

## ANOMALIAS ANORRETAIS\*

Claudio de Souza Leite<sup>1</sup>

O assunto que nos compete como conferencista é longo e o tempo de que dispomos permite apenas focar os aspectos mais importantes e principalmente analisar as recentes aquisições no tratamento desta anomalia.

A meta principal de quem corrige uma imperfuração anal é conseguir com que a criança que tenha tido o infortúnio de nascer com esta anomalia, possa a vir evacuar com controle pelo seu novo ânus localizado no períneo, portanto em posição normal. Este resultado nem sempre é obtido totalmente e é importante existir uma conscientização dos pais, e mais tarde da própria criança. Nos casos de anomalias anorretais altas, o trabalho é longo e a família, o paciente e o cirurgião devem estar integrados para gradativamente conseguirem o melhor resultado. O desejo dos pais que têm uma criança mal formada, é que após a correção cirúrgica ela fique inteiramente normal. Cabe a nós médicos, alertar para que nem sempre isto é possível e que em alguns casos, eles terão que conviver com este problema, para sempre.

Devemos lembrar que uma criança com dificuldade do controle da defecação terá que viver em contacto com outras crianças no colégio, com os amigos e participar de programas fora de casa, estando portanto sujeita a críticas principalmente pelos companheiros da mesma idade. É bom lembrar que as crianças não têm cerimônia de ironizar um companheiro que use fralda ou esteja cheirando mal.

Em passado relativamente recente (25 anos) a principal meta era salvar a vida do neonato com

uma imperfuração anal. Todos nós sabemos que esta anomalia muitas vezes, com ou sem fístulas altas, são incompatíveis com a vida. Os cuidados com recém-nascidos operados eram bastante precários e pouco sabíamos das alterações metabólicas pós-cirúrgicas. Hoje em dia, com os conhecimentos atuais, um recém-nato com peso acima de 2 kg e sem outras anomalias associadas, tem praticamente 100% de chance de sobreviver a fase inicial do tratamento e ficará dentro do grupo em que o controle da defecação passa a ser a principal meta.

As anomalias anorretais de acordo com o músculo *pubo retalis* são definidas em altas, intermediárias e baixas. Podemos dizer que devemos este trabalho ao grupo australiano liderado por Stephens que mostrou a importância do músculo *pubo retalis*, não só em relação às variações anatômicas do ânus imperfurado como também a sua participação no controle da defecação.

O diagnóstico de uma imperfuração anal é de princípio simples, basta um bom exame do períneo para verificarmos, mesmo nos casos de ectopia anal, que estamos diante de uma anomalia. No menino, o normal é encontrarmos um orifício na ponta do pênis, a uretra e o orifício anal abaixo da bolsa escrotal e respondendo aos estímulos pela ação do esfíncter externo. Na menina devemos encontrar três orifícios: o de

\* Conferência realizada durante o 34.º Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, Rio de Janeiro, 1984

<sup>1</sup> Cirurgião infantil

uretra dentro da vulva mas fora da vagina e acima da mesma, o orifício da vagina com o hímen e mais abaixo o orifício anal existindo uma ponte de pele considerável entre este orifício e a parte inferior da vulva.

As anomalias anorretais baixas geralmente têm fístulas externas no menino para a rafe da bolsa ou para o períneo, ou na menina para o vestíbulo da vagina dando saída ao mecônio. O exame do períneo em caso de uma anomalia deve ser feito com boa luz, uma lupa e o exame deve ser repetido após algumas horas. Nos casos de anomalias intermediárias ou altas, as fístulas no menino são para o aparelho urinário, uretra posterior ou bexiga e na menina para vagina. Na investigação de qualquer anomalia anorretal devemos incluir uma radiografia simples do abdome de frente e de perfil esquerdo com flexão das coxas em 90° em relação à coluna. (Nesta radiografia podemos analisar a progressão do ar na ampola retal e avaliar a sua posição em relação à linha pubocóccigea, que nos dá uma idéia da posição do reto em relação ao músculo *pubo-retalis*.) Uma boa visualização do sacro é importante pois são freqüentes as anomalias deste osso. Devemos incluir também na investigação diagnóstica, uma pielografia e cistouretrografia miccional para detectar anomalias associadas do aparelho urinário. Isto deve ser feito principalmente em anomalias altas e intermediárias.

