

---

## RETORRAGIAS EM PEDIATRIA, DO PONTO DE VISTA DO CIRURGIÃO COLO-RETAL

DR. FIDEL RUIZ HEALY (\*)  
DR. JORGE ERNESTO CASTRO ALVES (\*\*)  
DR. GABRIEL BUCIO VELÁSQUEZ (\*\*)

Foram analisados, de forma retrospectiva, 1000 pacientes proctológicos da Primeira Unidade Mexicana de Colo-proctologia. Entre eles, 14 (1,4%) eram pacientes pediátricos (0 a 12 anos), com retorrágia. A idade oscilou entre 5 meses e 11 anos, sendo 4 menores de 1 ano; 8 do sexo masculino e 6 do sexo feminino.

A sintomatologia mais freqüente, além da retorrágia (14 casos) foi a constipação (13 casos) e evacuação dolorosa (10 casos).

O exame proctológico forneceu o diagnóstico de 12 dos 14 casos. Os métodos auxiliares do diagnóstico, tais como radiografia (enema baritado com duplo contraste) análise de laboratório (perfil coprológico) e o estudo histopatológico, colaboraram nas conclusões.

A doença mais freqüente nessa série foi a fissura e a úlcera anal, em 7 casos (50%).

O tratamento clínico (dieta de alto teor residual, laxantes de ação mecânica e banhos de assento) foi feito em 10 pacientes (71%). Nove casos foram tratados cirurgicamente.

Dos 14 casos, 11 receberam alta curados; 2 descontinuaram o tratamento e 1 morreu (colon tóxico amebiano).

### INTRODUÇÃO

Todas as idades são suscetíveis de apresentar doenças proctológicas, com perda de sangue pelo canal anal. As crianças, ao contrário do que geralmente se pensa, não devem ser excluídas (4, 8, 10). O objeto deste trabalho é levar ao conhecimento dos interessados nossas experiências no manejo da perda de sangue pelo reto, em pacientes pediátricos.

---

(\*) Unidade Mexicana de Colo-Proctologia (Diretor).

(\*\*) Unidade Mexicana de Colo-Proctologia (Fellow).  
Durango 290, México 7, D.F. — México.

## MATERIAL E MÉTODOS

Foram analisados de forma retrospectiva 1000 pacientes proctológicos consecutivos, da Unidade Mexicana de Colo-Proctologia, da cidade do México. Entre eles, 26 (2,6%) eram pacientes pediátricos (0 a 12 anos), e entre estes, 14 (1,4%) apresentaram retorragia.

A idade variou entre os 5 meses e os 11 anos, com 4 casos de menores de 1 ano; 8 casos eram do sexo masculino e 6 do sexo feminino. Foi feita a análise conjunta dos dados da anamnese, a qual nos revelou alguns fatores comuns em quase todos os casos de sangramento. O exame proctológico foi de importância fundamental, pois nos forneceu o diagnóstico de 12 dos 14 casos.

Foram analisados também os métodos auxiliares do diagnóstico e os tratamentos médico e/ou cirúrgico, assim como os resultados dos mesmos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O sangramento retal em pediatria se apresenta em crianças muito novas. Em nossa experiência, o mais novo foi um lactente de 5 meses. Porém, outros autores (3) observaram esse tipo de sangramento até em neonatos. Quatro dos nossos 14 casos foram de pacientes menores de 1 ano (28,5%). Quanto ao sexo, 8 do sexo masculino e seis do sexo feminino, o que não representa nenhuma diferença em nossa série.

A história do paciente é muito importante para o diagnóstico da retorragia pediátrica. Geralmente é fornecido pela mãe ou por parentes próximos. Algumas crianças com mais de 4 a

QUADRO 1

Caso	Idade	Sexo	Caso	Idade	Sexo
1	7 meses	F	8	15 meses	M
2	4 anos	M	9	5 meses	M
3	11 anos	F	10	11 anos	F
4	8 anos	M	11	6 meses	M
5	6 meses	M	12	5 anos	F
6	9 anos	F	13	4 anos	M
7	2 anos	M	14	3 anos	F

6 anos complementam com a maior precisão a anamnese; em certas ocasiões é conveniente obter a história sem a presença da mãe ou de parentes, pois a influência destes pode alterar as respostas da criança.

Antecedentes de epistaxis e doenças hemorrágicas familiares devem ser também investigados. Se houver dúvida, deve-se pedir ao laboratório um perfil de discrasias sanguíneas (7).

