

EXAME PROCTOLÓGICO NA CRIANÇA*

RAUL RIBEIRO DA SILVA

Raul Ribeiro da Silva foi membro emérito da Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia, tendo exercido sua longa carreira em São Paulo, onde trabalhou no Serviço de Gastroenterologia do H. C. Um dos pioneiros da especialidade, deixou inúmeros trabalhos, tendo falecido aos 91 anos de idade, em 1989.

Joaquim José Ferreira, TSBCP

SILVA RR - Exame proctológico na criança. *Rev bras Colo-Proct*, 1996;16(2):77-81

O exame proctológico na criança requer processos e cuidados especiais, como condição para ser realizado a contento. Apenas nos pequenos excepcionalmente dóceis, e mediante hábil persuasão, pode ser tentada a mesma técnica que no adulto. Mas êstes casos são escassa minoria.

Se aqui a proctoscopia é naturalmente delicada, exigindo dobrada segurança, por outro lado certas disposições da anatomia infantil compensam em parte as dificuldades, a coluna sacro-coccígia é mais reta, menor a curvatura sacra, menos saliente o promontório. Isto representa risco e mais desembaraço no deslizamento do retossigmoidoscópio. Também se observa melhor elasticidade dos tecidos, a qual pode admitir até o emprêgo do mesmo instrumental que para os adultos. Anuscópios e tubos de menor calibre são mais cômodos, porém o seu uso se justifica antes na presença de estenoses.

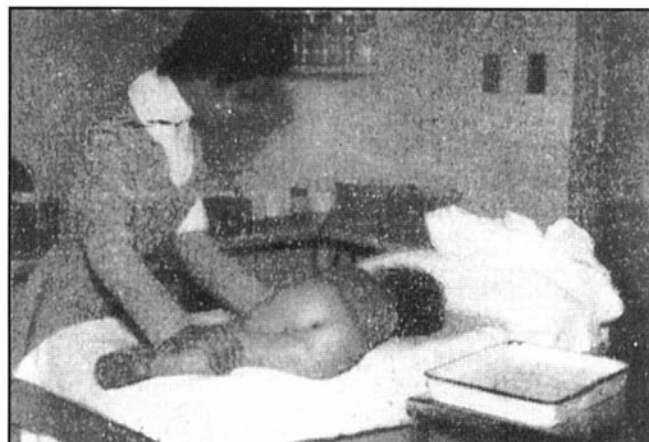
Dispensamo-nos de detalhes técnicos do exame proctológico, que aqui não cabem. Expomos também particularidades que êsse exame comporta na criança. Também fogem ao nosso assunto referências gerais à patologia proctológica infantil e questões de tratamento.

A inspeção anal e o toque ano-retal serão feitos com o paciente posto de preferência na posição de Marion Sims modificada (Fig. 1), isto, é decúbito direito, no rebordo da mesa, coxas fletidas, tronco em extensão e meio debruçado sôbre a mesa ("right lateral semiprone position", de Hayden), mantendo-se o médico sentado em banco rotativo, com as mãos e os olhos em altura conveniente. Material de exame à direita. Em certos casos, quando se buscam pequenos detalhes, v.g., pesquisa de orifícios fistulares, malformações,

feridas traumáticas, melhor mostra da região se tem na posição dorso-sacral forçada (Fig. 2) a que Cassio Muñoz prefere chamar de "posição proctológica", - estando o médico igual e comodamente sentado. Numa ou noutra disposição, o pequeno paciente será firmemente contido por um ou dois auxiliares habituados com êsse trabalho. Manobras lentas e precisas de parte do especialista tornam, esta primeira parte do exame perfeitamente exequível, sem anestesia.

A retoscopia pediátrica, esta sim, exige artifícios próprios, especialmente no que concerne à posição e contensão da criança. Variam com as idades dos pequenos pacientes; também com os auxiliares disponíveis, porque, neste sentido, diferentes são os recursos de um simples consultório e os de um ambulatório hospitalar, onde se trabalha com a ajuda de equipe treinada. Alguns dêstes artifícios foram mesmo improvisados eventualmente na prática rotineira, seja na clínica privada, seja em nosso serviço de Proctologia no Hospital das Clínicas.

Fig. 1 -



Em princípio, jamais se tentará uma proctoscopia senão assegurada a boa imobilização da criança. Salvo naqueles raros casos de pequenos inteiramente submissos, é exame que só se fará no hospital.

