

Emergências anorretais

Anorectal emergencies

OLIVAL CIRILO LUCENA DA FONSECA NETO¹, JOSE OLINDO DE VASCONCELOS IV²,
BIANCA MELO ARAGÃO², MATEUS INTERAMINENSE PEREZ²

¹Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Recife, PE, Brasil.

²Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

RESUMO

As emergências anorretais englobam diversas patologias que causam sintomatologia incômoda aos pacientes, impactam a qualidade de vida e, por vezes, necessitam de tratamento imediato. O diagnóstico deve ser precoce e ágil, para que o tratamento adequado possa ser instituído ainda na emergência. Muitas das afecções anorretais, a exemplo de fissuras, fístulas, abscessos anais e hemorroidas, possuem diagnóstico clínico, sendo de fundamental importância o conhecimento dos sinais, dos sintomas e das formas de apresentação dessas patologias. O presente artigo teve como objetivo descrever as principais emergências anorretais, incluindo etiologia, diagnóstico e manejo, para guiar a conduta na emergência diante desses cenários clínicos.

Descritores: Emergências; Doenças retais; Fístula retal; Fissura anal; Hemorroidas

ABSTRACT

The term 'anorectal emergencies' covers a range of disorders that present distressing symptoms for patients, impact quality of life, and sometimes require immediate treatment. Diagnosis should be quick and early, so that the appropriate treatment can be initiated immediately in the emergency room. Many anorectal disorders, such as fissures, fistulas, anal abscesses and hemorrhoids, are diagnosed clinically, and knowledge of the signs, symptoms and forms of presentation of these disorders is thus of fundamental importance. This article aims, therefore, to describe the main anorectal emergencies, including etiology, diagnosis and management, as a guide for clinical conduct in relation to such emergencies.

Keywords: Emergencies; Rectal diseases; Rectal fistula; Fissure in ano; Hemorrhoids

INTRODUÇÃO

A proctologia é a especialidade que abrange o tratamento das doenças do cólon, reto e ânus. As doenças anorretais são queixas frequentes nos Serviços de Emergência e, por isso, tornam-se temas de fundamental conhecimento por parte do médico generalista.

Apesar da benignidade da maioria das patologias, muitas doenças anorretais causam sintomatologia incômoda e impactam a qualidade de

vida do paciente, além de poderem necessitar de tratamento imediato e, em sua maioria, poderem ser manejadas clinicamente ou ainda no pronto atendimento.¹⁻³

Hemorroidas, fissuras e abscessos anorretais são exemplos destas patologias que impactam significativamente a vida dos pacientes e são primeiramente diagnosticadas na Atenção Primária e nas emergências.⁴ Dentre elas, as hemorroidas ganham destaque, por serem mais prevalentes em

Recebido: 14/8/2024 • Aceito: 1/10/2024

Autor correspondente:

Jose Olindo de Vasconcelos IV
E-mail: olindoj@gmail.com

Fonte de financiamento: não houve.

Conflito de interesses: não houve.

Como citar: Fonseca Neto OCL, Vasconcelos IV JO, Aragão BM, Perez MI. Emergências anorretais. JBMEDE. 2024;4(3):e24026.

Olival Cirilo Lucena da Fonseca Neto: <https://orcid.org/0000-0002-2383-8610>; <http://lattes.cnpq.br/7398653704982106> • Jose Olindo de Vasconcelos IV: <https://orcid.org/0009-0005-0565-6732>; <http://lattes.cnpq.br/3666209016363142> • Bianca Melo Aragão: <https://orcid.org/0009-0002-3427-3632>; <http://lattes.cnpq.br/7651765850760401> • Mateus Interaminense Perez: <https://orcid.org/0000-0001-7069-6515>; <https://lattes.cnpq.br/1583563354479205>

DOI: 10.54143/jbmede.v4i3.145

2763-776X © 2022 Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original article is properly cited (CC BY).



ambos os cenários, principalmente nos países ocidentais.⁵ O diagnóstico das emergências anorretais deve ser precoce, para que o tratamento adequado possa ser instituído.¹ O objetivo desta revisão foi descrever as principais emergências anorretais, incluindo etiologia, diagnóstico e manejo, para guiar a conduta na emergência diante desses cenários clínicos.

