

1 de Abril de 2008.

Professor

Propedêutica Coloproctológica

1) História da proctologia

2) Revisão da anatomia

Canal anal

4 cm de extensão (média).

Limitado pela linha anorretal cranialmente e linha ano-cutânea caudalmente.

Epitélio cilíndrico na parte superior.

Zona de transição na parte média (ep cilíndrico passa a ser ep estratificado do anoderma).

Papilas anais.

Colunas de Morgani.

Criptas anais.

Parte superior limitada pela linha pectínia.

Recto

Constitui a parte terminal do tubo digestivo.

Inicia-se ao nível do promontório sacral e acompanha a curvatura do sacro e cóccix.

Extensão de 12 a 15 cm.

Termina a nível dos elevadores do ânus.

Limite inferior: linha denteada.

Limite superior: não é muito bem diferenciado.

Possui as válvulas de ? : a função ainda não é bem definida. Em número de 3 na maioria das pessoas (variam de 2 a 4). A segunda prega (válvula) é um elemento anatômico muito importante, sobretudo para a retossigmoidoscopia, porque está ao nível da reflexão peritoneal. Acima dela: está na cavidade abdominal; Abaixo dela: na cavidade pélvica. Importante para estadiamento de tumores, principalmente. As vísceras desprovidas de serosas fistulizam mais facilmente. Também é importante nos traumas, porque acima da segunda válvula significa que a lesão penetrou a cavidade abdominal e exige acesso abdominal. Ela possui um nome especial (?).

Esfíncter anal interno

Formado por fibras musculares lisas.

É um espessamento da camada muscular do reto.

Contração involuntária (função autonômica).

Mantém o canal anal fechado (contração permanente).

Relaxa durante a defecação: existem patologias que alteram a motilidade dessa região, por exemplo, os megacólon (podem ser congênitos ou adquiridos, como o chagásico).

Esfíncter anal externo

Formado por musculatura estriada (continuação dos elevadores do ânus).

3 segmentos (profundos, superficial e subcutâneo).

Controle voluntário.

Entre os esfíncteres existe um plano de separação (plano de clivagem) porque são de estruturas embrionárias distintas.

Músculos elevadores do ânus

Envolvem toda a circunferência da ampola retal e parte do canal anal, são fibras musculares estriadas.

Constituem-se dos músculos puborretal (principal), pubococcígeo, ileococcígeo e isquiococcígeo.

O puborretal (alça) e tem grande importância na continência.

Corpo cavernoso

É constituído por uma rede de vasos arteriais-venosos de paredes finas chamada de plexo hemorroidário.

Localiza-se na submucosa do canal anal.

Alguns autores creditam a ele a função de um coxim que promove continência fina: daí a discreta incontinência pós-cirúrgica

Irrigação arterial

AMS

a íleo-ceco-apendículo-colica;

a cólica direta: desde o ceco até a metade do transversos.

- a. cólica média: transverso inteiro.

AMI

- a. cólica esquerda: ramos ascendente e descendente.
- Aa. Sigmoidianas.
- Aa. Retal superior.

Artéria sacral média

Artéria pudenda interna (ramo da íliaca interna).

- Artéria retal média.
- Artéria retal inferior.

Essas artérias se comunicam entre si e possuem muita mobilidade (permitem até a esafagocoloplastia).

Sistema nervoso ano-retal -Fases de continência/esvaziamento anorretal

Cooperação entre os nervos reflexos involuntários e os motores voluntários.

Todas as estruturas dos órgãos da continência estão ligadas umas às outras pelo sistema nervoso anorretal, sob o controle do sistema nervoso central e do sistema vegetativo.

O mecanismo voluntário da evacuação depende do encéfalo, enquanto as capacidades de reação aos estímulos sensitivos e motores são coordenadas pela medula espinhal.

O parassimpático tem ação de relaxamento e o simpático de contração da musculatura anorretal.

Sistema linfático (importante na cirurgia oncológica)

Linfáticos do reto médio e superior acompanham os vasos retais superiores e drenam para os gânglios da AMI.

Linfáticos do reto inferior drenam no sentido cranial para os linfáticos da AMI e lateralmente para os que acompanham as artérias retais médias, drenando para os linfáticos dos vasos ilíacos internos.

Linfáticos do canal anal acima da linha pectínea drenam no sentido cranial para os gânglios retais superiores, acompanhando a artéria mesentérica inferior e lateralmente acompanhando os vasos retais médio e inferiores.

Os linfáticos abaixo da linha pectínea drenam para os gânglios das regiões inguinais.

Cólon direito

No ceco há junção das três tênias.

Haustrações.

Óstio apendicular.

3) Exame proctológico

Anamnese

Exame físico

Exame proctológico convencional

- Instalações especiais;
- Presença de auxiliar de enfermagem;
- Material.
- Posição do paciente na mesa (genu-peitoral ou Sims).
- Etapas do exame:
 - Inspeção
 - Estática (cicatrizes, deformidades, secreções, fenda anal, períneo).
 - Dinâmica (prolapsos, escape de secreções).
 - Toque retal
 - Sensibilidade dolorosa.
 - Tônus (hiper ou hipotonia): hipertonia (fissura anal que é extremamente dolorosa); hipotonia (lesão de cauda equina; trauma raquimedular; traumas obstétricos).
 - Presença de tumorações ou ulcerações: 50% dos tumores colo-retais se localizam ao alcance do toque retal.

