

Tratamento conservador da obstipação severa em doente nascida com ânus imperfurado

Conservative treatment of severe constipation in patient born with imperforate anus

José Assunção Gonçalves¹, Carla Rocha³, Rita Garrido¹, João Corte-Real², Rui Maio¹

RESUMO

As malformações congénitas ano-rectais são raras, contudo associam-se frequentemente a patologia funcional crónica (colo-rectal e uro-genital) de difícil resolução.

Os autores descrevem o caso clínico de uma doente de 29 anos, nascida com um ânus imperfurado, operada recém-nascida e ao 1º ano de idade. Até à idade adulta manteve-se obstipada, com dor abdominal crónica, queixas urinárias, compromisso da vida sexual e infertilidade. No exame sob anestesia, foi feita extracção da coluna fecal e biópsia rectal de espessura completa. O estudo complementar compreendeu TC abdomino-pélvica, manometria anorectal e ecografia endoanal. Iniciou programa de reeducação do pavimento pélvico com biofeedback. Estas medidas conduziram à regularização do trânsito intestinal, recuperação da qualidade de vida, e gravidez com parto de termo.

ABSTRACT

Anorectal congenital malformations are rare, but frequently associated with chronic (colorectal and urogenital) functional disease difficult to treat.

The authors report a case of a 29-year-old female born with imperforate anus, operated as newborn and at 1 year of age. Up to adulthood she remained constipated, with chronic abdominal pain, urinary and sexual complaints, and infertility. In the exam under anesthesia, a full-thickness rectal biopsy was taken and the impacted feces were extracted. Additional evaluation comprised abdomino-pelvic CT scan, anorectal manometry and endoanal ultrasound. She initiated a pelvic floor rehabilitation program with biofeedback. These measures led to the normalization of bowel transit, recovery of quality of life, and term pregnancy.

INTRODUÇÃO

As malformações congénitas ano-rectais são raras, contudo associam-se frequentemente a patologia funcional crónica (colo-rectal e uro-genital) de difícil resolução.

A existência de múltiplas alternativas terapêuticas para a patologia funcional, significa que cada uma delas não consegue oferecer uma taxa de sucesso inequivocamente superior às restantes. Por outro

lado, as técnicas invasivas podem agravar irreversivelmente a condição de base, pelo que a indicação de um tratamento cirúrgico deverá ser criteriosamente seleccionada, e orientada para a resolução dos sintomas incapacitantes e melhoria da qualidade de vida.

CASO CLÍNICO

Doente de 29 anos, nascida com um ânus imperfurado, operada recém-nascida (colostomia derivativa) e ao 1º ano de idade (reconstrução do trânsito intestinal). Até aos 13 anos, foram realizadas 3 dilatações anais. Manteve-se obstipada (> 7 dias sem evacuar) com diarreia de sobrecarga, medicada com laxantes sem sucesso, associando-se dor abdominal crónica, polaquiúria, compromisso da vida sexual e tentativas infrutíferas de engravidar.

A TC abdomino-pélvica (26/01/2015) revelou do-licossigma e volumoso fecaloma ocupando todo o