MÉTODOS

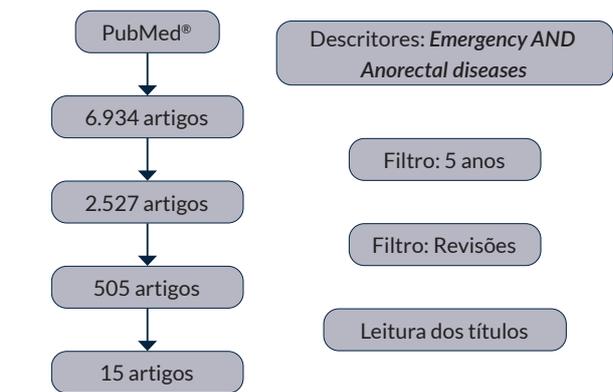
O estudo em questão se trata de uma revisão integrativa realizada por meio da plataforma PubMed®. De início, foram selecionados os descritores relacionados aos temas “*emergency*” e “*anorectal diseases*”, associados com o operador booleano *AND*. Os critérios de inclusão foram revisões publicadas entre 2018 e 2023, com estudos envolvendo apenas seres humanos, publicados na língua inglesa. Os critérios de exclusão utilizados foram artigos que não envolveram emergências proctológicas, artigos envolvendo animais e artigos publicados em idiomas diferentes da língua inglesa. Não houve conflito de interesse no presente estudo.

Ao combinar os descritores na plataforma foram obtidos 6.934 resultados, sendo considerados apenas os artigos publicados nos últimos 5 anos, obtendo 2.527 resultados. Ao aplicar o filtro do tipo de artigo para “revisões”, restaram 505 artigos. Após análise dos títulos, foram selecionados 15 artigos para leitura e inclusão nesta revisão da literatura (**Figura 1**). O presente estudo foi realizado no período de junho a setembro do ano de 2023, na Universidade de Pernambuco, *Campus* de Santo Amaro.

DISCUSSÃO

Fissura anal

Fissuras anais são definidas como uma solução de continuidade linear da pele e mucosa anal, que se localizam abaixo da linha pectínea do canal anal, relacionadas ou não a trauma local.² As fissuras podem ser classificadas quanto ao tempo em agudas ou crônicas (quando persistem por mais de



Fonte: elaborada pelos autores.

Figura 1. Fluxograma da metodologia.

4 a 8 semanas) e quanto à localização em anteriores e posteriores, sendo 90% das fissuras anais posteriores.⁴

Elas podem ser decorrentes do esforço por fezes endurecidas, constipação, trauma local, intercurso sexual anorretal, doenças inflamatórias intestinais, procedimentos cirúrgicos, dentre outras causas. Sua incidência é desconhecida.^{2,4}

A teoria fisiopatológica mais aceita para o surgimento das fissuras anais envolve o aumento sustentado do tônus do esfíncter anal interno, que leva ao surgimento das fissuras anais crônicas.⁴ Outro aspecto importante na patogênese é a isquemia relativa da anoderma (mucosa anal), principalmente na porção posterior do canal anal, devido à escassez de arteríolas nessa região,² que explicaria a propensão para surgimento das fissuras neste local. O diagnóstico é clínico e, ao menos que os achados sugiram uma causa específica, outros exames não são necessários.²

Pacientes com fissuras anais apresentam dor anal de intensidade variável e geralmente associadas a evacuações, podendo cursar também com sangramento.^{2,4}

