

ESTUDO DA CONTINÊNCIA ANAL EM PACIENTES COM RUPTURA PERINEAL

Antonio Carlos L. Campos¹
Sérgio Brenner²
Oswaldo Malafaia²
Mário Rebolho³
Fernando Jorge de Souza⁴
João Batista Marchesini⁴

RESUMO

A incontinência fecal é uma condição incapacitante, com repercussões na vida sócio-familiar de suas portadoras. Dentre os fatores etiológicos, a ruptura perineal decorrente de fatores obstétricos é importante por comprometer pacientes em faixa etária produtiva.

Procurando avaliar as repercussões manométricas e funcionais do parto e das rupturas perineais sobre o esfíncter anal, foram comparados três grupos de 15 pacientes: Grupo A: nulíparas; Grupo B: portadoras de ruptura perineal do 2º grau e Grupo C: portadoras de ruptura perineal do 3º grau. Cinco pacientes do grupo C foram estudadas no pós-operatório (Grupo D).

Os níveis pressóricos das portadoras de ruptura perineal do 2º grau (49 mmHg) ou do 3º grau (21,6 mmHg) foram significativamente menores do que nas nulíparas (57,8 mmHg), mostrando que os fatores obstétricos contribuíram para a diminuição da pressão esfíncteriana. Quatorze das 15 pacientes com ruptura perineal do 3º grau apresentavam incontinência fecal. A pressão média no grupo C (21,6 mmHg) aumentou para 34 mmHg no pós-operatório. Essa diferença não foi significativa.

A perineoplastia posterior com sutura dos cabos esfíncterianos se mostrou de eficácia limitada no tratamento dessas pacientes.

UNITERMOS: ruptura perineal; esfíncter anal; manometria; cirurgia

uma inibição complexa dos reflexos oriundos do anorreto. O mecanismo da evacuação é uma combinação entre as relações anatômicas e funcionais dessa região. É uma área de integração ativa contínua entre os esfíncteres da musculatura lisa e estriada. A resposta à entrada de material do cólon no reto ocorre geralmente a um nível subconsciente, apesar de que um controle voluntário pode ser exercido. Nessa resposta de acomodação, o reto adapta-se e o aumento da pressão causada pela entrada de fezes subsiste apenas por alguns minutos, tempo no qual se estabelece a acomodação.

Diversos fatores podem ser responsabilizados por uma disfunção esfíncteriana anal. Com a idade, ocorre uma deteriorização da capacidade efetora e sensoria dessa região. A perda geral da elasticidade muscular nos grupos etários mais avançados pode ser demonstrada pelo menor volume do balão retal necessário para desencadear o reflexo da evacuação nessa população. Outras situações podem estar implicadas para o desenvol-

Trabalho realizado na Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Universidade Federal do Paraná

- 1 Ex-Residente da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Universidade Federal do Paraná
- 2 Professor Adjunto da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Universidade Federal do Paraná
- 3 Professor Assistente do Departamento de Toco-Ginecologia da Universidade Federal do Paraná
- 4 Professor Assistente da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Universidade Federal do Paraná

O momento exato da defecação, no homem, resulta do equilíbrio entre os fatores ambientais e

vimento da incontinência fecal, como prolapso e procidência retal², ressecções retais, com diminuição do reservatório retal^{5, 7}, iatrogenias pós-correção de fístulas perianais, dilatações forçadas para o tratamento de fissuras e hemorróides e ainda o trauma, incluindo-se aqui as complicações obstétricas decorrentes da ruptura do aparelho esfinteriano durante o parto (ruptura perineal do 3º grau)⁶.

Neste trabalho fazemos um estudo da continência anal em quatro grupos de pacientes: um primeiro grupo (A) constou de pacientes nulíparas, um segundo grupo (B) de grandes múltiparas, com ruptura perineal do 2º grau, um terceiro grupo (C) constituído por pacientes portadoras de ruptura perineal do 3º grau. Por último, apresentamos os resultados obtidos na avaliação pós-operatória de cinco pacientes do grupo (C) que foram submetidas à correção cirúrgica de ruptura do 3º grau (Grupo D).