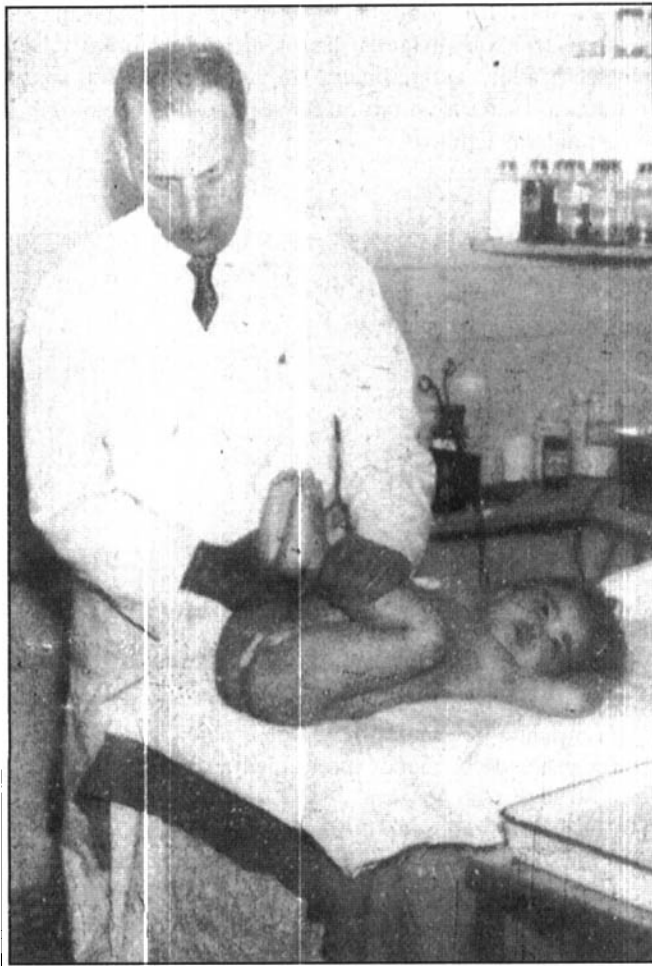
O exame endoscópico deve ser precedido de natural limpeza do intestino distal, mediante aplicação de um enema de 200-300 cc. de água morna, isotonicada com cloreto de sódio. Êsse esvaziamento também pode ser tentado com a aplicação de supositório de glicerina. É recurso útil nos ambulatórios movimentados, afim de não ser transferido o exame para outro dia.

A sala obscurecida é de vantagem. Assim não sendo, o médico examinador deve dar as costas para o lado da luz.

* Publicado na Revista Brasileira de Gastroenterologia, 1958; 10(6): 275-282. Trabalho apresentado ao VII Congresso Brasileiro de Proctologia, realizado em São Paulo, em novembro de 1957.

Nos doentinhos até um ano de idade, mais ou menos, com reações físicas ainda domináveis, a experiência nos ensinou um recurso de contensão inteiramente eficaz. Nos serviços movimentados é insubstituível, pela facilidade e rapidez do exame. Trata-se da “posição invertida ativa” (Fig. 3), como a chamamos, obtida com a ajuda de um auxiliar que, de pé, apoiado no ângulo distal esquerdo da mesa, de frente para o especialista, faz a criança deitar-se sobre o seu braço esquerdo, cingindo-a firmemente pela cintura, nádegas para adiante, enquanto que, com a mão direita, mantém as pernas em extensão forçada. Outro auxiliar segura os bracinhos e mantém abaixada a cabeça da criança. São manobras simples, feitas num instante com a gente habituada nisso. Desta maneira, o especialista, de pé, procede ao seu exame, tendo à direita o instrumental necessário. O toque digital prévio não deve ser esquecido. Os movimentos do reto provocados pelo choro natural da criança, obstando a visão endoscópica, são anulados pela insuflação, que vai sendo feita já na anuscopia e na proctoscopia baixa, para tanto disposto de início o instrumental próprio.

