



RELATO DE CASO

Atresia retal

Rectal atresia

Luciano A. Tenório¹, Walter F.A. Filho², Henrique V.N. Filho²

Resumo

Os autores apresentam um caso de atresia retal por diafragma em um recém nascido com quatro dias de vida, do sexo masculino, com quadro de obstrução intestinal baixa. O diagnóstico foi feito pelo quadro clínico, exame físico e radiológico. Após correção dos distúrbios hidroeletrólíticos, o paciente foi submetido a tratamento cirúrgico. Obteve alta hospitalar no sétimo dia de pós-operatório.

J. pediatr. (Rio J.). 1996; 72(3):181-183: reto, anomalia, obstrução.

Introdução

As anomalias anorretais (AAR) são malformações congêntas decorrentes de interrupção ou anormalidades no desenvolvimento embriológico do ânus, reto e trato urogenital. Constituem um amplo espectro de doenças que variam desde defeitos de pequena monta e de fácil tratamento até outros de extrema complexidade e de difícil resolução no que concerne ao controle intestinal, urinário e função sexual¹. A incidência é de 1:5000 nativos com leve predominância no sexo masculino, não havendo predileção por raça²⁻⁴. São classificadas em altas, intermediárias e baixas de acordo com a posição do fundo de saco retal em relação ao músculo puborretal. Em quase 50 a 60% dos casos ocorrem anomalias associadas⁵⁻⁷.

Nesse complexo de malformações situa-se a atresia retal, de ocorrência muito rara, representando, em séries publicadas, apenas 1 a 4% dos casos^{3,6,8,9}. É classificada como uma anomalia anorretal alta, com similar potencial de continência em ambos os sexos^{1,7,9}. Caracteriza-se por uma interrupção do reto próxima à junção muco-cutânea, cuja etiologia mais provável é uma catástrofe vascular^{6,10}. O fundo de saco proximal atrésico é representado por um reto dilatado, enquanto a porção inferior, por um curto

Abstract

The authors report a case of rectal atresia by diaphragm in a newborn four days old, male, with colon obstruction. Diagnosis was made by clinical characteristics, physical examination and radiographic features. After compensation of hydro-electrolytic disturbances, the patient was submitted to surgical treatment. Discharged one week from operation.

J. pediatr. (Rio J.). 1996; 72(3):181-183: rectum, anomaly, obstruction.

canal anal que mede variáveis, desde alguns centímetros (2 a 5 cm) por densa porção de tecido fibroso ou apenas por uma membrana (diafragma), perfurada ou não^{1,4,6,11}.

A *dificuldade diagnóstica* se dá pelo aspecto normal do ânus^{6,7,10}. A anamnese revelará ausência de eliminação de mecônio. A distensão abdominal e os vômitos biliosos, depois fecalóides, configuram um processo obstrutivo baixo. Por fim, no exame físico, é de importância fundamental para o diagnóstico avaliar a permeabilidade do canal anal. O estudo radiológico confirmará o diagnóstico clínico e orientará a conduta terapêutica mais adequada.

No tratamento desse raro defeito, cogita-se desde a simples dilatação do orifício puntiforme central na obstrução por diagrama perfurado⁶, até a ressecção do diafragma ou a realização de uma colostomia prévia^{1,6,7,9,10,12-14}.

Com este trabalho procuramos enfatizar a dificuldade diagnóstica e a orientação adotada pelo Serviço no tratamento da anomalia.

Descrição do caso

Recém-nascido V.G.S., quatro dias de vida, sexo masculino, branco, procedente de Arapiraca-AL, nascido de parto normal, a termo, pesando 2500 g, em maternidade local. Encaminhado ao Serviço de Cirurgia Pediátrica da Santa Casa de Misericórdia de Maceió no dia 21.01.91, em caráter de urgência, com história de ausência de eliminação de mecônio, distensão abdominal importante, seguida de vômitos biliosos e depois fecalóides.

1. Chefe do Serviço de Cirurgia Pediátrica da Santa Casa de Misericórdia de Maceió.

2. Staffs do Serv. de Cir. Pediátrica da S. Casa de Misericórdia de Maceió. Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Pediátrica da Santa Casa de Misericórdia de Maceió.

