

# BMJ Best Practice

## Abscesso anorretal

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



# Tabela de Conteúdos

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Fundamentos</b>	<b>4</b>
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	4
<b>Prevenção</b>	<b>6</b>
Prevenção primária	6
<b>Diagnóstico</b>	<b>7</b>
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	9
Anamnese e exame físico	10
Exames diagnóstico	11
Diagnóstico diferencial	13
<b>Tratamento</b>	<b>16</b>
Abordagem passo a passo do tratamento	16
Visão geral do tratamento	18
Opções de tratamento	19
<b>Acompanhamento</b>	<b>23</b>
Recomendações	23
Complicações	23
Prognóstico	23
<b>Diretrizes</b>	<b>25</b>
Diretrizes de diagnóstico	25
Diretrizes de tratamento	25
<b>Nível de evidência</b>	<b>26</b>
<b>Referências</b>	<b>27</b>
<b>Imagens</b>	<b>30</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>31</b>

## Resumo

- ◇ Apresenta-se frequentemente com dor perianal com leucocitose.
- ◇ Geralmente tratado por incisão e drenagem.
- ◇ Antibióticos adjuvantes são desnecessários para casos não complicados. Antibióticos são indicados no caso de pacientes com diabetes, imunocomprometimento, debilitação crônica, idade avançada, história de valvopatia cardíaca ou celulite extensa correlata.

## Definição

O abscesso anorretal é uma infecção dos tecidos moles ao redor do ânus.[1] Dor perianal intensa e edema são as queixas apresentadas com mais frequência. Outros sintomas incluem febre, calafrios ou retenção urinária.[2] Raramente, os pacientes podem se apresentar com sepse com risco de vida devido a uma infecção necrosante de tecidos moles associada.[3] O diagnóstico de abscesso anorretal geralmente pode ser feito pelo exame físico, mas, eventualmente, quadros atípicos requerem estudos de imagem, como tomografia computadorizada (TC) ou ressonância nuclear magnética (RNM).[4] [5]

## Epidemiologia

Abscessos anorretais constituem um problema muito comum, afetando cerca de 0.18% da população em geral.[11] Quanto aos pacientes com a doença de Crohn, o abscesso anorretal se desenvolve em um terço dos pacientes aproximadamente. Abscessos anorretais são 2 a 3 vezes mais frequentes em homens que em mulheres, sendo que a maioria dos abscessos ocorre em pacientes na faixa dos 20 aos 40 anos de idade. A maior incidência é durante a primavera e o verão.[12] [13]

## Etiologia

A maioria dos abscessos anorretais resultam de infecções das glândulas anais (infecções criptoglandulares). O canal anal contém 6 a 14 glândulas situadas no plano entre os esfíncteres anais internos e externos. Dutos destas glândulas atravessam os esfíncteres internos e fazem a drenagem nas criptas anais na linha dentada. Estas glândulas podem ficar infectadas quando houver obstrução de uma cripta causada por impactação de matéria alimentar, por edema de trauma secundário a fezes duras ou a corpo estranho, ou como consequência de um processo inflamatório adjacente como a doença de Crohn.

## Fisiopatologia

O canal anal contém 6 a 14 glândulas situadas no plano entre os esfíncteres anais internos e externos. Dutos destas glândulas atravessam os esfíncteres internos e fazem a drenagem nas criptas anais na linha dentada. Se a cripta não drena espontaneamente para dentro do canal anal, pode ocorrer uma infecção do espaço interesfincteriano. Esta infecção pode se disseminar ao longo do espaço interesfincteriano e resultar em abscesso interesfincteriano, perianal ou supraelevador. A infecção também pode atravessar o esfíncter anal externo e resultar em abscesso perirretal.[2] [6]

Abscessos anorretais estão associados com fístulas anais em 37% dos pacientes.[14] [15] Se essas fístulas não forem reconhecidas e tratadas, os abscessos perirretais poderão recorrer. Abscessos perirretais também são uma manifestação frequente da doença de Crohn e deve-se pensar neste diagnóstico em pacientes com abscessos anorretais recorrentes.[1]

## Classificação

### Classificação anatômica clínica[6]

Abscessos anorretais são geralmente classificados clinicamente com base na anatomia do abscesso.

- Abscessos interesfincterianos estão localizados no espaço entre o esfíncter anal interno e externo.
- Abscessos perianais ocorrem nos tecidos moles superficiais que recobrem o espaço interesfincteriano.
- Abscessos perirretais são encontrados nos espaços isquiorretais ou pós-anais.  
[Fig-1]
- Abscessos supraelevadores ocorrem acima do anel anorretal no espaço supraelevador.

## Prevenção primária

Não foi demonstrado que uma dieta contendo 25 a 30 g/dia de fibra e 60 a 80 onças/dia de líquido previne os abscessos anorretais, mas ela é recomendada para prevenir fezes duras, que constituem um fator de risco para abscessos anorretais.<sup>[12]</sup>

## Caso clínico

### Caso clínico #1

Um homem de 32 anos de idade se apresenta ao pronto-socorro se queixando de dor perirretal e inchaço. Os sintomas começaram 24 horas antes e foram piorando progressivamente. O paciente nega sangramento retal e descreve a dor como muito intensa e localizada na área do inchaço. Ele relata uma história de febre subjetiva, mas nega qualquer mudança nos hábitos intestinais. Ele também nega história de problemas clínicos crônicos ou recentes.

### Outras apresentações

O abscesso anorretal pode ser uma manifestação da doença de Crohn.[1] Se por um lado a dor perianal intensa e o edema são os sintomas de apresentação mais comuns, por outro 1 ou ambos os sintomas podem estar ausentes. Eventualmente, pacientes com abscessos anorretais se apresentam com retenção urinária. Esta é mais frequente em homens com história pregressa de problemas urinários.[2] [7] Abscessos interesfincterianos são muito difíceis de diagnosticar, pois produzem pouco edema e poucos sinais de infecção perianal. Nestes casos, a dor anal é o sintoma predominante, geralmente descrita como estando no interior e acima da região anal, sendo tão intensa que impossibilita o exame de toque retal.[8] Abscessos supraelevadores podem se apresentar com dor abdominal ou dor pélvica profunda mimetizando uma condição intra-abdominal, sem qualquer inchaço perirretal óbvio.[9] Raramente, pacientes com abscesso anorretal apresentam sepse com risco de vida a partir de uma infecção necrosante de partes moles associada. Isso é mais provável em pacientes com diabetes, idosos ou nos que estão imunocomprometidos ou debilitados cronicamente.[3] [10]

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

A suspeita de diagnóstico de abscesso anorretal geralmente provém da história clínica do paciente, sendo confirmada pelo exame físico. Exames laboratoriais e radiológicos geralmente não são necessários para o diagnóstico de abscesso anorretal, mas podem ser úteis em algumas situações especiais.

