 apresentaram complicações.⁸

Amela Sofic et al.(2010) realizou um estudo com 24 pacientes objetivando comparar métodos diagnósticos (fistulografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética realizado em todos os pacientes) e relacionar incidência dos tipos de fístula segundo a classificação de Parks et al. (1976). Os resultados dos exames radiológicos, quando associados a doença de Crohn, demonstraram então acurácia de 100% dos casos para diagnóstico de fístulas, contra 11% na TC e 0% nos exames de fistulografia. Porém quando associados retocolite ulcerativa, demonstraram 100% de acurácia na RM, 80% na TC e 0% no fistulografia. Quanto à classificação, 29,16% das fístulas transesfincterianas, 25% interesfincterianas, 25% retovaginais, 12,5% extraesfincterianas e 8,33% supraesfincterianas. Tornando-se claro, novamente, a superioridade da RM magnética para o diagnóstico das fístulas perianais quando comparada a outros métodos.⁹

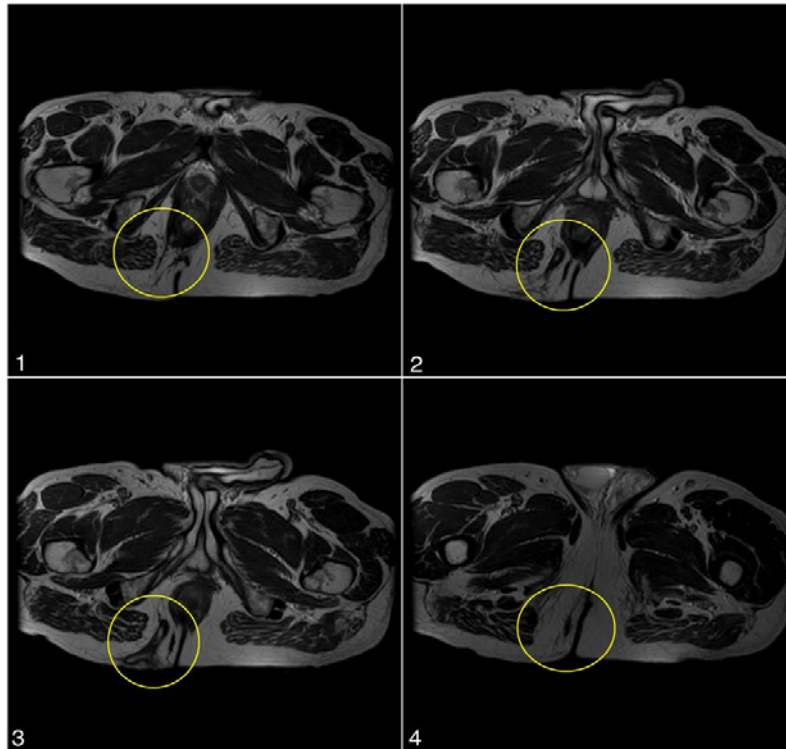


Figura1: segmento axial T2 de RM magnética demonstrando trajeto fistuloso com extensão do ânus até a pele localizado às 8horas ultrapassando toda a musculatura, classificar a fístula em transesfincteriana. (acervo pessoal)

Os exames laboratoriais são de pouco auxílio no diagnóstico das fístulas, entretanto o exame físico é de grande utilidade. Durante o exame físico deve-se atentar a presença de orifícios externos com drenagem espontânea de pus ou sangue e ao exame digital retal é possível perceber o trato fibroso abaixo da pele e avaliar a presença de outras inflamações agudas ainda não drenadas.¹

O tratamento das fístulas complexas é acompanhado de maiores riscos de desarranjos da continência fecal, recorrência e falha do procedimento e atraso na cicatrização.^{1,6}

O tratamento cirúrgico, quando estabelecido e guiado pela RM reduz a taxa de recorrência em 75% dos pacientes com doença complexa.¹

