

Trabalho apresentado no 44º Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, sob a forma de Tema Livre.

PRÊMIO PITANGA SANTOS

ESTENOSE DE RETO APÓS TRAUMA DE PELVE. RELATO DE UM CASO

A. ZANELLATO
A. HABR-GAMA, TSBCP
A.C. TROTTA
C.D.C. ZANELLATO
N.G. CZECZKO
M. ZANELLATO
S. BRENNER, TSBCP

ZANELLATO A, HABR-GAMA A, TROTTA AC, ZANELLATO CDC, CZECZKO NG, ZANELLATO M & BRENNER S. Rev bras Colo-Proct, 1996; 16(4): 244-245

RESUMO: Os autores apresentam um relato de caso de estenose tardia de reto, conseqüente a trauma de bacia. A paciente H.F.S., 52 anos, foi atendida no pronto-socorro, após acidente de trânsito, colisão entre veículos. Apresentava disjunção sacro-ílica esquerda, fratura bilateral de fêmur e perna esquerda, TCE leve, contusões e escoriações generalizadas. O tratamento imediato foi tração de membros inferiores e com fixador externo na perna. Ficou internada por 65 dias, recebendo alta hospitalar com consolidação óssea quase completa das fraturas. Durante o internamento teve um quadro de diarreia e obstipação. Após sete dias da alta evoluiu com quadro de suboclusão intestinal, tratada clinicamente, apresentando diarreia e constipação. A história pregressa ao trauma revelava um hábito intestinal normal. Foi encaminhada ao serviço de cirurgia apresentando distensão abdominal, dor pélvica, ao toque evidenciava uma estenose de 90% da luz retal a 6 cm da linha anorretal. A retoscopia demonstrou sinais de retite, hiperemia de mucosa e microulcerações ao nível da estenose. A biópsia diagnosticou proctite crônica inespecífica. Foram descartadas patologias como proctite estenosante por clamídia e sífilis. A T.A.C. foi normal e o enema opaco demonstrou estenose circular curta no reto. O diagnóstico final foi de estenose de reto causada por trauma de bacia e disjunção sacro-ílica. O tratamento inicial foi de dilatação por retossigmoidoscópio e digital, o qual não foi satisfatório. O tratamento definitivo foi a retossigmoidectomia com anastomose colorretal com grameador intraluminal. A paciente evoluiu satisfatoriamente estando atualmente normal. Concluímos que o trauma pélvico de modo em geral pode levar a lesão do reto por este ser fixo a estruturas vizinhas e a evolução para estenose se não tratada precocemente. O tratamento por dilatação digital é um modo alternativo porém não eficaz e o tratamento definitivo é a retossigmoidectomia.

UNITERMOS: estenose; reto; pélvis; trauma

A estenose de reto é uma patologia cirúrgica, cujas causas mais freqüentes são: congênita, neoplásica, inflamatória e traumáticas. Os processos inflamatórios (retites) são gerados por: radioterapia, clamídia, sífilis e doença de Crohn. Como causas traumáticas podem ser citados exemplos de: empalamento, violência sexual, trauma pélvico, pós-enemas.

Relato de caso

Paciente branca, 52 anos, feminino, natural de Goioere - PR, residente em Curitiba - PR, do lar, foi encaminhada do serviço de ortopedia para o serviço de cirurgia geral, grupo de colo-proctologia por distúrbios da evacuação.

Há dois meses sofreu acidente automobilístico (colisão auto), deu entrada no P.S. do H.E.C. com fratura de fêmur bilateral, fratura de tíbia e calcâneo à esquerda e disjunção de articulação sacro-ílica esquerda. Permaneceu imobilizada com tração por 65 dias. Durante este período relata obstipação, com eliminação de cãlculos de modo doloroso e com sangramento em alguns episódios, porém após um período de 15 dias de obstipação evoluiu com diarreia de cor amarelada em moderada quantidade com sangue vivo (observado na época pelo residente da ortopedia). Teve alta com diarreia, que foi diminuindo gradativamente até o 7º dia, quando parou de eliminar gases e fezes, queixando-se de dor abdominal, por um período de três dias. Foi ao médico do posto de saúde que lhe receitou analgésico e antiespasmódico. Evoluiu em 24 horas com evacuação volumosa e súbita, com alívio imediato e completo da dor. Depois disto apresentou alternância de constipação e diarreia.

De história pregressa relata que sempre apresentou hábito intestinal regular, com evacuações uma a duas vezes ao dia de consistência pastosa.

Ao toque retal havia estenose de reto subtotal, sem possibilidade de penetrar no orifício da estenose com o dedo, sem presença de massa.

Na incidência radiológica ântero-posterior de bacia foi encontrada disjunção de articulação sacro-ílica esquerda. Verificou-se na retoscopia: estenose subtotal de reto de 90%

da circunferência a 6 cm da margem anal, com sinais compatíveis a retite. A biópsia revelou proctite crônica inespecífica. A sorologia para lues e clamídia e pesquisa de clamídia no muco retal foram negativas. O enema opaco demonstrou estenose de reto tipo anular. Permanecendo a hipótese diagnóstica de processo expansivo em reto foi solicitado tomografia computadorizada com contraste no reto. O laudo desta foi: estenose retal a 6,5 cm da marca metálica posicionada no ânus, ausência de processo expansivo, disjunção sacro-ilíaca esquerda.

O tratamento inicial foi: dilatação com retossigmoidoscópio, seguida de dilatações digitais diárias por uma semana, e de 3 em 3 dias após a alta, totalizando um mês de tratamento. Em vista da não resposta, optou-se por tratamento cirúrgico, sendo então a paciente submetida a retossigmoidectomia com anastomose colorretal baixa com grampeador intraluminal (stapler circular nº 29).