¹Cirurgião geral: Serviço de Cirurgia geral. Hospital Beatriz Ângelo

²Cirurgião geral: Serviço de Cirurgia geral. Hospital Garcia de Orta

³Enfermeira de reabilitação: Serviço de Cirurgia geral. Hospital Garcia de Orta

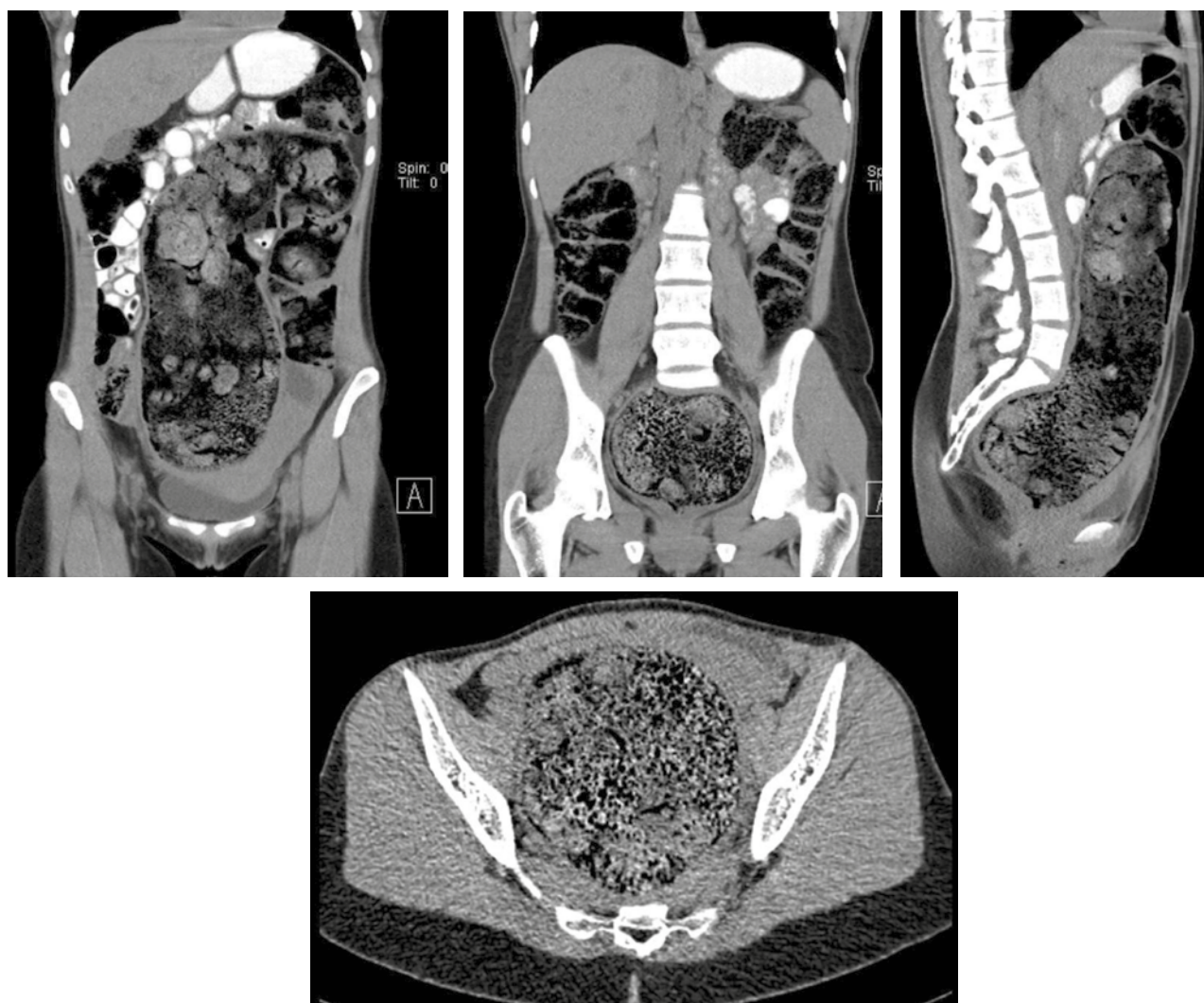


FIGURA 1, 2, 3 E 4 TC abdomino-pélvica.

quadro cólico esquerdo, condicionando moldagem extrínseca sobre a parede vesical e empurramento do útero. (Figuras 1, 2, 3, 4)

No exame sob anestesia (18/05/2015), foi feita extracção da coluna fecal e biópsia rectal de espessura completa.

O estudo imuno-histoquímico (proteína S100, NSE e calretinina) e coloração com HE, identificaram feixes nervosos no córion da mucosa, o plexo nervoso da sub-mucosa e uma célula ganglionar (Figura 5)

A manometria anorectal (09/10/2015) demonstrou adequado tônus em repouso e pressões de contracção voluntária e involuntária, mas ausência do reflexo inibitório ano-rectal, contracção paradoxal na mano-

bra defecatória e elevada capacitância rectal (Tabela 1 e Figura 6).

A ecografia endoanal (09/10/2015) revelou as seguintes alterações anatómicas do aparelho esfinteriano: Puborectalis não identificado; Extensão de 2 camadas circulares hipoeecogénicas até ao canal anal médio; Presença de 1 camada hipoeecogénica até ao limite distal do canal anal inferior; Corpo perineal estreito (Figuras 7, 8 e 9).

Iniciou programa de reeducação do pavimento pélvico, com enfermeira de reabilitação, tendo como plano de cuidados:

- Biofeedback em sessões semanais e acompanhamento telefónico;

RELATÓRIO

No exame histológico observam-se 2 fragmentos de biópsia rectal com representação da mucosa e submucosa. No estudo imuno-histoquímico (I15/2149) com proteína S100, NSE e calretinina observa-se presença de feixes nervosos no córion da mucosa e representação do plexo nervoso da submucosa, aparentemente sem hipertrofia. No estudo de cortes seriados, corados por HE, foi possível identificar pelo menos uma célula ganglionar.

FIGURA 5 Relatório anatomo-patológico.