PACIENTES E MÉTODOS

As pacientes foram estudadas utilizando-se um protocolo onde constavam a idade, história clínica, o número de gestações, o número de partos e o tempo decorrido entre os partos e o momento do exame. As pacientes eram inquiridas a respeito de sua continência, relacionando-se a capacidade de reterem gases, fezes líquidas, fezes sólidas e incontinência noturna. Todas as pacientes foram submetidas à exame ginecológico e proctológico.

Após a obtenção desses dados, as pacientes eram colocadas em decúbito lateral esquerdo (posição de Syms) e fazia-se a inspeção anal, onde observava-se a capacidade de contração dos esfínteres e dos elevadores do ânus. A seguir era realizado um toque retal, onde procurava-se observar a presença ou não de fezes na ampola retal, a continuidade anatômica dos esfínteres e a sua capacidade voluntária de contração, que era avaliada segundo os padrões habituais do exame proctológico.

A seguir, um estudo manométrico era realizado. Para tanto, foi utilizado um sistema de balões confeccionados com dedeiras de luvas de látex, comunicados com o exterior através de um cateter de polietileno nº8, o qual registrava as pressões em um manômetro Tycos, sob leitura direta. O balão estava atado a uma haste metálica de 3 mm de diâmetro externo, graduada em centímetros. O balão era inflado com 7 ml de ar, quando media 3,5 x 2,0 cm. As pressões eram registradas a 2, 3 e 4 cm do bordo anal, repetidas três vezes, com dois minutos de intervalo entre elas. Era registrada também a capacidade máxima de contração voluntária, medida a 2, 3 e

4 cm do bordo anal, e a contração mais forte era assinalada. As pressões foram sempre maiores a 2 cm, razão pela qual escolhemos esse parâmetro no presente estudo.

O protocolo de estudo prosseguia com o estudo da capacidade de retenção líquida. Padronizamos o uso da sonda retal nº 18 e a altura da coluna líquida de 60 cm para mantermos o fluxo e a pressão constantes. A capacidade de retenção era definida como o volume infundido até o momento em que ocorria perda de líquido para o exterior, na presença da sonda. Por fim, introduzia-se um balão de látex conectado a uma sonda de polietileno nº 6, o qual era mantido na ampola retal e inflado até um volume máximo de 300 ml, ou até que a paciente não mais suportasse ou evacuasse o balão.

Consideramos ruptura perineal do 2º grau quando havia lesão da mucosa vaginal com diástase dos músculos elevadores do ânus. Ruptura perineal do 3º grau foi diagnosticada quando havia solução de continuidade do aparelho esfinteriano, passando a haver relação entre as mucosas vaginal e retal.

Todas as pacientes com ruptura perineal do 3º grau foram submetidas a correção cirúrgica, com a execução de uma perineoplastia posterior, com aproximação dos cabos puborretais dos elevadores. Em seguida, era realizada dissecação cuidadosa dos cabos esfinterianos, os quais eram aproximados com pontos em U de catagute 0 cromado. Dessas pacientes, realizamos o estudo da continência anal no pós-operatório em cinco delas, e os resultados obtidos serão analisados e comparados.

Para a correta interpretação dos dados obtidos, os resultados foram submetidos à análise estatística utilizando-se o teste "t" de Student, com confiabilidade ao nível de 5%.

RESULTADOS

Procuraremos analisar os resultados separadamente nos diferentes grupos. Esses resultados estão agrupados nas **Tabelas 1 e 2**.

Grupo A - Composto de 15 pacientes nulíparas, com média de idade de 22 anos. Uma das pacientes havia tido duas gestações, porém com cesárea. Nenhuma das pacientes referia qualquer queixa proctológica e todas negavam qualquer grau de incontinência, tanto para gases como para fezes.

À inspeção, uma paciente apresentava contração esfinteriana diminuída e hipotonia ao toque. Essa paciente referia coitos anais habitualmente.