Na área da alimentação é importante informar-se sobre o uso de alimentos como a beterraba, por exemplo, que podem provocar a falsa aparência de sangramento. Na área medicamentosa, detectar medicamentos ingeridos que possam provocar sangramento, como aspirina ou cortisona, ou falsa aparência, como o ferro.

Em 13 dos 14 casos, o sangue era vermelho, vivo e fresco, durante e/ou depois da evacuação, manchando a matéria fecal e/ou papel higiênico. No outro caso, a hemorragia era abundante, acompanhada de evacuações desinteriformes.

Observamos em quase todos os pacientes sintomas comuns como a constipação (13 casos) e evacuação dolorosa (10 casos); menos freqüentes foram a protusão anal (2 casos), ardor anal (2 casos), prurido anal (1 caso), sensação de evacuação incompleta (1 caso), irritabilidade (1 caso), fezes afinadas (1 caso) e estado geral tóxico infeccioso, febre, anemia e hipovolemia 1 caso).

QUADRO 2

Sintomatologia	Casos
Constipação crônica .....	13
Evacuação dolorosa .....	10
Protusão anal .....	2
Ardor anal .....	2
Prurido anal .....	1
Sensação de evacuação incompleta .....	1
Irritabilidade .....	1
Afinamento das fezes .....	1
Estado tóxico infeccioso, anemia, febre e hipovolemia .....	1

**EXAME PROCTOLÓGICO:** Foi feito o exame proctológico completo em quase todos os pacientes (1). Este consistiu de exame externo anal e perianal, palpação, exame digital (toque retal), anoscopia e proctoscopia.

**PREPARAÇÃO:** Foram utilizados microenemas com aparelho descartável (Microlax)<sup>R</sup> somente depois de ter efetuado o toque retal e a anoscopia, através dos quais observamos matéria fecal na ampola retal. Somos de opinião que, na maioria das crianças pequenas deve ser efetuada a exploração proctológica com preparação prévia, uma vez que devido ao medo, apreensão e outros fatores próprios da idade, em geral evacuam no momento do exame, aumentando as dificuldades da exploração.

Quanto às crianças maiores, estamos de acordo com os outros autores (6) quanto a utilizar a preparação durante a primeira proctoscopia, uma vez que pode haver variação nas características da mucosa o que provoca erros de diagnóstico.

**POSIÇÃO:** Utilizamos duas posições no paciente pediátrico. Nos lactentes, crianças pequenas e os maiores muito tensos, usamos decúbito dorsal com flexão e abdução das pernas com auxílio da enfermeira. Nesta posição, a criança vê a mãe e fica mais tranqüila. Em crianças maiores, não tensas, a posição proctológica é mais adequada.

A inspeção e palpação é a mesma de qualquer paciente proctológico. Para a exploração retal manual (toque retal) e com instrumentos (anoscopia e proctoscopia), deve-se levar em conta que existem certas diferenças anatômicas entre a região ano retal do lactente e criança de meses e a das crianças maiores (9), como demonstra o quadro n.º 3.

QUADRO 3

**DIMENSÕES DO CANAL ANAL E RETO DE ACORDO  
COM A IDADE**

	0-3 meses	4 meses-2 anos	3-10 anos	Adultos
Longitude do canal anal	1.9 cm	2.5 cm	2.5 cm	3 cm
Longitude do reto	7 cm	11 cm	13 cm	14 cm
Diâmetro anal	1.5 cm	2 cm	—	6 cm

De acordo com o quadro anterior, um toque retal cuidadoso pode ser efetuado sem perigo algum com o dedo indicador, em qualquer idade. Contudo, nas crianças muito novas os instrumentos endoscópicos devem ser de diâmetros adequados.

