

TRAUMATISMO ANORRETAL APÓS TRAUMA PÉLVICO CONTUSO: RELATO DE CASO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

ANORRETAL TRAUMA AND BLUNT PELVIC TRAUMA: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

ISABELLE NÓBREGA¹; LEONARDO DOS SANTOS¹; RHAISSA DE TOLEDO¹; RAÍZA MICHELLE DOS SANTOS¹; WALTER FRANCISCO CINTRA RABELO HOLANDA¹

1. Hospital De Urgências De Goiás, Goiânia - GO;

2. Hospital Estadual De Aparecida De Goiania, Aparecida De Goiania - GO.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O traumatismo anorretal é uma patologia complexa e de múltiplas causas, como ferimentos penetrantes, traumas contusos e de causas iatrogênicas. Apesar de conduzido em avaliação secundária da vítima politraumatizada, possui grande importância devido ao potencial de evolução para complicações graves. As lesões perineais podem acometer aparelho esfinteriano anorretal e o sistema coloproctológico, devido alterações anatômicas e funcionais, como a incontinência fecal.

RELATO DE CASO: Paciente masculino, 33 anos, admitido em unidade de emergência devido politrauma por atropelamento. Durante avaliação, foi evidenciada luxação de quadril à direita, associada à uma extensa laceração perineal à direita, com extensão para região médio glútea direita, com desinserção anocutânea em 70% da circunferência e exposição de esfíncter anal interno. Optado pelo desbridamento e limpeza local, seguidos de sutura com pontos separados em dois planos. Apresentou evolução satisfatória, com controle infeccioso e sem necessidade de reintervenção precoce. Do ponto de vista funcional, não houve definição das sequelas esfinterianas devido quadro neurológico instalado.

DISCUSSÃO: Dor pélvica, obstipação, tenesmo e sangramento retal são queixas relatadas na emergência nas suas mais diversas apresentações. O paciente deve ser submetido à avaliação primária para estabilização hemodinâmica e diagnóstico de lesões que demandem abordagem imediata, e, posteriormente, o trauma anorretal pode ser melhor abordado. Quanto ao manejo do trauma retal extraperitoneal, pode-se tentar rafia primária e desvio de trânsito intestinal em caso de impossibilidade de acesso ou em casos de rafia de risco. Lesões perineais pequenas podem ser abordadas com reparo primário, mas as lesões extensas geralmente necessitam reconstrução esfinteriana tardia.

Palavras chave: Traumatismo anorretal; Incontinência fecal; Lesão perineal; Colostomia; Trauma de Pelve.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Anorretal trauma is a complex pathology with multiple causes, such as penetrating injuries, blunt trauma and iatrogenic causes. Although conducted in the secondary assessment of the polytraumatized victim, it is of great importance due to the potential for progression to serious complications. Perineal lesions can affect the anorretal sphincter apparatus and the coloproctological system, due to anatomical and functional alterations, such as fecal incontinence. Case report: Male patient, 33 years old, admitted to the emergency unit due to multiple trauma due to a collision. During the evaluation, direct quadril dislocation was evidenced, associated with an extensive direct perineal laceration, with extension to the middle gluteal region, with anocutaneous detachment in 70% of the circumference and exposure of the internal anal sphincter. Opted for debridement and local cleaning, followed by separate composite suturing in two planes. A satisfactory evolution has been achieved, with infectious control and without the need for early reintervention. From a functional point of view, there is no definition of the sphincter

sequelae due to the neurological quadro installed. Discuss: Dor pelvica, obstipação, tenesmo and bleeding remnants são queixas recounted in emergencies in their most diverse presentations. The patient must be submitted to primary assessment for hemodynamic stabilization and diagnosis of lesions that demand immediate addressing, and subsequently, anorheta trauma may be better addressed. Regarding the management of extraperitoneal retinal trauma, primary raffia and diversion of intestinal transit can be attempted in cases of impossibility of access or in cases of rock raffia. Small perineal lesions can be addressed with primary repair, but extensive lesions generally require delayed sphincter reconstruction.

Keywords: Anorectal trauma; Fecal incontinence; Perineal injury; Colostomy; Pelvic trauma.

