

SIMPÓSIO SOBRE TRAUMATISMOS COLO-RETO-ANO-PERINEAIS

Apresentação no XXXI Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, 6-8 de setembro de 1981 – São Paulo

Presidente: Tasso Mendonça (GO)
Coordenador: Geraldo Magela Gomes da Cruz (MG)
Secretário: Sérgio Nahas (SP)

Participantes: Dr. Joaquim Ferreira (RJ)
Dr. João Francisco Xavier Musnich (RS)
Dr. Celso Gutierrez Cubillos (Chile)
Dr. Rosalvo J. Ribeiro (RJ)

Perguntas:

1. Quais as causas e tipos mais freqüentes de lesões colo-reto-ano-perineais?

Resposta do Dr. Joaquim Ferreira

Nossa experiência se restringe a traumatismos decorrentes de acidentes da vida civil, já que os ferimentos observados em acidentes de guerra apresentam características próprias, dos quais não temos vivência. Baseamos nossa resposta em experiência pessoal e em revisão de casos atendidos no período de 1962 a 1972 nos Hospitais Miguel Couto (130 casos), Getúlio Vargas (314 casos) e Rocha Faria (38 casos), todos do Rio de Janeiro, levantamento este feito por Coimbra D., Freire E. e Perrota U. Naquele período foram atendidos 482 pacientes com 528 lesões, assim distribuídas:

Ceco e ascendente	99
Transverso	191
Descendente	123
Reto e sigmóide	41
Canal anal	3
Segmento n/anotado	71

Como causa determinante, encontramos os traumatismos externos como os principais responsáveis:

Projétil de arma de fogo	355 (73,65%)
Ferimento por arma branca	64 (13,28%)
Acidente automobilístico	36 (7,47%)
Empalação	9 (1,87%)
Corpo estranho	2 (0,41%)
Outras causas	16 (3,32%)

Na prática médica temos visto lesões traumáticas iatrogênicas por exame endoscópico (retossig-

moidoscopia e colonoscopia), biópsias, intervenções cirúrgicas (ginecológicas, obstétricas etc.), lavagem intestinal. Outras causas mais raras são conseqüentes a explosões, tiros de escopeta e ar comprimido. Na literatura encontramos referência a lesões por enema opaco e rupturas espontâneas. Na maioria das vezes, encontramos lesões pequenas, até 4 cm de extensão, e algumas vezes, lesões múltiplas no cólon.

As contusões conseqüentes a acidentes automobilísticos podem atingir o cólon por compressão contra a coluna vertebral ou por golpe repentino contra uma alça distendida, provocando contusão, hematoma intramural ou laceração parcial ou completa, ou atingir seu meso, acarretando hemorragia ou comprometendo a nutrição da alça. No reto extraperitoneal e canal anal, geralmente as lesões são conseqüentes a laceração por espícula óssea secundária à fratura da bacia, à ação direta do agente como vemos em certas lesões do períneo e do ânus, ou por avulsão do reto e ou ânus, arrancado de suas estruturas de sustentação pela força do objeto contundente. Estas lesões traumáticas, embora pouco freqüentes, são geralmente graves, principalmente por associação com traumatismos de crânio, tórax, membros e vísceras maciças da cavidade abdominal.

Chamamos a atenção para a alta freqüência de lesões associadas, que na casuística por nós apresentada ocorreu 655 vezes:

Intestino delgado	273
Mesentério	64
Estômago	58

Fígado	53
Baço	30
Rim	29
Diafragma	28
Hematoma retroperitoneal	27
Bexiga	12
Pâncreas	11
* Outros	68

* *fratura ossos da bacia, artéria e veia mesentéricas, vesícula biliar, veia cava etc.*).

2. Nos traumatismos colo-reto-ano-perineais que valor confere às manobras propedêuticas:

- exame clínico
- exame proctológico
- exames radiológicos
- punção abdominal
- outros exames?

Resposta do Dr. João Francisco Xavier Musnich

Na avaliação destes traumatismos torna-se necessária, antes dos exames de rotina, a pesquisa, pelos dados de história, das causas e condições em que o traumatismo ocorreu:

1) **Agente vulnerante** — Forma, tamanho, tipo. Se inciso, perfurante, penetrante, contuso, lacerante, cortante etc.

