
TRAUMATISMO DE RETO POR CORPO ESTRANHO: ESTUDO DE 50 CASOS

ELIANE SANDER MANSUR
WILSON LUIZ ABRANTES

MANSUR ES, ABRANTES WL - Traumatismo de reto por corpo estranho: estudo de 50 casos. *Rev bras Colo-Proct*, 1992; 51-55.

RESUMO: Foram estudados retrospectivamente 50 pacientes com lesões de reto causadas por corpo estranho tratados no Hospital João XXIII entre 1981-1990. Houve predominância de lesões no reto extraperitoneal com 33 casos (64%). Antibióticos foram utilizados em todos os casos. As lesões do reto intraperitoneal foram tratadas por sutura da lesão, colostomia e lavagem do coto distal. Nas lesões mistas foram utilizados três tipos de combinações, nas quais figuram sempre a colostomia e a sutura da lesão. Nas lesões do reto extraperitoneal foram empregados nove tipos de combinações. A colostomia foi utilizada em 93,3%, a sutura da lesão em 66,6%, a lavagem do coto distal em 69,6% e a drenagem pré-sacra em 69,6%. A ausência de complicações nos pacientes tratados até 12 horas após o trauma, submetidos ou não à drenagem pré-sacra, sugere que este procedimento seja dispensável nestes casos. Houve dois óbitos (4%).

UNITERMOS: trauma de reto; corpo estranho

Apesar dos avanços médicos, o trauma de reto permanece associado a taxas elevadas de morbidade e mortalidade, principalmente quando associado a lesões de estruturas vizinhas (10, 12). As lesões por corpo estranho ou empalamento, apesar de constituírem a segunda causa de trauma de reto na vida civil (4, 18), têm sido pouco divulgadas na literatura (6, 9, 11, 14-17, 19, 24). A introdução pode ser acidental, voluntária ou forçada. A introdução voluntária com fins eróticos já constitui problema médico-social em função de sua crescente incidência (6, 11, 16, 18, 23, 24). A abordagem destes pacientes é difícil e exige do médico paciência, diálogo, compreensão e astúcia.

A conduta cirúrgica é variável devido às divergências existentes sobre o valor da drenagem pré-sacra, lavagem

do coto distal e da sutura da lesão quando o trauma é do reto extraperitoneal (1, 5, 7-9).

O presente trabalho visa analisar retrospectivamente 50 pacientes vítimas de lesão do reto por corpo estranho tratados no Hospital João XXIII, no período de janeiro de 1981 a dezembro de 1990.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Durante o período de janeiro de 1981 a dezembro de 1990, foram atendidos no Hospital João XXIII, de Belo Horizonte, 124 pacientes com traumatismo de reto, dos quais 50 (40%) foram causados pela introdução de corpo estranho no reto e constitui objeto do presente trabalho. Foram incluídos todos os casos de lesão retal causada por corpo estranho introduzido por vontade própria, acidental e por relação sexual forçada. Foram excluídos os casos com lesão limitada à mucosa. Os objetos responsáveis pelas lesões são variados (Tabela 2). A idade variou de 4 a 60 anos, com mediana de 23 anos e pico de incidência na segunda década, correspondendo a 40% dos pacientes (Tabela 1). Trinta e nove pacientes pertenciam ao sexo masculino e onze ao feminino, numa relação de 4:1. O diagnóstico foi feito pela história clínica, exame físico e toque retal. Nos casos duvidosos realizou-se a retossigmoidoscopia. Os pacientes com indicação para colostomia foram submetidos a laparotomia mediana infra-umbilical para avaliação precisa da cavidade peritoneal. Todas as colostomias foram realizadas pela técnica de maturação precoce, com alça ancorada por suporte. O fechamento foi programado após 2 meses, sendo precedido por estudo radiológico contrastado do segmento distal. Foram usados antibióticos no pré, per e pós-operatórios de todos os pacientes, com cobertura de anaeróbios e Gram-negativos.

RESULTADOS

O tempo médio decorrido entre o traumatismo e a cirurgia foi de 11 horas, sendo que 78% dos pacientes foram tratados nas primeiras 12 horas (Tabela 3).

Trabalho realizado no Hospital João XXIII, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG).

Tabela 1 - Distribuição de pacientes com lesão de reto por faixa etária.

Idade	Nº de pacientes	%
0 - 10	9	18
11 - 20	20	40
21 - 30	7	14
31 - 40	5	10
41 - 50	5	10
51 - 60	4	8

Tabela 2 - Objetos responsáveis pelas lesões.