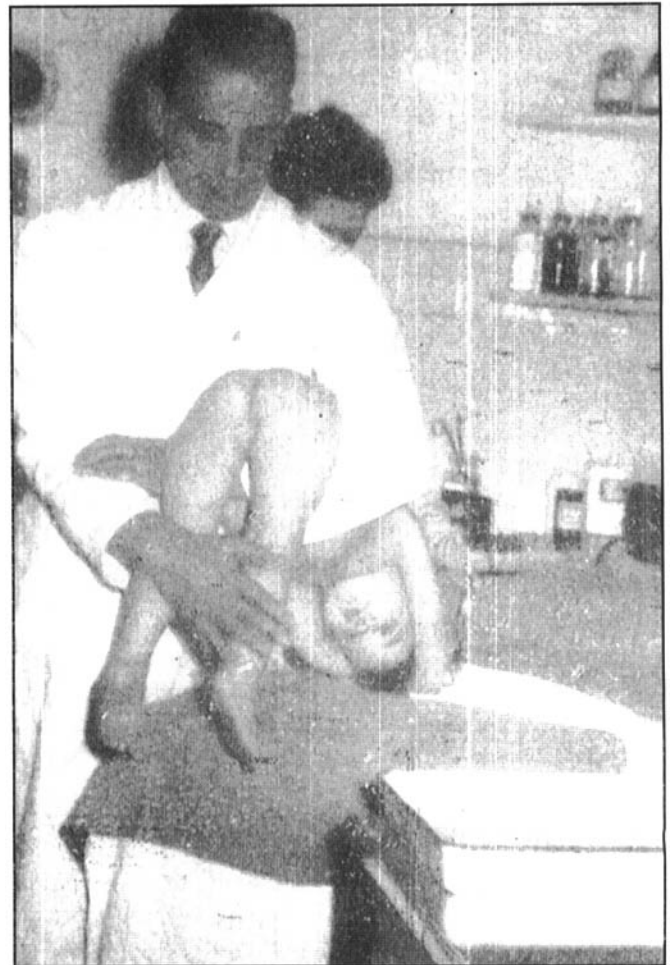
Fig. 2 -



Nas crianças maiores não serve essa posição invertida ativa. É impressionante a resistência que opõem a processos de força para contê-las, e onde insistir-se é contraproducente e perigoso. Então, como dissemos, o exame tem de ser feito sob anestesia.

A posição será a invertida clássica ou a geno-peitoral. Deitado normalmente na mesa, o pequeno é anestesiado e em seguida conduzido à posição indicada. O ideal seria fazê-lo na mesa de Buie, provida que é de joelheira movediça, mas é mesa nem sempre disponível pelo seu alto custo. Aqui lançamos mão de outro recurso improvisado, que substitui plenamente o móvel de Buie; concebemos um simples degrau feito de madeira, com um ramo maior para ser fixado a qualquer mesa cirúrgica, e no qual dispomos ajoelhada a criança (Figs. 4A, B e C). Um auxiliar lhe dará apoio para evitar movimentos laterais; amarras normais manterão suas coxas bem coladas à face do degrau. Uma inclinação a Trendelenburg, maior ou menor, dará altura e posição convenientes tão boas quanto às da melhor mesa proctológica. Assim disposta a criança, tranquilizada pela anestesia, o especialista levará a cabo o seu exame com segurança.

Fig. 3 -

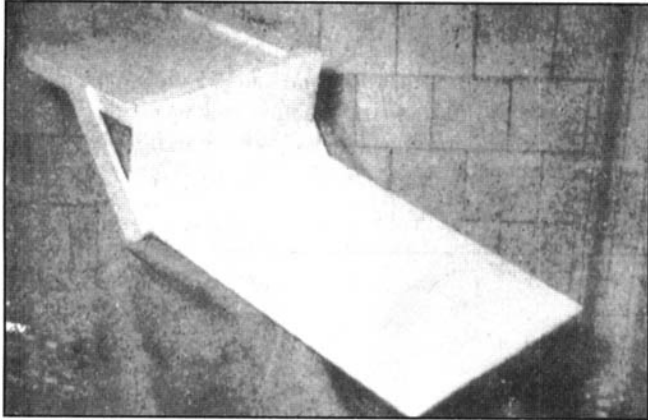


Essa postura geno-peitoral constitui a “posição proctológica” ideal, e assim deveria ser chamada pelo especialista porque permite, melhor que qualquer outra, toda espécie de exame proctológico.

Técnicas e medidas especiais têm lugar em certos casos.