Evoluiu no 4º pós-operatório com eliminação de gazes e fezes sem dificuldades, tendo alta no 10º dia de pós-operatório sem complicações. Acompanhamento de 10 semanas sem alterações.

DISCUSSÃO

A semiologia na sala de politraumatizado deve conter exame físico voltado às lesões que acarretam risco de vida ao paciente, devendo incluir o toque retal.

No trauma as lacerações podem ser múltiplas, dependendo de variáveis como: direção, força e superfície do impacto. O trauma de pelve com fratura de bacia é frequentemente associado a lesões de vísceras intrapélvicas. As lesões anteriores, tipo fraturas de pubis ou ramos íleo ou isquiopúbicos, podem provocar lacerações de bexiga e/ou uretra. As disjunções da articulação sacro-ilíaca podem estar associadas a contusões ou perfurações de reto, cujas complicações são abscessos e fístulas, ou ainda a lesões de vasos calibrosos, cujas complicações são hematomas retroperineais e pélvicos, que levam a choque hipovolêmico severo. A necessidade de detecção de lesões de reto são enfatizadas por diversos autores^(5, 8, 10, 12, 13).

O trauma pélvico pode vir associado a: lesões de bexiga (8% dos casos), lesões de reto (6% dos casos), lesões de uretra (4% dos casos) e lesões de vasos pélvicos e lombares (2% dos casos)⁽¹⁾. A observação da urina orienta na suspeita de lesões de bexiga e uretra, quando há hematúria. Já as lesões de reto podem ser descobertas precocemente no toque retal, ou após o aparecimento de abscessos ou fleimões peri-retais.

A lesão da mucosa do reto após cicatrizar pode evoluir para estenose em 11,29% segundo Debeugny⁽²⁾.

O fato desta paciente não evoluir com abscessos ou fístulas indica que houve possivelmente uma lesão de mucosa, a qual evoluiu para cicatrização, gerando tardiamente

a estenose. Quando não se encontra lesões no exame físico, há necessidade de investigação específica, como citado por alguns autores a retografia ou TAC, sobretudo se há alteração do hábito intestinal⁽⁴⁾. A tomografia encontra seu espaço nas lacerações grandes mostrando ar fora do reto. A retografia por introdução de contraste pode transformar uma lesão incompleta em completa, o que a torna questionável, no caso desta paciente, isto seria uma possibilidade.

Como a estenose poderia ser causada por outros tipos de patologias realizou-se a investigação sorológica para sífilis e clamídia que foram negativas. A lesão por clamídia se deve a uma salpingite crônica não tratada, que invade o reto. Outro meio mais específico de detecção é a biópsia de mucosa com imunofluorescência direta, a qual foi negativa também.

Em relação ao tratamento iniciou-se com dilatação instrumental seguida de dilatação digital. Conforme descrito na literatura, os resultados são ruins, sendo desconfortável e desagradável para o paciente. Optou-se por retossigmoidectomia, ao invés de ressecção da estenose, devido à paciente já ter cirurgia pélvica, havendo a possibilidade de brida, o que não foi encontrado neste caso. Segundo a literatura a opção é ressecção por laser da estenose, por ser menos invasiva.

REFERÊNCIAS

1. Brunner RG, Shatney CH. Diagnostic and therapeutic aspects of rectal trauma. Blunt versus penetrating. *Am J Surg* 1987; 53: 215-219.
2. Burch JM, Feliciano DV, Mattox KL. Colostomy and drainage for civilian rectal injuries: is that all? *Am J Surg* 1989; 209: 600-611.
3. Dalal SA, Burges AR, Siegel JH, Young JW, Brumback RJ, Poka A, Dunham CM, Gens D, Bathon H. Pelvic fracture in multiple trauma: classification by mechanism is key to pattern of organ injury, resuscitative requirements, and outcome. *J Trauma* 1989; 29: 981-1002.
4. Ebraheim NA, Savolaine ER, Rusin JR, Jackson WT, Asensio JA. Occult rectal perforation in a major pelvic fracture. *J Orthop Trauma* 1988; 2: 340-343.
5. Grasberger RC, Hirsch EF. Rectal trauma. A retrospective analysis and guidelines for therapy. *Am J Surg* 1983; 145: 795-799.
6. Govender S, Sham A, Singh B. Open pelvic fracture. *Injury* 1990; 21: 373-376. Nasi LA et al. Rotinas em pronto-socorro. Politraumatizados, 1994: 251-255. Maull KI, Sachatello CR, Ernst CB. The deep peroneal laceration and injury frequently associated with open pelvic fractures: a need for aggressive surgical management. A report of 12 cases and review of the literature. *J Trauma* 1977; 17: 685-696.
7. Perry JF Jr. Pelvic open fractures. *Clin Orthop* 1980; 151: 41-45.
8. Raffa J, Christensen NM. Compound fractures of the pelvis. *Am J Surg* 1976; 132: 282-286.
9. Richardson JD, Harty J, Amin M, Fint LM. Open pelvic fractures. *J Trauma* 1982; 22: 533-538.
10. Rockwood Jr. CA, Green DP. Fractures in adults. JB Lippincott, 1984. Thomas PR. Ano-rectal injury causing extra-peritoneal and subcutaneous emphysema. *Injury* 1987; 18: 426-427.
11. Tile MB. Fractures of the pelvis and acetabulum. Baltimore: Williams & Wilkins, 1984.
12. Tuggle D, Huber PJ Jr. Management of rectal trauma. *Am J Surg* 1984; 148: 806-808.
13. Vrahas MS, Reis S. Late recognition of a rectal tear associated with a pelvic fracture. A case report. *JBJS* 1994; 76A: 1072-1076.