TABELA 1 Manometria anorectal

	Resultados	Referência	
		Fem.	Masc.
Canal anal funcional	3 cm	3,0-4,5	3,5-5,0
Zona de alta pressão	1 cm		
Pressão máxima em repouso	50 mmHg	45-120	45-120
Pressão máxima de contracção voluntária	68 mmHg	35-130	45-160
Pressão de contracção voluntária aos 5 segundos	43 mmHg	30-120	30-75
Pressão de contracção involuntária	72 mmHg	35-75	35-75
Sensibilidade rectal (insuflação de balão)			
1º sensação constante	50 cc	20-70	20-110
Vontade de defecar	90 cc	35-120	60-170
Máximo tolerado	> 300 cc	100-260	110-320
Reflexo inibitório ano-rectal (RIAR)	0 %	< Pressão: 15% ou superior	
Pressão na manobra evacuatória	> 43 mmHg	< Pressão	

- Treino de WC e posição correcta de evacuação;
- Ginástica abdominal hipopressiva;
- Enemas de limpeza diários com 1L de água tépida por sistema de irrigação cólica (Figura 10);
- Terapêutica oral com parafina líquida, macrogol, aconselhamento dietético e reguladores de flora intestinal (Bifidobacteria e linhaça).

Ao final de 2 meses, retomou a vida sexual.

Ao final de 5 meses, passou a ter o trânsito intestinal diário, com fezes tipo 4 na Escala de Bristol (Figura 11), com sensação de vontade de evacuar e manobra defecatória eficaz.

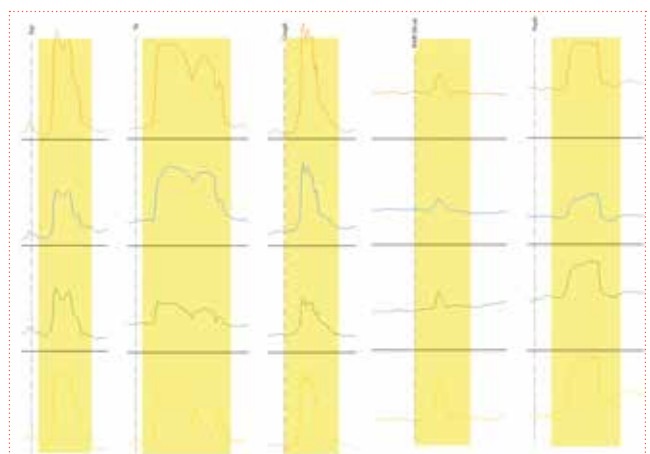


FIGURA 6 Manometria anorectal.

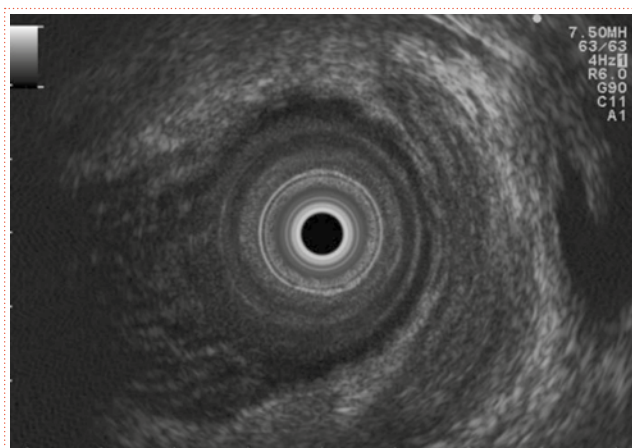


FIGURA 7 Ecografia endoanal — Canal anal superior

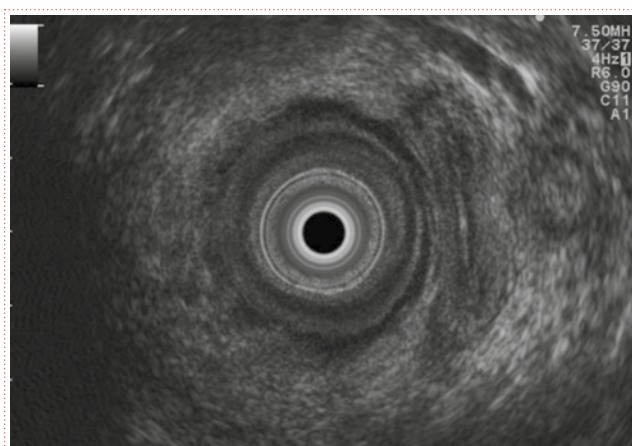


FIGURA 8 Ecografia endoanal — Canal anal médio.