2) **Mecanismo de lesão** — Acidente com veículo, atropelamento, queda, empalamento, "pillion rider" etc., arma de fogo.

3) **Ângulo de incidência** — Direção do agente a partir do ponto de penetração, alertando para a possibilidade de lesão em outros órgãos.

4) **Zona de penetração** — Primitiva ou secundária: se anal, vaginal, uretral ou perineal.

5) **Tempo decorrido entre o ferimento e o atendimento** — Importante devido ao período em que a possível contaminação determinará evolução mais ou menos complicada, alterando a conduta terapêutica a ser indicada (sutura primária, colostomia ou não etc.).

a) EXAME CLÍNICO

1) **Alterações locais** — Área de ferimento, tipo, dimensões, orientação, com ou sem solução de continuidade, presença ou não do agente causal.

2) **Alterações abdominais** — Dizem respeito aos sinais e sintomas de abdome agudo, em ferimentos de órgãos intraperitoneais, perfuração e/ou peritonite.

3) **Alterações sistêmicas** — Sinais de choque, anemia aguda, infecção, queda do estado geral.

b) EXAME PROCTOLÓGICO

1) **Inspeção** — Em posição genupeitoral ou de litotomia, ou de **Sims** (em certos casos, sob

narcorese), procede-se a avaliação do grau de lesão: descolamento de estruturas superficiais, ruptura de tecidos perineais, anais, vulvovaginais, uretrais ou vesicais, com eliminação de urina, fezes ou sangue. Na penetração por orifício natural, pode não haver lesão visível.

2) **Toque retal** — Palpa-se o grau de alteração do canal anal, da musculatura (hipertonia, incontinência), perdas de substância, perfuração reto-vaginal, lesão prostática, presença de corpo estranho no reto.

3) **Endoscopia** — Permite visualizar as soluções de continuidade da parede do reto ou retossigmóide, bem como sinais de comprometimento de estruturas adjacentes. Por vezes torna-se extremamente difícil, na presença de sangramento abundante. É preferível realizá-la sem a introdução de ar, a fim de não prejudicar possíveis pontos de perfuração nas lesões intraperitoneais.

c) EXAMES RADIOLÓGICOS

1) **Simplex de abdome** — Evidencia o pneumoperitônio por perfuração de víscera oca, presença de corpo estranho, ou de líquido livre na cavidade.

2) **Enema opaco** — Raramente utilizado no atendimento imediato. No entanto pode ser medida auxiliar na identificação de fístulas, recessos etc., quando deve ser feito com contraste líquido hidrossolúvel.

3) **Simplex de tórax** — Na pesquisa de ferimentos torácicos associados, derrame pleural, pneumotórax, fraturas etc.

4) **Uretrocistografia (retrógrada ou miccional)** — É imprescindível para determinar o grau e localização de uma lesão vesical ou uretral.

5) Outros

Urografia excretória

Radiografia das estruturas ósseas

Tomografia computadorizada.

d) PUNÇÃO ABDOMINAL

É medida de rotina na suspeita de lesão intraperitoneal, servindo para identificar o tipo de líquido livre na cavidade (se sangue, pus, fezes, urina).

e) OUTROS

1) **Ginecológico** — Indispensável na avaliação completa dos ferimentos perineais.

2) **Cistoscopia** — Embora a sondagem vesical seja rotina em qualquer ferimento, serve para visualização do grau de lesão das paredes vesicais, e localizar eventuais pontos de hemorragia etc.

3. Que conduta antibiótica usa nos pacientes com traumatismos colo-reto-ano-perineais?

Resposta do Dr. Celso Gutierrez Cubillos

El espectro microbiano está, fundamentalmente, constituido por Gram(-), Anaerobios y Tétanos.