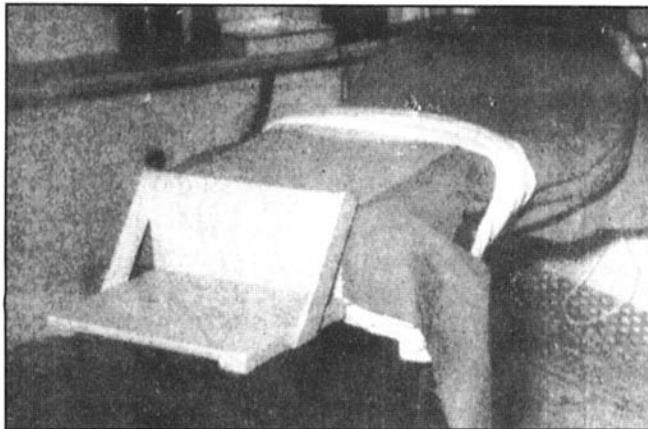
Nas imperfurações, o problema é determinar-se a altura do *descensus* retal. Por vezes este se avizinha da membrana cloacal, onde a inspeção e o toque observam espécie de bolsa flutuante,

Fig. 4A -



para a qual converge o fino pregueamento marginal (Fig. 5). O conteúdo retal líquido não deixa dúvida; se se quiser, cuidadosa punção com aspiração confirma sua presença. Fora de tais casos assim favoráveis à reconstituição anal, a incerteza é completa quanto à situação do reto em relação ao anus (Fig. 6A e B). Exame logo indicado é o da radiografia simples da pelve, tirada de frente e perfil, segundo a prática sugerida por Wangersteen e Rice, isto é, com o pequeno paciente em posição invertida: os gases se sobrepõem aos líquidos intestinais e formam uma bolsa de ar que denuncia a altura do reto (Fig. 7). Nuns casos a imagem é típica, concludente e indica a tática cirúrgica aconselhável, se perineal ou abdominal. Em outros, é falha ou duvidosa. Aqui o recurso único é o da laparotomia. Radiografias ou intervenção têm de ser feitas dentro das primeiras 48 horas de vida, antes que o prognóstico se agrave. Observe-se que a anomalia será fatal apenas porque descoberta tardiamente. Se não houve fenômenos de oclusão, cujo primeiro sinal é o chôro espasmódico da criança ("straining crying"), convém que a intervenção não seja muito precipitada porque, com o passar das horas, a bolsa retal mais se aproxima do anus.

Fig. 4B -



Outras malformações anais se mostram à simples inspeção e ao toque, v.g. brida cutânea congênita, transversal ou longitudinal (Fig. 8); fístulas, estenose do anus, desvio orificial, infundíbulo anal fechado (Fig. 6). Fístulas reto-vesical e reto-uretral denunciam-se pela presença do mecônio na urina.

É dever elementar de todo obstetra examinar o anus do

Fig. 4C -



recém-nascido isto mediante toque com o dedo mínimo, ou melhor, passando uma sonda no reto. Enquanto o mecônio não é expulso, seja espontaneamente ou ao toque, persiste o receio de uma anormalidade ano-retal.

Fig. 5 -

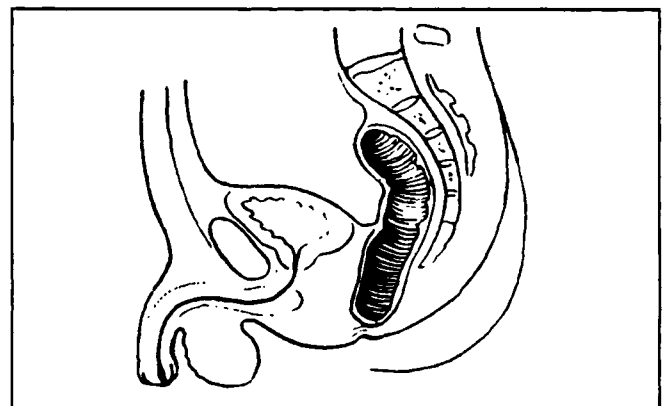
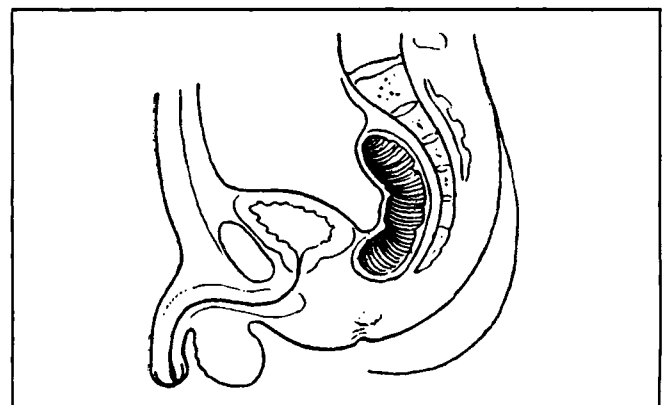