INTRODUÇÃO

As lesões traumáticas anorretais e de períneo constituem uma patologia complexa que demanda atenção permanente nos serviços de urgência, devido às frequentes e graves complicações que um tratamento mal conduzido pode acarretar. Ocorrem devido múltiplas causas na atualidade, podendo ser por ferimentos penetrantes (56%), principalmente arma de fogo ou corto-contusa, ou traumas contusos (44%), principalmente por acidentes de trânsito (42%), queda de grande altura (16%) e corpos estranhos (1%), como o empalamento. Também podem ser de origem iatrogênica, de causa obstétrica ou durante procedimentos anorretais. Podem, também, estar associado a outras lesões em graus variáveis, como traumas ortopédicos, geniturinários e traumatismo de órgãos intra-abdominais. Possuem incidência de 1 a 3% nos centros de trauma, acometendo mais o sexo masculino em idade de 20 a 40 anos.¹

Costuma ser identificado e abordado, na grande maioria dos casos, durante avaliação secundária no atendimento de vítima politraumatizada, e possui grande importância devido às suas variáveis apresentações e seu potencial de evolução para complicações graves.² Durante avaliação clínica das lesões anorretais, deve-se considerar a etiologia do trauma, o tempo transcorrido, lesões associadas, sintomas e apresentação clínica. A depender da estabilidade hemodinâmica, o método complementar a ser utilizado será decidido, sendo a tomografia computadorizada o mais utilizado por sua utilidade na avaliação de pacientes politraumatizados e ampla disponibilidade nos serviços de emergência.³

Possui espectro clínico diverso a depender de sua localização, que pode envolver majoritariamente o períneo, com lesão de tecidos moles e sustentação pélvica, ou lesões principalmente de reto, com ou sem comprometimento intraperitoneal concomitante.⁴ As lesões perineais podem acometer o aparelho esfinteriano anorretal, com comprometimento posterior de todo o sistema coloproctológico, devido alterações anatômicas e funcionais importantes, como a incontinência fecal.⁵

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 33 anos, foi admitido em unidade de emergência devido politrauma por mecanismo de atropelamento, tendo sido atingido por automóvel. Admitido sob intubação orotraqueal devido rebaixamento de nível de consciência no local de resgate, com trauma cranioencefálico grave e com suspeita de trauma musculoesquelético importante, com rotação interna visível de membro inferior direito, associado a sinais de isquemia reversível do membro. Durante avaliação protocolar institucional, foi evidenciada luxação posterior coxo-femoral à direita, associada à uma laceração extensa ipsilateral em períneo, sem sangramento ativo ou outros sinais de alarme. Após redução incruenta do membro em ambiente estéril de sala vermelha, foi evidenciado retorno de perfusão adequada do membro, e após descartadas lesões encefálicas ou abdominais que demandassem abordagem cirúrgica de urgência, paciente foi levado ao centro cirúrgico para drenagem de pneumotórax moderado à direita em regime de urgência e melhor avaliação de lesões perineais.

Durante exploração de ferimentos foi evidenciada extensa lesão perineal à direita, com extensão para região médio glútea direita até rafe escrotal, com desinserção anocutânea em 70% da circunferência, além de exposição muscular de esfíncter anal interno à direita, com laceração muscular de 4cm de profundidade. Realizado toque retal e anoscopia sem evidências de lesões de reto baixo. Optado pelo desbridamento e limpeza local, seguidos de sutura com pontos separados com fio absorvível Categute Cromado 3-0 em dois planos – o primeiro de aproximação entre pele, subcutâneo e musculatura, o segundo entre pele e mucosa retal, com aproximação de bordas e coartação parcial, sendo deixado áreas para drenagem local espontânea.

O paciente evoluiu o pós operatório em leito de unidade de terapia intensiva devido quadro neurológico. Em avaliação cirúrgica posterior, apresentou evolução satisfatória do ponto de vista infeccioso, não tendo apresentado complicações como abscesso anorretal isquiorretal, o qual poderia ser tratado com abertura de pontos para orientar drenagem. Do ponto de vista funcional, paciente iniciou evacuação espontaneamente 8 dias após o ato operatório, em vigência de melhora hemodinâmica e neurológica. Apresentou evacuações alternadas entre líquida e pastosa em 3 a 5 episódios diariamente de moderada quantidade, com melhora progressiva até a data de alta, no 20º dia de PO, quando apresentava 2 a 3 episódios pastosos diariamente. Devido quadro neurológico estabelecido, paciente mantém déficit motor, sensitivo e cognitivo, com ausência de controles esfínterianos como fecal e vésico-urinário, sendo difícil avaliar o grau de incontinência associada à lesão perineal complexa, porém de indicação de abordagem terapêutica com fisioterapia pélvica.