En ausencia de antibiograma, adquiere suma importancia la toma adecuada de la muestra (jeringa sellada con tapón — sin aire — enviada antes de 5' al laboratorio) y el estudio en base a: **examen directo** con informe preliminar a los 15'; y **cultivo** para aerobios con informes a las 24-48 y 72 hrs., y para anaerobios con informe desde las 48 hrs. hasta 7 a 10 días; permiten iniciar la terapia antibiótica según el esquema que proponemos:

a) **Gram (-):**

Aminoglicósidos

Gentamicina, 80 mgr. c/8 hrs.

Amikacina

Dibekacina

— Céfalosporina (excepto Ceporán).

Control de función renal con creatinemia sérica previa y seriada c/72 hrs.

b) **Anaerobios** (bacteroides fragilis, melaninogenicus, fusobacterium).

— Clindamicina 600 mgr. c/8 hrs. endovenosa lenta.

— Metronidazol 500 mg. c/8 hrs. e.v.

— Penicilina sódica 5 millones c/6 hrs. y Cloramfenicol 1 gr. c/6 hrs.

c) **Tétanos**

— Antitoxina tetánica

Inmunoglobulina humana antitetánica 250 U.I. intramuscular por dos veces y repetir después de 3 semanas si el riesgo es alto.

d) Otros medicamentos coadyuvantes:

1. Anti-inflamatorios: fenil-butazona, oxifen-butazona

2. Antisépticos locales: ácido bórico en polvo povidona yodada

3. Antimicóticos: cotrimazol (canestén)

4. Nos traumatismos de cólon e reto acima da reflexão peritoneal, que cuidados toma com a cavidade abdominal:

a) **limpeza física**

b) **limpeza química**

c) **drenagens**

d) **irrigações**

e) **outros cuidados?**

Resposta do Dr. Rosalvo J. Ribeiro

Nossas respostas se baseiam em experiência no Hospital Municipal Souza Aguiar do Rio de

Janeiro (RJ), onde foram atendidos nos últimos três anos (1978, 1979 e 1980), 119 casos de ferimentos colo-reto-ano-perineais.

a) Nos traumatismos colo-retais, acima da reflexão peritoneal, cuidamos da limpeza física tendo em vista remover todos os detritos conseqüentes à lesão, aí incluídos os restos fecais e as coleções de sangue. Esta limpeza física é sempre acompanhada, ao término da cirurgia, de lavagem cuidadosa da cavidade abdominal com soro fisiológico.

b) Não usamos, de costume, antibióticos ou qualquer solução anti-séptica, a título de limpeza química.

c) É nossa rotina a drenagem do abdome e nós a fazemos de duas maneiras: usamos drenos laminares tipo Penrose nas suturas primárias em que haja pequena contaminação da cavidade; nas ressecções ou nas situações de peritonite já instalada, aos drenos laminares associamos drenos tubulares. Nós sabemos que a drenagem do abdome não impede a formação de abscessos ou o desenvolvimento de deiscências de suturas, mas acreditamos que a drenagem pode facilitar o escoamento de fístulas de pequeno débito ou detectar precocemente uma deiscência completa que necessite reintervenção.

d) Consideramos as irrigações peritoneais pós-operatórias como medida excepcional para os casos de peritonites muito graves. Nos 119 casos que revimos, este recurso não foi utilizado e a experiência é ainda pequena, o que não nos permite uma opinião definitiva sobre os seus resultados.

e) Outros — fechamento total — mais de 70% de abscessos de parede.

5. Nos traumatismos ano-perineais e de reto abaixo da reflexão peritoneal, sem lesão urogenital:

a) **quando e como faz reparações primárias?**

b) **quando e como faz colostomia?**

c) **quando restabelece o trânsito intestinal?**

Resposta do Dr. Joaquim Ferreira

As lesões ano-perineais são conseqüentes na maioria das vezes a empalção, acidentes de trânsito (atropelamento) e trabalho de parto. Nas lesões superficiais e naquelas que atingem parcialmente o esfíncter, sem comprometer espessura do anel esfíncteriano (esfíncter externo e pubo-retal) que possa prejudicar a continência, fazemos a hemostasia, limpeza da ferida e regularização de seus bordos, para facilitar a cicatrização. Nas lesões mais profundas e extensas, recomendamos a reparação imediata, evitando-se, assim, a formação de tecido fibroso cicatricial, de difícil reparação tardia. Na reaproximação dos músculos esfíncterianos, usamos fio fino, monofilamentado, que cause a menor reação tecidual tipo "corpo