Tabela 1 - Continência fecal. Dados de história clínica*

	Grupo A n = 15	Grupo B n = 15	Grupo C n = 15	Grupo D n = 5
Continente	15	10	11	2
Incontinência para gases	-	5	14	3
Incontinência para fezes líquidas	-	5 ocasional	14	2 ocasional
Incontinência para fezes sólidas ou incontinência noturna	-	-	3	-

* Algumas pacientes apresentavam incontinência para gases e/ou fezes líquidas e ou sólidas simultaneamente.

Tabela 2 - Resultados

	Grupo A n = 15	Grupo B n = 15	Grupo C n = 15	Grupo D n = 5
Idade média (anos)	22	43,4	38,4	46
Pressão a 2 cm (mmHg)	57,8	49	21,6	34
Pressão máxima voluntária (mmHg)	85,7	67	37,9	59,4
Capacidade de retenção líquida (ml)	2.000	2.000	296	1.252
Distensão do balão retal (ml)	300	300	219	300

Uma paciente apresentava hipertonia ao toque, confirmada pela manometria.

A média de pressões desse grupo foi de 57,8 mmHg a 2 cm. A média de contração máxima voluntária foi de 85,7 mmHg. Essa diferença foi estatisticamente significativa. Todas as pacientes foram capazes de reter 2.000 ml de água morna, na prova de capacidade de retenção líquida. Todas as pacientes suportaram dilatação do balão retal de 300 ml. Não houve diferença entre as nulíparas e a paciente com cesariana, com relação à continência fecal.

Grupo B - Composto de 15 pacientes com idade média de 43,4 anos e múltiparas (média de 6,6 partos), portadoras de ruptura perineal do 2º grau. Inquiridas quanto à continência, cinco

pacientes referiam incontinência ocasional para gases e fezes líquidas. As demais negavam qualquer queixa referente à continência fecal. Todas as pacientes apresentavam afastamento importante dos cabos puborretais dos elevadores do ânus. À inspeção, uma paciente apresentava ação dos elevadores muito diminuída, e três pacientes apresentavam contração fraca dos esfíncteres. A média de pressão dos esfíncteres a 2 cm foi 49 mmHg e a média da contração máxima voluntária foi 67 mmHg. Houve diferença estatística entre esses dois valores. Ao exame ginecológico observou-se cistocele moderada e acentuada em três pacientes e retocele em outras três. Em uma paciente, submetida a parto traumático com fórceps dois anos antes, diagnosticou-se uma fístula retovaginal alta, a qual era responsável pela queixa de incontinência que a paciente referia. Todas as pacientes retiveram 2.000 ml de água morna e todas suportaram uma distensão do balão retal de 300 ml.

Grupo C - Composto de 15 pacientes portadoras de ruptura perineal do 3º grau. A média de idade nesse grupo foi de 38,4 anos. O tempo decorrido entre a ruptura e o exame variou de três meses a 24 anos, com uma média de 13,2 anos. Com exceção de uma paciente, a qual negava queixas de incontinência, todas as demais referiam incontinência para gases e fezes líquidas. Três pacientes referiam incontinência para fezes sólidas e três, incontinência noturna.

À inspeção, seis pacientes não apresentavam ou era muito discreta a contração dos esfíncteres. Quanto aos elevadores, esses eram fracos em duas pacientes e potentes nas demais, de maneira geral mais fortes do que nos grupos anteriores.

A capacidade de retenção líquida média foi de 296 ml, sendo em todas abaixo de 400 ml, com exceção de uma paciente, que reteve 1.500 ml (tratava-se da paciente que negava queixas de incontinência fecal). A média de pressão do esfíncter a 2 cm foi de 21,6 mmHg e a média da contração máxima voluntária foi de 37,9 mmHg. O estudo de significância estatística mostrou diferença entre esses valores. Seis pacientes suportaram uma distensão do balão retal de 300 ml. As demais evacuaram o balão espontaneamente antes dos 150 ml (média = 219 ml).

A situação perineal anterior e caudal dessas pacientes era muito variada. Na maioria das vezes eram grandes múltiparas, com partos domiciliares, sem assistência especializada. Uma paciente apresentava prolapso uterino associado. Três pacientes apresentavam apenas dois partos vaginais, duas delas com deiscência da episiotomia. Sempre o toque retal encontrou a ampola retal vazia nessas

pacientes. Todas as pacientes desse grupo foram submetidas a tratamento cirúrgico.

