

Instrumentação Anal Erótica: Um Problema Médico-Cirúrgico

Anal Erotic Instrumentation: A Medical problem

JÚLIO CÉSAR MONTEIRO DOS SANTOS JR.¹

¹ Titular da Sociedade Brasileira de Coloproctologia.

SANTOS JR. JCM. Instrumentação Anal Erótica: Um Problema Médico-Cirúrgico. *Rev bras Coloproct*, 2007;27(1): 096-100.

RESUMO: A inclusão do ânus na esfera sexual e a utilização de objetos fálcos para prática auto-erótica, descrito na literatura médica desde o século 16, é freqüente na sociedade moderna. O problema social traz consigo, além do aspecto curioso, o risco de lesões ano-retais traumáticas de graves repercussões. Nesse artigo destacamos esses aspectos, reunindo 20 pacientes do sexo masculino, dos quais 6 (30%) foram atendidos com o objeto retido no reto, e 14 (70%) com lesão ano-retal ocorrida durante a prática erótica e provocada pelo corpo fálco. Dentre os pacientes com lesão ano-retal, 10 (71,4%) estavam com o reto perfurado. As lesões ano-retais foram tratadas cirurgicamente, e 7 desses pacientes (50%) evoluíram com complicações que incluem 2 óbitos (20% entre os que tinham perfuração do reto), o que representa para o grupo todo o índice de 10,5% de mortalidade. A prática do erotismo anal com emprego de objetos fálcos, pelo alto índice de morbi-mortalidade, constitui-se em grave problema médico cirúrgico.

Descritores: corpo estranho, erotismo anal, trauma ano-retal.

INTRODUÇÃO

A literatura médica sobre o intercuro sexual anal e o traumatismo ano-retal registra, além do aumento dessa prática^{1,2}, uma enorme variedade de objetos utilizados durante o ato sexual ou durante estimulação auto-erótica, nos casos de masturbação solitária. Objetos tais como: lâmpada elétrica, copo, cabo de guarda-chuva, espiga de milho, cenoura, garrafa de refrigerante, semente de manga, pênis torneado em madeira, ponta de dispositivo para ducha vaginal, etc, compõem a coleção de objetos usados no erotismo anal, envolvendo não só a comunidade homossexual, como a heterossexual³.

Esses objetos podem causar lesões graves; ou, ficando retidos no reto, desafiar a engenhosidade do médico frente à dificuldade que oferecem para serem retirados^{4-6,7}, pois na maioria das vezes esses pacientes procuram atendimento médico depois de várias e infrutíferas tentativas de remoção do corpo estranho¹.

Em algumas publicações, tratando do problema, encontramos classificações e, de acordo com os

tipos de lesões e a situação do corpo estranho, métodos de tratamento⁸⁻¹³.

A maioria dos autores, entretanto, em seus artigos, destacam, frequentemente com humor, mais os aspectos curiosos do acidente do que o seu significado mordido e sua abrangência no âmbito da responsabilidade médica, dando pouca ênfase à gravidade do problema e sua associação com complicações graves^{4,5,10}.

Longe de considerar o erotismo anal e, nessa esfera, a prática anal erótica como tabus ou encará-los com desrespeitoso humor, o médico deve dispensar àqueles pacientes cuidadosa avaliação, não só pela possibilidade de lesões graves, principalmente do reto^{1,9,14}, como também pelo agravante de que, os pacientes em questão, na grande maioria das vezes, procuram o hospital depois de passado muito tempo do instante do trauma e de várias tentativas para a remoção do corpo estranho¹. Além disso, não é incomum que as vítimas omitam dados ou contem histórias inusitadas, embaraçando o médico na busca do diagnóstico correto.

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia – Seção de Coloproctologia. Hospital e Maternidade Frei Galvão de Guaratinguetá - São Paulo - Brasil.

Nosso objetivo prende-se ao realce do significado mórbido das lesões retais decorrentes da estimulação anal erótica com objeto introduzido no reto, bem como à ênfase ao importante papel do exame proctológico como complemento na avaliação clínica do abdômen agudo e de qualquer etiologia. Não se trata, portanto de um estudo controlado de classificação de lesão nem de métodos terapêuticos, mas intenta chamar atenção para o aspecto médico-cirúrgico de um comportamento que muitos insistem em excluir da esfera dos desajustes da personalidade.