A localização de um abscesso anorretal afeta o seu diagnóstico e tratamento.[6] Abscessos interesfincterianos são difíceis de diagnosticar porque produzem pouco edema e poucos sinais de infecção perianal, mas estão associados com dor anal tão intensa que impossibilita o exame de toque retal. A anestesia é geralmente necessária para o exame e diagnóstico satisfatório da condição.[16] Abscessos supraelevadores podem se apresentar com sintomas que mimetizam uma condição intra-abdominal. O toque retal geralmente revela uma área sensível e endurecida acima do anel anorretal, no entanto, imagens de tomografia computadorizada (TC) ou ressonância nuclear magnética (RNM) podem ser necessárias para fazer o diagnóstico.[9]

### História

A presença de fatores de risco como história de doença de Crohn ou fístula anal deve ser aventada. Além disso, abscessos anorretais são mais comuns em homens que em mulheres.[12] [13]

Pacientes com abscessos anorretais geralmente relatam uma história de dor anal localizada ou perianal.[2] A dor geralmente começa 1 a 2 dias antes da apresentação e se torna progressivamente

mais intensa. Os pacientes frequentemente se queixam de edema e calor nos tecidos perianais. Ocasionalmente, o paciente pode relacionar o início a um evento precipitador, como uma evacuação difícil, embora a dor associada apenas com a evacuação seja provavelmente devida a uma fissura. A dor pode ser exacerbada pelo movimento, tosse, espirros ou evacuações. O paciente pode, frequentemente, tentar tomar banhos quentes para aliviar a dor, mas estes não melhoram ou pioram a dor. A maioria dos pacientes não relata sangramento retal, a menos que o abscesso tenha drenado espontaneamente (geralmente associado a um pouco de diminuição da dor). A febre é comum, sendo geralmente  $<38.6^{\circ}\text{C}$  ( $101.5^{\circ}\text{F}$ ).

Pacientes com abscessos supraelevadores raros podem descrever dor no baixo abdome ou na pelve, mimetizando uma condição intra-abdominal.[9] Ocasionalmente, os pacientes com abscessos anorretais podem se queixar de não conseguir urinar, sobretudo homens com história pregressa de dificuldades de micção.[2] [7] Sintomas de inflamação, dor e edema estão frequentemente ausentes ou reduzidos em pacientes com:[2]

- Diabetes
- Imunocomprometimento
- Debilitação
- Idade avançada
- Infecção necrosante de partes moles associada.

## Exame físico

Um exame anorretal satisfatório geralmente pode ser realizado no consultório ou pronto-socorro, embora, ocasionalmente, possa ser impossível por causa da dor. Pacientes com abscessos supraelevadores e interesfincterianos, em especial, requerem anestesia para a realização do exame completo.

O achado mais comum no exame físico é uma área sensível e endurecida imediatamente adjacente ao ânus, no canal anal ou acima do anel anorretal.[2] Quanto mais afastada a área endurecida estiver da borda anal, menos provável será um abscesso anorretal. A fístula anal associada a abscessos anorretais pode ter uma estrutura dura, do tipo cordão, em direção ao ânus e palpável nos tecidos moles. Cistos de inclusão epidérmica infectados são muito mais prováveis quando a área endurecida estiver mais de 3 cm afastada da borda anal, ao passo que a doença pilonidal é mais frequente quando o endurecimento está localizado na região interglútea.

Ocasionalmente, a infecção pode se disseminar e envolver tanto a fossa isquiorretal quanto o espaço pós-anal (abscesso em forma de ferradura), apesar dos abscessos anorretais serem quase sempre isolados. O endurecimento nos abscessos em forma de ferradura pode ser mais acentuado na fossa isquiorretal e parecer com abscessos bilaterais.[17] Se múltiplos abscessos estiverem presentes, é muito mais provável que o diagnóstico seja de múltiplos cistos de inclusão epidermoide infectados ou hidradenite supurativa perianal.

O endurecimento pode estar ausente ou reduzido em pacientes com diabetes ou naqueles imunocomprometidos, debilitados ou idosos. A detecção de febre baixa e taquicardia leve também deve fazer parte do exame físico, visto que estes são sintomas comuns de abscesso anorretal.

## Exames laboratoriais

Exames laboratoriais raramente ajudam no diagnóstico e tratamento de abscessos anorretais e não precisam ser um componente de rotina da avaliação e tratamento destes pacientes.[2]



Exames básicos incluem o seguinte.

- Contagem leucocitária: frequentemente revela uma leucocitose com aumento da proporção de neutrófilos. Os abscessos anorretais não causam anemia ou outras anormalidades hematológicas.
- Glicose sanguínea: pode mostrar hiperglicemia, que pode ou não estar associada com diabetes.

Em pacientes com infecção necrosante de partes moles relacionada com seu abscesso anorretal, a determinação dos eletrólitos séricos pode revelar ureia e creatinina elevadas, bicarbonato reduzido e aumento do déficit de base (acidose metabólica).

Geralmente, os resultados anormais da bioquímica sérica somente devem ser avaliados com mais profundidade depois de o abscesso agudo ter sido tratado, enquanto se abordam as considerações de tratamento urgente de forma aguda (por exemplo, depleção de volume, hiperglicemia).

No passado, alguns especialistas recomendavam a cultura do conteúdo do abscesso anorretal, supondo que a bacteriologia do abscesso pudesse prever a presença de fístula anal associada.[\[18\]](#) [\[19\]](#) Atualmente, a cultura do conteúdo do abscesso anorretal é reservada geralmente para pacientes com abscessos recorrentes sem fístula identificada, ou para aqueles com fatores de risco para uma das causas raras de abscesso anorretal, como vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou imunossupressão, ou para pacientes de uma região em desenvolvimento. Técnicas microbiológicas e de cultura específicas podem ser necessárias na identificação desses patógenos incomuns.[\[20\]](#) [\[21\]](#)

## Estudos radiológicos

Os estudos radiológicos raramente ajudam no diagnóstico e tratamento de abscessos anorretais. Ocasionalmente, em pacientes com apresentações complexas ou atípicas ou naqueles com abscessos supraelevadores ou em forma de ferradura, a ultrassonografia anal tem sido utilizada para avaliação. No entanto, a dor intensa associada com o abscesso anorretal frequentemente limita a utilização desta modalidade. Outras modalidades de imagens, como a TC ou a RNM, podem ser mais úteis na avaliação desses pacientes.[\[4\]](#) [\[5\]](#) [\[22\]](#)

[\[Fig-1\]](#)

## Fatores de risco

### Fortes

#### fístula anal

- Abscessos anorretais múltiplos recorrentes são uma manifestação clínica comum de fístula anal.
- Estes abscessos recorrentes ocorrem quando há obstrução das fístulas por impactação de matéria alimentar no trajeto fistuloso ou por cicatrização da pele sobre a abertura externa da fístula.
- A fístula anal ocorre em 37% dos pacientes com abscesso anorretal.[\[14\]](#) [\[15\]](#) Fístulas são consequência da drenagem, cirúrgica ou espontânea, do abscesso anorretal.

### Doença de Crohn

- Abscessos anorretais se desenvolvem em cerca de um terço dos pacientes com doença de Crohn.[\[1\]](#)
- A maioria dos abscessos anorretais resultam de infecções das glândulas anais (infecções criptoglandulares). Os dutos destas glândulas anais atravessam os esfíncteres internos e fazem a drenagem nas criptas anais na linha dentada. Estas glândulas anais podem ficar infeccionadas,

quando uma cripta for obstruída como consequência de processo inflamatório adjacente como a doença de Crohn.