O tratamento não farmacológico das fissuras anais envolve medidas como dieta rica em fibras, aumento da ingestão de água, banhos de assento e lidocaína em gel para controle local da dor. Essas devem ser as medidas utilizadas na abordagem das fissuras agudas.^{1,4} Outras opções de tratamento conservador são os agentes tópicos, como nitroglicerina, bloqueadores de canal de cálcio (BCC)

e injeção da toxina botulínica. Todos os citados apresentam a mesma eficácia, assim, a nitroglicerina deixou de ser utilizada por causar cefaleia como efeito colateral ao tratamento.^{1,4} Para fissuras crônicas, refratárias ao tratamento conservador, a opção cirúrgica de escolha é a esfínterectomia lateral interna. Sua taxa de cura, comparada às medidas citadas, foi de 88 a 100% dos casos.² No entanto, o tratamento cirúrgico cursa com incontinência em cerca de 8 a 30% dos casos, que costuma ser transitória e não se estendem por mais que 2 meses.⁴ Fissuras agudas não devem ser tratadas com cirurgia.¹ Para o manejo de fissuras anais atípicas, os focos devem ser identificados a etiologia e instituir o tratamento específico da patologia de base.^{1,2}

Fístula anal

Fístula anal é definida como um canal epiteliado que comunica o canal anal com a pele perianal e que, na maioria dos casos, origina-se a partir de um abscesso anorretal.⁴ Elas podem ser classificadas de acordo com o sítio anatômico em relação aos esfíncteres anais nas categorias descritas no **tabela 1** e ilustradas na **figura 2**.²

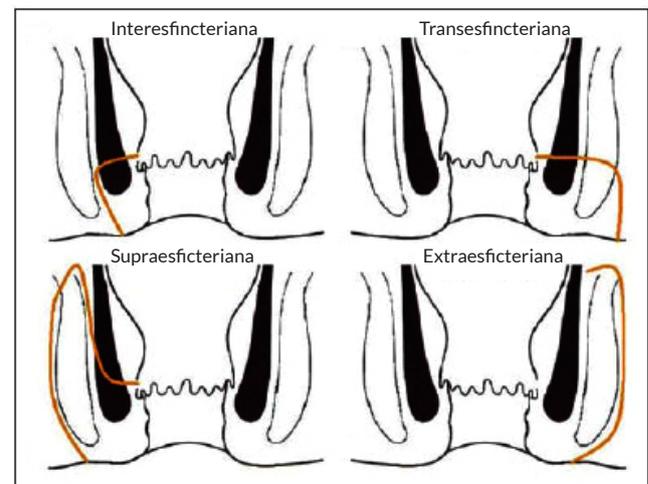
O diagnóstico é clínico, e os pacientes se apresentam clinicamente com drenagem de secreção purulenta ou fecal. Múltiplos orifícios e múltiplas fístulas falam a favor de ter como etiologia a doença de Crohn. Exames de imagem não costumam ser necessários, mas, se a fístula for de difícil caracterização, a ressonância magnética ou o ultrassom endorretal são os exames de escolha.⁴

O tratamento das fístulas anais é cirúrgico, sendo a fistulotomia a técnica mais utilizada devido à alta taxa de sucesso, alcançando excelentes resultados em 92 a 97% dos casos.^{2,4} A incontinência fecal é uma possível complicação dessa abordagem cirúrgica, e situações como incontinência prévia, fístulas complexas, doença recorrente e cirurgia anterior para fístula são fatores que aumentam o risco.⁴ A fistulectomia é uma técnica utilizada apenas em casos selecionados para tratamento de fístulas anais, devido à maior taxa de recorrência e de incontinência fecal quando comparada

Tabela 1. Classificação anatômica das fístulas anais

Interesfincteriana	Localizada entre os esfíncteres anais interno e externo, com abertura na região perianal, próxima à borda anal
Transesfincteriana	O trajeto fistuloso atravessa o esfínter interno e externo, com abertura na fossa isquiorretal
Supraesfincteriana	O trajeto fistuloso se origina no esfínter externo, com abertura na fossa isquiorretal
Extraesfincteriana	São mais complexas, atravessam os esfíncteres e o músculo puborretal, com abertura próxima à linha pectínea ou na parede retal inferior

Fonte: adaptado de Oliveira et al.²



Fonte: Lima et al.⁶

Figura 2. Trajeto das fístulas anorretais.