Grupo D - Estudamos cinco pacientes do grupo C, portadoras de ruptura perineal do 3º grau, no período pós-operatório. A média de idade desse grupo foi de 46 anos e o estudo foi feito, em média, no 47º dia de pós-operatório. Três pacientes apresentavam ainda certo grau de incontinência para gases e duas ocasionalmente para fezes líquidas. Essas duas últimas pacientes apresentavam deiscência da sutura do esfínter. Duas negavam qualquer queixa de incontinência.

A média de pressão a 2 cm foi de 34 mmHg, e a média de contração máxima voluntária foi de 59,4 mmHg. Não houve diferença significativa entre esses valores no pré e no pós-operatório. Três dessas pacientes retiveram 2.000 ml de água morna e as duas pacientes que apresentaram deiscência tiveram incontinência com 120 e 140 ml. Todas suportaram distensão do balão retal até 300 ml.

Duas pacientes foram consideradas como resultado pós-operatório excelente, uma paciente como resultado bom (incontinência ocasional para gases) e duas regular (incontinência freqüente para gases e ocasional para fezes líquidas). Todas as pacientes relataram estar satisfeitas com a operação.

DISCUSSÃO

A incontinência fecal é uma condição funcional que traz grandes repercussões na vida sócio-familiar de suas portadoras. Essas marginalizam-se do convívio social devido à preocupação com os embaraços que são freqüentes nessas condições. Esse constrangimento chega a tal magnitude que algumas de suas portadoras vivem anos sem procurar auxílio médico. Em nossa série, a despeito de se tratar de uma classe sócio-econômica baixa, algumas pacientes viveram mais de 20 anos nessas condições, inclusive com gestações e partos através de períneos que perderam sua condição anatômica e funcional.

Apesar da literatura internacional ser muito escassa no que diz respeito à ruptura perineal do 3º grau, acreditamos que em nosso meio essa seja uma condição relativamente freqüente, devido principalmente ao número muito grande de partos sem assistência especializada e à condição sócio-cultural dessas pacientes, que se sentem inibidas em procurar auxílio médico.

Com esse estudo procuramos determinar os parâmetros mais fidedignos na correta avaliação das repercussões fisiopatológicas dessa alteração anatômica. Para a correta interpretação dos da-

dos, comparamos os resultados obtidos nas pacientes com ruptura perineal do 3º grau com dois outros grupos de pacientes, nulíparas e portadoras de ruptura perineal do 2º grau. Finalmente, um grupo de cinco pacientes dentre as submetidas à correção cirúrgica foram estudadas e os resultados comparados e analisados.

Dentre os fatores epidemiológicos, os partos sem assistência médica, prolongados, foram os maiores responsáveis. Os partos parecem exercer importância no aparelho esfíncteriano. Uma prova disso foram os menores índices manométricos obtidos em pacientes com ruptura perineal do 2º grau do que em nulíparas. A gestação de per si não contribuiu para diminuir essas pressões, uma vez que na paciente que havia tido duas gestações terminadas em cesáreas as pressões foram semelhantes ao grupo das nuligestas.

Ao exame proctológico é necessária uma palpação cuidadosa do esfínter externo, o qual é muitas vezes substituído por fibrose em sua porção anterior. Isso pode dar a falsa impressão de que ele esteja íntegro. Essa trave fibrosa anterior serve de apoio para o esfínter, que toma uma forma em ferradura e, às custas de uma contração parcial, consegue manter certo grau de continência. Observamos que os elevadores eram tanto mais potentes quanto maior fosse o comprometimento do esfínter. Parece haver um mecanismo de compensação dos elevadores quando há lesão importante do esfínter, a qual, no entanto, muitas vezes não é suficiente para manter a continência. Uma observação simples e bastante segura é a presença ou não do conteúdo fecal na ampola. As pacientes com incontinência sempre tiveram a ampola retal vazia. Nem sempre o toque retal foi capaz de diagnosticar uma hiper ou hipotonia esfíncteriana. Em alguns casos de ruptura perineal do 3º grau, a fibrose resultante pode dar uma falsa impressão de tônus normal ao toque.