Caso	Sintomatologia	Exame externo	Palpação	Exame digital	Anuscopia	Proctoscopia	Estudos complementares
1	Dor e sangue ao evacuar	Hemorróida sentinela	(-)	(-)	Fissura anal às 6	10 cm (-)	Coproparasitológico
2	Dor e sangue ao evacuar. Constipação. Protusão anal	Protusão da mucosa anal	(-)	(-)	Redundância da Mucosa Anal Inferior	12 cm (-)	Coproparasitológico
3	Dor e sangue ao evacuar. Ardor e prurido anal. Constipação. Sensação de evacuação incompleta	Hemorróidas externas	(-)	(-)	Dor às 6 e 12	Hemorróidas Ext. Cripite Papilite, Fissura e Úlcera anal. R.M.R.I.	Idem
4	Sangue ao evacuar, constipação. Protusão de tumoração anal	(-)	(-)	(-)	(-)	Polipo retal pediculado à 12 cm às 6	Clister opaco. Coproparasitológico
5	Dor e sangue ao evacuar. Constipação	Hemorróidas externas às 6	(-)	Dor às 6	Úlcera às 6 Fissura às 11	10 cm (-)	Coproparasitológico
6	Dor, ardor e sangue ao evacuar. Constipação	Hemorróida sentinela às 6	(-)	Dor às 12	Úlcera anal às 6	Não foi feito devido à dor	Coproparasitológico
7	Dor e sangue ao evacuar. Constipação	(-)	(-)	Dor às 12	Fissura anal às 12	10 cm (-)	Coproparasitológico
8	Dor e sangue ao evacuar	(-)	(-)	Fibrose e Hipertonía do esfinter	Úlcera anal às 6	10 cm (-)	"

Caso	Sintomatologia	Exame externo	Palpação	Exame digital	Anuscopia	Proctoscopia	Estudos complementares
9	Cirurgia prévia há 5 meses por perfuração do ânus. Sangue e afinamento das fezes	Múltiplas cicatrizes perianais	Fibrose perianal	Não foi feito	(—)	(—)	Nenhum
10	Tumoração margem anal sangrando e dolorosa fulgurada há 1 mês. Crescimento progressivo. Prurido e Constipação	Tumoração elíptica a 2 cm do ânus	Tumoração dolorosa	Dor	Hemorrr. int. R. M. R. I.	15 cm (—)	Biópsia pré-operatória. Coproparasitológico
11	Desintéria sanguinolenta por duas semanas. Estado tóxico-infeccioso, febre	(—)	(—)	Secreção muco-sanguinolenta	(—)	Lesões ulcerocróticas de fibrina	Coproparasitológico serdameba e ameba a fresco
12	Dor e sangue ao evacuar. Constipação, protusão da mucosa anal com redução espontânea	Protusão da mucosa anal de 2 cm.	(—)	Dor às 6, ampola retal aumentada	Fissura à 6 R. M. R. I.	10 cm (—)	Clistor opaco com duplo contraste, coproparasitológico
13	Sangue ao evacuar. Constipação	(—)	(—)	(—)	(—)	15 cm (—)	Nenhum
14	Sangue ao evacuar. Constipação e protusão anal	(—)	(—)	(—)	Mucosa retal ulcerada	10 cm (—)	Coproparasitológico

Os nossos diagnósticos presumptivos por meio da metodologia acima descrita, foram as seguintes:

## QUADRO 5

## QUADRO DE DIAGNÓSTICO

Diagnósticos	Casos
Fissura anal .....	2
Fissura anal e úlcera anal .....	1
Úlcera anal .....	1
Úlcera anal, hemorróidas internas, criptite e papiloma .....	1
Úlcera anal e hemorróidas internas .....	1
Prolapso retal .....	2
Polipo retal juvenil .....	1
Prolapso retal, fissura anal e dólíco-megacolon .....	1
Colite aguda .....	1
Sem diagnóstico .....	2
<b>TOTAL</b> .....	<b>14</b>

**ESTUDOS COMPLEMENTARES:** Em 12 dos 14 casos, verificou-se um perfil proctológico que constava de: coproparasitológico em série de 3, coprocultura direta, ameba em fresco, seroameba, coprológico e prova de Gram.

QUADRO 6

Caso	Coproparasitológico	Coprocultura direta	Seroameba	Ameba em fresco	Coprológico	Prova de Gram
1	—	—	—	—	—	—
2	—	—	—	—	—	—
3	Cistos de ameba histolítica	—	+	+	Sangue oculto (+)	—
4	—	—	—	—	—	—
5	—	—	—	—	—	—
6	—	Proteus	—	—	—	—
7	—	E. Coli. Proteus	—	—	—	—
8	—	—	—	—	—	—
9	.....	NÃO SE VERIFICOU	.....	.....	.....	.....
10	—	—	—	—	—	—
11	Não se verificou	E. Coli	+	+	Sangue oculto (+ + +)	+
12	Enterovirus vermicularis	—	—	—	Sangue oculto (+)	+
13	.....	NÃO SE VERIFICOU	.....	.....	.....	.....
14	—	—	—	—	—	—

O estudo do colon com clister opaco de duplo contraste, foi feito em dois pacientes. O que apresentou polipo juvenil do reto, não demonstrou patologia associada. Na criança com diagnóstico proctológico de fissura anal e prolapso retal, o estudo demonstrou um dólido megacolon.