O exame físico revelou estado geral comprometido, desidratado de II grau, fontanela deprimida, hipoativo, palidez cutâneo-mucosa, anictérico, afebril, com desconforto respiratório moderado. Facies composita. Ausculta cardíaca sem alterações e pulmonar com murmúrio vesicular algo diminuído nas bases. Abdome bastante distendido, flácido, doloroso, ruídos hidro-aéreos aumentados e com timbre elevado. Ânus tópico e perfurado (Fig. 1). O toque retal realizado detectou obstrução a 2 cm da linha pectínea, e manobras de aumento da pressão intra-abdominal com os membros fletidos permitiram observar protusão de uma membrana não perfurada (Fig. 2).

Figura 1 - Ânus tópico e perfurado

O hemograma mostrou uma anemia discreta, leucopenia com desvio à esquerda. O estudo radiológico constou de radiografias panorâmicas (tóraco-abdominal) em posição ortostática, em decúbito dorsal e em decúbito ventral com raios horizontais que revelaram tórax normal; abdome com distensão generalizada de alças e níveis hidro-aéreos, porém sem pneumoperitônio; parada da progressão de gás a 2 cm da linha pectínea (Fig. 3).

As medidas pró-operatórias adotadas foram aquecimento; tórax elevado; passagem de sonda oro-gástrica, ficando em sifonagem e sendo aspirada a cada hora; vitamina K; antibioticoterapia (amplacilina e gentamicina); acesso venoso para hidratação e correção dos distúrbios hidro-eletrolíticos; monitorização e controle da diurese.

Estabelecidas as condições clínicas favoráveis, o recém-nascido foi levado à cirurgia. Colocado em decúbito dorsal com regiões plantares unidas, joelhos fletidos e coxas sobre o quadril, fixadas com atadura de crepom. Abordagem à membrana por via anal. Reparos com fio de *catgut* 4-0 cromado. Ressecção total da membrana com sutura concomitante da mucosa retal com fio de *catgut* 4-0 cromado (Fig. 4).

Foi alimentado no primeiro dia de pós operatório, tendo alta em boas condições clínicas, evacuando sem dificuldades. Como única intercorrência apresentou quadro diarreico leve que cedeu rapidamente sem necessidade de nenhuma medicação.

Figura 2 - Atresia retal: protusão da membrana (diafragma não perfurado) sendo visualizada pelo ânus

Comentários

A atresia retal representa no Serviço de Cirurgia Pediátrica da Santa Casa de Misericórdia de Maceió aproximadamente 1% das AAR, fato que se ajusta às séries publicadas na literatura mundial.

O fato de o recém-nascido só ter sido encaminhado no quarto dia de vida denota a situação de desamparo materno-infantil ainda existente em nosso meio, o que acarreta retardo evidente no diagnóstico de inúmeras patologias corrigíveis clínica e cirurgicamente, com risco à vida do bebê.

É sempre bom ressaltar, no atendimento ao recém-nascido, a valorização em se medir o resíduo gástrico. Se maior que 20 a 30 ml ou contiver bile, trata-se de um importante sinal de alarme ao pediatra, sobretudo se associado a polihidrâmnio. Deve-se testar sempre a permeabilidade anorretal, através da introdução de uma sonda de nelaton no canal anal. Se não progredir mais que 3 a 5 cm, suspeitar de atresia retal. Um reto cheio de mecônio poderá impedir a progressão da sonda, mas a presença de mecônio na mesma afasta essa possibilidade diagnóstica¹⁵.

Chamamos a atenção para a seqüência de sinais clínicos da Síndrome Obstrutiva Total Baixa: alteração na eliminação de mecônio; distensão abdominal, tanto maior quanto mais baixa for a obstrução; e os vômitos tardios, de início biliosos e depois fecalóides.

Frisamos que o aspecto normal do ânus desses bebês é motivo de retardo e de dificuldade no diagnóstico^{6,7,10}. A avaliação da permeabilidade do canal anal é indispensável no recém-nascido, o que propicia a suspeição precoce dessa anomalia.

No caso em pauta, o estudo radiológico utilizando apenas o ar como meio de contraste foi suficiente para estabelecer o diagnóstico. Todavia, em determinados casos, há necessidade de se determinar a altura exata do

Figura 3 - Rx simples em decúbito ventral com raios horizontais: observa-se gás no reto até 2 cm da linha pectínea

fundo de saco retal atrésico e a distância entre as duas estruturas^{1,4,6-8}, para que se adote a conduta terapêutica mais adequada. Deve-se então utilizar o contraste via anal para visualizar o segmento distal, já que o proximal é contrastado pelo próprio ar.