O método por nós utilizado para a obtenção dos índices manométricos, apesar de simples, mostrou-se bastante eficiente. No grupo A, de pacientes nulíparas, a média de pressão a 2 cm foi 57,8 mmHg, semelhante à encontrada por outros autores (*Collins*^{3, 4}: $56,1 \pm 7,2$ mmHg, *Taylor*^{1, 1}: $41,7 \pm 7,6$ mmHg, *Katz*⁹, com variações de 35 a 80 mmHg). Os valores da pressão basal a 2 cm encontrados no grupo B (média 49 mmHg) foram estatisticamente menores do que a média do grupo A. Apesar de que essa diminuição não foi acompanhada de incontinência fecal demonstrável nesse grupo de pacientes, a multiparidade demonstrou ser um fator de importância na dimi-

nuição dos valores da contração basal do esfíncter anal.

No grupo C as pressões foram ainda menores (média: 21,6 mmHg), e nesse grupo foram acompanhadas de incontinência fecal em 14 das 15 pacientes. De maneira geral, as doentes incontinentes apresentaram a pressão basal a 2 cm abaixo de 30 mmHg. Raramente pacientes com níveis pressóricos acima desse eram incontinentes. Houve diferença estatística entre os três grupos até aqui analisados, tanto comparando-se as pressões basais como as pressões da contração máxima voluntária.

Nas pacientes avaliadas após a correção cirúrgica (Grupo D), observou-se uma elevação tanto na pressão basal (21,6 para 34 mmHg) como na contração máxima voluntária (45,7 para 59,5 mmHg). No entanto, esses valores não foram estatisticamente significantes.

A manometria concluiu haver não só uma hipotonia como também uma incapacidade de elevação manométrica voluntária, nos moldes do esfíncter íntegro. Esse fato é comprovado pela menor diferença de contração máxima voluntária do grupo C, quando comparado com os grupos A e B, apesar de não ter havido diferença significativa.

A prova de retenção líquida não foi um parâmetro sensível para se quantificar a incontinência, pois apenas quando as queixas eram francas ocorria variação nos seus resultados. No entanto, as pacientes do grupo C que foram re-estudadas apresentaram um aumento da capacidade de retenção média de 296 para 1.252 ml.

A distensão do balão retal tem sido utilizada para se determinar a integridade do reflexo anal^{1, 8, 10, 11}. A progressiva distensão do balão retal leva a uma queda na pressão do esfíncter interno. Esse achado foi designado como reflexo de relaxamento inibitório do músculo esfíncter interno do ânus¹⁰. O volume de distensão retal necessário para que ocorra queda das pressões no canal anal depende do diâmetro do reto. O início do relaxamento receptivo pode ocorrer com 28,4 ml nos indivíduos normais até $119,2 \pm 22,6$ ml nos portadores de megacólon idiopático¹¹ ou 260 ml para o megacólon chagásico¹⁰.

Incluimos a distensão retal no nosso protocolo apenas com o intuito de se excluir algum fator orgânico ou neurogênico na clínica de incontinência referida pelas nossas pacientes. Nos grupos A e B, todas as pacientes suportaram a injeção de 300 ml de ar, apesar de muitas referirem necessidade imperiosa e dores em cólica em baixo ventre, como assinalaram *Matos* e cols.¹⁰. No entanto, no grupo de pacientes com ruptura

perineal do 3º grau, apenas seis suportaram esse volume. As nove pacientes restantes evacuaram espontaneamente o balão antes dos 150 ml.

A ruptura perineal do 3º grau é uma condição eminentemente cirúrgica. Quando ocorre durante o parto assistido, a sutura primária é, em geral, seguida de um bom resultado funcional⁶. No entanto, as rupturas que se cronificam são acompanhadas de alterações funcionais importantes. O maior afastamento dos feixes puborretais dos elevadores permite o aparecimento da retocele. Pela diminuição da ação do esfíncter, provavelmente ocorre um aumento da potência de contração dos elevadores, numa tentativa de modificar o eixo do reto, e com isso permitir certa continência.