### **sexo masculino**

- Abscessos anorretais são 2 a 3 vezes mais frequentes em homens que em mulheres.[12] [13]

## **Fracos**

### **fezes duras**

- Fezes duras constituem um fator de risco para abscessos anorretais, embora uma alimentação com 25 a 30 g/dia de fibra e 60 a 80 onças/dia de líquido não tenha demonstrado que previne os abscessos anorretais.[12]

### **idade de 20 a 40 anos**

- A maioria dos abscessos anorretais ocorrem em pacientes com idades entre 20 e 40 anos.[12]

## **Anamnese e exame físico**

### **Principais fatores de diagnóstico**

#### **fístula anal (comum)**

- Considerado um fator de risco importante. Abscessos anorretais múltiplos recorrentes são uma manifestação clínica comum de fístula anal. A fístula anal também pode ser uma complicação de abscessos anorretais.

#### **história de doença de Crohn (comum)**

- Considerado um fator de risco importante. Abscessos anorretais se desenvolvem em cerca de um terço dos pacientes com doença de Crohn.[1]

#### **sexo masculino (comum)**

- Considerado um fator de risco importante. Abscessos anorretais são mais comuns em homens que em mulheres.[12] [13]

#### **dor perianal (comum)**

- Sintoma muito comum de abscesso anorretal.[2]
- A dor no canal anal ocorre mais frequentemente com abscessos interesfincterianos e a dor pélvica é mais frequente devido aos abscessos supraelevadores.
- Há muito poucas condições que causam dor anorretal. Se a dor ocorrer apenas durante e imediatamente após a evacuação, e melhorar com o passar do tempo, é mais provável que o diagnóstico seja uma fissura anal e não um abscesso anorretal.
- A dor constante geralmente ocorre apenas com hemorroidas externas trombosadas, que podem ser diagnosticadas pela simples inspeção do ânus, ou abscesso anorretal.
- A dor pode ser menos intensa em pessoas com um sistema imunológico comprometido.

#### **endurecimento perianal ou retal (comum)**

- A grande maioria dos pacientes com abscessos anorretais apresentam endurecimento nos tecidos perianais, no canal anal ou acima do anel anorretal.

- Este sinal pode estar ausente em pessoas com um sistema imunológico comprometido.

## Outros fatores de diagnóstico

### inchaço perianal (comum)

- Edema e sensibilidade dos tecidos perianais é uma queixa frequente.
- O edema pode estar ausente em pacientes com abscessos interesfincterianos ou supraelevadores, ou naqueles com o sistema imunológico comprometido.

### febre baixa (comum)

- A maioria dos pacientes com um abscesso anorretal tem febre, mas esta geralmente é <38.6 °C (101.5 °F).
- A febre geralmente está ausente em pessoas com um sistema imunológico comprometido.

### taquicardia (comum)

- Taquicardia leve é frequentemente observada.
- A etiologia pode ser multifatorial, incluindo pequena depleção de volume devido a ingestão oral de líquidos insuficiente, possivelmente relacionada com febre e dor.

### alteração nos hábitos intestinais (incomum)

- Mudanças nos hábitos intestinais raramente ocorrem em pacientes com abscessos anorretais. A história de diarreia crônica pode sugerir doença de Crohn, um fator de risco para o abscesso anorretal.

### sangramento retal (incomum)

- Geralmente ausente, a não ser que o abscesso tenha sido drenado de forma espontânea.
- A presença de sangramento retal é mais indicativo de fissura anal.

### incapacidade de urinar (incomum)

- Ocasionalmente, os pacientes podem se queixar de não conseguir urinar, sobretudo homens com história de dificuldades de micção.<sup>[2] [7]</sup>

## Exames diagnóstico

### Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
<b>exame clínico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A suspeita de diagnóstico de abscesso anorretal geralmente provém da história clínica do paciente, sendo confirmada pelo exame físico.</li> <li>• Um exame anorretal satisfatório geralmente pode ser realizado no consultório ou pronto-socorro, embora, ocasionalmente, possa ser impossível por causa da dor. Pacientes com abscessos supraelevadores e interesfincterianos, em especial, requerem anestesia para a realização do exame completo.</li> </ul>	<b>frequentemente um diagnóstico clínico, embora às vezes o exame sob anestesia seja necessário</b>

Exame	Resultado
<b>exame sob anestesia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizado quando um exame satisfatório não puder ser feito sem anestesia.</li> <li>Ocasionalmente, o exame sem anestesia pode ser impossível por causa da dor. Abscessos interesfincterianos e supraelevadores, em especial, podem requerer anestesia para a realização do exame completo.</li> </ul>	<b>deteção da presença de abscesso</b>

## Exames a serem considerados

Exame	Resultado
<b>contagem leucocitária</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pode ser útil na avaliação de paciente com suspeita de abscesso anorretal e ajuda a confirmar o diagnóstico.</li> <li>Se por um lado a contagem leucocitária elevada é muito sensível, por outro ela não é específica para o abscesso anorretal e a ausência de leucocitose não descarta o diagnóstico.</li> </ul>	<b>pode ser elevada com aumento da proporção de granulócitos (desvio à esquerda)</b>
<b>glicose sérica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Útil para o tratamento de pacientes diabéticos com suspeita de abscesso anorretal, embora possa ser difícil tratar a hiperglicemia antes de fazer a drenagem do abscesso.</li> </ul>	<b>normal ou hiperglicemia</b>
<b>eletrólitos séricos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>A ureia e a creatinina elevadas, o bicarbonato reduzido e o aumento do déficit de base (acidose metabólica) são achados frequentes em pacientes com infecções necrosantes de tecidos moles e sepse com risco de vida associados com seus abscessos anorretais.</li> <li>Geralmente, os resultados anormais da bioquímica sérica somente devem ser avaliados com mais profundidade depois de o abscesso agudo ter sido tratado, enquanto se abordam as considerações de tratamento urgente de forma aguda (por exemplo, depleção de volume, hiperglicemia).</li> </ul>	<b>geralmente normais; podem mostrar ureia e creatinina elevadas, bicarbonato reduzido</b>
<b>ultrassonografia anal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>A ultrassonografia anal é um meio barato de diagnosticar abscessos anorretais, embora normalmente não seja necessária para o diagnóstico de casos não complicados.</li> <li>O desconforto excessivo com esta modalidade também limita o seu uso no diagnóstico de abscessos interesfincterianos e supraelevadores.</li> </ul>	<b>visualização de abscessos anorretais</b>
<b>tomografia computadorizada (TC) da pelve</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>A maioria dos abscessos anorretais são facilmente visualizados com a TC. [Fig-1]</li> <li>Se por um lado a TC é muito sensível e específica para abscessos anorretais, por outro lado ela é raramente necessária para fazer o diagnóstico ou determinar o tratamento adequado, com a possível exceção de abscessos supraelevadores.[4]</li> <li>TC pode constituir um meio auxiliar à avaliação clínica muito útil em pacientes com inflamação perirretal grave que são difíceis de examinar sem anestesia.[5]</li> </ul>	<b>visualização de abscessos anorretais</b>