Objeto	Nº de pacientes
Cabo de vassoura	9
Haste de madeira	10
Haste de ferro	11
Queda sobre enxada	2
Estupro	4
Chifrada de boi	2
Corpo estranho não caracterizado	11
Caneta	1
Total	50

Tabela 3 - Tempo decorrido entre o traumatismo e o tratamento cirúrgico.

Tempo (h)	Nº de pacientes	%
0-6	25	50
7-12	14	28
13-24	6	12
25-48	4	8
>48	1	2

Houve predomínio das lesões no reto extraperitoneal com 33 pacientes (66%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Localização das lesões retais.

Local	Nº de pacientes	%
Intraperitoneal	10	20
Extraperitoneal	33	66
Mista	7	14

Foram encontradas lesões associadas em 22 pacientes (44%). Das 11 mulheres, sete (64%) tinham lesão da vagina; dos 39 homens, 11 (28%) apresentavam lesão associada de bexiga. Um paciente teve lesão de baço e diafragma esquerdo e uma criança teve lesão concomitante do fígado devido a trauma abdominal contuso associado (espancamento) (Tabela 5). Em todos os pacientes com lesão do reto intraperitoneal procedeu-se à sutura da lesão, colostomia proximal e lavagem do segmento distal. Houve uma complicação (abscesso de parede) em uma paciente que apresentava abscesso pélvico à admissão. Nos pacientes com lesões mistas (sete casos) o tratamento foi feito com três tipos de combinações, com um óbito (Tabela 6). No tratamento das lesões de reto extraperitoneal (33 pacientes) utilizaram-se nove tipos de combinações, nas quais a

colostomia aparece em sete (31 pacientes); sutura da lesão em seis (32 pacientes); drenagem pré-sacra em cinco (33 pacientes) e lavagem do coto distal em quatro (23 pacientes) (Tabela 7).

Tabela 5 - Lesões de reto por corpo estranho: lesões associadas.

Local	Nº de pacientes
Vagina isolada	6
Bexiga isolada	10
Bexiga + jejuno + estômago	1
Vagina + bexiga + ovário D	1
Sigmóide	1
Baço e diafragma E	1
Fígado	1
Esfíncter anal	1
Total	22

Tabela 6 - Lesão mista do reto: tipos de tratamento.

Tratamento	Nº de pacientes	Complicações	Óbitos
S + C + D + L	3	1	1
S + C + D	1	0	0
S + C	3	0	0

Tabela 7 - Tratamento da lesão de reto extraperitoneal e complicações.

Tratamento	Nº de pacientes	Complicações	Óbitos
S + C + D + L	10	2	0
C + D + L	8	2	1
S + C	4	0	0
S + C + D	3	1	0
S + C + L	3	0	0
C + L	2	0	0
C + D	1	0	0
S + D	1	1	0
S	1	0	0
Total	33	6	1

S - Sutura da lesão; C - Colostomia; D - Drenagem pré-sacra; L - Lavagem do coto distal da colostomia

Onze pacientes tiveram complicações, das quais sete estão diretamente relacionadas à lesão: fístula retovesical, fístula retovaginal, abscesso perirretal, necrose perineal, abscesso de parede e incontinência anal (Tabela 8).

A Tabela 9 mostra as complicações observadas em seis pacientes com lesão de reto extraperitoneal, relacionando-as aos fatores de risco e tipos de tratamento. Verifica-se a importância do fator tempo, de lesões associadas e choque. A Tabela 10 mostra ausência de complicações nos pacientes operados até 12 horas, submetidos ou não à drenagem pré-sacra, e presença de 80% de complicações nos operados após 12 horas.

A mortalidade global foi de 4,0%. Uma paciente com lesão mista do reto atendida após 24 horas evoluiu com abscesso retroperitoneal e sepse. Outra paciente, 40 anos,

Tabela 8 - Complicações observadas em 50 pacientes com lesão de reto por corpo estranho.

Complicação	Nº de pacientes
Fístula retovesical	2
Fístula retovaginal + abscesso retroperitoneal	1
Infecção urinária	1
Abscesso perirretal	2
Vaginite	1
Necrose perineal (à admissão)	1
Incontinência anal parcial	1
Abscesso pélvico + abscesso de parede	1
Embolia pulmonar	1
Total	11

Tabela 9 - Lesões de reto extraperitoneal: complicações observadas em seis pacientes, fatores de risco e tipos de tratamento

Complicações (h) associadas	Tempo	Lesões	Choque	S	C	D	L
Fístula retovesical	24	+	-	+	+	+	+
Fístula retovesical	3	+	+	+	+	+	-
Abscesso perirretal	48	-	-	+	+	+	+
Abscesso perirretal	99	-	-	-	+	+	+
Necrose perineal	48	+	-	-	+	+	+
Incontinência anal	1	+	-	+	-	-	-

S: Sutura da lesão; C: Colostomia; D: Drenagem pré-sacra;
L: Lavagem do coto distal da colostomia

atendida quatro horas após o trauma, teve embolia pulmonar no 3º dia de pós-operatório.