Fig. 6A -



No prolapso mucoso, desde que não surpreendido pelo médico, conquanto instrutiva uma boa informação, esta não basta ao diagnóstico. Pode haver natural confusão com o polipo solitário que, quando baixo, também prolaba, e ambos sangram a seu modo e exigem redução após dejeções. A prova do esforço voluntário, valiosa no adulto, é inoperante na criança. Em seu lugar pratica-se a "exteriorização passiva" da mucosa prolabante: através do anuscópio metido no reto

Fig 6B -

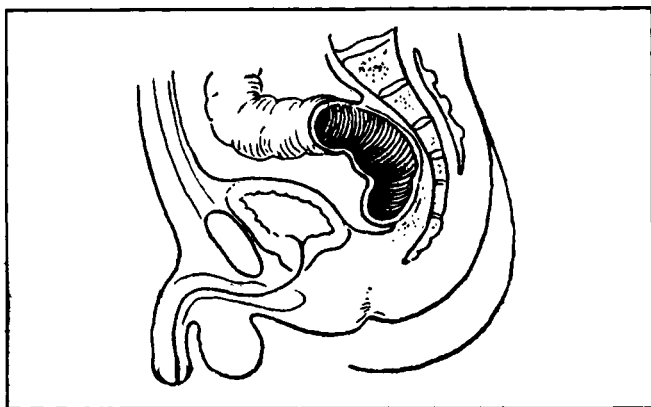
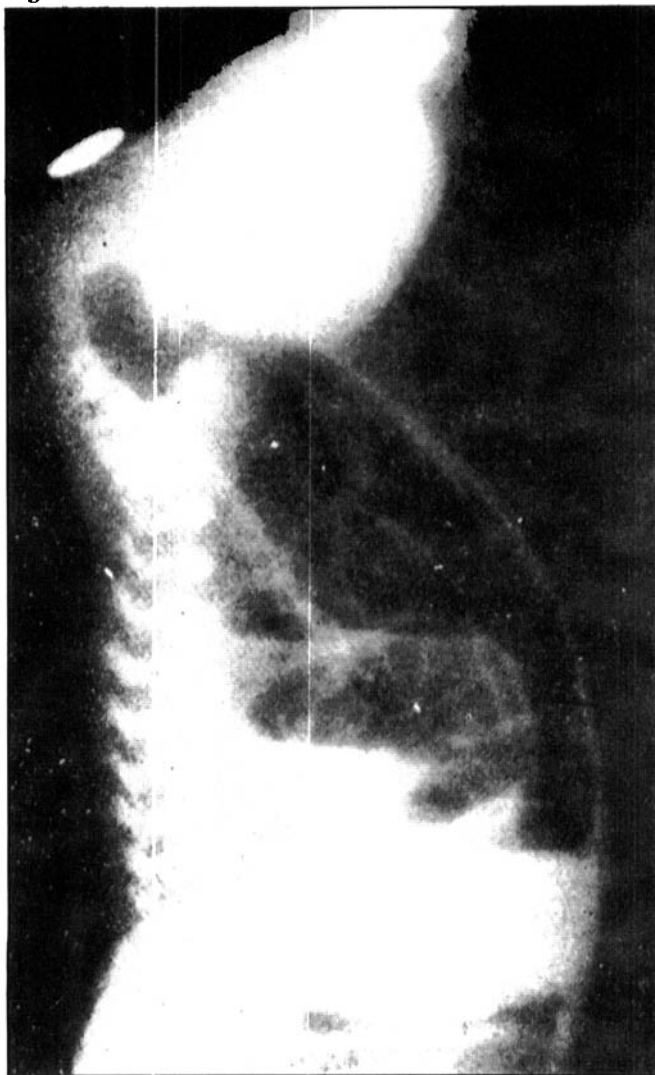