PACIENTES E MÉTODOS

No período compreendido entre janeiro de 1979 e dezembro de 2001, 20 pacientes do sexo masculino com idades de 15 a 62 anos (média 32,5 anos) internados na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto(USP), no Hospital Geral de Pedreira e no Hospital Maternidade Frei Galvão de Guaratinguetá, com corpo estranho retido no reto ou com lesão ano-retal por causa de prática anal erótica, associada ou não a sinais abdominais de peritonite, foram divididos em dois grupos:

a. Grupo 1 – constituído por 6 pacientes com corpo estranho retido no reto, mas que não apresentavam lesão ano-retal - e

b. Grupo 2 – constituído por 14 pacientes com lesão ano-retal, sem o corpo estranho retido.

Grupo 1. (Pacientes que se apresentaram com o corpo estranho retido no reto, porém sem lesão ano-retal)

A constatação da presença retal do corpo estranho ocorreu durante exame proctológico, e a retirada do objeto, por via anal, foi feita em três deles, no ambulatório, após sedação anestésica feita por via venosa. Os dois outros, necessitando de maior sedação, foram tratados no centro cirúrgico

Grupo 2. (Pacientes que se apresentaram com lesão ano-retal provocada pela introdução de corpo estranho no reto durante prática erótica anal).

Quatro pacientes (28,6%) desse grupo, exibindo lesão do epitélio do canal anal e laceração da mucosa retal foram internados com diagnóstico de trauma ano-retal. A continuidade da mucosa lacerada foi estabelecida com sutura contínua de catgut 3-0 cromado, com os pacientes sob efeito de anestesia loco-regional obtida por infiltração raquídeana de marcaina.

A lesão do epitélio do canal anal foi debridadada e deixada para cicatrizar por segunda intenção.

Os outros dez pacientes (71,4%) foram internados e submetidos, sob anestesia geral, a laparotomia exploradora, com o diagnóstico inicial de peritonite devido a perfuração de víscera oca.

RESULTADOS

História Clínica (Grupos 1 e 2)

Durante o primeiro atendimento as queixas mais frequentes foram: dor abdominal de aparecimento súbito, iniciada desde há 3 até 48 horas (média = 16 horas), seguida de náusea e vômito.

Cinco dos 20 pacientes (25%), dois dos quais homossexuais declarados, associaram a sintomatologia à possível lesão ano-retal provocada durante masturbação anal com objeto rígido. Entre os 15 restantes, 9 pacientes (60%) não fizeram menção à introdução de corpo estranho no reto, e nem ofereceram ao médico elementos para a suspeita da existência de ferimento ano-retal. Desses nove, sete (78%) tinham o reto perfurado para a cavidade peritoneal, e 2 (22%) laceração profunda da mucosa retal. Seis dos quinze pacientes (40%) contaram histórias inusitadas para justificar o acidente: 3 deles estavam com o objeto retido no reto, 1 tinha laceração do epitélio do canal anal, 1 laceração da mucosa retal e o outro perfuração do reto.

Grupo 1

Os 6 pacientes que estavam com o objeto retido no reto e não apresentavam lesão anorretal ou sinais abdominais sugestivos de irritação peritoneal tinham idades variando de 28 a 64 anos (média de 42 anos). Um paciente (16,6%) revelou-se homossexual, e relatou a introdução do corpo estranho com propósitos eróticos. Os outros cinco (83,4%) negaram prática homossexual ou anal erótica e justificaram a presença do corpo estranho com histórias inusitadas.

Grupo 2

Os 14 pacientes desse grupo(81,25%), com idades de 15 a 62 anos (média 27,3 a) apresentavam trauma ano-retal, todos provocados pela introdução de corpo estranho no reto durante pratica anal erótica.

Dez pacientes (71,4%), com quadro clínico de abdômen agudo, sinais evidentes de peritonite e radiológicos de pneumoperitônio, tinham o reto perfurado .