Exame	Resultado
<b>ressonância nuclear magnética (RNM) da pelve</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>A maioria dos abscessos anorretais são facilmente visualizados com a RNM.</li> <li>Se por um lado a imagem de RNM é muito sensível e específica para abscessos anorretais, por outro lado ela é raramente necessária para fazer o diagnóstico ou determinar o tratamento adequado, com a possível exceção de abscessos supraelevadores.[5]</li> </ul>	<b>visualização de abscessos anorretais</b>
<b>exame microscópico e/ou cultura do líquido purulento</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Muito raro ser necessário ou útil, exceto em algumas regiões em desenvolvimento.</li> <li>Atualmente, a cultura do conteúdo do abscesso anorretal é reservada geralmente para pacientes com abscessos recorrentes sem fístula identificada, ou para aqueles com fatores de risco para uma das causas raras de abscesso anorretal, como vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou imunossupressão, ou para pacientes de uma região em desenvolvimento. Técnicas microbiológicas e de cultura específicas podem ser necessárias na identificação desses patógenos incomuns.[20] [21] O conteúdo da cavidade do abscesso deve ser preparado para bacilos álcool-ácido resistentes e examinado com um microscópio para descartar TB. Se houver suspeita de actinomicose, o líquido deve ser examinado no microscópio para constatar se há grânulos de enxofre.</li> </ul>	<b>pode ser positivo para organismo infeccioso; raramente positivo para tuberculose (TB) ou actinomicose</b>

## Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Fissura anal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A dor ocorre principalmente durante as evacuações e pode melhorar nas próximas horas. As fissuras anais estão frequentemente associadas com sangramento retal.</li> <li>O exame físico pode fazer a distinção das 2 condições, embora ocasionalmente seja necessária anestesia para um exame satisfatório. No exame físico, as fissuras estão localizadas na linha média anterior ou posterior, não apresentam endurecimento e são sensíveis à palpação. Achado secundário de fissura anal pode estar presente (mamilo sentinela).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O diagnóstico é geralmente clínico. No entanto, a ressonância nuclear magnética (RNM) ou a tomografia computadorizada (TC) da pelve podem ser usadas em casos difíceis de examinar para descartar fissura anal (as duas investigações são muito sensíveis e específicas para os abscessos anorretais).</li> </ul>

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Hemorroidas trombosadas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geralmente se apresenta com o aparecimento súbito de dor perianal e edema.</li> <li>• No exame físico, as hemorroidas trombosadas estão edemaciadas, com endurecimento ou sinais de inflamação mínimos, apresentando frequentemente a cor azulada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O diagnóstico é clínico.</li> </ul>
<b>Abscesso pilonidal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muito difícil de distinguir clinicamente, mas o exame físico poderá fazê-lo. Enquanto os abscessos anorretais em geral se situam imediatamente adjacentes ao ânus, os abscessos pilonidais caracteristicamente se situam na região interglútea e apresentam frequentemente um trato sinusal visível na linha média.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RNM ou TC da pelve podem ser usadas em casos difíceis de examinar para descartar o abscesso pilonidal (as duas investigações são muito sensíveis e específicas para os abscessos anorretais).</li> </ul>
<b>Cisto com inclusão epidermoide infeccionado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difícil de distinguir clinicamente, mas o exame físico poderá fazê-lo em alguns casos. Enquanto os abscessos anorretais em geral se situam imediatamente adjacentes ao ânus, os cistos com inclusão epidermoide infeccionada se situam mais frequentemente a &gt;3 cm da margem anal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RNM ou TC da pelve podem ser usadas em casos difíceis de examinar para descartar o cisto com inclusão epidermoide infeccionada (as duas investigações são muito sensíveis e específicas para os abscessos anorretais).</li> </ul>

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Hidradenite supurativa perianal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os sinais e sintomas apresentados são os mesmos que os dos abscessos anorretais, mas o exame físico frequentemente faz a distinção dessas condições. A hidradenite supurativa perianal está geralmente associada com hidradenite em outras áreas, mais comumente as regiões da axila e inguinais. Enquanto os abscessos anorretais são geralmente únicos, os abscessos associados com a hidradenite são mais frequentemente múltiplos e geralmente associados a drenagem purulenta de tratos sinusais múltiplos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O diagnóstico é geralmente clínico.</li> </ul>
<b>Infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>História de sexo anal receptivo com ou sem imunossupressão (por exemplo, vírus da imunodeficiência humana [HIV]), secreção retal, dor anal intensa, mal-estar podem estar presentes.</li> <li>O exame físico pode revelar febre sistêmica, linfadenopatia, secreção anal. Além disso, o exame do reto, geralmente sob anestesia, revelará alterações da mucosa retal compatíveis com proctite.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Swab retal para microscopia, coloração de Gram e cultura geralmente revelam o organismo causador (por exemplo, <i>Neisseria gonorrhoeae</i>, <i>Chlamydia trachomatis</i>, <i>Herpes simplex</i>, <i>Treponema pallidum</i>).</li> <li>Além disso, a cultura e microscopia de fezes, o teste sorológico e a biópsia do tecido podem ajudar a confirmar o diagnóstico.</li> </ul>



## Abordagem passo a passo do tratamento

O objetivo do tratamento de abscessos anorretais é realizar a drenagem adequada do abscesso, sem danificar os esfíncteres anais. Antibióticos não representam uma alternativa para a drenagem cirúrgica desses abscessos, devendo ser usados como tratamento adjuvante em pacientes com diabetes, imunocomprometimento, debilitação crônica, idade avançada, história de valvopatia cardíaca ou celulite significativa associada.[2] Nestas circunstâncias, um antibiótico de amplo espectro com cobertura para anaeróbios e gram-negativos seria apropriado. A drenagem do abscesso deve ser realizada sem atraso indevido, devido ao potencial de o abscesso se disseminar provocando infecção necrosante de partes moles, causando sepse com risco de vida.[10] [23] O desenvolvimento de infecção necrosante das partes moles é mais frequente em idosos, pacientes com diabetes e indivíduos imunossuprimidos (por exemplo, pacientes com vírus da imunodeficiência humana [HIV], alcoolismo ou tumor maligno; os que estão recebendo quimioterapia; os com história de transplante de órgãos sólidos), tendo mortalidade reportada de 25% a 35%.[24]

A drenagem externa do abscesso perianal e perirretal é apropriada, ao passo que os abscessos interesfincterianos e supraelevadores devem ser drenados internamente para dentro do canal anal e do reto, respectivamente, para evitar a criação de fístulas extraesfincterianas ou supraesfincterianas. Em pacientes com abscessos anorretais associados com a doença de Crohn, o tratamento da condição subjacente deve ser considerado após a sepse anorretal aguda ter sido tratada.[1] [25] O tratamento de uma fístula anal é controverso.[15] [26] [27] [28] [29]

### Tratamento cirúrgico

Os abscessos perianais podem frequentemente ser drenados no consultório ou pronto-socorro, com anestesia local e drenado externamente usando uma incisão com orientação radial em relação ao ânus. Esta incisão apresenta o potencial de danificar os esfíncteres anais se a incisão se estender demais medialmente, mas nos pacientes com fístula anal associada, simplificará o tratamento da fístulas posteriores. Os abscessos perirretais devem ser drenados em sala de cirurgia, onde a anestesia ideal pode ser utilizada.