A tomada de decisões em recém-nascidos com AAR é de extrema importância para o futuro e a qualidade de vida desses pacientes. É necessário que complete-se 16 a 24 horas de vida, antes que se tome qualquer decisão ou se faça invertograma. No sexo masculino, a avaliação clínica, a colocação de uma gaze no pênis do bebê e os exames seriados de urina com o intuito de se detectar mecônio, em 80 a 90% dos casos, são suficientes para decidir quando o neonato necessita de uma colostomia. No sexo feminino, a inspeção cuidadosa do períneo, em cerca de 90% dos pacientes, permite fazer o diagnóstico sem necessidade de exame radiológico^{1,11}.

Com base numa experiência de vinte anos no tratamen-

to das anomalias anorretais, o Serviço de Cirurgia Pediátrica da Santa Casa de Misericórdia de Maceió adota a seguinte orientação na atresia retal: abordagem cirúrgica por via baixa (anal) nas atresias por membrana (diafragma) cujo limite esteja próximo à linha pectínea (2 cm); colostomia prévia com tratamento definitivo por via sagital posteriores nas demais situações. Não utilizamos tratamento com dilatações nos casos de diafragma perfurado, optamos pela ressecção ou colostomia prévia, a depender da altura do fundo de saco retal em relação à linha pectínea. O tratamento cirúrgico da atresia retal é essencialmente o mesmo para ambos os sexos.

É importante ressaltar os ensinamentos do Prof. Alberto Peña: “esses bebês são afortunados porque nasceram com um canal anal normal, porquanto com sensibilidade anal intacta. Precisam, merecem e devem ter conduta terapêutica adequada por profissionais experientes no manejo das AAR, cuja tradução futura será uma vida social adequada, sem transtornos ou constrangimentos”.

Referências bibliográficas

1. Penã A. Tratamento atual das anomalias anorretais. Clínica Cirúrgica da América do Norte 1992; 1431-1457.
2. Schwartz MA. Gastrointestinal tract. In: Levine BA, Copeland III EM, Howard RJ, Surgerman HJ, Warshaw AL, ed. Current practice of pediatric surgery. New York: Churchill Livingstone Inc, 1994; 6:1024.
3. Freeman NV. Anorectal malformation, surgery of the newborn, editado por Freeman NV, Burge DM, Friffiths DM, Malone PSJ, Churchill Livingstone, New York 1994; 15: 171-199.
4. Stephens FD, Smith ED. Anorectal malformations in children. Year Book Medical Publishers 1971; 160-171.
5. Capella MR e cols. Incidência de malformações genito-urinárias em crianças com anomalias anorretais. J Pediatr (Rio J.) 1990; 66: 77-82.
6. Kiesewetter SB. Tectum and anus - malformations. In: Ravitch MM, Welsch MR, Benson CD, Aberdeen E, Randolph JG, ed. Year Book Medical Publishers 1979; 98: 1059-1072.
7. De Vreis PA, Cox KL. Surgery of anorectal anomalies. The Surgical Clinics of North America 1985; 65: 1139-1169.
8. Raffensperger JC. Nortectal Anomalies, Swensons's. Pediatrica Surgery 1990; 72: 587-623.
9. Peña A. Posterior sagital anorectoplasty: results in management of 332 cases of anorectal malformations. Pediatric Surgery Int 1988; 3: 91-104.
10. Moraes RV. Anomalias anorretais. In: Viegas D, Moraes RV, ed. Neonatologia Clínica e Cirúrgica. São Paulo: Livraria Atheneu, 1986; vol. 2: 1005-1022.
11. Peña A. Imperforate anus and cloacal malformations. Pediatric Surgery, editado por Ashcraft KW e Holder TM, WB Saunders Company. 2ª ed. 1993; 30:372-392.
12. Peña A. Surgical treatment of high imperforate nnues. World J Surg 1985; 9: 236-243.
13. Penã A. Surgical management of anorectal malformations: an unified concept. Pediatric Surgery Int 1988; 3: 82093.
14. Peña A. The role of colostomy in the management of anorectal malformations. Pediatric Surg Int 1988; 3:105-109.
15. Capella MR, Goldberg P. Sinais Clínicos de Alarme Cirúrgico do Recém-nascido. Arq Cat Med 1974; 3: 39.

Figura 4 - Atresia retal: aspecto cirúrgico após ressecção completa (via anal) do diafragma não perfurado