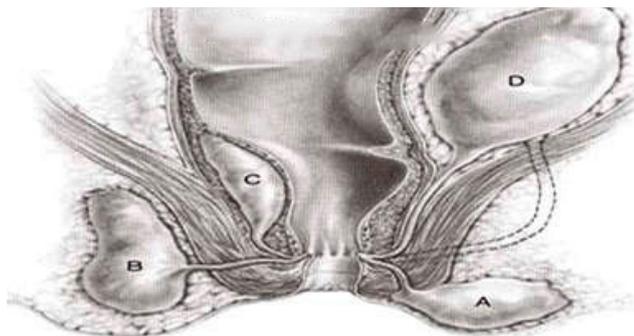
a fistulotomia.^{2,4} Existem ainda outras opções de técnicas cirúrgicas, a exemplo do retalho de avanço mucoso, a fistulotomia com a colocação de seton (objetivando a redução do trajeto fistuloso e facilitando, posteriormente, a fistulotomia) e a técnica LIFT (ligadura interesfincteriana do trajeto fistuloso) para fístulas transesfincterianas, que vem ganhando espaço no tratamento das fístulas anais.⁴

Abscesso anorretal

Abscesso anorretal é uma doença orificial muito comum que tem sua fisiopatologia explicada pela teoria criptoglandular. Essa teoria define que os abscessos são resultantes de um processo infeccioso decorrente da obstrução do óstio críptico de uma ou mais glândulas anorretais, que levam ao acúmulo de material séptico em seu interior.^{2,4} Outras possíveis causas são secundárias a doença

inflamatória intestinal, infecção, trauma e malignidade, porém representam apenas 10% dos casos.⁴ Abscessos são mais comuns no sexo masculino, com pico de incidência dos 20 aos 40 anos e associam-se com fístulas anorretais em cerca de 30 a 70% dos casos.⁴

Os abscessos podem ser classificados quanto à sua localização em subcutâneo (perianal), interesfincteriano, isquioanais e supraelevador (pelvirretal), ilustrados na **figura 3**.² Quanto à clínica, apresentam-se com edema e dor na região do abscesso, além de presença de sinais flogísticos, e podem cursar com febre e supuração.^{2,4} Em geral, exames de imagem não são necessários, porém, em alguns casos (principalmente abscessos supraelevadores) podem ser solicitados para auxiliar no diagnóstico. Assim, os exames de escolha são tomografia computadorizada, ressonância magnética ou ultrassom endorretal.^{1,2}



A: perianal, B: isquiorretal, C: interesfincteriano, D: supraelevador.

Fonte: Barredo et al.⁷

Figura 3. Classificação dos abscessos anorretais.

O tratamento de abscesso anorretal é cirúrgico e feito a partir da incisão e drenagem do abscesso sob anestesia.^{1,2,4} O abscesso pode estar associado a uma fístula perianal em cerca de 80% dos casos.^{1,2} Antibioticoterapia deve ser realizada em associação ao tratamento cirúrgico em pacientes imunocomprometidos, em caso de sepsse ou celulite nos tecidos circunjacentes ao abscesso.^{1,4}

Hemorroidas

As hemorroidas são aglomerados formados por tecido vascular, músculo liso e tecido conectivo nas três colunas do canal anal que servem para

manter a continência fecal no indivíduo saudável. No entanto, o termo é conhecido por caracterizar um processo de doença.⁸ Tornam-se clinicamente significativos quando aumentam de tamanho causando irritação e desconforto no canal anal e perianal.⁴ É uma doença frequente na população e tem como principal fator de risco a obesidade, e sua incidência é maior em torno dos 45 e 65 anos. Outros fatores de risco incluem dietas pobres em fibra, levantamento de peso exacerbado, constipação e também hipertensão portal.^{4,8}

Podem-se classificar as hemorroidas em externas e internas. As externas são inervadas por neurônios somáticos e localizam-se abaixo da linha pectínea, sendo compostas de plexos venosos distais cobertos por epitélio escamoso. Já as internas são localizadas acima da linha pectínea dentro das colunas retais, sendo inervadas por fibras nervosas viscerais e classificadas em quatro graus diferentes descritos no **tabela 2**.⁴

Tabela 2. Classificação das hemorroidas internas.