estranho". Damos preferência ao monofilamento de aço 4 ou 5-0 ou mononylon 3 ou 4-0. Nas lesões do reto extraperitoneal julgamos importante cuidados com a hemostasia e drenagem; esta pode ser feita pelo períneo, com dreno tipo laminar. Julgamos desnecessário, na maioria das vezes, a sutura da lesão, por dificuldade na sua feitura e riscos de aumentar a contaminação; a própria ferida do reto facilita a drenagem para a ampola retal de infecção que possa surgir no tecido perirretal. Nesses casos é imperativo a feitura de colostomia derivativa, de preferência na fossa ilíaca esquerda, lavando-se no ato operatório o segmento distal com soro fisiológico através da colostomia.

b) Quando e como faz colostomia?

A colostomia deve ser realizada nas feridas que perfuram todas as camadas da parede do reto extraperitoneal e nas lesões extensas ano-perineais quando se faz reparação primária.

A colostomia deve ser:

1) localizada de preferência, sempre que tecnicamente exequível, no sigmóide, em incisão separada da incisão da laparotomia.

2) maturação imediata.

3) derivativa, em duas bocas ou em alça; preferimos fazê-la em alça com bastão elevando o esporão para se evitar a passagem de conteúdo fecal para a alça distal.

c) Quando restabelece o trânsito intestinal?

O trânsito intestinal deve ser restabelecido o mais precocemente possível, levando-se em conta:

1) Condições gerais do paciente, tendo em vista a alta frequência de lesões associadas.

2) Condições locais da ferida que indicar a feitura da colostomia.

6. Nas lesões ano-perineais e de reto abaixo da reflexão peritoneal qual a conduta usada:

a) na concomitância de lesão urinária

b) na concomitância de lesão ginecológica?

Resposta do Dr. João Francisco Xavier Musnich

a) *Na concomitância de lesão urinária:*

1) *Bexiga* — As lesões mais freqüentes são por perfuração no empalamento ou por ruptura devido a fratura pélvica. A sondagem vesical em todos os casos de traumatismo (rotina) pode mostrar hematúria. O melhor meio diagnóstico é a uretrocistografia que mostrará o extravasamento do contraste. O tratamento consiste em, através de incisão suprapúbica, evacuar o sangue e a urina extravasada, sendo a lesão debridada e suturada. Praticam-se uma cistostomia suprapúbica e drena-se os espaços perivesicais.

2) *Uretra* — Ocorrendo perda de continuidade da uretra, segue-se hemorragia e a urina extravasa. Na ruptura distal ao diafragma urogenital, ocorre edema de pênis e uretra perineal. Se perfura o fascia de *Buck*, a urina extravasada vai infiltrar o pênis, o escroto e o períneo, até a parede abdominal anterior. A uretrocistografia confirma o diagnóstico e localiza a posição da lesão.

O tratamento consiste na derivação urinária através de cistostomia suprapúbica e o restabelecimento da continuidade da uretra através de sonda passada pela mesma, complementando-se por drenagem das partes envolvidas pelo edema urinoso. Na uretra anterior as lesões são tratáveis pelo debridamento e anastomose primária das partes rotas.

3) *Pênis* — Os traumatismos ocorrem causando desnudamento, amputação, transecção ou fratura. No desnudamento a correção é feita pela aplicação precoce de retalhos livres de pele ou da bolsa escrotal. Em casos de transecção, o segmento seccionado deve ser anastomosado na base, mesmo que o trauma tenha ocorrido há uma hora ou mais. A fratura resulta do traumatismo com o órgão ereto. Encanar a uretra e drenar a trombose do corpo cavernoso são as medidas indicadas.

