

ESFINCTEROPLASTIA ANAL ANTERIOR EM VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO COM LESÃO PERIANAL COMPLEXA

GEORGE ANDRADE MARQUES^{1*}; BENJAMIN RAMOS DE ANDRADE JUNIOR²; RAMIRO ROLIM NETO²; RICARDO EVERTON DIAS MONT'ALVERNE²; JOSÉ AIRTON LOPES FILHO³.

- 1 – Cirurgião do Instituto Doutor José Frota, Fortaleza, Ceará, Brasil.
2 – Cirurgião Coloproctologista da Santa Casa de Fortaleza. Fortaleza, Ceará, Brasil.
3 – Cirurgião do Aparelho Digestivo do Instituto Doutor José Frota, Fortaleza, Ceará, Brasil.

Artigo submetido em: Janeiro 2023
Artigo aceito em: Fevereiro 2023
Conflitos de interesse: não há.

RESUMO

A esfínteroplastia anal anterior (EAA) foi desenvolvida em 1970 por dois cirurgiões londrinos com o intuito de corrigir lesões envolvendo os esfínteres anais, contudo apresenta limitação quando se trata de lesões complexas (acometimento acima de 120 graus do esfínter anal externo). Nesses casos, a taxa de incontinência fecal com o uso da técnica de Parks e McPartlin pode alcançar até 80%, sendo a colostomia definitiva alternativa terapêutica. Contudo, em pacientes jovens e sem comorbidades prévias, a EAA deve ser tentada como alternativa de melhoria de qualidade de vida.

Palavras-chave: Esfínteroplastia; Acidente Automobilístico; Lesão perianal.

ABSTRACT

Anterior anal sphincteroplasty (AAS) was developed in 1970 by two London surgeons with the aim of correcting injuries involving the anal sphincters, however it has limitations when dealing with complex injuries (involvement above 120 degrees of the external anal sphincter). In these cases, the rate of fecal incontinence using the Parks and McPartlin technique can reach up to 80%, with definitive colostomy being a therapeutic alternative. However, in young patients with no previous comorbidities, AAS should be tried as an alternative to improve quality of life.

Keywords: Sphincteroplasty; Auto Accident; perianal injury

INTRODUÇÃO

O acidente automobilístico, no Brasil, é responsável por 1 a cada 9 pacientes hospitalizados, gerando impacto social e econômico inestimáveis. Parte significativa desses indivíduos são condutores de motocicletas, haja vista tais transportes não possuir barreiras de defesa para diminuição do trauma, aumentando a morbimortalidade do acidente.

As lesões que acometem o sistema nervoso central e os órgãos abdominais são as mais comuns e potencialmente mais graves. Estatisticamente, as lesões perianais ocorrem, mais comumente, em decorrência do parto vaginal e do empalamento, porém, em nosso meio, a lesão perineal por trauma automobilístico tem ganhado importância devido ao

crescente número de motocicletas envolvidas em acidentes.

Pacientes que apresentam lesões perineais graves em decorrência de trauma, frequentemente, apresentam lacerações da musculatura do assoalho pélvico, implicando na realização de colostomias, gerando danos sociais, econômicos e psicológicos. A reconstrução do assoalho pélvico com preservação da função esfínteriana é desafio mesmo entre os cirurgiões mais experientes. De acordo com a Sociedade Americana de Coloproctologia, em lesões esfínterianas graves (lesão do esfínter anal externo > 120 graus) a taxa de incontinência fecal ocorre em 60% dos pacientes mesmo após a reconstrução muscular.

RELATO DE CASO

Paciente, VPS, sexo masculino, 33 anos, encaminhado ao hospital de referência em trauma no Ceará, Instituto Doutor José Frota (IJF), pelo SAMU, após envolvimento em acidente automobilístico grave (motocicleta x carro) em fevereiro de 2021. Durante atendimento inicial foi constatada presença de líquido livre na cavidade abdominal, fratura de pelve e lesão perineal extensa. Submetido, em caráter de emergência, a laparotomia exploradora, sendo identificada e rafiada lesão em bexiga, aposicionado fixador externo em pelve e confeccionada colostomia em alça de cólon descendente para desvio de trânsito intestinal devido à lesão perianal. Essa, por sua vez, foi inicialmente tratada com desbridamento dos tecidos infectados e desvitalizados para fechamento por segunda intenção.

Após 43 dias de internamento recebeu alta hospitalar, sendo então referenciado para o Serviço de Coloproctologia da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza (SCMF) para avaliação e dimensionamento da lesão perineal. Realizou ultrassonografia tridimensional endoanal (USG 3D) que evidenciou lesão muscular completa dos esfíncteres anais interno (EAI) e externo (EAE) na hemicircunferência anterior, portanto, não havendo musculatura lisa ou estriada em todo o comprimento longitudinal. Já no canal anal inferior, o esfíncter anal externo (EAE) apresenta lesão que compromete entre 9h e 3h o que corresponde a 169 graus em sua maior extensão.