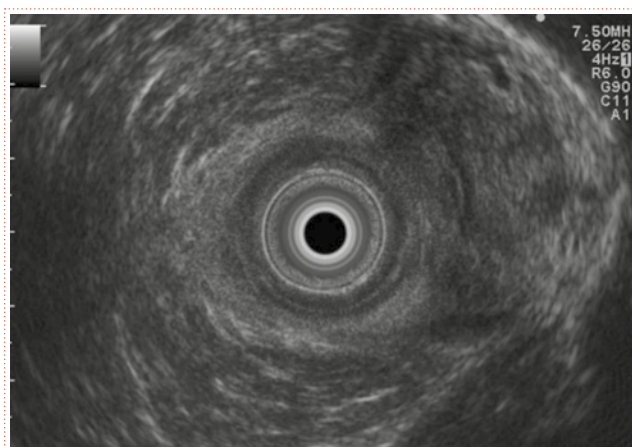


FIGURA 9 Ecografia endoanal — Canal anal inferior.



FIGURA 10 Sistema de irrigação cólica.



TIPO 1 Caroços duros separados, como nozes.		
TIPO 2 Na forma de salsicha mas com caroços.		
TIPO 3 Na forma de salsicha ou cobra mas com rachas na superfície.		
TIPO 4 Como uma salsicha ou cobra, regular e macio.		
TIPO 5 Caroços macios com cantos bem demarcados.		
TIPO 6 Caroços macios com cantos rasgados.		
TIPO 7 Totalmente líquido		

FIGURA 11 Escala de fezes de Bristol.

Nessa altura suspendeu a parafina líquida, manteve até hoje os enemas de água tépida e o macrogol.

Ao final de 18 meses, engravidou naturalmente, sem recurso a técnicas de procriação medicamente assistidas. Teve um parto de termo por cesariana electiva às 38 semanas de gestação.

Reconheceu um aumento excepcional da qualidade de vida, com a concretização de um projecto familiar, retoma da vida activa e progressão na carreira profissional.

CONCLUSÃO

A patologia funcional colo-rectal em doentes nascidos com malformações congénitas, pode ter um impacto devastador na qualidade de vida da pessoa, desde a idade pediátrica à adulta, e beneficia de um acompanhamento a longo prazo por uma equipa multidisciplinar especializada. Na transição para a idade adulta, é fundamental que exista uma boa articulação entre as equipas que assumem o seguimento destes doentes. ●●●

Correspondência

Nome: José Assunção Gonçalves

e-mail: jagoncalves@hbeatrizangelo.pt

BIBLIOGRAFIA

- Norton C, Chelvanayagam S. Bowel Continence Nursing. Beaconsfield Publishers, 2004.
- Woodward S, Norton C, Chiarelli P. Biofeedback for treatment of chronic idiopathic constipation in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Mar 26;(3):CD008486. doi: 10.1002/14651858.CD008486.pub2.
- Bharucha AE, Rao SS. An update on anorectal disorders for gastroenterologists. Gastroenterology. 2014 Jan;146(1):37-45.e2. doi: 10.1053/j.gastro.2013.10.062. Epub 2013 Nov 6.
- Rao SS, Benninga MA, Bharucha AE, Chiarioni G, Di Lorenzo C, Whitehead WE. ANMS-ESNM position paper and consensus guidelines on biofeedback therapy for anorectal disorders. Neurogastroenterol Motil. 2015 May;27(5):594-609. doi: 10.1111/nmo.12520. Epub 2015 Apr 1.
- Chiarioni G. Biofeedback treatment of chronic constipation: myths and misconceptions. Tech Coloproctol. 2016 Sep;20(9):611-8. doi: 10.1007/s10151-016-1507-6. Epub 2016 Jul 22.
- Skardoon GR, Khera AJ, Emmanuel AV, Burgell RE. Review article: dysynergic defaecation and biofeedback therapy in the pathophysiology and management of functional constipation. Aliment Pharmacol Ther. 2017 Aug;46(4):410-423. doi: 10.1111/apt.14174. Epub 2017 Jun 29.
- Peña A, Hong A. Advances in the management of anorectal malformations. Am J Surg. 2000 Nov;180(5):370-6.
- Bischoff A, Levitt MA, Peña A. Update on the management of anorectal malformations. Pediatr Surg Int. 2013 Sep;29(9):899-904. doi: 10.1007/s00383-013-3355-z.
- Herman RS, Teitelbaum DH. Anorectal malformations. Clin Perinatol. 2012 Jun;39(2):403-22. doi: 10.1016/j.clp.2012.04.001.
- Hashish MS, Dawoud HH, Hirschl RB, Bruch SW, El Batarny AM, Mychaliska GB, Drongowski RA, Ehrlich PF, Hassaballa SZ, El-Dosuky NI, Teitelbaum DH. Long-term functional outcome and quality of life in patients with high imperforate anus. J Pediatr Surg. 2010 Jan;45(1):224-30. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2009.10.041.