A chapa simples de abdomen tirada de um lactente com diagnóstico de colite aguda, demonstrou dados compatíveis com colon tóxico. As provas de seroameba e ameba em fresco foram positivas. Os exames clínicos, proctológicos, radiológico e de laboratório completaram o quadro de diagnóstico do colon tóxico amebiano.

Foi feito um estudo histopatológico pré-operatório em uma menina de 11 anos que apresentava tumoração perianal, e o resultado foi inflamação aguda e crônica, com hemangiomas capilares e hiperplasia do epitélio escamoso.

**TRATAMENTO:** O tratamento médico foi feito em 10 pacientes. Os dois casos de fissura anal sem patologia anal associada, foram tratados com dietas de alto índice residual, laxantes de ação mecânica (Metamucil)<sup>R</sup>, banhos de assento e vigilância periódica. Em ambos os casos a fissura cicatrizou-se e foi dada alta aos pacientes como curados.

O paciente com fissura anal associada a úlcera anal foi, a princípio tratado clinicamente (dieta de alto índice residual, laxantes de ação mecânica e banhos de assento); obteve-se a cicatrização da fissura, porém a úlcera anal persistiu depois de dois meses de tratamento. Em vista disso, foi submetida à ulcerectomia do canal anal, com cura completa, recebendo alta.

O caso de úlcera anal sem patologia associada foi tratado clinicamente, com melhora relativa, porém a cicatrização não foi completa, razão pela qual foi feita ulcerectomia do canal anal. A evolução foi satisfatória e o paciente teve alta.

O paciente com úlcera anal associada a hemorróidas internas, criptite e papiloma anorectal não recebeu tratamento clínico por ter sido o mesmo considerado de pouca utilidade diante da patologia apresentada. Foi feita a cirurgia integral anorectal. A evolução foi satisfatória e o paciente teve alta.

O caso de polipo retal pediculado, ligou-se à base com ligadura elástica (5), e acima deste foi feita a incisão do polipo para posterior exame histopatológico. Este revelou polipo retal juvenil.

Nos três pacientes que apresentaram prolapso retal com perfil coprológico negativo, foi feito o tratamento clínico (dieta de alto teor residual, laxantes de ação mecânica e banhos de assento). Ao paciente com dólido megacolon e fissura anal foi adicionado ao tratamento um parasimpaticotônico (Neostig-

mina), o qual regularizou o hábito intestinal e, a fissura cicatrizou com o tratamento clínico. Os três casos de prolapso anal foram tratados cirurgicamente com ligaduras elásticas, e ficaram completamente curados.

A paciente com hemangioma associado à patologia anal foi tratada por ressecção em bloco da região perianal até o canal anal, incluindo o hemangioma perianal; as hemorróidas internas e a redundância da mucosa retal inferior foram tratadas com ligaduras elásticas (2).

O paciente com colon tóxico amebiano foi tratado com transfusões sanguíneas, líquidos parenterais, antibióticos, antiamebianos e medidas de caráter geral. Depois de 48 horas de sua entrada no hospital foi submetido à cirurgia, tendo-se feito uma ileostomia. O paciente morreu em 4 dias, com diagnóstico final de colon tóxico amebiano.

Dois pacientes não tiveram diagnóstico, uma vez que não voltaram às consultas subsequentes.

QUADRO 7  
TRATAMENTO

Caso	Diagnóstico	TRATAMENTO	
		Médico	Cirúrgico
1	Fissura anal	Sim	Não
2	Prolapso retal	Sim	Ligadura elástica
3	Hemorróidas externas, criptite, úlcera anal e papiloma anorectal	Não	Hemoroidectomia, úlcerectomia e papilectomia
4	Polipo retal juvenil	Não	Ligadura elástica
5	Úlcera e fissura anal	Sim	Úlcerectomia; esfintectomia
6	Úlcera anal e hemorróidas externas	Sim	Úlcerectomia e hemoroidectomia
7	Fissura anal	Sim	Não
8	Úlcera anal	Sim	Úlcerectomia
9	Estenose anal	Não	Não
10	Hemangioma perianal hemorróidas externas e R.M.R.I.	Sim	Ressecção cirúrgica e ligadura elástica
11	Colon tóxico amebiano	Sim	Laparotomia exploradora com ileostomia
12	Dólico megacolon, fissura anal e prolapso retal	Sim	Ligadura elástica
13	Sem diagnóstico	Não	Não
14	Prolapso retal	Sim	Ligadura elástica