Em junho de 2021, VPS foi submetido, na SCMF, à esfinteroplastia anal anterior com sobreposição muscular (identificação e dissecação dos cabos musculares remanescentes do EAE e sua aproximação para conformação natural com vycril 2-0), bem como a reconstrução do períneo que envolvia o EAI, tecido conjuntivo e área fibrótica cicatricial seguido de confecção de retalho cutâneo para fechamento de ferida cirúrgica livre de tensão. Foi aposicionado dreno penrose em loja subcutânea. No terceiro dia de pós-operatório, VPS recebeu alta hospitalar em boas condições clínico-cirúrgicas.

Em março de 2022, VPS retorna ao IJF onde é submetido a fechamento de colostomia. Evolui clinicamente bem no pós-operatório, recebendo alta hospitalar no quarto dia de internação. É então novamente referenciado ao serviço de Coloproctologia da SCMF para seguimento.

Durante as consultas ambulatoriais de seguimento, foi aplicado o escore de incontinência de Wexner (**Tabela 1**), sendo, em todas as ocasiões, ZERO o somatório, o que significa que o paciente não

apresenta incontinência para gases tampouco para fezes sólidas ou líquidas.

Tabela 1. Cleveland Clinic Incontinence Score¹⁰.

Tipo de incontinência	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
Sólidos	0	1	2	3	4
Líquidos	0	1	2	3	4
Gases	0	1	2	3	4
Uso de forro	0	1	2	3	4
Alteração do estilo de vida	0	1	2	3	4

Índice de incontinência: somatória dos pontos; Escore: 0 – continência perfeita, 1-7 – incontinência leve, 8-14 – incontinência moderada e 15-20 – incontinência grave.



Figura 1. Ânus antes da Esfinteroplastia.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.



Figura 2. Dissecação dos cabos musculares do EAE.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Em outubro de 2022, VPS realizou dois exames de controle para melhor estudo da musculatura do assoalho pélvico: USG 3D e Manometria anorretal (MAR). Na USG 3D observa-se tecido fibrocicatricial, no canal anal superior e médio, substituindo as fibras musculares do EAI, e aproximação dos cotos do EAE, em sua hemicircunferência anterior, no canal anal médio. Já a MAR identificou leve diminuição da pressão média de repouso do canal anal (18%),

porém com aumento da pressão máxima voluntária (20%). O reflexo reto-esfintérico encontra-se presente e preservado, e a sensibilidade mínima normal.



Figura 3. Resultado ao final da Esfinteroplastia.
Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

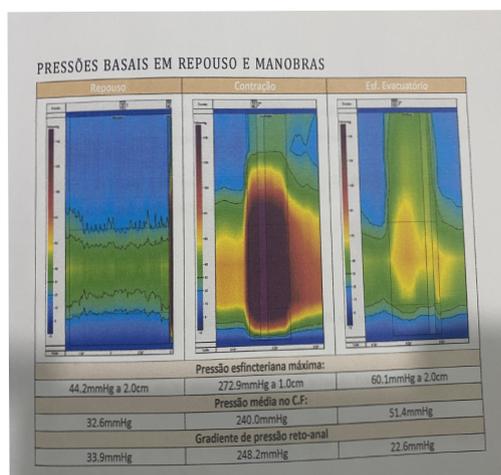


Figura 4. Manometria anorretal após 16 meses de seguimento.
Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

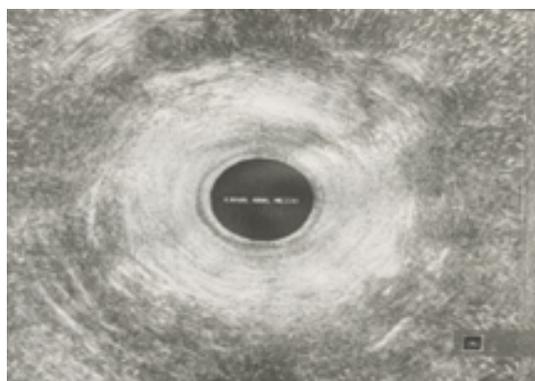


Figura 5. Ultrassom endoanal tridimensional após 16 meses de seguimento.
Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Com a popularização do uso de motocicletas no Brasil e baixa ações de fiscalização dos condutores, o trauma automobilístico apresenta grande repercussão social e financeira para o país. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), países em desenvolvimento são os que mais padecem em decorrência dos acidentes. Em 2004, ainda de acordo com a OMS, 50 milhões de pessoas sofreram acidentes de trânsito, 1,2 milhão faleceram e, pelo menos, 7 milhões apresentaram algum grau de seqüela.