Figuras 1 e 2 – Registro do 7º dia de pós operatório.



DISCUSSÃO

Os traumas que acometem ânus e reto baixo são raros, pela posição anatômica desses órgãos, porém representam um desafio devido à sua elevada taxa de morbidade e mortalidade, variando de 3 a 10%, e possíveis complicações pós-operatórias de até 21%. Anatomicamente, a região anorretal é protegido pelas coxas, a cintura óssea e a raiz dos membros inferiores, o que pode dificultar o diagnóstico. Assim, exige um alto nível de suspeição.¹ Embora o uso do exame retal seja contemplado para determinar possíveis lesões associadas durante a revisões primária e secundária de pacientes politraumatizados, cerca de 77% dessas lesões passam despercebidas.⁶

Dor abdominal ou dor pélvica, obstipação, tenesmo e sangramento retal são queixas relatadas na emergência nas suas mais diversas apresentações. Entram na propedêutica o toque retal, a anoscopia sob narcose, a retossigmoidoscopia e a tomografia de abdome e pelve com triplo contraste, sendo este último o método padrão desde que o paciente esteja hemodinamicamente estável.¹

O paciente deve primeiro ser submetida a avaliação primária para estabilização hemodinâmica e diagnóstico de lesões que demandem abordagem imediata, conforme protocolo do ABCDE do ATLS (Advance Trauma Life Support) e, posteriormente, durante avaliação secundária, o trauma

anorretal pode ser melhor abordado. As lesões podem ser classificadas através da escala da American Association for the Surgery of Trauma (AAST), afim de se estabelecer a gravidade e definir condutas.⁷

Tabela 1 - Classificação da Associação Americana de Cirurgia do Trauma (AAST)

Escala de lesão do reto

Grau*	Tipo de lesão	Descrição da lesão	CID-9	AIS-90
Eu	Hematoma	Contusão ou hematoma sem desvascularização	863.45	2
	Laceração	Laceração de espessura parcial	863.45	2
II	Laceração	Laceração < 50% da circunferência	863.55	3
III	Laceração	Laceração ≥ 50% da circunferência	863.55	4
IV	Laceração	Laceração de espessura total com extensão para o períneo	863.55	5
V	Vascular	Segmento desvascularizado	863.55	5

*Avançar um grau para múltiplas lesões até o grau III.

[5] com permissão

As recomendações de tratamento são definições em três grupos, de acordo com o trauma retal intraperitoneal, extraperitoneal, retal e/ou anal.⁸ As lesões intraperitoneais são tratadas da mesma forma que as lesões do cólon. Se necessária derivação intestinal, deve ser realizada próximo à lesão, preferencialmente em alça, com maturação intraoperatória. No trauma retal, recomenda-se realizar o desbridamento da ferida, reparo da lesão retal por via transanal para reto inferior e transabdominal para o reto superior, e derivação intestinal se necessário, como em casos de lesão não passível de rafia, contaminação grosseira, instabilidade hemodinâmica, lesão tardia ou outros fatores que comprometam a segurança da rafia.⁹ Em alguns casos, a drenagem pré-sacral e/ou lavagem retal distal podem ser necessárias, manobras que tem sua indicação de rotina em desuso, devendo ser lançadas mão quando necessárias.¹⁰

No trauma anal com envolvimento esfínteriano, é importante definir inicialmente se está associado à uma lesão de reto concomitante e, conseqüentemente, realizar correção primária ou tardia, com ou sem desvio de trânsito. Há uma falta de informações atuais sobre danos traumáticos ao esfíncter anal e sua reconstrução; portanto, a possibilidade de estabelecer recomendações claras é complexa. Lesões do esfíncter anal devem ser avaliadas no contexto clínico e hemodinâmico do paciente. Naqueles que apresentam instabilidade hemodinâmica e que requerem avaliação e manejo de danos em órgãos vitais, a indenização do aparelho esfínteriano deve ser avaliada posteriormente.⁶ Feridas extensas dos tecidos moles perineais devem ser tratadas com colostomia divergente, e a reconstrução primária do esfíncter comprometido e dos tecidos perineais deve ser tentada quando não houver infecção ou necrose. Lesões perineais podem ter associação com lesões genitourinárias, devendo ser ativamente pesquisadas e incluídas em programação terapêutica quando existentes.³