O tempo médio de hospitalização foi de 12 dias, excluindo o fechamento da colostomia.

DISCUSSÃO

Corpos estranhos introduzidos no reto podem provocar lesões que variam desde efrações e hematomas na mucosa até perfurações do órgão e estruturas vizinhas, como vagina e bexiga.

A introdução pode ser acidental como nas quedas a cavaleiro, por vontade própria (nos atos masturbatórios) e por vontade de terceiros, como nos métodos de tortura ou em relações sádicas (4-6, 9, 15-17, 19). O aumento de incidência verificado nos últimos anos de lesões por corpo estranho para estimulação sexual pode ser atribuído à liberação sexual, à divulgação de objetos eróticos e ao uso de drogas (5, 6, 9, 11, 16, 26).

A abordagem destes pacientes é sempre difícil, em face do constrangimento que o fato acarreta. Como regra, não confirmam a história da introdução, a não ser quando o corpo estranho fica retido, como ocorreu em caso da série. Quando admitem o fato, negam que a introdução tenha sido voluntária. Em lugar desta, narram, sem constrangimento, acidentes fantásticos e excessivamente caprichosos como a queda sobre objetos frágeis (p. ex., gargalo de garrafa). Conscientes da gravidade das lesões, caso hou-

vesse fragmentação do corpo estranho, invocam sempre a proteção divina pela não ocorrência do fato.

O diagnóstico é feito pela história clínica (perda de sangue pelo reto), exame físico e toque retal. O exame ginecológico e do trato urinário é compulsório (10, 15). Na série houve lesão vaginal em 64% das mulheres e lesão da bexiga em 28% dos homens.

Não existe uma conduta uniforme para o tratamento das lesões de reto. Basicamente, além de antibióticos, são utilizadas: colostomia, sutura da lesão, lavagem do coto distal e drenagem pré-sacra. Há divergências quanto à necessidade do emprego de todos estes procedimentos. A tendência é excluir um ou outro procedimento que constitua vários tipos de combinações ou condutas nas quais figura sempre a colostomia. A diferença de gravidade entre feridos de guerra e de vida civil tem contribuído para manter as divergências de conduta. Naturalmente, surge resistência em aplicar, na prática civil, procedimentos agressivos utilizados em feridos de guerra. A drenagem pré-sacra é exemplo típico. O principal argumento para seu uso de rotina na prática civil é a redução de 50% das infecções pélvicas relatada por Armstrong e cols. (3). Contudo, o referido trabalho foi feito em feridos de guerra atendidos em média 5,5 dias após o trauma, situação raramente encontrada na vida civil.

As lesões por corpo estranho têm potencial de menor gravidade do que lesões provocadas por arma de fogo e trauma contuso. Contudo, a relação tempo-acidente e lesões associadas são fatores importantes na gênese das complicações e devem ser considerados na escolha do procedimento cirúrgico.

Na série, as lesões do reto intraperitoneal foram tratadas pela conduta clássica (sutura da lesão e colostomia de proteção), acrescidas de lavagem do coto distal. Nas lesões mistas ou combinadas foram empregados três tipos de combinações, nas quais apresentam-se a sutura e colostomia em todos os casos. A única complicação (abscesso retroperitoneal) e óbito ocorreram em paciente operada 24 horas após acidente (Tabela 6). As maiores divergências de conduta são no reto extraperitoneal. Burch, Feliciano e Mattox (8), em 101 pacientes, empregaram 23 tipos de combinações. As divergências são quanto ao tipo de colostomia que promova a exclusão completa do segmento distal, da necessidade ou não da lavagem do coto distal, drenagem pré-sacra e sutura das lesões (1, 5, 7-9). Na série de 33 casos foram utilizados nove tipos de combinações, figurando a colostomia em sete, ou seja, 31 pacientes (Tabela 7). A colostomia utilizada, além de garantir a exclusão do segmento distal (20), tem a seu favor a facilidade de execução e simplicidade de fechamento. O reparo da lesão retal, recomendado com entusiasmo após a guerra do Vietnã, é questionável nas feridas da vida civil (1, 8, 15). Na série, observou-se a mesma incidência de complicações (18%) no grupo submetido (23/33) ou não (11/33) à sutura da lesão. Contudo, nesta e em outras séries é difícil responsabilizar as complicações observadas somente à realização ou não da sutura. A tendência geral e

a nossa são pela sutura, desde que as condições sejam favoráveis.

