
Anomalia anorretal: relato de caso clínico

EVERTON FERNANDO ALVES(G-UNINGÁ)¹
JUCÉLIA LINS DOS SANTOS OLIVEIRA(UNINGÁ)²
MARIA DO ROSÁRIO MARTINS(UNINGÁ)³

RESUMO

A Anomalia Anorretal é uma importante causa de obstrução gastrointestinal, com alta taxa de morbi-mortalidade em recém-natos. Há diversos mecanismos patológicos possíveis para explicar esta malformação e duas explicações clássicas de sua gênese são um defeito de recanalização do tubo intestinal ou uma interrupção no suprimento sanguíneo durante a vida intra-uterina, entretanto a causa ainda é desconhecida. Desta forma, o presente estudo tem por objetivo descrever um caso clínico de uma criança internada em um Hospital do Município de Maringá-PR, portadora de uma anomalia anorretal (Ânus imperfurado). Para este estudo, foram coletados dados do prontuário da criança, exame físico e uma entrevista semidirigida com a mãe da criança durante o período de internação. Diante do exposto obtivemos dados que nos permitiram adquirir conhecimento sobre o tratamento, a patologia e os cuidados a serem prestados a essa patologia, pois educadores em saúde devem estar aptos a fazer orientações e dar apoio psicológico aos pais da criança durante essa fase de adaptação, assim como prestar atendimento adequado a essa patologia.

Palavras-chave: Anomalia anorretal. Ânus imperfurado. Enfermagem Pediátrica.

¹ Acadêmico do Curso de Enfermagem, Faculdade Ingá – UNINGÁ

² Professora Especialista Faculdade Ingá – UNINGÁ

³ Professora Mestre Faculdade Ingá – UNINGÁ

INTRODUÇÃO

As anomalias anorretais, especificamente, o termo “ânus imperfurado” é usado para descrever as anormalidades congênitas do canal anorretal ou na localização do ânus dentro do períneo. A incidência é de um em 4.000 a um em 5.000 nascimentos, com discreta predominância masculina (NETTINA, 2003).

O interesse pela realização deste trabalho surgiu da experiência de um caso de ânus imperfurado, durante bloco prático da disciplina de Saúde da Criança II do Curso de Enfermagem da Faculdade Ingá – UNINGÁ, que nos proporcionou uma investigação para se obter conhecimento científico sobre o tratamento, patologia e os cuidados.

Seguindo o quadro clínico pré e pós-cirúrgico do paciente na unidade, foi desenvolvido e implementado um plano de cuidados baseados no diagnóstico de Enfermagem segundo a taxionomia II da NANDA enfatizando as necessidades e riscos inerentes ao estado geral da mesma.

A investigação do caso foi realizada através de uma entrevista direcionada de forma semidiretiva com a mãe da criança no período de internação entre 04/05/2005 à 11/05/2005 e, solicitado autorização para publicação do caso. Para complementação dos dados obtidos, foi realizado exame físico, análise da evolução de enfermagem realizada diariamente pelo enfermeiro da unidade de internação e pelo prontuário médico. O consentimento informado fez parte deste estudo, mantendo o sigilo da identidade do paciente.

Este trabalho terá como objetivo relatar um caso clínico de ânus imperfurado, enfatizando a importância do reconhecimento precoce dessa malformação pela equipe de enfermagem, a fim de permitir o seu tratamento imediato visando melhora do prognóstico da criança.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O tubo digestivo primitivo consiste em duas partes: o intestino anterior, dentro da flexura cefálica e dorsal ao coração, e o intestino posterior, dentro da flexura caudal. Entre ambos encontra-se a larga abertura do saco vitelino, gradualmente, estreitado e reduzido a um pequeno forame que conduz ao ducto vitelino. A princípio o intestino anterior e posterior termina em fundo cego. A extremidade cranial do intestino anterior está separada do estomódio pela membrana

bucofaríngea e o intestino posterior termina na coacla, fechada pela membrana cloacal (GRAY, 1988).