## CONCLUSÃO

- 1) O sangramento da região baixa do tubo digestivo em pacientes pediátricos estudados na Unidade Mexicana de Colo-Patologia é de 1.4% em relação com pacientes observados com patologia coloproctológica em geral.
- 2) A constipação intestinal foi o sintoma mais freqüente na série, e tinha origem de forma direta ou indireta da patologia anorectal na maioria dos casos.
- 3) O exame proctológico completo, que consta de exame externo anal e perianal, palpação, toque retal, anoscopia e proctoscopia, nos forneceu o diagnóstico na maioria dos casos.
- 4) Os métodos auxiliares de diagnóstico, tais como exames de laboratório (perfil coprológico) e os estudos histopatológicos foram de grande importância.
- 5) As fissuras anais foram curadas com tratamento clínico, o que não se deu com as úlceras anais, que requerem cirurgia.
- 6) As ligaduras elásticas para o tratamento do prolapso retal, redundância da mucosa inferior retal e hemorróidas internas deu excelentes resultados.
- 7) Em vista do que foi descrito acima, somos de opinião que o tratamento de pacientes proctológicos em pediatria deve ser efetuado por médicos experientes em técnicas e procedimentos colo-proctológicos.

## SUMMARY

1000 consecutive cases were analyzed in the Unidad Mexicana de Colo-Proctología, in Mexico City. 14 (1.4%) were pediatric cases who had bleeding per anus. Age varied between 5 months and 11 years. Four patients were less than one year old. 8 were males and 6 were females.

The most frequent symptom apart from the bleeding by the anus, were: constipation (13 patients), painful bowel movements (10 patients).

The proctological examination gave us the diagnosis in 12 of the 14 cases. Auxilliary methods of diagnosis, as X-ray (Barium enema with double contrast), Laboratory (stool examinations) and histological studies colaborated the previous diagnosis.

The most frequent diseases of our series were the anal fissure and anal ulcer, 7 patients (50%).

Medical treatment (high residue diet, laxatives of mechanical action, and sitz baths), were carried out in 10 patients. Surgical treatment was performed in 9 patients of the total of 14 patients, 11 were cured, 2 were lost in the follow-up, and one died from amebic fulminating colitis.

---

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Bacon, H. E.: Anus, Rectum and Sigmoid Colon. Diagnosis and Treatment, third edition, J. B. Lippincott Company. Examination and Diagnosis. 55-65, 1949.
- 2) Baron, J.: Office ligation treatment of hemorrhoids. Dis. Colon Rectum. 6:109, 1963.
- 3) Berman, W. F., Holtzapple, P. G.: Gastrointestinal Hemorrhage. Ped. Clin. of North Am. 23:885, 1975.
- 4) Caamaño, P.: Proctología Pediátrica. Prensa Med. Argen. 48:3114, 1961.
- 5) Culen, P. K., Nesselrod, J. P.: Endoscopic Ligation Treatment of colonic polyps. Dis. Colon Rectum. 15:30, 1962.
- 6) Hijmans, J., Hill, C.: Proctoscopy of the Infant. Am. J. Dis. Child. 205: 297, 1963.
- 7) Martins-Campos, J. V.: Proctorragias en el niño. Actas del 5.º Congreso Argentino e Internacional de Proctología, Mar del Plata, Argentina. 158, 1973.
- 8) Ruiz-Healy, F., Ruiz-Moreno, F.: Problemas proctológicos más frecuentes en pediatría. Sem. Med. Mex. 81:9, 1974.
- 9) Schapiro, S.: Applied Anatomy of Infants and Children in Proctology Rev. Gastroent. 15:307, 1948.
- 10) Villagy-Leiva, J. C., Connelli, H. H., Rodolfo, V.: Proctorragias en la infancia. Actas 5.º Congreso Argentino e Internacional de Proctología Mar del Plata, Argentina, 1:98, 1973.

---

### 8.º Congresso Latino-americano de Proctologia

#### 2.º Congresso Uruguaio de Proctologia

6 a 11 de Dezembro de 1981

Secretaria: Avenida Brasil, 2623, p.6, Ap. 601  
Montevideo — Uruguay.

Caixa Postal N.º 6554 e 6556

Temas abordados: Traumatismos coloretais, Transtornos funcionais, Malformações congénitas, Endoscopia retocólica, Colite isquêmica. Doença de Crohn, Tratamento conservador do câncer de reto, Conduta frente aos polipos, Profilaxia do câncer retocólico.