Lavenson e Cohen (13) introduziram, quando do tratamento do trauma retal, a lavagem ou irrigação do segmento distal da colostomia, relatando reduções de complicações sépticas de 72% para 10%. Embora questionada em termos de resultados tão expressivos, o procedimento goza da simpatia dos cirurgiões, provavelmente por causa do seu princípio atraente (redução da população bacteriana) e de sua simplicidade (9, 18). A drenagem pré-sacra foi instituída na 2ª Guerra Mundial e amplamente empregada na guerra do Vietnã, onde contribuiu para reduzir em 50% as infecções pélvicas (3). Atualmente é parte integrante no esquema de tratamento do trauma retal da vida civil (8, 22). Na série, é impossível tirar conclusões sobre o seu valor, principalmente nos pacientes tratados nas primeiras 12 horas. A presença de 21,7% de complicações no grupo drenado (23 casos) e ausência no grupo não drenado (10 casos) levou ao estudo de outras variáveis, ficando evidente a importância do fator tempo acidente/cirurgia na gênese das complicações (Tabela 10). De fato, nos pacientes operados até 12 horas, drenados ou não, houve apenas uma complicação (fístula retovesical) em paciente do grupo drenado portador de lesão associada de bexiga, discrasia sangüínea e choque prolongado no per-operatório. À exceção deste, a ausência de complicações em ambos os grupos, a despeito da presença de 70% de lesões associadas no grupo não-drenado e de 38,8% no grupo drenado, põe em dúvida a necessidade da drenagem pré-sacra. Por outro lado, nos pacientes operados após 12 horas de acidente (24, 48, 99, 48 h), verificaram-se 80% de complicações, apesar de ter sido empregada a drenagem e todos os demais procedimentos, ou seja, colostomia, sutura e lavagem do coto distal (Tabela 9). Este achado sugere provavelmente a necessidade da drenagem pré-sacra até como procedimento terapêutico de uma complicação já presente na admissão. É impossível tirar conclusões definitivas em relação a esta hipótese, devido: 1 - ausência de pacientes com mais de 12 horas de trauma sem drenagem pré-sacra; 2 - multiplicidade de variáveis envolvidas; 3 - caráter retrospectivo do estudo. Contudo, o tema sugere, claramente, estudo prospectivo randomizado.

A mortalidade de 4% está de acordo com a literatura, que varia de 0% a 9% (2, 6, 14, 21, 25).

CONCLUSÕES

As lesões de reto causadas por corpo estranho têm menor potencial de gravidade em comparação com outros tipos como arma de fogo e trauma contuso. O tratamento depende do local da lesão, tempo de evolução e lesões associadas, e envolve vários procedimentos: colostomia, sutura da lesão, lavagem do coto distal à colostomia e drenagem pré-sacra. A exclusão de um ou outro procedimento leva a vários tipos de combinações. Antibiótico para Gram-negativos e anaeróbios é fundamental em qualquer tipo de combinação. O tratamento da lesão de

Tabela 10 - Reto extraperitoneal: complicações em pacientes drenados e não-drenados. Correlação com tempo entre acidente/cirurgia e lesões associadas.

Tempo (h)	Nº de pacientes	LA	Complicações
Não-drenados (n = 10)			
0 - 65	3	0	
6 - 12	5	4	0
> 12	0	0	0
Drenados (n = 23)			
0 - 613	5	1*	
6 - 12	5	2	0
> 12	5	2	4

LA - Lesões associadas de outros órgãos

*Paciente com discrasia sangüínea

reto intraperitoneal consiste na sutura da lesão, na colostomia e na lavagem do segmento distal. No reto extraperitoneal a sutura da lesão deve ser feita quando possível e a drenagem pré-sacra seria dispensável nos pacientes tratados nas primeiras 12 horas após o trauma.

MANSUR ES, ABRANTES WL - Rectal trauma for foreign body: study of 50 cases.