Um trato alimentar completamente funcional em recém-natos corresponde a um complexo sistema orgânico que se desenvolve do tubo digestivo primitivo a partir de uma complicada, porém ordenada seqüência de eventos que se estende desde o período embrionário até o nascimento. Um completo entendimento sobre o desenvolvimento normal do trato gastrointestinal é útil na compreensão das suas anomalias congênitas (BERROCAL, 1999).

As anomalias anorretais se dão por interrupção no desenvolvimento embrionário do ânus, parte inferior do reto e trato urogenital na oitava semana de vida embrionária, entretanto, a causa é desconhecida (NETTINA, 2003).

Um amplo espectro de anomalias congênitas do trato gastrointestinal é causa significativa de morbi-mortalidade no grupo pediátrico. Estas anormalidades incluem distúrbios obstrutivos completos ou parciais (atresia/estenose), anomalias de rotação e fixação, bem como duplicações e compressões extrínsecas. Entre as causas obstrutivas destacamos as atresias, cuja apresentação clínica é variável com a topografia acometida, a qual deve ser determinada principalmente em estudos por métodos de imagem (BERROCAL, 1999).

Segundo PEÑA (1982), pais com filhos portadores de anomalia anorretal têm 1% de chance de ter outro filho com este tipo de defeito congênito.

De acordo com Nettina (2003), 40% dos bebês com malformações anorretais apresentam anomalias importantes associadas: Síndrome de Down; Cardiopatia congênita; Anormalidades renais; Criptorquismo; Atresia esofágica; Malformação da coluna vertebral. Estas podem fazer parte da síndrome VACTERL e, portanto, também devem ser investigadas (BERROCAL, 1999).

De acordo com Murahovschi (2003), as anomalias anorretais (AAR) são distas ALTAS ou BAIXAS, dependendo do fundo do saco situar-se acima ou abaixo do músculo elevador do ânus (que é o elemento mais importante da incontinência fecal). De acordo com as freqüências dos tipos em relação ao sexo, podemos destacar:

MASCULINO: 1. Fístula Retouretral; 2. Fístula perineal. Ambas são AAR baixas; geralmente são fístulas de pequeno calibre, o que causa obstrução intestinal baixa. Os defeitos saltos (Ex: Fístulas retovesicais), representam apenas 10% das AAR.

FEMININO: 1. Fístula Retovestibular (Retovestíbulo da vagina); 2. Fístula Perineal, (geralmente são fístulas de bom calibre permitindo evacuação satisfatória nos primeiros dias); 3. Persistência da coacla (defeito complexo).

Em ambos os sexos, ânus imperfurado sem fístula representa apenas 5% das AAR e são mais freqüentes em síndrome de Down; a atresia retal (reto em fundo de saco com ânus normal) só é diagnosticado pelo toque retal ou pela tentativa de introduzir um termômetro (MURAHOVSKI, 2003).

É importante observar a distensão abdominal, que não aparece ao nascimento, mas algumas horas depois, sendo o tempo necessário para saída de mecônio por fistulas pequenas. Além disso, é imprescindível examinar a urina, colocando uma peça de gaze na ponta do pênis, para detectar mancha de mecônio (fístula urinária). O diagnóstico pode ser feito em 80-90% dos casos em bases clínicas, medindo a distância entre o fundo cego retal e a pele perineal:

- AAR BAIXAS: distância menor que 2 cm; pode haver presença de mecônio no períneo; fístula em “alça de balde”; fístula na rafe mediana; membrana anal e estenose anal.

CONDUTA: Corrigir ao nascimento – cirurgia perineal (Proctoplastia), sem colostomia.

- AAR ALTAS: distância maior que 2 cm; pode haver presença de períneo achatado com perda do sulco interglúteo e da impressão anal, mecônio eliminado na urina ou ar visível na bexiga à radiografia simples em perfil.

CONDUTA: Colostomia. Aguardar dois ou mais meses, observando o desenvolvimento e investigando malformações associadas; as correções finais dos defeitos mais altos costumam ser adiadas por um ano, quando se efetua um procedimento de restabelecimento com anorretoplastia sagital superior.