Quatro pacientes(28,6%) tinham apenas lesão ano-retal. Dois estavam com laceração profunda da mucosa do reto e o outro, lesão lácero-contusa do canal anal.

Apenas três pacientes do Grupo 2 (21,4%) declararam-se homossexuais, e durante a entrevista associaram a sintomatologia à possível lesão ano-retal ocorrida durante a masturbação anal com o objeto fálico. Os outros 11 pacientes (78,6%) negaram o homossexualismo e a masturbação anal. Dentre esses, oito (72,7%) omitiram a existência da lesão ano-retal e não revelaram sintomas associados, e três, com histórias clínicas inusitadas, contribuíram para dificultar o diagnóstico etiológico do abdômen agudo.

TRATAMENTO

Grupo 1

O tratamento consistiu da retirada do corpo estranho do reto, com os pacientes sob efeito de sedação endovenosa. Sem complicações, esses pacientes ficaram internados o tempo suficiente para a recuperação do efeito sedativo e receberam alta hospitalar.

Grupo 2

Quatro pacientes(28,6%) desse grupo, apenas com lesões anal ou ano-retal, foram examinados sob efeito da anestesia raquídea.

As lesões da mucosa retal foram suturadas com catgut 2-0 cromado, e a laceração do canal anal foi apenas debridada e deixada para cicatrizar por segunda intenção.

Os outros 10 pacientes (71,4%) com diagnóstico inicial de abdômen agudo por perfuração de víscera oca, foram, sob anestesia geral, submetidos a laparotomia exploradora, por meio de incisão abdominal mediana, para tratamento do fator causal e da peritonite.

O local da lesão foi identificado no pré-operatório em 4 pacientes(40%), durante o exame proctológico. Em 6 pacientes (60%), o local da lesão, conseqüentemente, a causa da peritonite, somente foi identificado durante o ato cirúrgico.

A lesão do reto, após reavivamento de suas bordas, foi suturada com fio inabsorvível de polipropileno 4-0(Prolene)* e protegida com colostomia proximal, em 8 pacientes (80%); em 1 paciente foi feita ressecção com colostomia terminal à Hartman, e em outro o ferimento foi fechado sem

a colostomia protetora. Portanto 9 pacientes (90%) ficaram com colostomia.

Além da perfuração do reto, havia peritonite generalizada em 4 pacientes (40%) e pelviperitonite em 6 (60%).

Independentemente da peritonite ser ou não generalizada, a cavidade foi lavada com soro fisiológico à temperatura ambiente e a parede abdominal fechada por meio da aproximação da rafe mediana com sutura contínua de prolene 2-0*. A pele foi aproximada com fio monofilamentado de nylon 3-0, em pontos separados de Donatti.

Todos os pacientes do grupo submetidos a cirurgia abdominal foram tratados com antibióticos iniciados antes da indução anestésica, sendo associado a gentamicina (1,5 mg/kg em 200 ml de solução glicosada a 5%, como dose de ataque, injetada por via venosa, e 3,5 mg/kg/dia divididos em 3 dose iguais para injeção intramuscular, na manutenção) e o metronidazol (1 grama por via venosa antes do início da cirurgia, seguido por 0,5 gramas de 8 em 8 horas por via venosa). A terapêutica antimicrobiana foi usada no mínimo por 7 dias e no máximo por 3 semanas, e suspenso cessado os sinais clínicos de infecção.

COMPLICAÇÕES E PERÍODO DE INTERNAÇÃO

Houve 12 complicações envolvendo 7 pacientes (70%) dos 10 operados do Grupo 2, incluindo 2 óbitos (20%). Um dos óbitos foi devido à sepse peritoneal continuada e infecção da ferida abdominal que culminaram com falência orgânica múltipla envolvendo criança de 12 anos, e o outro foi devido a síndrome de Fournier de evolução progressiva e incontrolável, num paciente diabético de 62 anos de idade.

Nos outros cinco pacientes(50%) houve infecção da ferida cirúrgica. Dois pacientes (20%), além da infecção da ferida, apresentaram, ao longo do pós-operatório, abscesso intraperitoneal e, em 2(20%), a infecção foi acompanhada de deiscência total de parede.

