



É o acúmulo de pus localizado na região anal ou áreas adjacentes e profundas.

I. ASSISTENCIAL

1. IMPORTÂNCIA

Embora possa se desenvolver em qualquer idade, o pico de incidência ocorre entre pessoas dos 20 aos 40 anos.

São duas vezes mais comuns em homens do que em mulheres.

Os abscessos anorretais são classificados de acordo com a sua localização nos espaços anais: perianal (subcutâneo), interesfincteriano, isquiorretal e pelvirretal (supraelevador).

Os abscessos perianais e isquiorretais representam 80% dos casos. Alguns pacientes podem ter mais de um compartimento acometido.

Aproximadamente 50% dos abscessos anorretais resultará no desenvolvimento de uma fístula crônica.

2. FISIOPATOLOGIA

A origem mais comum é a obstrução de glândulas anais, ocorrendo acúmulo de pus. Causas mais raras incluem: trauma, doença inflamatória intestinal, tuberculose ou complicação de procedimentos cirúrgicos locais.

Os abscessos são tipicamente polimicrobianos, com bactérias aeróbias e anaeróbias, como: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus*, *Enterococcus*, *Escherichia coli*, *Proteus* e *Bacteroides*.

3. QUADRO CLÍNICO

Os **sinais e sintomas** são diferentes, dependendo da localização do abscesso. A principal queixa é a dor anal que começa com desconforto e se torna intensa e constante, sendo, às vezes, incapacitante. Febre e mal-estar nem sempre estão presentes.

O **exame físico** deve sempre ser realizado com inspeção da região anal, e observação de abaulamento localizado. Em geral, os abscessos de origem anorretal estão localizados a no máximo 5 cm de distância do bordo anal, associado a eritema, calor e hipersensibilidade. Lesões com distanciamento maior devem ser consideradas como diagnóstico diferencial origem cutânea exclusiva. Pode haver flutuação e eventualmente drenagem espontânea de secreção purulenta. Nos abscessos mais profundos, a inspeção pode não ser esclarecedora, mas o toque retal pode revelar abaulamento doloroso e apresentar dor referida para o reto, região lombar ou glúteos.

Atentar para a possibilidade de Síndrome de Fournier (fascite necrotizante de períneo) ao se detectar enfisema de subcutâneo e crepitação, ou dor e febre desproporcionais ao processo inflamatório visto no exame físico.

4. INVESTIGAÇÃO E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (seguir ANEXO: FLUXOGRAMA)

A suspeita diagnóstica se baseia na **história clínica e exame físico** do paciente (inspeção perianal).

Exames laboratoriais podem ser solicitados para estratificação de processo infeccioso, mas não devem retardar o início imediato de antibiótico e a indicação de internação quando não houver dúvidas.

Tomografia Computadorizada de Pelve (TC) é exame auxiliar quando há dúvida diagnóstica ou necessidade de descartar diagnósticos diferenciais nos abscessos profundos. Não deve ser solicitada de rotina na UPA, mas discutida com o titular do paciente ou com retaguarda da cirurgia geral.

Ressonância Magnética de Pelve apresenta maior sensibilidade na identificação de fístula perianal associada ao abscesso. Deve-se considerar o benefício de solicitá-la como exame de primeira opção nos casos de pacientes: pediátricos, imunossuprimidos, portadores de doença de Crohn, fístula anal complexa ou recorrente. A indicação e solicitação deste exame deverá ser feita pelo titular ou retaguarda acionada, com paciente já internado.

Os **diagnósticos diferenciais** incluem: fissura anal, fístula anal, cisto pilonidal, hidroadenite supurativa, hemorroidas externas trombosadas ou hemorroidas internas prolapsadas, prostatite, abscesso cutâneo em glúteos e doenças malignas.

ANEXO: FLUXOGRAMA

QUEIXA DE DOR ANAL OU RETAL
(INSPEÇÃO)

COM SINAIS DE ABSCESSO
ANAL

*O toque retal pode ser doloroso e não passível de realização neste momento

- Analgesia (conforme escala de dor)
- Iniciar antibiótico
- Coleta de laboratório (hemograma, PCR, creatinina, coagulograma)
- Acionamento do Titular ou da Retaguarda de Cirurgia Geral para Internação (discutir necessidade ou não de realização de exame de imagem via UPA)

*Particularidades: pacientes pediátricos, com Imunossupressão, portadores de Doença de Crohn, Fístula Perianal Complexa ou Recorrente
-> discutir com Titular ou Retaguarda a indicação de **Ressonância Magnética como primeiro exame**, a ser realizado quando já internado.

