

Ânus imperfurado: relato de caso

Imperforate anus: a case report

Eduardo Ramos Santos¹, Felipe César do Carmo Caetano¹, Lidiane Gonzaga de Castro¹,
Ludmila Rezende Salles¹, Marcella Israel Rocha¹, Rodrigo Pinto Lara¹,
Rogério Vale Estanislau¹, Viviane Fernandes de Castro Rodrigues¹, Priscila Ferri Liu²

RESUMO

Relata-se caso de RN com ânus imperfurado que é uma anomalia com incidência de 1:1.500 a 1:5.000. Ela faz parte de uma síndrome com extenso conjunto de alterações congênitas chamadas de malformações anorretais.

Palavras-chave: Ânus imperfurado; Doenças Congênitas, Hereditárias e Neonatais e normalidades.

¹ Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Professora substituta do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

ABSTRACT

Report a case of RN with imperforate anus. It is a common abnormality with an incidence of 1:1,500 to 1:5,000 in newborns. It is part of a syndrome with an extensive group of congenital anorectal malformations.

Key words: Imperforate Anus; Congenital, Hereditary, and Neonatal Diseases and Abnormalities.

INTRODUÇÃO

A pesquisa por malformações congênitas abrange desde o início do pré-natal para todas as gestantes, com o ultrassom de translucência nucal e, posteriormente, o ultrassom obstétrico. Caso haja alguma alteração, a propedêutica pode se estender. Logo após a primeira assistência ao neonato, o pediatra avalia a existência de sinais de síndromes ou malformações. Observa-se rotineiramente a perfuração do ânus e, mesmo que haja um orifício externo, pode haver imperfuração interna, que é avaliada nas primeiras horas de vida a partir da eliminação de mecônio.

O ânus imperfurado é anomalia comum, com incidência de 1:1.500 a 1:5.000 em recém-nascidos (RN), que pode associar-se a outras malformações e exige diagnóstico precoce para que haja planejamento da abordagem cirúrgica definitiva.

CASO

RN masculino nasceu no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais com 30 semanas de gestação, por aminiorrexe prematura sem tempo determinado, por via vaginal, com peso adequado para a idade gestacional. Seus índices de Apgar foram 9 e 10 ao primeiro e quinto minutos, respectivamente. A mãe de 36

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:
Lidiane Gonzaga de Castro
Rua Quintino Bocaiuva, 310, apto 101
Bairro: Santa Rosa
CEP: 31255-550
Belo Horizonte, MG – Brasil
E-mail: lidgc@yahoo.com.br

anos, G3P2A0, fez três consultas de pré-natal, última ultrassonografia obstétrica há sete dias, sem alterações. Mãe em uso de cefalexina há sete dias para tratamento de infecção urinária. A criança foi transferida para a Unidade Neonatal do mesmo hospital em incubadora aquecida, devido a: prematuridade, desconforto respiratório leve e imperfuração anal diagnosticado ao exame físico. Presença de artéria umbilical única no pós-parto.

Foi iniciada antibioticoprofilaxia com gentamicina e ampicilina e realizados dois invertogramas contrastados com ar, que sugeriu distância entre a região distal do intestino à borda anal de 3,5 cm. A laparotomia foi realizada com 48 horas de vida, sem complicações peroperatórias. Foram encontradas malformação anorretal alta e atresias do piloro e do cólon e peritonite química. Realizada colostomia temporária para posterior correção definitiva. Evoluiu bem, levado ao alojamento Canguru no nono dia de vida e iniciada progressão da dieta, iniciando sucção no 12º. dia de vida.

DISCUSSÃO

O ânus imperfurado é malformação que requer tratamento cirúrgico de emergência normalmente diagnosticada ao nascimento ou logo em seguida com o exame físico, sendo este a base do diagnóstico e do acompanhamento.¹

O diagnóstico precoce é importante, evita a sua evolução desfavorável, diminui o risco de complicações e possibilita o diagnóstico de anomalias associadas. O atraso no diagnóstico do ânus imperfurado pode estar associado à alta taxa de morbidade evitável e pode complicar uma intervenção cirúrgica oportuna.¹

O exame físico adequado é realizado com a separação dos glúteos para a avaliação do ânus.² As alterações sugestivas encontradas são: área anal com camadas de epitélio e sem eliminação de fezes; ânus normal coberto por membrana fina e transparente pela qual pode ser visto mecônio; ausência de abertura anal entre as nádegas; e ânus aparentemente normal externamente com fundo cego ao toque retal e sinais de distensão abdominal progressivos.² A passagem de mecônio por si só não deve ser tomada como indicação de ânus normoposicionado.¹

Assim que diagnosticada a imperfuração anal, a amamentação deve ser suspensa, devido à elevada incidência de fístulas 60-70 e de 94% nos sexos mas-

culino e feminino, respectivamente.¹ A alimentação é realizada via parenteral inicialmente e via sonda nasogástrica no pós-operatório.