Como resultado funcional, todas as pacientes declararam estar satisfeitas com o resultado da operação. Em duas, a melhora clínica e o estudo da continência foram considerados excelentes, com níveis semelhantes ao grupo controle. Uma paciente apresentou melhora razoável (resultado considerado bom) e outras duas apresentaram melhora discreta, tanto clínica como manométrica.

Consideramos a técnica cirúrgica utilizada de eficácia limitada, uma vez que não houve diferença estatisticamente significativa, nos valores manométricos no pré e pós-operatório. *Goligher*⁶ comenta que muitas vezes, a despeito de um resultado estético bom, o resultado funcional não é o esperado. Certamente outras variáveis são importantes na continência fecal, além da simples correção anatômica.

Uma modificação da técnica cirúrgica está atualmente sendo submetida a estudo protocolado, porém os seus resultados não foram ainda analisados.

Fecal continence in patients presenting perineal tear

SUMMARY

Fecal incontinence is a very disturbing condition, leading to frequent socio-familial embarrassments. Obstetric trauma is an important etiologic factor because it is prevalent mainly among young patients. In order to determine the role played by delivery and perineal tears in the anal sphincter pressure and fecal continence, three groups of 15 patients were studied: Group A: nulliparous, group B: patients presenting 2º degree perineal tear and group C: patients presenting 3º degree perineal tear. Five additional patients were studied postoperatively (group D). Anal pressures

were significantly decreased in patients presenting either 2^o degree (49 mmHg) or 3^o degree (21.6 mmHg) perineal tear, comparing to group A (57.8 mmHg), suggesting that delivery itself may decrease anal pressure. Among the 15 patients presenting 3^o degree perineal tear, 14 were incontinent. Mean pressure in group C (21.6 mmHg) increased to 34 mmHg postoperatively. This difference was not significant. These results suggest that posterior perineoplasty associated with anoplasty performed in these patients was only partially effective to restore anal pressures.

UNITERMS: perineal tear; anal sphincter; manometry; surgery

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVA J, MENDELHOFF AI & SCHUSTER MM – Reflex and electromyographic abnormalities associated with fecal incontinence. Gastroenterology, 53: 101-106, 1967.
2. BRODEN B & SNELLMAN B – Procidencia of the rectum studied with cineradiography. A contribution to the discussion of causive. Dis Colon Rect Mechanism, 11: 303-306, 1980.
3. COLLINS CD, BROWN BH & WHITTAKER GE et al. – New method of measuring forces in the anal canal. Gut, 10: 160-163, 1969.
4. COLLINS CD, DUTHIE HL, SHELLEY T & WHITTAKER GE – Force in the anal canal and continence. Gut, 8: 354-360, 1967.
5. GASTON EA – Fecal continence following resections of various portions of the rectum with preservation of the anal sphincter. SGO, 87: 669-678, 1948.
6. GOLIGHER JC – Prolapse of the rectum. In Goligher (ed.). Surgery of the anus, rectum and colon. 4^a ed., London, Baillière-Tindall, 224-258, 1980.
7. GOLIGHER JC – The surgical anatomy of the anal canal. Br J Surg, 43: 51-61, 1955.
8. HENRY MM, PARKS AG & SWASH M – The anal reflex in idiopathic faecal incontinence: an electrophysiological study. Br J Surg, 67: 781-783, 1980.
9. KATZ LA, KAUFMANN HJ & SPIRO HM – Anal sphincter pressure characteristics. Gastroenterology, 52(3): 513-518, 1967.
10. MATOS D, OLIVEIRA E & CHACON JP – Eletrometria anorretal. Sua avaliação nos indivíduos normais e naqueles portadores de megacólon chagásico. Rev Col Bras Cir, 8(3): 140-145, 1981.
11. TAYLOR I, HAMMOND P & DARBY C – An assessment of anorectal motility in the management of adult megacolon. Br J Surg, 67: 754-756, 1980.

Endereço do Autor:

Antonio Carlos L. Campos
 Av. Visconde de Guarapuava, 4125 – Ap. 1502
 80230 – Curitiba – Paraná