Quanto ao tratamento nos casos de anomalias baixas com fístulas externas, os resultados a longo prazo são geralmente ótimos. Controle normal da defecação, mantendo roupa limpa sem problemas. Dependendo da posição da ectopia anal, uma simples operação de *cut-back*, incisão posterior seguida de calibrações sucessivas com vela de Hegar pode resolver a grande maioria dos casos. É evidente que se for realizado um retalho triangular de pele que é jogado para dentro do canal anal em posição posterior (6 horas), quebrando a linha de cicatrização, o resultado será melhor em tempo mais curto.

Nas anomalias altas e intermediárias, julgamos que uma colostomia é a melhor opção para o recém-nascido. É uma cirurgia relativamente simples e que pode ser realizada em qualquer centro. Existem alguns detalhes na realização desta colostomia que é bom lembrar: Fazemos a colostomia em alça e com fixação do cólon ao peritônio em toda volta com pontos de dextran 5.0. Alguns outros pontos devem ser dados também na aponeurose. A possibilidade de evisceração de uma alça delgada é muito grande em crianças e todo cuidado deve ser tomado.

— Como o tempo está terminando, teremos que resumir o que nos resta falar.

Como já dissemos, os trabalhos de Stephens vieram demonstrar claramente a importância do *pubo-retalis*. Em seus trabalhos ele desenvolveu uma técnica de acesso sacroperineal, podendo isolar o músculo *pubo-retalis* sem lesão e em seguida passar a alça abaixada por dentro deste túnel. Os resultados melhoraram bem em relação ao controle da defecação. Nós mesmos tivemos casos que reoperamos por este acesso posterior, colocando o cólon abaixado por dentro do *pubo-retalis* com considerável melhora.

Duas técnicas surgiram mais recentemente: a de Mollard na França e Peña no México. Mollard<sup>1</sup> faz o seu acesso pelo períneo com incisão de meio círculo superior isolando o *pubo-retalis* até atingir a fístula para a uretra ou vagina. A ligadura da fístula se faz por cima, por via abdominal, passando o cólon por dentro do anel muscular que envolvia a fístula da uretra e levando ao períneo por dentro do *pubo-retalis* já isolado anteriormente, por baixo.

A técnica de Alberto Peña está atualmente com grande prestígio, mas ainda com pouco tempo de avaliação, foi descrita em 1982<sup>2</sup>. Ele contraria em parte os conceitos de Stephens pois secciona o músculo *pubo-retalis* e todo o complexo muscular perineal. O acesso para esta técnica é posterior e amplo, sagital posterior. A ligadura da fístula é por dentro do reto que é aberto. Outro ponto importante é o afilamento do reto abaixado e depois a sutura dos músculos sobre este reto.

Um aspecto importante destas duas técnicas é que diminuí em muito a possibilidade de lesão da uretra na ligadura da fístula.

Finalmente, muito progresso foi feito nestes últimos anos no tratamento das anomalias anorretais altas e esperamos que com isto as crianças possam ser beneficiadas com um melhor controle retal e conviver com outras crianças normais sem críticas e observações. Como já dissemos no início desta conferência, o principal crítico do trabalho do cirurgião são as próprias crianças e as outras que convivem com os nossos pacientes.

Obrigado.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MOLLARD P — Journal of Pediatric Surgery. Vol. XIII, Nº 6, p. 499, 1978.
2. PEÑA A — Journal of Pediatric Surgery. 1) Vol. XVII, Nº 5, p. 642, 1982. 2) Vol. XVII, Nº 6, p. 796, 1982.