Textura da mucosa ano-retal.
 Avaliação prostática.
 Anuscopia
 Avaliação do canal anal e reto inferior.
 Pesquisa de mamilo hemorroidários.
 Realização de ligaduras elástica de hemorróidas.
 Biópsias;
 Polipectomias;
 Fulguração de lesões.

Indicações

- i. Alterações do ritmo intestinal (diarréia ou constipação);
- ii. Dor ano-retal;
- iii. Sangramento;
- iv. Eliminação de secreções;
- v. Tumorações anais e peri-anais;
- vi. Tumorações em topografia dos cólons ou pélvicas;
- vii. Incontinência fecal: problema especial nas mulheres parturientes.
- viii. Emagrecimento: de causa desconhecida.
- ix. Febre de origem obscura.
- x. Controle das DII;
- xi. **Risco de neoplasias colo-retais: costumam se relacionar com anemias. Grupos de risco: todo indivíduo com mais de 50 anos.**

Retossigmoidoscopia rígida

Geralmente até 20 cm.
 Pesquisar todo o reto e sigmóide distal.
 Pode ser necessário preparo prévio (fleet enema).
 Biópsias de reto para pesquisa de *S. mansoni*.
 Não dar laxante oral (fezes líquidas alcançam o reto e impedem exame).
Acima da linha pectínea, a mucosa do reto é desprovida de inervação sensitiva. As polipectomias podem ser sem anestesia.
O canal anal é ricamente innervado. Assim, quando o paciente refere dor anal ou à defecção, sabe-se que provavelmente está abaixo da linha pectínea.

Retossigmoidoscopia flexível

Usa-se fibroscópio (não usa mais) ou vídeo-endoscópio.
 Preparo prévio (fleet enema com fosfato de sódio). O preparo prévio nesse caso é necessário porque pode-se avaliar até o cólon descendente.
 Pode-se avaliar até o descendente.
 Realizar biópsias, polipectomias, etc.
 Propicia documentação (fotos, vídeos, CD).

Colonoscopia

Padrão na propedêutica colo-proctológica.
 Indicação de visualizar todo o cólon e íleo terminal.
 Preparo rigoroso com dieta, laxativos orais (solução de manitol que na realidade é um diurético) e enemas.
 Vantagens:

1. Visualiza todo o cólon e íleo terminal.
2. Grande acuidade (imagem ampliada e digital).
3. **Padrão ouro no DX precoce das neoplasias colo-retais.**
4. Realização de boa documentação (fotos, vídeos, gravação em CD, transmissão online).
5. Colheita de material para exames.

6. Cirurgias endoscópicas (exéreses, fulgurações, polipectomia, hemostasia, mucosectomia, etc).

Desvantagens:

1. Preparo prévio rigoroso: pode desidratar.
2. Instalações especiais.
3. Sedação ou anestesia geral.
4. Pessoal especializado.
5. Material caro e frágil com manutenção freqüente e dispendiosa.
6. Limpeza e desinfecção cuidadosa.

Clister opaco

- Cada vez menos utilizado.
- Exame radiológico com duplo contraste (ar + sulfato de bário) – técnica de Wellim.
- Requer preparo rigoroso (limpeza dos cólons) e pessoal especializado (médicos e técnicos).
- Material caro (equipamentos radiológicos).
- Visualiza todo o cólon e às vezes o íleo terminal.
- Possibilita material para arquivo.
- Na doença diverticular do cólon e no mega-colon é bastante útil.
-

US (abdome, pélvica, endo-anal).

US endo-anal

- Possibilita avaliar a profundidade das lesões na parede ano-retal.
- Avaliar ressecabilidade.
- Preparo simples.

Medida do tempo de transito intestinal.

- Ingestão de pequenos marcadores radiopacos e RX simples de abdome 5 dias após.
- Grande importância no manejo da constipação intestinal (inércia colônica).
- O normal é eliminar 80% dos marcadores (16 de 20).
- Indica a localização da lesão a partir da concentração dos marcadores.

TC (abdome, pélvica).

RNM

- Avaliação e diagnóstico de prováveis lesões MT.
- Planos de clivagem para dissecação.
- Exame dispendioso que requer pessoal e material especializado.

Manometria ano-retal.

- Medida das pressões endo-anais e retais.
- Importância na avaliação dos distúrbios da motilidade colônica.
- DX diferencial do megacólon.
- Avaliação da incontinência fecal.**
- Equipamento dispendioso.
- Requer pessoal especializado.

Cinedefecografia.

- Exame radiológico contrastado do reto durante a evacuação.
- Diagnóstico dos distúrbios defecatórios.

Marcadores tumorais (CEA, CA-19,9).

4) Propedêutica proctológica atual