4) *Bolsa escrotal* — A avulsão da pele é o tipo mais comum de lesão e o tratamento depende da quantidade de pele perdida. Sempre que possível, os testículos devem ser recobertos pela pele escrotal remanescente ou por retalhos livres de pele, ou ainda enxertá-los no tecido celular subcutâneo da coxa ou da parede abdominal inferior. Como a irrigação do testículo é independente do escroto, eles permanecerão viáveis nesses locais.

b) *Na concomitância de lesão ginecológica:*

As lesões ginecológicas concomitantes a traumas ano-reto-perineais caracterizam-se basicamente pela ocorrência de hematomas ou lacerações vulvovaginais, de extensão e gravidade proporcionais ao impacto do agente causal, podendo ainda comprometer órgãos adjacentes ocasionando, por exemplo, fístulas vésico-vaginais ou reto-vaginais.

Nos hematomas pequenos de vulva ou vagina o tratamento consiste na aplicação de curativo compressivo ou gelo.

Os hematomas que apresentem aumento progressivo de volume por sangramento continuado, necessitam ser incisados, removendo-se o coágulo e ligando-se o ponto de sangramento. Se o ponto de sangramento não é localizado, a cavidade é tamponada com gaze (compressivamente) e este curativo é retirado em 24 horas. Os hematomas infectados são tratados por incisão e drenagem.

Nas lacerações, após o controle do sangramento e identificação completa das estruturas

lesadas, a ferida é suturada pela técnica de rotina. Por vezes, dependendo da severidade do traumatismo, a reconstrução anatômica é impossível. Em outros casos a necrose, infecção e cicatrização podem, a curto prazo, distorcer o que aparentava ser uma boa reparação plástica. Nessas situações, a evolução indicará a necessidade ou não de um novo tempo cirúrgico.

As lacerações vaginais comprometendo reto ou bexiga, principalmente as da parte alta da vagina, frequentemente são de difícil acesso cirúrgico no atendimento imediato, pela presença de hematomas, edema, fezes, urina etc., levando a uma alta incidência de fístulas vésico-vaginais e/ou reto-vaginais.

Nas fístulas reto-vaginais de terço médio ou superior da vagina, há indicação de colostomia derivativa, para posterior correção por via baixa (quando possível) ou por técnica de abaixamento. Nas fístulas RV do terço inferior, habitualmente realiza-se a correção por via perineal, utilizando a sutura por planos (Aciflex 3 ou 4-0 para a rafia do elevador do ânus).

Na fístula vésico-vaginal a orientação do tratamento segue o descrito na página anterior (item 1, bexiga).

7. Nos traumatismos ano-perineais e de reto abaixo da reflexão peritoneal com extensas perdas cutâneas:

a) faz colostomia?

b) faz enxerto? Como e quando?

Resposta do Dr. Celso Gutierrez Cubillos

a) La colostomía temporal en transverso o sigmoides es de regla si la pérdida de piel es tan extensa que no puede resolverse por granulación y epitelización exclusivas. El compromiso del aparato esfinteriano como de los elementos de sustentación ano-rectales (recto en badajo) como anoperineales, sólo podrán repararse cuando el tránsito intestinal esté totalmente derivado, de otra forma todas las plásticas están destinadas a perderse por infección agravando aún más la recuperación anátomo-funcional ano-rectal. Recordar aseo mecánico (lavados) de colon distal.

b) Los injertos cutáneos se deben realizar, previa colostomía derivativa, una vez recuperada la calidad biológica general y local del paciente, tampoco debe haber infección agravada superficial. Preferimos el injerto libre dermoepidérmico en "estampilla". Una vez que se ha verificado que los injertos han prendido se podrá planificar el cierre de la colostomía.

8. Como relaciona a morbidade e mortalidade nos traumatismos colo-reto-ano-perineais com:

a) local da lesão

b) tipo de lesão

c) número de lesões

d) tempo entre traumatismo e cirurgia?