Grau I	Sem prolapso retal
Grau II	Prolapso retal no esforço
Grau III	Redução manual
Grau IV	Irredutíveis

Fonte: adaptado de Gardner et al.⁴

O diagnóstico é essencialmente clínico, sendo realizado por uma anamnese e de um exame físico bem realizado. A queixa mais frequente dos pacientes com tal condição é a de sangramento na ausência de dor que, muitas vezes, é associada a uma discreta incontinência fecal e à irritação da pele na região. É importante não associar o sangramento indolor ao diagnóstico de hemorroidas, já que condições malignas podem seguir com os mesmos sintomas.^{4,8} A anoscopia deve ser realizada para visualizar a presença de hemorroidas internas e identificar o processo patológico, e, em certos casos, a colonoscopia deve ser considerada, principalmente quando a anoscopia é normal ou inconclusiva ou ainda na presença de fatores de risco independentes, principalmente nos

pacientes acima de 45 anos, para rastreio de possíveis malignidades.^{4,9}

O tratamento se baseia na estratificação do risco e dos sintomas das hemorroidas, incluindo terapias medicamentosas, terapias não cirúrgicas e cirúrgicas.⁸

O manejo não cirúrgico pode ser realizado de diversas formas. A mais comum e conhecida delas é a ligadura elástica, que pode ser utilizada em hemorroidas internas. Essa técnica se baseia na aplicação de uma ligadura elástica ao redor do vaso ingurgitado, iniciando um processo necrótico na região, que se transforma em uma úlcera e, por fim, cicatriza em algumas semanas. É importante ressaltar que a ligadura elástica não deve ser utilizada nas hemorroidas abaixo da linha pectínea ou em hemorroidas externas, devido à inervação somática delas, sendo necessário, para esses casos, abordagem cirúrgica. Trata-se de um procedimento realizado sem a necessidade de anestesia, no próprio consultório médico, com o auxílio de um anuscópio. Em um estudo foi visto o sucesso de 80% dos casos com raras complicações, como sangramento em 2,8% dos casos, trombose de uma hemorroida externa em 1,5% dos casos e bacteremia em 0,09% dos casos.⁴

Outro tratamento não cirúrgico realizado é a escleroterapia, que pode ser utilizada nas hemorroidas graus II e III, sendo especialmente recomendada em pacientes com risco maior de sangramento. Pode ser realizada também no consultório e na ausência de anestesia, apenas sendo necessária a visualização plena da hemorroida através da anuscopia. O agente responsável pela esclerose do vaso pode ser uma solução salina hipertônica ou uma solução de 5% de fenol com óleo vegetal. É importante salientar que, em comparação à ligação, a escleroterapia possui maior índice de recidiva, mas é menos relacionada à dor após o procedimento.⁴

O tratamento cirúrgico pode ser associado à maior prevalência de dor e a complicações, com menores taxas de recidivas quando comparado às terapias anteriores.⁸ Os procedimentos cirúrgicos podem ser realizados por técnicas abertas, como

a de Milligan-Morgan; fechadas, como a técnica de Ferguson; por grampos nos processos hemorroidários ou até por ligadura da artéria responsável pela formação das hemorroidas.⁴ Por se tratarem de métodos terapêuticos mais complexos, necessitando de uma maior complexidade de assistência, não são abordados em profundidade neste estudo.

Proctite e infecções sexualmente transmissíveis

A proctite é uma manifestação aguda da inflamação do reto, que tem diversos fatores de risco, como exposição à radiação, doenças inflamatórias intestinais e também as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).¹⁰

As IST estão cada vez mais prevalentes em homens e muito se deve ao aumento da prática de relações sexuais anais receptivas e do sexo anal-oral.² São doenças transmitidas diretamente entre as pessoas, atingindo principalmente indivíduos de 15 a 24 anos; homens que fazem sexo com homens são o grupo da população mais exposto à essas patologias.¹¹

Em homens que fazem sexo com homens, a proctite é uma das três síndromes gastrintestinais causadas pelas ISTs, sendo seus sintomas dor anorretal, sangramento retal, urgência, incontinência e tenesmo. As outras duas situações são a proctocolite que é, de forma simplificada, uma proctite associada à diarreia e à dor abdominal, e a enterite, que é marcada pela dor abdominal e pela diarreia sem sinais de proctite.^{10,11}

A proctite é uma manifestação aguda da inflamação do reto, que tem diversos fatores de risco, como exposição à radiação, doenças inflamatórias intestinais e também IST.