As AAR baixas têm prognóstico melhor do que as altas e as coaclas, a presença de anomalias vertebrais sacrais aumenta o índice de incontinência fecal pós-operatória.

De acordo com Robbins (2000), a obstrução pode ser completa (atresia) ou parcial (estenose). A estenose é menos comum e resulta de um segmento intestinal estreitado ou um diafragma com uma abertura central estreita. A atresia pode assumir a forma de um diafragma imperfurado da mucosa ou um segmento semelhante a um cordão

conectando os intestinos proximal e distal intactos. A ausência de ruptura do diafragma coaclal produz um “ânus imperfurado”.

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente J. V. S. Q., 01 ano, masculino, branco, nascido no dia 02/05/2004, residente no município de Cianorte – PR. Mãe relata que:

ANTECEDENTES PESSOAIS: teve acompanhamento no pré-natal, nasceu de parto cesárea com ápgar 8-9, apresentando 3,130 kg e 46,5 cm, com Anomalia Lombo-Sacra, pé torto congênito e Agenesia renal, com 02 dias de vida apresentou abdome inchado, distendido e ficou “arroxeado” segundo a mãe; com 03 dias de vida apresentou vômito com fezes, até então ninguém sabia que a criança tinha “Ânus Imperfurado”. Foi submetido a cirurgia “Colostomia” no mesmo dia. Mãe relata que não houve problema até então; fez uso de aleitamento materno exclusivo até os 10 meses, e continua sendo amamentado até o momento, estado vacinal incompleto faltando às vacinas Tríplice Viral e Febre Amarela; possui grau +++ de desnutrição.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Os pais possuem 1º grau incompleto, mãe nega cirurgias e doenças na infância, mas apresenta ITU de repetição (mais de 03 episódios ao ano). Possui um primo de 2º grau paterno, que teve a mesma doença. Avô paterno faleceu com infarto, Pai e irmã de 11 anos são hígidos.

DESENVOLVIMENTO NEURO-PSICO-MOTOR: sentou aos 9 meses de idade, mas ainda não tem habilidade em engatinhar ou andar, brinca sozinho utilizando caminhão e bola, começou a falar aos 11 meses.

PADRÃO DE ELIMINAÇÕES: não possui controle esfinteriano intestinal e vesical (ânus imperfurado), presença de colostomia, fazendo uso de fralda.

PADRÃO DE ALIMENTAÇÃO: 2 à 3 colheres por refeições contendo arroz, feijão batido no liquidificador, carne, mamão e banana raspados e amassados, aceita bem líquidos (água, suco de laranja, acerola) e a fórmula do leite “Apitamil” em mamadeira 100ml 04 vezes/dia; Mãe não dá alimentos constipantes (maça, chocolate, pêra, maisena).

PADRÃO DE SONO E REPOUSO: dorme sozinho, sono tranquilo não acordando durante a noite, tendo costume de utilizar uma fralda no rosto.

EXAME FÍSICO GERAL: Criança consciente, SSVV estáveis, corado, hidratado, presença de colostomia em região de flanco D, discreta hiperemia em borda de colostomia, presença de micropápulas e discreta hiperemia em região inguinal, região anal com ausência de perfuração, dorso com anomalia lombo-sacro, MMII com presença de pé torto congênito.

Atualmente possui 5,835 kg e 64,5 de altura, internado no dia 02/05/2005 a 31/05/2005, na Unidade de Pediatria de um Hospital Público, para reconstituição de Anomalia Anorretal (Ânus Imperfurado), através de Reconstrução Intestinal Vídeo Assistida (Anoplastia).

PLANO DE CUIDADOS

A assistência de enfermagem prestada ao paciente submetido à cirurgia para o tratamento de “Anomalia Anorretal” foi abrangente e preocupou-se principalmente com a higiene, sinais e sintomas e cuidados específicos ao problema do paciente, decorrente do procedimento cirúrgico.