A alternativa para a drenagem do abscesso é uma incisão curvilínea paralela ao ânus. Esta incisão apresenta risco menor para os esfíncteres anais, mas pode tornar o tratamento subsequente mais desafiador no caso de pacientes com fístula anal associada. Qualquer que seja a incisão que for usada, uma elipse de pele pode ser removida ou uma segunda incisão menor pode ser feita perpendicularmente à incisão primária no seu ponto médio (incisão em cruz) para impedir a reaproximação das bordas da pele. Um pequeno cateter de drenagem pode ser utilizado para facilitar a drenagem de infecções mais profundas.

Se o exame no momento da drenagem cirúrgica revelar uma fístula anal associada, pode-se considerar o tratamento da fístula ao mesmo tempo.[26] [28] [29] Uma revisão Cochrane sugere que a cirurgia de fístula deve ser realizada no momento da drenagem do abscesso, pois isso reduz a persistência e recorrência do abscesso/fístula e a necessidade de cirurgia posterior, e que a intervenção deve ser recomendada em pacientes cuidadosamente selecionados. 1[A]Evidence Fístulas anais superficiais, envolvendo não mais de 25% do mecanismo esfinteriano, podem ser tratadas por fistulotomia. Uma alternativa poderia ser a colocação de um sedenho plástico solto para funcionar como dreno.[15] [27] O sedenho reduz o risco de abscesso anorretal recorrente e permite tratar a fístula preservando o esfíncter, depois da resolução da infecção aguda e de o trajeto fistuloso ter amadurecido. Se for constatado que a



fístula anal envolve mais de 25% do mecanismo do esfíncter, a fistulotomia não é uma opção, mas ainda pode-se considerar a colocação de um sedenho para prevenir abscesso anorretal recorrente.[23]

Se o abscesso estiver sendo drenado fora de sala de cirurgia ou sob anestesia local, talvez não seja possível a realização de um exame anal satisfatório ou colocar um sedenho. Nesta circunstância, há um risco de abscesso anorretal recorrente. Os abscessos interesfincterianos e supraelevadores frequentemente requerem anestesia geral para possibilitar um exame anal satisfatório para fazer o diagnóstico e drenar o abscesso. Estes abscessos devem ser drenados internamente para dentro do canal anal e do reto, respectivamente.[9] [16] Fístulas anais só raramente ocorrem depois da drenagem desses abscessos, portanto não há necessidade de se considerar o tratamento da fístula no momento da drenagem do abscesso.

## Cuidado pós-operatório da ferida

No pós-operatório, o paciente deverá começar a tomar banho de água confortavelmente quente 2 ou 3 vezes ao dia para limpar a ferida, até que a cura tenha ocorrido. Banhos também deve ser usados para limpeza depois das evacuações. Curativos absorventes podem ser usados para evitar manchar a roupa de baixo, se a drenagem continuar.

## Antibioticoterapia adjuvante

Geralmente reservada para pacientes com diabetes, imunocomprometimento, debilitação crônica, idade avançada, história de valvopatia cardíaca ou celulite significativa associada.[2] Deve-se começar a administração de antibióticos de amplo espectro com cobertura para anaeróbios e gram-negativos no pré-operatório e descontinuar dentro de 24 horas após a cirurgia ou após a resolução da celulite. Não existe regime antibiótico padronizado na literatura. Geralmente, alguma combinação de penicilina de amplo espectro intravenosa (IV) (por exemplo, ampicilina/sulbactam) ou cefalosporina de segunda ou terceira geração (por exemplo, cefoxitina ou cefotetana) é combinada com clindamicina, ciprofloxacino ou metronidazol.

Não há evidência clínica que dê suporte a cobertura antibiótica tripla. Alguns autores também recomendam acrescentar um aminoglicosídeo (gentamicina ou tobramicina) ao regime, porém deve-se levar em consideração as complicações potenciais. Os aminoglicosídeos são conhecidos por causar nefrotoxicidade e ototoxicidade. Se forem utilizados por mais de 24 horas, os níveis séricos precisam ser monitorados.

Em pacientes que apresentam infecção necrosante das partes moles, antibióticos de amplo espectro, como os descritos acima, são obrigatórios. Além do que, uma abordagem cirúrgica mais agressiva é justificada, com desbridamento completo dos tecidos moles infectados. Várias idas à sala de cirurgia são frequentemente necessárias até que o processo necrosante seja controlado. Devido à taxa de letalidade das infecções necrosantes de partes moles, a assistência médica em uma unidade de terapia intensiva (UTI) é necessária. [24]

## Falha do tratamento

Drenagem adequada do abscesso deve resultar em melhora imediata dos sintomas. Caso contrário, o reexame sob anestesia é indicado para garantir a drenagem completa do abscesso. A drenagem inadequada do abscesso ocorre mais frequentemente em pacientes com abscessos em forma de ferradura quando o componente pós-anal ou isquiorretal do abscesso está mais proeminente e é drenado, mas os outros componentes deste abscesso não são reconhecidos e tratados.[31] [32]

A recorrência do abscesso anorretal ocorrerá em cerca de 11% dos pacientes, geralmente a partir de uma fístula anal não reconhecida. Em pacientes que desenvolvem um abscesso anorretal recorrente ou cuja ferida da drenagem inicial não cicatrizar, o exame feito por um cirurgião geral ou colorretal é indicado para descartar uma fístula anal como a causa destes problemas. Em pacientes com abscesso anorretal recorrente e fatores de risco, como o HIV ou imunossupressão, ou em pacientes de regiões em desenvolvimento, deve-se também levar em consideração algumas das causas raras do abscesso anorretal, como a tuberculose (TB) ou actinomicose. Técnicas microbiológicas e de cultura específicas podem ser necessárias na identificação dessas condições.<sup>[20] [21]</sup>

## Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo		( resumo )
todos os pacientes		
■ idosos, imunocomprometidos, valvopatia cardíaca, diabetes ou celulite significativa associada	1a	drenagem cirúrgica do abscesso
	mais	cuidado pós-operatório
	adjunto	fistulotomia
	mais	antibióticos de amplo espectro com cobertura para anaeróbios e gram-negativos
■ sem resposta ao tratamento inicial	adjunto	aminoglicosídeos
	mais	reexame sob anestesia/exclusão de causa microbiológica rara

## Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

### Agudo

#### todos os pacientes

#### 1a drenagem cirúrgica do abscesso

» A drenagem do abscesso deve ser realizada sem atraso indevido, devido ao potencial de o abscesso se disseminar causando infecção necrotizante de partes moles com sepse com risco de vida.[3]

» Os abscessos perianais podem frequentemente ser drenados no consultório ou pronto-socorro, com uso de anestesia local e drenados externamente. Os abscessos perirretais devem ser drenados em sala de cirurgia, onde a anestesia ideal pode ser utilizada.

