

LESÕES TÉRMICAS COLO-RECTAIS

CARLOS NEVES, CARLOS RESENDE, MANUEL DO ROSÁRIO, A. FERNANDO FERREIRA
Serviço de Cirurgia Geral. Hospital de S. Francisco Xavier. Lisboa

RESUMO

Descreve-se um caso clínico de queimaduras colo-rectais, numa doente com 94 anos de idade. As referidas lesões foram provocadas por um clister de água quente. A colonoscopia determinou a extensão das lesões e a histologia documentou o diagnóstico clínico. O tratamento conservador foi bem sucedido. Os autores apresentam uma revisão sobre as complicações do clister.

SUMMARY

Thermal Injury of Rectum and Colon

A case report of thermal burns of the rectum and colon in a 94-year-old woman. The thermal lesions were caused by a scalding water enema. Flexible sigmoidoscopy was useful in documenting the extension of the lesions and histology was helpful in documenting the diagnosis. The authors review the enema's complications.

CASO CLÍNICO

C. D. P. S., sexo feminino, 94 anos de idade, admitida no Serviço de Urgência por dor abdominal difusa e rectorragias.

Nos antecedentes pessoais havia a referir uma história de obstipação crónica com 40 anos de evolução, usando a doente de uma forma regular laxantes e clisteres.

No dia em que recorreu à Urgência queixava-se de dor abdominal difusa e rectorragias após um clister com água quente.

A doente estava apirética, o pulso era de 80 p/m, e a TA-150/60 mmHg. A pele e as mucosas apresentavam uma coloração normal. O exame da cabeça, do pescoço e do aparelho cardio-respiratório era normal.

A parede abdominal era móvel com os movimentos respiratórios, a palpação abdominal não despertava dor e os ruídos hidro-aéreos tinham características normais. O exame anorectal não revelou alterações no períneo, o esfíncter anal tinha uma tonicidade normal, não se tocando massas na ampola rectal; a luva saiu suja de sangue vivo.

A hemoglobina era de 12,9 gr./dl, e o hematócrito de 39,9 %; o leucograma era 15.600 g. brancos, com 85 % neutrófilos, 10 % de linfócitos, 5 % de monócitos e 0 % de eosinófilos. A contagem de plaquetas, o tempo de protrombina, o PTT, a ureia, a creatinina, a glucose, o ionograma e a amilase tinham valores normais.

O radiograma simples do abdómen em pé não revelou sinais radiológicos anormais, nomeadamente pneumoperitoneu.

A sigmoidoscopia flexível - Pentax EC380IF - até aos 14 cm, revelou áreas de mucosa muito hiperemiada com marcada friabilidade, circundando úlceras com fundo necrótico; as lesões não atingem toda a circunferência do recto, observando-se áreas de mucosa com aspecto dentro dos limites do normal (*Figura*); o exame foi interrompido pelo perigo de perfuração intestinal do cólon intraperitoneal.

A doente é internada e inicia a seguinte terapêutica: paragem da alimentação oral, fluidoterapia intravenosa, antibioterapia tripla (ampicilina, gentamicina e clindamicina), mantendo-se a vigilância clínica e radiológica para um diagnóstico precoce de uma eventual perfuração. A administração de gentamicina fez-se sob controle de gentamicinémias (protocolo de Clinical Pharmacokinetics Consultation).

Nos primeiros quatro dias de internamento a doente manteve rectorragias de escasso volume, sem repercussão hemodinâmica e com valores estáveis de hemoglobina; o quadro clínico evoluiu sem febre, sem sinais clínicos ou radiológicos de perfuração; houve uma descida gradual da leucocitose até à normalidade. Repetiu a sigmoidoscopia: área ulcerada na ampola rectal, com fundo escuro; múltiplas áreas ulceradas, com fundo fibrinoso até aos 20 cm. A biópsia revelou um marcado edema e hialinização do corion da mucosa com necrose e erosão do epitélio glandular; compatível com o diagnóstico clínico de lesões térmicas.

Perante a evolução favorável inicia dieta líquida ao 5º dia de internamento e suspenderam-se os antibióticos.



Alta ao nono dia de internamento: sem queixas, com dejectões de características normais, nomeadamente sem vestígios macroscópicos de sangue.

Após a alta é seguida na consulta externa, mantendo-se assintomática. Repete a sigmoidoscopia que revelou uma resolução completa das lesões; posteriormente, faz um estudo radiológico do colon não se observando estenoses cicatriciais.

DISCUSSÃO

As lesões iatrogénicas representam um capítulo importante das lesões traumáticas anorectais. O enema, considerado um gesto simples, não é isento de complicações e estas estão bem descritas e documentadas na literatura médica¹⁻⁴.

As complicações agrupam-se basicamente em dois tipos: as relacionáveis com o pipo (enema tips) e as decorrentes do tipo de solução utilizada no enema. Em relação às primeiras decorrem da utilização de pipos de consistência dura, acarretando perfuração do recto extra ou intra-peritoneal; em relação com as últimas estão descritos casos de utilização de água quente e de soluções

não apropriadas (ex.: formaldeído em vez de paraldeído).

Estas complicações, devidamente referenciadas nos livros de texto, são decerto raras e acidentais. Assim numa pesquisa ao Meddline, compreendendo os últimos dez anos, não encontramos nenhum trabalho ou caso clínico publicado⁵.

O caso, que agora apresentamos, corresponde às lesões térmicas colo-rectais secundárias a um enema com água quente. A evolução clínica foi favorável sob a terapêutica médica instituída, não surgindo, na fase inicial a complicação de perfuração, nem posteriormente a estenose cicatricial.

O diagnóstico diferencial, nas situações em que não é possível uma anamnese clara, nomeadamente em doentes psiquiátricos, inclui a colite isquémica e a colite bacteriana. O achado sigmoidoscópico de úlceras com fundo necrótico, alternando com áreas em que a mucosa é macroscopicamente normal pode ser a chave para um diagnóstico correcto. Postulamos que a localização irregular das lesões descritas, alternando com áreas de mucosa com aspecto normal, é causada por uma desigual distribuição do líquido do clister ao longo do intestino.

No manuseamento clínico destes doentes é necessário uma vigilância apertada e um alto índice de suspeição para o diagnóstico precoce de uma eventual perfuração. O tratamento conservador com antibioterapia é advogado numa fase inicial, reservando-se a intervenção cirúrgica para o tratamento da perfuração ou da estenose cicatricial.

REFERÊNCIAS

1. GOLDBERG S, GORDON PH, NIVATVONGS S, eds: Essentials of anorectal Surgery, Lippincott, 1st ed, 1980; 23: 291-307
2. GOLIGHER JC, eds: Surgery of Anus, Rectum and Colon., Bailliere Tindall, 5th ed, 1984; 31: 1119-1136
3. GORDON PH, NIVATVONGS S, eds: Principles and practice of Surgery for colon, rectum and anus, Quality Medical Publishing Inc, 1st ed, 1992; 34: 958-980
4. KEIGHLEY MRB, WILLIAMS NS, eds; Surgery of Anus, Rectum and Colon, Saunders Comp, 1993; 59: 1867-1925
5. Meddline, US National Library of Medicine 1984-1994