É importante entender os fatores de risco associados à transmissão das IST para traçar o perfil dos pacientes. Entre os fatores de risco, os principais são:¹¹ homens que fazem sexo com homem; múltiplos parceiros desconhecidos; sexo anal receptivo ou insertivo sem o uso de camisinha; presença de outras IST, principalmente a infecção pelo HIV; acessórios retais ou trauma na área; e abuso de substância.

Por se tratar de um grupo muito vasto de doenças, foram selecionadas as mais prevalentes na população de forma geral.

Chlamydia trachomatis

É a infecção sexualmente transmitida mais prevalente nos Estados Unidos, e o quadro clínico clássico envolve piúria, disúria, uretrite ou cervicite, mas, quando acomete o reto, frequentemente apresenta-se como um quadro de proctite, com tenesmo e dor na região. O diagnóstico definitivo pode ser feito por meio do teste de reação em cadeia da polimerase em tempo real (RT-PCR) para o agente etiológico. O tratamento ideal é realizado com azitromicina 1g.²

Gonorreia

É a segunda IST mais frequente nos Estados Unidos, causada por *Neisseria gonorrhoeae*. A maioria dos casos é assintomática, mas pode evoluir com cervicite, proctite, doença inflamatória pélvica nas mulheres e epididimite, e, quando acomete a região anorretal, pode causar tenesmo e hematoquezia. O diagnóstico pode ser firmado por meio da visualização da bactéria na mucosa oral, retal ou até no sumário de urina. O tratamento se baseia na administração de ceftriaxona 250 mg, por via intramuscular, em dose única, seguida de azitromicina 2 g, dose única, por via oral.^{2,12}

Sífilis

É uma doença endêmica de países em desenvolvimento, principalmente na população mais vulnerável.² A infecção se dá por *Treponema pallidum* e é dividida em algumas fases. A fase primária se expressa por uma úlcera indolor, que surge de 1 a 21 dias após a infecção. A fase secundária se apresenta semanas ou até meses após a inoculação, e os sintomas são mais inespecíficos, como febre, artralgia, massa retal e *rash*. Caso não tratada, a fase latente continua, dificultando o diagnóstico, já que é assintomática e pode durar de 1 ano a décadas. A sífilis terciária se apresenta como uma infecção generalizada e com possíveis

sequelas irreversíveis ao doente. O diagnóstico pode ser realizado por meio de testes como o *venereal disease research laboratory* (VDRL) ou sorologia, e o tratamento depende da fase em que a doença se encontra, sendo uma dose intramuscular de penicilina G benzatina 2,4 milhões de unidades para as sífilis primária e a mesma dose uma vez por semana por 3 semanas para as sífilis terciárias ou quando não é possível determinar o estágio da doença.²

Vírus do herpes simples

É uma infecção causada por um vírus de DNA que se apresenta como lesões genitais e proctite, especialmente em homens que fazem sexo com homens. As lesões características são bolhas na mucosa com sintomas aparecendo de 4 a 21 dias após intercurso sexual. O diagnóstico definitivo pode ser realizado por meio da RT-PCR, mas o exame físico é, na maioria das vezes, suficiente para o diagnóstico. O tratamento pode ser realizado com antirretrovirais de forma oral, como o aciclovir. Caso haja sintomas de infecções severas ou sistêmicas ou sintomas neurológicos, o internamento hospitalar se faz necessário para a administração intravenosa das drogas.²

HIV

É um vírus RNA que afeta os linfócitos TCD4. As manifestações anais incluem úlceras, hemorroidas, fissuras, abscesso ou outras condições relacionadas a coinfeções de outras IST. Em pacientes já imunocomprometidos com a síndrome da imunodeficiência adquirida, outras etiologias surgem, como carcinoma espinocelular anal, linfoma ou sarcoma de Kaposi.²