As complicações mais frequentes após a correção cirúrgica do esfíncter anal são deiscência de sutura, fístulas, estenoses e cicatrização errática com retardo de fechamento. Para defeitos perineais extensos, vários métodos como fechamento por segunda intenção, terapia com pressão negativa e enxertos de pele são utilizados. Mas prefere-se a reconstrução com uso de retalhos teciduais, que incluem retalhos regionais, pediculados de coxa, glúteos ou abdominais.¹¹

Em pacientes que não conseguem recuperar a continência por métodos não cirúrgicos, são utilizados métodos avançados como graciloplastia, graciloplastia dinâmica, esfíncter artificial ou esfíncter anal magnético, entre outros.¹¹

CONCLUSÃO

O traumatismo anorretal acidental é raro e frequentemente associado a lesões graves. Requer planejamento terapêutico precoce para evitar complicações futuras. A abordagem cirúrgica com desbridamento do tecido desvitalizado, reparação da mucosa anorretal e ráfia primária dos defeitos esfinterianos é a recomendação da limitada literatura existente sobre o tema, quando é possível de ser realizada.

O principal objetivo do tratamento é controlar lesões potencialmente fatais, minimizar infecções e preservar a função do esfíncter anal.

REFERÊNCIAS

1. Torres Alcalá JT. Traumatismos anorrectales. Protocolo de actuación. Cir Andal. 2018;29(4):462-6.
2. McKnight GH, Yalamanchili S, Sanchez-Thompson N, Guidozi N, Dunhill-Turner N, Holborow A, Batrick N, Hettiaratchy S, Khan M, Kashaf E, Aylwin C, Frith D. Penetrating gluteal injuries in North West London: a retrospective cohort study and initial management guideline. Trauma Surg Acute Care Open. 2021;6(1):e000727.
3. Assenza M, Ciccarone F, Santillo S, Mazarella G, De Meis E, Bracchetti G, La Torre F. Perineal trauma with anal avulsion: case report. Clin Ter. 2020 Jan-Feb;170(1):e1-e6.
4. Ahern DP, Kelly ME, Courtney D, Rausa E, Winter DC. The management of penetrating rectal and anal trauma: a systematic review. Injury. 2017 Jun;48(6):1133-8.
5. Dr. Lawrence Lee, McKendry KM. Management of trauma to the rectum and anus. Dis Colon Rectum. 2018 Nov; 61:1245-8.
6. Petrone P, Rodríguez Velandia W, Dziaková J, Marini CP. Tratamiento del trauma perineal complejo. Revisión de la literatura. Cir Esp [Internet]. 2016 Jun-Jul [Cited 2024 Sep 12];94(6):313-22. doi: 10.1016/j.ciresp.2015.11.010.
7. Scott SM, Carrington EV. The London classification: improving characterization and classification of anorectal function with anorectal manometry. Curr Rep. Gastroenterol 2020;22(11):55.
8. Hellinger MD. Anal trauma and foreign bodies. Surg Clin North Am. 2002 Dec;82(6):1253-60.
9. Dickinson JE. Obstetric perineal trauma. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2013 Feb 14;53(1):1-2.
10. Gomes RM, Kudchadkar J, Araujo E, Gundawar T. Anorectal avulsion: report of a rare case of rectal injury. Ann Gastroenterol. 2013;26(4):374-5.
11. Arvieux C, Thony F, Broux C, Ageron FX, Rancurel E, Abba J, Faucheron JL, Rambeaud JJ, Tonetti J. Current management of severe pelvic and perineal trauma. J Visc Surg. 2012 Aug;149(4):e227-38.

Isabelle Nóbrega

<https://orcid.org/0009-0001-1554-2895> - <http://lattes.cnpq.br/4446684606831297>

Leonardo Dos Santos

<https://orcid.org/0009-0007-7088-6475> - <http://lattes.cnpq.br/1872530074506390>

Rhaissa de Toledo

<https://orcid.org/0009-0007-0207-3245> - <http://lattes.cnpq.br/5427188274756071>

Raíza Michelle dos Santos

<https://orcid.org/0009-0009-6657-9653> - <http://lattes.cnpq.br/7237902976194589>

Walter Francisco Cintra Rabelo Holanda

<https://orcid.org/0009-0001-5058-090X> - <http://lattes.cnpq.br/2575494788825390>

ENDEREÇO

ISABELLE MARTINS NÓBREGA

Rua Manaus, 1230, parque amazônia, cep 74843-170

Revisão Ortográfica: Dario Alvares

Recebido: 09/06/24. Aceito: 13/08/24. Publicado em: 19/09/24.