SUMMARY: It was studied, retrospectively, 50 patients with rectal injuries caused by foreign body, treated from 1981 to 1990 in João XXIII Hospital. The lesions were in extraperitoneal rectum in 64% of the patients. Antibiotics were used in all cases. The injuries of the intraperitoneal rectum were treated with colostomy, lesion suture and distal washout. The cases of mixed lesions were treated with three different combinations being lesion suture and colostomy present in all of them. The rectal extraperitoneal lesions were treated with nine different combinations. Colostomy was used in 93.3%, lesion suture in 66.6%, distal washout in 69.6% and pre-sacral drainage in 69.6% of the patients. The absence of complications in patients treated until 12 hours after trauma, submitted or not to pre-sacral drainage, suggests that we can dispense this procedure in those cases. There was two deaths (4%).

KEY WORDS: rectal trauma; foreign body

REFERÊNCIAS

1. Abcarian H. Rectal trauma. *Gastroenterol* 1987; 16: 115-23.
2. Acceta I, Acceta P, Queiróz FC, Silva HF, Oliveira MA. Feridas do reto: revisão de 40 casos. *Rev bras Cir* 1987; 77: 301-5.
3. Armstrong RG, Schmitt HJ, Patterson LT. Combat wounds of the extraperitoneal rectum. *Surg* 1973; 74: 570-83.
4. Azolas SC, Contador BJ, Perez G, Garrido CR. Traumatismos anorrectoperineales. *Rev Argent Coloproctologiac* 1990; 2: 112-22.

5. Bakonyi AN, Calache JEN. Lesões traumáticas de intestino delgado, cólon e reto. *J Bras Med* 1985; 49: 119-24.
6. Barone JE, Sohn N, Nealon TF. Perforations and foreign bodies of the rectum: report of 28 cases. *Ann Surg* 1976; 184: 601-4.
7. Barredo C. Traumatismos anorectoperineates. *Prens Med Arg* 1983; 70: 893-5.
8. Burch JM, Feliciano DV, Mattox KL. Colostomy and drainage for civilian rectal injuries: Is that all? *Ann Surg* 1989; 209: 600-11.
9. Crass RA, Tranbaugh RF, Kudsk KA, Trunkey DD. Colorectal foreign bodies and perforation. *Am J Surg* 1981; 142: 85-88.
10. Goligher JC. *Surgery of the Anus, Rectum and Colon*. 5ª ed., London: Baillière Tindall 1984: 1119-35.
11. Haddad J. Contribuição para o tratamento cirúrgico dos ferimentos do cólon, reto e canal anal. São Paulo 1972 (Tese de Livre Docência - Faculdade de São Paulo).
12. Klug WA. Traumatismos do cólon e do reto. *Ciências Médicas* 1974; 7: 84-90.
13. Lavenson GS, Cohen A. Management of rectal injuries. *Am J Surg* 1971; 122: 226-30.
14. Mielli CA, Pantosa RSA, Souza JAC. Traumatismo ano-retos cólico. Considerações em torno de 10 casos. *Rev Ass Med* 1984; 33: 131-34.
15. Nevin N, Schiek IE, Johnson AG. Foreign bodies penetration of the rectum. *N Engl J Med* 1961; 264: 1127-30.
16. Paris A, Sardñas C, Wright H, Munõz J, Silva LT. El problema del cuerpo extraño en colon y recto. *Rev Venez Cir* 1986; 39: 1-3.
17. Rebell FG. The problem of foreign bodies in the colon and rectum. *Am J Surg* 1948; 678-85.
18. Robertson HD, Ferrari BT, Gatheight JB. Management of rectal trauma. *Gynecol Obstet Surg* 1982; 154: 161-4.
19. Rojas AH. Cuerpos extraños en recto por autoerotismo. Informe de 10 casos. *Rev Med IMSS Mex* 1984; 22: 176-79.
20. Rombeau JL, Wilk PJ, Turnbull RB, Fazio VW. Total fecal diversion by the temporary skin-level loop transverse colostomy. *Dis Colon Rectum* 1978; 21: 223-26.
21. Sohn N, Weinstein MA, Gonchar J. Social injuries of the rectum. *Am J Surg* 1977; 134: 611-12.
22. Trunkey D, Hays RJ, Shires GT. Management of rectal trauma. *J Trauma* 1973; 13: 411-15.
23. Tuggle D, Huber PJ. Management of rectal trauma. *Am J Surg* 1984; 148: 806-808.
24. Wagner J. Foreign bodies in rectum. *Am J Surg* 1937; 36: 266-69.
25. Witz M, Shpitz B, Zager M, Eliashiv A, Dinbar A. Anal erotic instrumentation: a surgical problem. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 331-32.

Endereço para correspondência:

Eliane Sander Mansur
Rua Fernandes Tourinho, 900, ap. 302 - B. Lourdes
30112-000 - Belo Horizonte - MG