Fig. 7 -

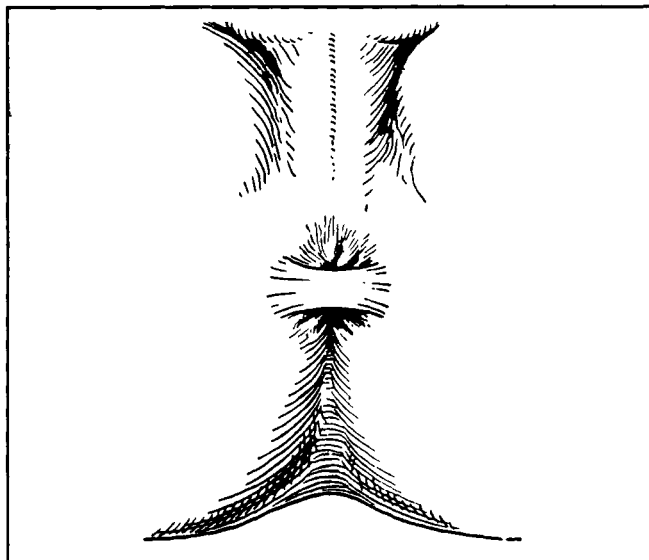


passa-se uma tira de gaze provida de forte nó na ponta interna: retira-se o anuscópio e faz-se tração na gaze, que arrasta para fora a mucosa frouxa, redundante. É exame para ser feito em posição lateral, pois, na geno-peitoral ou na invertida, a caída do reto no abdome distende a mucosa e impede essa exteriorização. O prolapso é quase sempre mucoso. Em

crianças desnutridas pode ocorrer a procedência de tôdas as tûnicas do reto.

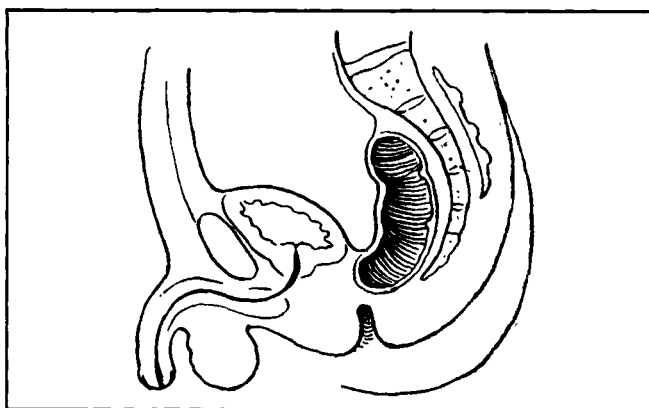
A intussusceção distal é raríssima. Quando ocorre, a porção invaginante pode aflorar no anus ou mesmo transpô-lo, confundindo-se com o prolapso. O toque mostra a diferença: no prolapso não há no contôrno anal espaço livre para a introdução do dedo, ao contrário da intussusceção.

Fig. 8 -



O polipo solitário é a afecção que mais vêzes leva a criança ao proctologista. Quando surge à consulta uma criança af pelos 3 a 10 anos, em geral bem disposta, vamos logo perguntando ao acompanhante desde quando perde sangue. Uma surpresa ante a pergunta já indica o acêrto da suspeita. A confirmação depende da endoscopia, que será realizada dentro daquelas normas citadas.

Fig. 9 -



Achamos de boa norma, e assim sempre procedemos, preparar todo o material de ressecção endoscópica de polipo, quando examinamos uma criança na expectativa dessa afecção. Presente o polipo, ou mais de um, excisamo-los no alto, sem recorrer à nova anestesia e com outras vantagens óbvias. O caso se resolve numa única sessão.

O prurido anal na criança, em ausência de lesão local, é forçosamente devido ao oxiuros. A confirmação se faz pela pesquisa de ovos do parasito em material anal, mediante o artifício conhecido da fibra adesiva transparente, melhor do que o exame coprológico.

REFERÊNCIAS

1. **Bacon, Harry E.:** Anus, rectum, sigmoid colon. J. B. Lippincolt Company. Philadelphia, London, Montreal, 3ª edição.

2. **Casco Muñoz, Enrique D.:** Manual de Proctologia. Ed. Aniceto Lopez, Buenos Aires, 1941.
3. **Cantor, Alfred J.:** Ambulatory Proctology. Paul B. Hoeber, Inc. New York and London, 1946.
4. **Hurell, Robert:** Treatment in proctology. The Willians f Wilkins Company, Baltimore, 1949.

Endereço para correspondência:

Raul Ribeiro da Silva
Praça da República, 80
São Paulo - SP