O tempo de internação para o tratamento da lesão inicial e/ou das complicações variou de 2 a 332 dias. A média, em dias, de internação para a maioria dos pacientes foi de 8 dias.

Entre os pacientes com colostomia, um permaneceu internado até a reconstrução do trânsito in-

testinal (322 dias), um morreu durante o tratamento inicial, e outro tomou destino desconhecido.

Seis pacientes (60%) foram reinternados, cerca de três meses após a alta hospitalar, para reconstrução do trânsito intestinal e permaneceram no hospital, em média, por 8,5 dias.

Cinquenta por cento deles apresentaram complicação infecciosa da ferida, no pós-operatório do fechamento da colostomia.

DISCUSSÃO

O auto erotismo não é comportamento peculiar apenas dos seres humanos e entre esses a inclusão do ânus na esfera da atividade sexual é fato tão antigo quanto a civilização e parte exibida da relação homossexual, principalmente entre as pessoas do sexo masculino¹⁵.

A maioria das publicações que trata do uso de instrumentos na prática anal erótica e das complicações inerentes evidencia a preocupação dos autores em mostrar mais o lado curioso do problema com ênfase na classificação do tipo de lesão e nos artifícios utilizados para retirada de objeto perdido no reto, do que em realçar o significado grave daquela prática quando acompanhada de ferimento ano-retal^{1,4-13}.

Assim, a prática do auto erotismo anal é, também, problema médico-cirúrgico³, nem sempre pela perda do corpo estranho para dentro do reto, mas por causar lesões graves^{1,3,9} que, além de exigir terapêutica agressiva, frequentemente acompanhadas de complicações, põem em risco a vida daqueles pacientes. Contribui com a evolução menos favorável o fato de que, envolvidos com as reprimendas dos costumes sociais, os que praticam o erotismo anal, quando vítimas de acidentes tais como os relatados, retardam a ida ao médico e quando, tardiamente, o fazem, omitem dados importantes para a orientação diagnóstica^{1,3}.

A lesão mais temível pela gravidade que encerra é a perfuração do reto para a cavidade peritoneal. Esse tipo de lesão, na nossa casuística, foi freqüente, e se fez acompanhar das complicações sépticas que lhe são peculiares. O tratamento difícil, exigiu internação quase sempre prolongada com repetidas intervenções cirúrgicas.

No Grupo em que havia lesão ano-retal, dois pacientes morreram (20%); 69% ficou com colostomia, em média por 3 meses, e foram obrigados a uma segunda internação para nova intervenção cirúrgica, também acompanhada de considerável índice de complicação. Esses aspectos de ordem médica devem ser considerados ao lado dos econômicos e sociais, com base nos custos da internação que, associada à infecção, se prolonga; no afastamento do convívio social e das atividades civis, no ônus da colostomia e na eventual necessidade de novos tratamentos que implicam em outras internações.

Os princípios e condutas terapêuticas na abordagem da pessoas com corpo estranho no reto estão bem definidos, com variações impostas pelas peculiaridades de cada caso em particular^{4,5,8, 10-13}.

Quando há lesão perfurante do reto com envolvimento peritoneal, o tratamento obedece ao que, classicamente, se preconiza para as lesões do intestino grosso do lado esquerdo¹⁶⁻¹⁷.

Na maioria dos nossos casos a lesão retal foi apenas identificada durante o ato cirúrgico, evidenciando que o diagnóstico correto e completo ficou prejudicado pela omissão de dados por parte do paciente, que é fato comum³ e pela omissão do médico que não considerou indispensável o exame proctológico completo como complemento da semiologia abdominal, na avaliação do abdômen agudo.

Quando há suspeita de perfuração dos segmentos mais distais do intestino grosso não identificada ao toque retal ou ao exame retossigmoidoscópico, o enema com contraste iodado deve ser feito¹², principalmente porque as perfurações do reto e ou do sigmóide nem sempre são ricas em expressões clínicas mas, mesmo assim graves e fatais, quando não diagnosticadas e tratadas precocemente.

Em suma, a prática do erotismo anal envolvendo a introdução de objetos rígido dentro do reto é causa comum de acidente acompanhado de lesão retal grave com alto índice de morbi-mortalidade e, portanto, além do seu aspecto social, constitui-se em sério problema médico cirúrgico³.