As anomalias associadas têm alta incidência (60%) e incluem alterações cardíacas, geniturinárias, gastrintestinais, genéticas e sacrovertebrais.¹ Casos isolados podem existir, mas geralmente associam-se a anomalias vertebrais, atresia anal, fístula traqueoesofágica com atresia esofágica e displasia renal.² Existe também associação com a trissomia do cromossomo 21.²

A fístula mais comum no sexo masculino é a retoureteral, denominada de prostática caso desemboque na porção superior da uretra ou bulbar, se na porção inferior. Na primeira situação, 81% dos pacientes desenvolvem movimentos voluntários do cólon após três anos de idade e 46% defeitos urológicos associados.⁴ Na segunda, 70% desenvolvem movimentos voluntários do cólon e 60% defeitos urológicos.⁴

A fístula retovesical (10%) é a única que necessita de laparotomia associada à abordagem sagital posterior. No momento da reparação, aproximadamente 80% dos casos apresentam defeitos urológicos associados.⁴

A fístula retovestibular é a mais comum nas mulheres e com a mais alta taxa de falha após reparo cirúrgico. Aproximadamente 93% dos pacientes desenvolvem movimentos voluntários do cólon após os três anos de idade e 40% sofrem de defeitos urológicos.⁴

Outras malformações são a fístula retovaginal (1%) e a cloaca, em que as meninas nascem com único orifício perineal que desemboca na vagina, reto e uretra.⁴

A identificação dessas fístulas, muitas vezes é ajudada pela saída de mecônio por locais não usuais. No caso da retoureteral ou retovesical, identifica-se mecônio ou gás saindo pelo meato uretral ou misturado na urina. A eliminação de mecônio por um orifício estreito no períneo define a suspeita de fístula retoperitoneal.³

É importante não promover o reparo primário durante as primeiras 24 horas de vida, por não ser precisa a identificação de fístula perineal,⁴ já que, leva em torno de 16 a 24 horas para que a pressão no cólon aumente e force a passagem de mecônio pela fístula. A radiografia de pelve em perfil com o paciente em posição de pronação e com a pelve elevada pode ser obtida para avaliar a distância da coluna de ar e o períneo e classificar o grau da anomalia do ânus imperfurado.² Esse método tem substituído a radiografia em posição invertida.⁴ É importante identificar a altura da anomalia, o que norteará a decisão de tratamento no neonato.⁵ A ultrassonografia não se apresenta como método mais confiável para delimitar a porção termi-

nal do cólon, e possui limitações similares e fornece as mesmas informações que a radiografia.⁵

O diagnóstico de fístulas é essencialmente clínico, entretanto, é importante realizar exames de imagem para identificar malformações associadas que possam ameaçar a vida ou que causem alta morbidade.⁵

O exame de urina rotina pode auxiliar na identificação de fístulas retourinárias.³ A avaliação do sistema geniturinário é de grande importância, devido à alta incidência de malformações associadas, fazendo-se necessário realizar pelo menos um exame de urina rotina, urocultura, uma uretrocistografia e ultrassonografia.^{3,4,5} A radiografia de tórax com tubo nasogástrico ajuda a excluir atresia de esôfago; o ecocardiograma contribui para identificação de malformações cardíacas; e a radiografia de coluna permite identificar malformações sacrais e vertebrais.⁵ A tomografia computadorizada permite imagens multiplanares, reconstruções, mais detalhamento da musculatura pélvica e dos ossos, mas não é confiável para o detalhamento da porção terminal do cólon devido à elevada exposição do recém-nascido à radiação.⁵

O objetivo do tratamento é prover ânus de localização normal, de calibre e aparência adequados e preservando o máximo da anatomia anorretal intrínseca e função possíveis.⁵ Os pacientes com fístula perineal podem ser seguramente operados ainda recém-nascidos. Os demais pacientes, incluindo deste

relato, podem ser tratados com abordagem em três tempos, com colostomia logo após o nascimento, correção anorretal aproximadamente um mês após o primeiro tempo e seu posterior fechamento.⁵ O local preferido para a realização da colostomia é o cólon descendente, na junção com o sigmoide.^{4,6} A técnica operatória realizada em 90% dos casos é a anoretoplastia sagital posterior, enquanto os outros 10% requerem abordagem por laparotomia para mobilização de reto de localização mais alta.^{4,6}

REFERÊNCIAS

1. Turowski-Dingemann C, Gillick J. Delayed diagnosis of imperforate anus: an unacceptable morbidity *Pediatr Surg Int.* 2010; 26:1083-6.
2. Kiesewetter WB, Turner CR, Sieber WK. Imperforate anus: review of a sixteen year experience with 146 patients. *Am J Surg.* 1964; 107:412-21.
3. William B, Randolph T, William K. Review of a sixteen year experience with 146 patients. *Am J Surg.* 1964 Mar; 107(3):A1-A32, A34-A46, 383-544.
4. Peña A, Andrew H. Advances in the management of anorectal malformations. 2000; *Am J Surg.* 2000 Nov; 180(5):370-6.
5. Risto J. Congenital anorectal malformations: Anything New? *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009 Apr; 48 (Suppl 2):S79-82.
6. Peña A, Levitt MA. Anorectal malformations. *Orphanet J Rare Dis.* 2007; 2: 33.