» Os abscessos interesfincterianos e supraelevadores frequentemente requerem anestesia geral para possibilitar um exame anal satisfatório para fazer o diagnóstico e drenar o abscesso. Estes abscessos devem ser drenados internamente para dentro do canal anal e do reto, respectivamente.[9] [16]

#### mais cuidado pós-operatório

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Pacientes devem começar com banhos de água confortavelmente quente 2 ou 3 vezes ao dia no pós-operatório para limpar a ferida até que esteja cicatrizada. Banhos com água morna também devem ser utilizados para a limpeza depois das evacuações.

» Curativos absorventes podem ser usados para evitar manchar a roupa de baixo, se houver drenagem.

» Deve-se considerar uma dieta com 25 a 30 g/dia de fibra alimentar e 60 a 80 onças/dia de líquido para evitar fezes duras.

#### adjunto fistulotomia

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Se o exame no momento da drenagem cirúrgica revelar uma fístula anal associada (geralmente com abscessos perianais

## Agudo

- idosos, imunocomprometidos, valvopatia cardíaca, diabetes ou celulite significativa associada

mais

ou perirretais, raramente com abscessos interesfincterianos ou supraelevadores), pode-se considerar o tratamento da fístula ao mesmo tempo.[26] [28] [29] 1[A]Evidence Fístulas anais superficiais, envolvendo não mais de 25% do mecanismo esfinteriano, podem ser tratadas por fistulotomia. Uma alternativa poderia ser a colocação de um sedenho plástico solto para funcionar como dreno.[15] [27] O sedenho reduz o risco de abscesso anorretal recorrente e permite tratar a fístula preservando o esfíncter, depois da resolução da infecção aguda e de o trajeto fistuloso ter amadurecido. Se a fístula anal envolver mais de 25% do mecanismo do esfíncter, a fistulotomia não é uma opção, mas ainda pode-se considerar a colocação de um sedenho para prevenir o abscesso anorretal recorrente.[23]

» Se o abscesso estiver sendo drenado fora de sala de cirurgia ou sob anestesia local, talvez não seja possível a realização de um exame anal satisfatório ou colocar um sedenho. Nesta circunstância, há um risco de abscesso anorretal recorrente.

**antibióticos de amplo espectro com cobertura para anaeróbios e gram-negativos**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

### Opções primárias

» **ampicilina/sulbactam**: 1 g por via oral/intravenosa a cada 6 horas  
A dose refere-se ao componente de ampicilina.

**-ou-**

» **cefoxitina**: 1 g por via intravenosa a cada 8 horas

**-ou-**

» **cefotetana**: 1-2 g por via intravenosa a cada 12 horas

**--E--**

» **metronidazol**: 500 mg por via oral/intravenosa a cada 6 horas

**-ou-**

» **ciprofloxacino**: 200-400 mg por via intravenosa a cada 12 horas; 500 mg por via oral a cada 12 horas

**-ou-**

» **clindamicina**: 600 mg por via oral/intravenosa a cada 8 horas

» Deve-se começar a administração de antibióticos de amplo espectro com cobertura

## Agudo

para anaeróbios e gram-negativos no pré-operatório e descontinua-la dentro de 24 horas após a cirurgia ou após a resolução da celulite.

» Não existe regime antibiótico padronizado na literatura.

» Geralmente, alguma combinação de penicilina de amplo espectro intravenosa (IV) (por exemplo, ampicilina/sulbactam) ou cefalosporina de segunda ou terceira geração (por exemplo, cefoxitina ou cefotetana) é combinada com clindamicina, ciprofloxacino ou metronidazol.

» Em pacientes que apresentam infecção necrosante das partes moles, antibióticos de amplo espectro, como os descritos acima, são obrigatórios. Além do que, uma abordagem cirúrgica mais agressiva é justificada, com desbridamento completo dos tecidos moles infectados. Várias idas à sala de cirurgia são frequentemente necessárias até que o processo necrosante seja controlado. Devido à taxa de letalidade das infecções necrosantes de partes moles, a assistência médica em uma unidade de terapia intensiva (UTI) é necessária. [24]

### adjunto aminoglicosídeos

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» **gentamicina**: 80 mg por via intravenosa a cada 8 horas por 24 horas ou até a resolução da celulite

#### OU

» **tobramicina**: 80 mg por via intravenosa a cada 8 horas por 24 horas ou até a resolução da celulite

» Não há evidência clínica que dê suporte a cobertura antibiótica tripla. Alguns autores também recomendam acrescentar um aminoglicosídeo (gentamicina ou tobramicina) ao regime, porém deve-se levar em consideração as complicações potenciais.

» O tratamento é por 24 horas ou até a resolução da celulite.

» Os aminoglicosídeos são conhecidos por causar nefrotoxicidade e ototoxicidade. Se forem utilizados por mais de 24 horas, os níveis séricos precisam ser monitorados.

## Agudo

■ sem resposta ao tratamento inicial

mais

**reexame sob anestesia/exclusão de causa microbiológica rara**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Drenagem adequada do abscesso deve resultar em melhora imediata dos sintomas.

Caso contrário, o reexame sob anestesia é recomendado para garantir a drenagem completa do abscesso.

» A drenagem insuficiente do abscesso ocorre mais frequentemente em pacientes com abscessos em forma de ferradura, quando o componente pós-anal ou isquiorretal do abscesso está mais proeminente e é drenado, mas os outros componentes deste abscesso não são reconhecidos e tratados.[17]

» Em pacientes que desenvolvem um abscesso anorretal recorrente ou cuja ferida da drenagem inicial não cicatrizar, o exame feito por um cirurgião geral ou colorretal é indicado para descartar uma fístula anal como a causa destes problemas.[14] [15]

» Em pacientes com abscesso anorretal recorrente e fatores de risco, como o vírus da imunodeficiência humana (HIV), imunossupressão, ou em pacientes de regiões em desenvolvimento, deve-se também levar em consideração algumas das causas raras de abscesso anorretal, como a tuberculose (TB) ou actinomicose. Técnicas microbiológicas e de cultura específicas podem ser necessárias na identificação dessas condições.[21] [20]

## Recomendações

### Monitoramento

O acompanhamento pós-operatório de rotina com o exame perianal é necessário a cada 2 a 3 semanas até que a ferida cirúrgica esteja curada. A recorrência do abscesso ou persistência da ferida após 6 semanas é fortemente sugestiva de fístula anal associada e, nesses casos, se justifica uma avaliação mais aprofundada.

### Instruções ao paciente

No pós-operatório, o paciente deve ser instruído a começar a tomar banho de água confortavelmente quente 2 ou 3 vezes ao dia para limpar a área perianal até que a ferida cirúrgica tenha sido curada. Banhos com água morna também devem ser utilizados para a limpeza depois das evacuações. Curativos absorventes podem ser usados para evitar manchar a roupa de baixo. Deve-se considerar uma dieta com 25 a 30 g/dia de fibra alimentar e 60 a 80 onças/dia de líquido para evitar fezes duras.

## Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>infecção necrosante dos tecidos moles</b>	<b>curto prazo</b>	<b>baixa</b>
<p>Infecções necrosante das partes moles do períneo (gangrena de Fournier) com sepse com risco de vida podem estar presentes ou se desenvolverem em pacientes com abscessos anorretais, quando houver demora no diagnóstico ou tratamento.</p> <p>Este caso é mais provável em pacientes com diabetes, imunocomprometimento, debilitação crônica ou idade avançada.[3] [10]</p>		
<b>fístula anal</b>	<b>variável</b>	<b>alta</b>
<p>Uma fístula anal associada estará presente ou se desenvolverá em cerca de 37% dos pacientes com abscesso anorretal.[14] [15]</p> <p>Se o exame no momento da drenagem cirúrgica revelar uma fístula anal associada, embora controverso, pode-se considerar o tratamento da fístula ao mesmo tempo.[26] [28] [29] 1[A]Evidence Se a fístula anal for superficial e não envolver mais que 25% do mecanismo esfinteriano, alguns cirurgiões acreditam que a fístula anal pode ser tratada com fistulotomia.</p>		

## Prognóstico

Drenagem adequada do abscesso deve resultar em melhora imediata dos sintomas.[17] A recorrência do abscesso anorretal ocorre em <2% dos pacientes, a menos que haja uma fístula anal associada.[14] [15]

## Recorrência

Abscessos anorretais estão associados com fístulas anais em cerca de 37% dos pacientes. Uma manifestação clínica frequente destas fístulas anais são os abscessos anorretais recorrentes.<sup>[14] [15]</sup> Estes abscessos recorrentes ocorrem quando há obstrução da fístula por impactação de matéria alimentar no trajeto fistuloso ou por cicatrização da pele sobre a abertura externa da fístula.



## Diretrizes de diagnóstico

### Europa

#### German S3 guideline: anal abscess [in German]

**Publicado por:** Association of the Scientific Medical Societies in Germany

**Última publicação em:** 2016

### América do Norte

#### Practice parameters for the management of perianal abscess and fistula-in-ano

**Publicado por:** American Society of Colon and Rectal Surgeons

**Última publicação em:** 2011

## Diretrizes de tratamento

### Europa

#### German S3 guideline: anal abscess [in German]

**Publicado por:** Association of the Scientific Medical Societies in Germany

**Última publicação em:** 2016

### América do Norte

#### Practice parameters for the management of perianal abscess and fistula-in-ano

**Publicado por:** American Society of Colon and Rectal Surgeons

**Última publicação em:** 2011

## Nível de evidência

1. Redução de recorrência, abscesso/fístula persistente ou repetição de cirurgia: há evidências de alta qualidade de que pacientes com abscesso perianal tratados com incisão e drenagem e tratamento da fístula apresentaram uma redução significativa nas recidivas, fístulas/abscessos persistentes ou repetições de cirurgia em comparação com os pacientes nos quais foi realizada somente incisão e drenagem do abscesso perianal. Não se constatou que a incontinência um ano após a drenagem com cirurgia da fístula seja estatisticamente significativa.[\[30\]](#)

**Nível de evidência A:** Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

## Artigos principais

- Nomikos IN. Anorectal abscesses: need for accurate anatomical localization of the disease. Clin Anat. 1997;10:239-244.
- Gilliland R, Wexner SD. Complicated anorectal sepsis. Surg Clin North Am. 1997;77:115-153.