O tratamento é indicado para pacientes sintomáticos, e esses sintomas geralmente envolvem episódios recorrentes de sepse anorretal. O tratamento deve ser corretamente indicado visto que um abscesso se forma facilmente se o óstio externo da fístula perianal se fechar por segunda intenção. Paciente com doença de Crohn no períneo, com fístulas complexas múltiplas e frequentes, necessitam de um tratamento

cirúrgico cuidadoso. Abscesso perianal agudo necessita de incisão e drenagem. Para que o tratamento cirúrgico seja estabelecido nesses casos, é necessário que a doença intra-abdominal esteja controlada com terapia medicamentosa.^{1,6}

O tratamento está contraindicado caso o paciente esteja assintomático e a fístula seja encontrada durante um exame de rotina. Cirurgia para fístula-in-ano não deve ser feita para reparação definitiva em abscesso anorretal, a não ser que a fístula seja superficial e o trato seja óbvio. Na fase aguda, uma simples incisão com drenagem do abscesso já é suficiente, pois apenas 7-40% dos pacientes vão desenvolver fístulas.¹

O tratamento se divide de acordo com a apresentação das fístulas. E elas se dividem em fístula-in-ano simples, fístula-in-ano complexa e fístula-in-ano associada a doença de Crohn, assim como os seus prognósticos, que dependem da forma de apresentação da doença.⁶

O prognóstico dos pacientes operados é bom, sendo que 0-18% dos pacientes vão apresentar recidivas das fístulas após fistulotomia (*standard fistulotomy*) e chance de apresentar incontinência fecal de 3-7%. No caso do tratamento cirúrgico com retalho de mucosa (*Mucosal Advancement Flap*), a chance de recorrência é de 1-17%, e a chance de incontinência é de 6-8%. O método Seton (*Seton use*) apresenta um recorrência de 0-17% e incontinência em 0-17% dos casos.¹

Conclusão

A ressonância magnética (RM) é um método indispensável para o diagnóstico e conduta das fístulas perianais. Sua elevada acurácia, em comparação com os outros métodos, permite determinar todo o percurso fistuloso, todas as regiões afetadas e o melhor manejo cirúrgico, além de revelar complicações secundárias que não seriam visualizadas durante a cirurgia.²

Referências:

1. Poggio JL. Fístula-in-Ano. Drexel: Medscape; 2013
2. Lima CMAO, Junqueira FP, Rodrigues MCS, Gutierrez CAS, Domingues RC, Coutinho Junior AC. Avaliação por ressonância magnética das fístulas perianais: ensaio iconográfico. Radiol Bras. 2010;43(5):330–335.
3. Buchanan GN, Halligan S, Bartram CI, Williams AB, Tarroni D, Cohen CRG. Clinical examination, endosonography and MR imaging in preoperative assessment of fistula in ano: comparison with outcome-based reference standard. Radiology 2004; 233: 674-81.
4. Mattox KL, Townsend CM.; Beauchamp RD. Sabiston - Tratado de Cirurgia - 18a Edição, Elsevier, São Paulo, 2010.
5. Parks et al. - Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula-in-ano. Br J Surg. 1976;63:1–12.

6. Whiteford MH. Perianal Abscess/Fistula Disease. Clinics in colon and rectal surgery/volume 20, number 2, 2007.
7. Morris J, Spencer JA, Ambrose NS. MR Imaging Classification of Perianal Fistulas and Its implication for patients Management. RadioGraphics 2000; 20:623-635.
8. Khera SP, Badawi HA, Afifi AH. MRI in perianal fistulae. Indian J Radiol Imaging 20 (1) 53,57. India, 2010.
9. Sofic A, Beslic S, Sehovic N, Caluk, Sofic D. MRI in evaluation of perianal fistulae. Radiol Oncol 2010; 44(4): 220-227.
10. Beets-Tan RGH et al. Preoperative MR Imaging of Anal Fistulas: Does it really help the Surgeon?. Radiology 2001; 218:75-84.
11. Criado JM et al. Mr Imaging Evaluation of perianal fistulas: spectrum of imaging features. Radiographics:2012; 32:175-194.