Papilomavírus humano

Também chamados de condiloma acuminado, a lesão pelo papilomavírus humano (HPV) é a forma mais comum de IST em todos os tipos de orientação sexual. Existem atualmente diversos subtipos catalogados na família do HPV, sendo os subtipos 6 e 11 os responsáveis pelas lesões típicas

em couve-flor na região anal, genital ou retal. Outros subtipos, como o 16 e 18, estão associados à displasia tecidual, sendo fator de risco para o desenvolvimento de câncer. Podem se apresentar como pequenas tumorações em formato de couve-flor associadas a prurido, dor e até sangramento. O diagnóstico é essencialmente clínico, por anuscopia, que permite visualizar as lesões e detectar displasias com o uso de ácido acético. A biópsia da lesão pode ser realizada em casos de dúvida diagnóstica e suspeita de malignidade. O tratamento pode ser realizado de diversas formas, como medicamentos tópicos, excisão das lesões e crioterapia, no entanto, as taxas de recidiva oscilam entre 4 e 26%.²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As emergências anorretais são comuns e fazem parte de um espectro de doenças que causam desconforto físico e mental ao paciente. Apesar da prevalência ser elevada, muitos pacientes tardam em procurar o serviço de saúde, atrasando a busca por atendimento médico.¹³ Logo, é necessário que o médico assuma uma postura ativa na investigação de queixas que são comuns nas mais diversas doenças que acometem a região anorretal, desde hemorroidas e abscessos até ISTs. Ainda que a maioria das afecções sejam facilmente diagnosticadas por de um exame físico bem feito, torna-se imprescindível atentar aos pacientes com sinais de gravidade que necessitarão de investigações ou intervenções

mais complexas.^{1,8,10} Fazem-se necessário, então, o reconhecimento, a abordagem e o manejo de forma objetiva das emergências anorretais, a começar pelo atendimento no pronto-socorro.

REFERÊNCIAS

1. 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.
2. Oliveira L, Galindo GF, Silva-Velazco JD. Benign anorectal disorder management in low-resource settings. *Clin Colon Rectal Surg.* 2022;35(5):376-89.
3. Drezdron MK, Peterson CY. Anorectal Emergencies. *Surg Clin North Am.* 2023;103(6):1153-70.
4. Gardner IH, Siddharthan RV, Tsikitis VL. Benign anorectal disease: hemorrhoids, fissures, and fistulas. *Ann Gastroenterol.* 2020;33(1):9-18.
5. Gallo G, Martellucci J, Sturiale A, Clerico G, Milito G, Marino F, et al. Consensus statement of the Italian society of colorectal surgery (SICCR): management and treatment of hemorrhoidal disease. *Tech Coloproctol.* 2020;24(2):145-64.
6. Lima CM, Junqueira FP, Rodrigues MC, Gutierrez CA, Domingues RC, Coutinho Júnior AC, et al. Avaliação por ressonância magnética das fistulas perianais: ensaio iconográfico. *Radiol Brasil.* 2010;43:330-5.
7. Barredo C, Leiro F. Abscesos y fistulas perianales. *Cirugía Digestiva.* 2009;379:1-11.
8. Sandler RS, Peery AF. Rethinking what we know about hemorrhoids. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2019;17(1):8-15.
9. Dornblaser DW, Gross SA. Safe, efficient, and effective screening colonoscopy. *Curr Opin Gastroenterol.* 2022;38(5):430-5.
10. Al Mulhim AA, Schulwolf SL, McFadden KM, Shokoohi H. Transperineal ultrasound in the diagnosis of proctitis in the emergency department. *J Emerg Med.* 2021;60(5):e119-24.
11. Steed JM, Henry-Okafor Q, Pitts CJ. Proctitis in men who have sex with men. *Nurs Clin North Am.* 2020;55(3):325-35.
12. Jaspers V, Stordeur S, Berghe WV, Mokrane S, Libois A, Kenyon C, et al. Diagnosis and treatment of gonorrhoea: 2019 Belgian National guideline for primary care. *Acta Clinica Belgica.* 2022;77(1):186-94.
13. Keum N, Giovannucci E. Global burden of colorectal cancer: emerging trends, risk factors and prevention strategies. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2019;16(12):713-32.