O trauma crânio encefálico (TCE) é o potencialmente mais grave, podendo ocasionar a morte do indivíduo instantaneamente bem como sequelas irremediáveis. Já o trauma abdominal fechado apresenta grande morbidade, número elevado de cirurgias e tempo prolongado de internação hospitalar, onerando o sistema de saúde pública. A região perianal é acometida em torno de 5-20% dos traumas abdominais. Lesões graves envolvendo os esfínteres estão se tornando mais frequentes devido à grande energia potencial cinética envolvida na ação.

A colostomia em alça de cólon sigmoide ou descendente torna-se necessária quando o indivíduo apresenta laceração esfinteriana importante. Nesses casos, é mais segura a realização da ostomia já que não se pode estimar o grau de comprometimento muscular envolvido. O estudo do assoalho pélvico através de exames de imagens, como a USG 3D endoanal ou a ressonância magnética de pelve e da manometria anorretal são fundamentais para o planejamento da reconstrução esfinteriana.

Na década de 1970, dois cirurgiões do hospital londrino St Marks desenvolveram a técnica de reparação esfinteriana após lesões antigas: esfinteroplastia anal anterior. Tratava-se da recriação do canal anal tentando reestabelecer o mecanismo de funcionamento dos EAI e EAE.

O Procedimento embora possa parecer simples apresenta nuances que exigem expertise e atenção do cirurgião. Os remanescentes musculares dos esfínteres necessariamente devem ser dissecados e isolados para que sua reconstrução ocorra por completa e em toda extensão. Além disso, parte da fibrose tecidual deve ser preservada para ajudar no reparo muscular. Deve-se atentar para a preservação da vascularização do canal anal para que se garanta uma cicatrização e manutenção da funcionalidade muscular.

A esfinteroplastia anal anterior é o procedimento recomendado para as lesões que comprometem a musculatura do assoalho pélvico que não

DISCUSSÃO

ultrapassem 120o da circunferência, pois nesses casos, existe a chance de restabelecimento da funcionalidade esfinteriana. Portanto, nos casos em que a lesão compromete mais de 120o, mesmo em grandes centros especializados, a chance de incontinência fecal é alta, tornando a colostomia definitiva como opção terapêutica.

No paciente em estudo, após trauma automobilístico, foi identificada lesão grave e extensa, comprometendo totalmente os EAI e EAE em sua hemircunferência anterior e em 169º o EAE no canal anal inferior. Por se tratar de adulto jovem e previamente hígido, o tratamento instituído, mesmo contrariando a literatura, foi a esfinteroplastia anterior, apresentando excelente resultado funcional.

CONCLUSÃO

A esfinteroplastia anterior desenvolvida por Parks e McPartlin na década de 1970 é a técnica mais utilizada atualmente para correção das lesões envolvendo o EAI e EAE, porém que não ultrapassem 120º. Em graus mais acentuados de lesões, a taxa de incontinência chega a 80%, mesmo em grandes centros especializados. As lesões extensas do EAE, por se tratar de condição rara no trauma, mesmo centros de referência apresentam pequena casuística, tornando o desfecho favorável mais desafiador. Em nosso caso, o paciente apresenta-se sem queixas, executando normalmente suas atividades sociais e laborais, e completamente continente, sendo o escore de Wexner Zero.

Portanto, acreditamos que, mesmo em lesões extensas do complexo esfinteriano, em pacientes jovens e previamente hígidos, a esfinteroplastia anal anterior deve ser levada em consideração como opção terapêutica.

REFERÊNCIAS

1. ACM, P. et al. ESFINCTEROPLASTIA ANTERIOR COM RECONSTRUÇÃO PERINEAL EM PACIENTE COM CLOACA APÓS TRAUMA OBSTÉTRICO. *Journal of Coloproctology*, v. 39, p. 242, nov. 2019.
2. FREITAS, F. R. N. et al. Aspectos relacionados à prevenção do trauma automobilístico na população em geral. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 12, 5 set. 2022.
3. PANDINI, R. V. et al. ESFINCTEROPLASTIA ANAL COM RECONSTRUÇÃO EM ZETAPLASTIA. *Journal of Coloproctology*, v. 38, p. 183, out. 2018.
4. POWER, D.; FITZPATRICK, M.; O'HERLIHY, C. Obstetric anal sphincter injury: how to avoid, how to repair: a literature review. *The Journal of Family Practice*, v. 55, n. 3, p. 193–200, 1 mar. 2006.
5. SIMONETI, F. S. et al. Padrão de vítimas e lesões no trauma com motocicletas. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, v. 18, n. 1, p. 36–40, 1 mar. 2016.
6. TODD, I. et al. Section of Proctology Late Repair of Injuries of the Anal Sphincter. v. 64, 1971
7. VENEROSO, C. D. C. et al. ESFINCTEROPLASTIA COMO TRATAMENTO DE INCONTINÊNCIA FECAL. *Journal of Coloproctology*, v. 38, p. 185, 1 out. 2018.