Presença de
abaulamento
doloroso

SEM SINAIS EXTERNOS DE
ABSCESSO: TOQUE RETAL

HÁ OUTRA CAUSA
IDENTIFICADA PARA A DOR?

SIM

Tratamento de acordo
com o diagnóstico
(considerar os demais
protocolos institucionais)

NÃO

- Analgesia
- Coletar laboratório (Hemograma, PCR, creatinina, Urina 1, Urocultura)
- Solicitar TC de Abdome e Pelve com contraste EV

Diagnóstico de
Abscesso
Profundo

Descartado Abscesso
Descartado
Prostatite

Alta com analgesia
e orientações

Acionamento do Titular
ou da Retaguarda da
Cirurgia Geral para
internação

*Na possibilidade de Proctite: deixar na alta do paciente a solicitação de coleta ambulatorial de PCR para Gonococo e Clamydia

5. TRATAMENTO (seguir ANEXO: FLUXOGRAMA)

5.1. DRENAGEM CIRÚRGICA: tratamento mandatório do abscesso anorretal. A ausência de evidência clínica de flutuação não deve alterar a indicação cirúrgica.

5.2. ANTIBIÓTICOS: devem ser administrados a todos os pacientes no momento do diagnóstico, e devem ser continuados mesmo após drenagem de um abscesso anorretal. Há evidências de que podem reduzir a taxa de formação de fístulas.

5.2.1. RECOMENDAÇÃO CCIH-HIAE: Cobertura de Anaeróbios, Estreptococos e Enterobactérias

Baixo risco de bactéria multirresistente:

- Ciprofloxacino 400 mg EV 12/12 h + Metronidazol 500 mg EV 8/8 h
- OU Ciprofloxacino 500 mg VO 12/12 h + Metronidazol 500 mg VO 8/8 h
- OU Amoxicilina/Clavulanato 875/125 mg EV ou VO de 12/12 h
- OU Tazocin 4,5 g EV em 30 min, após 4 h, iniciar 3,375 mg EV 6/6 h

Infecção Relacionada a Assistência à Saúde ou Alto risco de bactéria multirresistente

- Contexto:
- Uso prévio de antibiótico nos últimos 30 dias
- OU paciente que vem de instituição de longa permanência
- OU paciente de Home-Care, ou de Clínica de Diálise
- OU paciente que frequenta ambulatório de quimioterapia
- Recomendação:
- Cefepime 2 g EV 8/8 h + Metronidazol 500 mg EV ou VO de 8/8 h
- OU Meropenem 1 g EV 8/8 h

II. GLOSSÁRIO

TC: Tomografia Computadorizada

HMAP: Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia

III. HISTÓRICO DE REVISÕES

24/06/2026 : HMAP e Einstein Goiânia – Unificação Alessandra Rolla

IV. Referências Bibliográficas

- [1] Gaertner WB, Burgess PL, Davids JS et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the management of anorectal abscess, fistula-in-Ano, and rectovaginal fistula. Dis Colon Rectum 2022; 65: 8 964–985.
- [2] Bleeday R. Perianal and perirectal abscess [Internet]. In: Post TW, editor. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc.; 2024. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/perianal-and-perirectal-abscess> acessado em 28/06/2024
- [3] Tarasconi A, Perrone G, Davies J, Coimbra R, Moore E, Azzaroli F, et al. Anorectal emergencies: WSES-AAST guidelines. World J Emerg Surg. 2021;16(1):48. doi: 10.1186/s13017-021-00384-x.
- [4] The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy. Available from: <https://www.sanfordguide.com>. Accessed September 26, 2024.

Código Documento: CPTW435.2	Elaboradores: Amanda Polaro Carla Paz	Revisores: Davi Wei Kang, Emy Akiyama Gouveia Mauro Dirlando C. Oliveira	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 28/06/2024 Data de Revisão: 24/06/2026	Data de Aprovação: 24/06/2026
---------------------------------------	--	--	--	---	---