Com base nas prescrições de enfermagem desenvolvida, implementada e levantadas do prontuário do paciente submetido a cirurgia para o tratamento de Anomalia Anorretal, podemos enfatizar e acrescentar, como contribuição à assistência a esse paciente, os seguintes cuidados relacionados à doença e ao período pré e pós-operatório, os quais devem constar de prescrições de enfermagem aos pacientes com o mesmo diagnóstico:

A- CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

- Verificar SSVV de 6/6 h
- Manter cabeceira elevada à 30°
- Encaminhar e orientar a mãe a realizar banho de imersão com água e sabão em criança 1 x no período e s/n.
- Manter grades elevadas, para evitar possíveis quedas.

- Realizar higiene oral com gazes e água bicarbonatada 1 x por período.
- Pesar em jejum 1 x ao dia.
- Aplicar óxido de zinco em borda hiperemiada de colostomia após higienização.
- Realizar limpeza da área ao redor da colostomia com água e sabão após eliminações.
- Proporcionar recreação para a criança conforme sua idade.
- Observar e anotar:
 - SSVV
 - Padrão respiratório
 - Perfusão periférica
 - Nível de consciência
 - Queixas algicas
 - Aceitação alimentar/hídrica

B- CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

- Verificar SSVV de 6/6 h
- Manter cabeceira elevada à 30°
- Encaminhar e orientar a mãe a realizar banho de imersão com água e sabão em criança 1x no período e s/n.
- Manter grades elevadas
- Realizar higiene oral com gazes e água bicarbonatada 1 x a cada período e s/n;
- Pesar em jejum
- Realizar curativo aberto em incisão cirúrgica com SF 0,9 % + PVPI tópico 1x ao dia ou SN
- Pesar fralda para controle de diurese
- Aplicar dersani em região anal após higienização
- Realizar mudança de decúbito de 2/2 h
- Manter em jejum até 2ª ordem
- Aplicar óxido de zinco em hiperemia glútea 1X por período
- Proporcionar recreação para a criança conforme a sua idade.
- Observar e anotar:
 - SSVV
 - Padrão respiratório
 - Queixas algicas

- Perfusão periférica
- Aspecto e quantidade de diurese
- Nível de consciência

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho mostrou-nos a importância de um diagnóstico precoce de anomalia anorretal, seguido de um tratamento apropriado que pode prevenir tanto seqüelas por atraso no tratamento cirúrgico como um eventual distúrbio associado.

Um dos aspectos que podemos destacar neste estudo relaciona-se ao fato de que nós educadores em saúde, temos um papel fundamental na orientação à família dos pacientes, não só pela presença de anomalias, mas também visando o paciente de forma holística, visto que fazer orientações e dar apoio psicológico aos pais, seria essencial durante essa fase de adaptação. Assim poderão estar aptos a realizar os cuidados de acordo com a realidade em que se encontram.

Para nós enquanto cuidadores em Enfermagem, o estudo clínico do paciente J. V. S. Q., foi fundamental para obtermos o conhecimento científico sobre a patologia e os cuidados, necessários à nossa profissão. Diante disso, podemos prestar uma assistência com qualidade e segurança a fim de obtermos maior interação profissional-paciente.

REFERÊNCIAS

BERROCAL, T. et al. **Congenital anomalies of the upper gastrointestinal tract.** *RadioGraphics*, 1999, v. 19, p. 855-72; 1219-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-39842005000200011&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 17 de set. de 2005.

GRAY, H. O sistema digestivo. In: GOSS, C.M; **Anatomia**. 29. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-39842005000200011&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 17 de Set. de 2005.

MURAHOVSKI, J. **Pediatria**: diagnóstico + tratamento. 6. ed. São Paulo: Sarvier, 2003.

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. v. 3

PEÑA, A; DEVRIES, P. Posterior sagital anorectoplasty: important technical consideration and new applications. *J. Pediatr. Surg*, 1982, cap. 17, p. 796. Disponível em:
< www.fmtm.br/instpub/fmtm/discipe/anomalia.htm>. Acesso em: 04 de outubro de 2005.

ROBBINS. et al. **Patologia estrutural e funcional**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