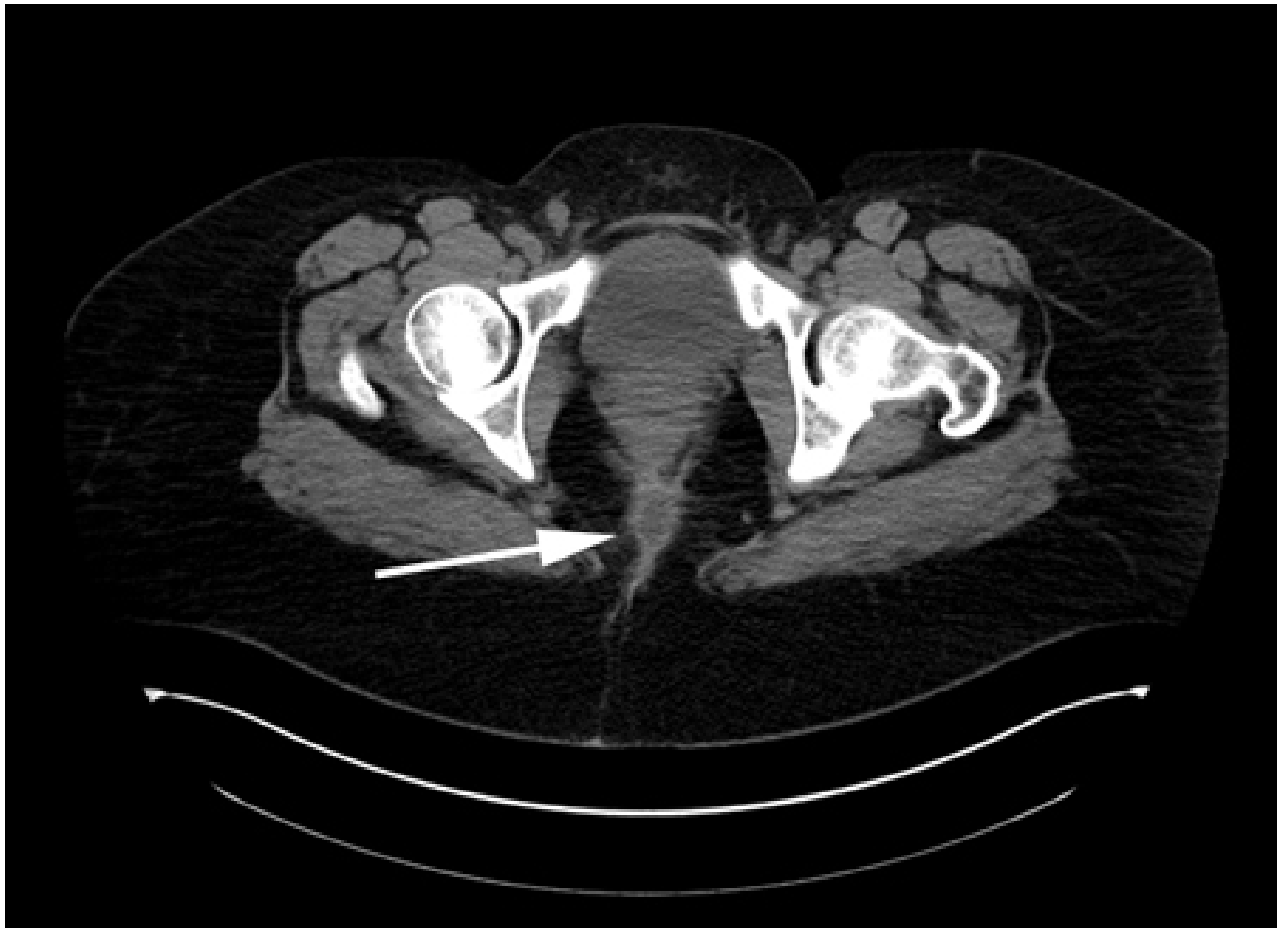
## Referências

1. Michelassi F, Melis M, Rubin M, et al. Surgical treatment of anorectal complications in Crohn's disease. Surgery. 2000;128:597-603.
2. Marcus RH, Stine RJ, Cohen MA. Perirectal abscess. Ann Emerg Med. 1995;25:597-603.
3. Adinolfi MF, Voros DC, Moustoukas NM, et al. Severe systemic sepsis resulting from neglected perineal infections. South Med J. 1983;76:746-749.
4. Guillaumin E, Jeffrey RB Jr, Shea WJ, et al. Perirectal inflammatory disease: CT findings. Radiology. 1986;161:153-157.
5. Rafal RB, Nichols JN, Cennerazzo WJ, et al. MRI for evaluation of perianal inflammation. Abdom Imaging. 1995;20:248-252.
6. Nomikos IN. Anorectal abscesses: need for accurate anatomical localization of the disease. Clin Anat. 1997;10:239-244.
7. Godec CJ, Cass AS, Ruiz E. Another aspect of acute urinary retention in young patients. Ann Emerg Med. 1982;11:471-474.
8. Ramanujam PS, Prasad ML, Abcarian H, et al. Perianal abscesses and fistulas. A study of 1023 patients. Dis Colon Rectum. 1984;27:593-597.
9. Prasad ML, Read DR, Abcarian H. Supralelevator abscess: diagnosis and treatment. Dis Colon Rectum. 1981;24:456-461.
10. Salvino C, Harford FJ, Dobrin PB. Necrotizing infections of the perineum. South Med J. 1993;86:908-911.
11. Gilliland R, Wexner SD. Complicated anorectal sepsis. Surg Clin North Am. 1997;77:115-153.
12. Kovalcik PJ, Peniston RL, Cross GH. Anorectal abscess. Surg Gynecol Obstet. 1979;149:884-886.
13. Read DR, Abcarian H. A prospective survey of 474 patients with anorectal abscess. Dis Colon Rectum. 1979;22:566-568.
14. Hamalainen KP, Sainio AP. Incidence of fistulas after drainage of acute anorectal abscesses. Dis Colon Rectum. 1998;41:1357-1361.

15. Vasilevsky CA, Gordon PH. The incidence of recurrent abscesses or fistula-in-ano following anorectal suppuration. *Dis Colon Rectum*. 1984;27:126-130.
16. Millan M, Garcia-Granero E, Esclapez P, et al. Management of intersphincteric abscesses. *Colorectal Dis*. 2006;8:777-780.
17. Onaca N, Hirshberg A, Adar R. Early reoperation for perirectal abscess: a preventable complication. *Dis Colon Rectum*. 2001;44:1469-1473.
18. Grace RH, Harper IA, Thompson RG. Anorectal sepsis: microbiology in relation to fistula-in-ano. *Br J Surg*. 1982;69:401-403.
19. Lunniss PJ, Phillips RK. Surgical assessment of acute anorectal sepsis is a better predictor of fistula than microbiological analysis. *Br J Surg*. 1994;81:368-369.
20. Magdeburg R, Grobholz R, Dornschneider G, et al. Perianal abscess caused by *Actinomyces*: report of a case. *Tech Coloproctol*. 2008;12:347-349.
21. Samarasekera DN, Nanayakkara PR. Rectal tuberculosis: a rare cause of recurrent rectal suppuration. *Colorectal Dis*. 2008;10:846-847.
22. Steele SR, Kumar R, Feingold DL, et al. Practice parameters for the management of perianal abscess and fistula-in-ano. *Dis Colon Rectum*. 2011;54:1465-1474.
23. Williams JG, MacLeod CA, Rothenberger DA, et al. Seton treatment of high anal fistulae. *Br J Surg*. 1991;78:1159-1161.
24. Sarani B, Strong M, Pascual J, et al. Necrotizing fasciitis: current concepts and review of the literature. *J Am Coll Surg*. 2009;208:279-288.
25. Sangwan YP, Schoetz DJ Jr, Murray JJ, et al. Perianal Crohn's disease. Results of local surgical treatment. *Dis Colon Rectum*. 1996;39:529-535.
26. Tang CL, Chew SP, Seow-Choen F. Prospective randomized trial of drainage alone vs. drainage and fistulotomy for acute perianal abscesses with proven internal opening. *Dis Colon Rectum*. 1996;39:1415-1417.
27. Schouten WR, van Vroonhoven TJ. Treatment of anorectal abscess with or without primary fistulectomy. Results of a prospective randomized trial. *Dis Colon Rectum*. 1991;34:60-63.
28. Cox SW, Senagore AJ, Luchtefeld MA, et al. Outcome after incision and drainage with fistulotomy for ischiorectal abscess. *Am Surg*. 1997;63:686-689.
29. Knoefel WT, Hosch SB, Hoyer B, et al. The initial approach to anorectal abscesses: fistulotomy is safe and reduces the chance of recurrences. *Dig Surg*. 2000;17:274-278.
30. Malik A, Nelson RL, Tou S. Incision and drainage of perianal abscess with or without treatment of anal fistula. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(7):CD006827. [Texto completo](#)

31. Garcia-Aguilar J, Belmonte C, Wong WD, et al. Anal fistula surgery. Factors associated with recurrence and incontinence. Dis Colon Rectum. 1996;39:723-729.
32. Chrabot CM, Prasad ML, Abcarian H. Recurrent anorectal abscesses. Dis Colon Rectum. 1983;26:105-108.

## Imagens



*Figura 1: Tomografia computadorizada (TC) demonstrando um abscesso perirretal*

*Do acervo do Dr. C. Neal Ellis; usado com permissão*

## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Nov 13, 2017.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](http://bestpractice.bmj.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK



# BMJ Best Practice

## Colaboradores:

---

### // Autores:

#### **Jan Rakinic, MD, FACS, FASCRS**

---

Professor of Surgery

Chief, Section of Colorectal Surgery, Southern Illinois University School of Medicine, Springfield, IL

DIVULGAÇÕES: JR is an author of a reference cited in this monograph.

### // Reconhecimentos:

Dr Jan Rakinic would like to gratefully acknowledge Dr C. Neal Ellis, a previous contributor to this monograph. CNE declares that he has no competing interests.

### // Colegas revisores:

#### **Mark H. Whiteford, MD**

---

Assistant Professor of Surgery

Colon and Rectal Surgery, Gastrointestinal and Minimally Invasive Surgery Division, The Oregon Clinic, Portland, OR

DIVULGAÇÕES: MHW declares that he has no competing interests.

#### **Neil Hyman, MD**

---

Chief

Division of General Surgery, Professor of Surgery, Fletcher Allen Healthcare, Burlington, VT

DIVULGAÇÕES: NH declares that he has no competing interests.

#### **Steven Brown, MBChB, FRCS, MD, BMedSci**

---

Consultant Surgeon

Department of Colorectal Surgery, Sheffield Teaching Hospitals, Sheffield, UK

DIVULGAÇÕES: SB declares that he has no competing interests.