Resposta do Dr. Rosalvo J. Ribeiro

a) A despeito de tradicionalmente se considerar as lesões do colo esquerdo mais vulneráveis às complicações que as lesões do colo direito, a observação dos casos por nós pesquisados não mostra diferença significativa. Assim é que foi realizada a sutura primária sem colostomia em 56 de um total de 100 pacientes, sendo 17 feridas do ceco e colo ascendente, 21 feridas do colo transverso, 16 feridas do colo descendente, sigmóide e reto intraperitoneal e duas feridas do canal anal e períneo, sem mortalidade e sem aumento dos índices de morbidade. Entretanto, em relação às lesões do reto extraperitoneal, pela dificuldade no acesso a estas lesões e pela gravidade das infecções que elas podem provocar, continuamos adotando a conduta clássica de *Ogilvie*, isto é, indicando a derivação do colo em todas elas, o que evidentemente aumenta a morbidade.

b) Com relação ao tipo de ferimentos, nós achamos que as grandes lacerações do colo, as feridas da borda mesenterial com hematomas extensos, as feridas reto-perineais associadas a fraturas de bacia constituem problemas às vezes difíceis de manusear e aumentam consideravelmente o grau de complicações, pois o seu tratamento pode exigir ressecções intestinais amplas e derivações temporárias.

c) Quanto ao número de lesões, cerca de 15% dos pacientes por nós revistos apresentavam lesões múltiplas do colo ou reto, o que levou à feitura de colostomias e, portanto, maior morbidade. Observamos também 152 lesões associadas, atingindo 16 órgãos diferentes, o que redundou em cirurgias associadas de grande porte. Tivemos seis óbitos em 119 pacientes operados, o que fornece uma taxa aproximada de 5%. Nestes seis pacientes que vieram a falecer, três deles morreram nos três primeiros dias de pós-operatório em consequência da associação de lesões de outros órgãos.

d) As estatísticas mundiais consideram pacificamente que a um intervalo de tempo maior entre o trauma e o tratamento corresponde maior incidência de complicações. Quanto maior a demora no atendimento, maior risco de contaminação da cavidade peritoneal e dos espaços perirretais, acarretando infecções graves. Estamos certos que a existência de equipes treinadas e disponíveis para o atendimento de urgência têm contribuído para diminuir este intervalo, o que a nosso ver é um dos fatores que explicam os bons resultados no Hospital Municipal Souza Aguiar.

**HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR
SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL
RIO DE JANEIRO**

Traumatismos colo-reto-ano-perineais – 119 casos

Idade	Incidência		Cor	
	Sexo			
10 – 19	23			
20 – 29	45		Branca	51
30 – 39	33	Masculino	110	Preta 37
40 – 49	11	Feminino	9	Parda 31
50 – 59	5			
Indeterm.	2			

Localização

Ceco e ascendente	22
Transverso	46
Descendente	6
Sigmóide	25
Recto	8
Canal anal e períneo	5
Indeterminada	7
Lesões múltiplas	16

Etiologia

Projétil de arma de fogo	88
Arma branca	17
Colisão de veículos	7
Queda	3
Indeterminada	4

Lesões associadas

Intestino delgado	53
Fígado e vias biliares	20
Pulmão e diafragma	15
Estômago	14
Rins e ureteres	11
Artérias e veias	10
Baço	8
Bexiga e uretra	5
Duodeno	5
Mesentério	3
Escroto e testículos	2
Fraturas de bacia e M. inferior	2
Pâncreas	1
Útero	1
Faringe	1
Fratura de membro superior	1

152

Tratamento

Sutura primária	60
Sutura primária + colostomia	27
Exteriorização da lesão	12
Ressecção + exteriorização em 2 bocas	9
Colostomias	4
Colectomia direita	3
Esfincterorrafia anal + colostomia	3
Ressecção + colostomia derivativa	1

Complicações

Abscesso de parede	39
Evisceração	4
Fístula estercoral	3
Abscesso subfrênico	2
Eventração	2
Abscesso perineal	1
Fístula urinária	1
Fístula duodenal	1
Fístula de faringe	1
Hemorragia digestiva	1

Obs.: 19 pacientes não foram incluídos por terem sido transferidos para outros hospitais.

Em 100 pacientes, 56 foram tratados sem colostomia

Local da lesão	Tratamento	Complicações
Ceco e ascendente	17 Sutura primária	Abscesso parede 12
Transverso	21	Eventração 2
Descendente, sigmóide e reto intraperitoneal	Colectomia dir. 2	Abscesso subfrênico 1
Canal anal e períneo	Esfincterorrafia 2	Hem. digestiva 1
	2	