A experiência com esses casos nos ensina, também, a oportunidade de repetir que o exame proctológico completo é complemento indispensável na semiologia do abdômen agudo.

ABSTRACT: Anorectal injuries and colorectal foreign bodies due to anal erotic instrumentation or transanal autoerotism are a common fact of modern homosexual relationship making both a social and surgical problem. Severe anorectal injuries caused by foreign bodies during sexual practice and sexual autostimulation are reported occurring in 20 male patients. These patients are allocated in two different groups. Group 1: patients referred to the hospital with retained like-penis rectal foreign body without anorectal lesions(30 %). Group 2: patients admitted to the hospital with anorectal lesions (70%) due to foreign body inserted into the rectum for sexual stimulation. Among them, 10 patients (71,4%) had rectal perforation. Fifty per cent exhibited several complications following surgical management of injuries. Among patients of the group 2 there were 20% of mortality. We emphasize the severity of such lesions and claim for judicious assessment of those patients.

Key words: Foreign body, erotic anal instrumentation, anorectal lesions.

REFERÊNCIAS

1. Crass AR, Tranbaugh G, Kudsk KA, Trunkey DD. Colorectal foreign bodies and perforation. *Am J Surg* 1981;141:85-89.
2. Robertson HD, Ray JE, Ferrari BT, Gathright JB Jr. Management of rectal trauma. *Surg Gynecol Obstet* 1982;154:161-164.
3. Witz M, Shapitz B, Zager M, Elaishiv A, Dinbar A. Anal erotic instrumentation. A surgical problem. *Dis Colon Rectum* 1984;27:331-332.
4. Siroospour D, Dragstedt LR. A large foreign body removed through the intact anus. *Dis Colon Rectum* 1975;18:616-619.
5. McDonanld PT, Rosenthal D. An unusual foreign body in the rectum - A baseball. *Dis Colon Rectum* 1977;20:56-57.
6. Kingsley AN, Abcarian H. Colorectal foreign bodies. Management up date. *Dis Colon Rectum* 1985;28:941-944.
7. Lake JP, Essani R, Petrone P, Kaiser AM, Asencio J, Beart Jr RW. Management of retained colorectal foreign bodies: predictors of operative intervention. *Dis Colon Rectum* 2004;47:1694-98
8. Haddad J, Ellenbogen G, Foschi N. Utilização de fórceps na extração de corpos estranhos do reto. *Rev Paulista Med* 1971;77:119-122.
9. Barone JE, Sohn N, Nealon TFF. Perforation and foreign bodies of the rectum. Report of 28 cases. *Ann Surg* 1976;184:601-604.
10. Hughes PJ, Marice HP, Gathright JB. Method of removing a hollow object from the rectum. *Dis Colon Rectum* 1976;19:44-45.
11. Eftaiha M, Hambrick E, Abcarian H. Principles of management of colorectal foreign bodies. *Arch Surg* 1977;112:691-695.
12. Levin SE, Cooperman H, Freilich M, Lomas M. The use of curved uterine vulsellum for removal of rectal foreign bodies. *Dis Colon Rectum* 1977;20:532-533.
13. Barone JE, Yee J, Nealon TFF. Management of foreign bodies and trauma of the rectum *Surg Gynecol Obstet* 1983;156:453-457.
14. Sohn N, Weinstein MA, Gonchar J. Social injuries of the rectum. *Am J Surg* 1977;134:611-612.
15. Marino AWJr, Mancini HW. Anal eroticism. *Surg Clin North Am* 1978;58:513-518.
16. Trunkey D, Hays RJ, Shires CT. management of rectal trauma. *J Trauma* 1973;13:411-415.
17. Bartizal JF, Boyd DR, Folk FA. A critical review of management of 392 colonic and rectal injuries. *Dis Colon Rectum* 1974;17:313-318

* Ethicon, Johnson & Johnson do Brasil

Endereço para correspondência:

JULIO CESAR M. SANTOS JR
Av. Ministro Urbano Marcondes, 110
Guaratinguetá, SP
12515-230