

Ânus Ectópico Anterior. Causa «Tratável» de Obstipação Crónica

M. L. TAVARES, M. CAMPOS, C. MARIZ, J. L. CARVALHO, J. ESTEVÃO-COSTA

*Serviço de Pediatria Cirúrgica, Departamento de Pediatria
Faculdade de Medicina do Porto
Hospital de São João – Porto*

Resumo

O ânus ectópico anterior é uma entidade clínica subestimada como causa de obstipação crónica na criança.

Apresentamos três casos clínicos de ânus ectópico anterior com sintomatologia idêntica, ou seja, obstipação crónica renitente e dificuldade à evacuação de fezes, cujo diagnóstico foi confirmado pela verificação de um recesso posterior ao exame físico e no enema contrastado. O tratamento cirúrgico constou de anoplastia Y-V num caso e «mini-Peña» nos restantes. Com 4,5 a 7 anos de seguimento, todas as crianças tiveram regressão da sintomatologia sem incontinência anal.

O ânus ectópico anterior deve ser rastreado nas crianças com obstipação crónica pois o tratamento cirúrgico é simples e eficaz. A técnica cirúrgica deve ser individualizada.

Palavras-Chave: Ânus ectópico anterior; obstipação crónica; anoplastia.

Summary

Anterior Ectopic Anus: A «Treatable» Cause of Chronic Constipation

Anterior ectopic anus in an under-recognized cause of chronic constipation in children. We report three cases of anterior ectopic anus presenting chronic constipation and straining on defecation. The diagnosis was confirmed by the finding of a posterior shelf on digital examination and on barium enema. Surgical repair was performed by an Y-V anoplasty in one case, and a «mini-Peña» in the remaining. With a follow-up of 4.5 to 7 years all children are doing well and asymptomatic, without anal incontinence.

Correspondência: Prof. Doutor J. Estevão da Costa
Serviço de Pediatria Cirúrgica
Departamento de Pediatria
Hospital de S. João
Alameda Prof. Hernâni Monteiro
4202-451 Porto
E-mail:estevaocosta@mail.telepac.pt

Aceite para publicação em 10/09/99.
Entregue para publicação em 16/08/99.

Anterior ectopic anus should be screened in children with chronic constipation, as the surgical treatment is easy and effective. The surgical technique must be individualized.

Key-Words: Anterior ectopic anus; chronic constipation; anoplasty.

Introdução

A designação «ânus ectópico anterior» é utilizada para descrever um grupo heterogéneo de anomalias. Para alguns autores constitui um tipo de malformação anorectal; no entanto, nas malformações anorectais clássicas, a intervenção cirúrgica é quase sempre necessária para assegurar a evacuação fecal.

No ânus ectópico anterior, o trânsito intestinal e o mecanismo esfinteriano estão conservados. A implantação anterior do ânus é a característica essencial desta entidade ⁽¹⁾. A incidência é alta, tendo alguns autores encontrado ânus ectópico anterior em cerca de um terço dos doentes com obstipação crónica ⁽²⁾, embora seja frequentemente subestimada.

Casos Clínicos

Os três casos cujos dados clínicos e técnicas cirúrgicas são apresentados no quadro I, foram enviados pelo médico assistente para avaliação de obstipação crónica renitente (número de dejectões inferior a três por semana). Em todos os casos existia história de dificuldade e/ou dor para defecar, apesar de terapêutica anti-obstipante «activa». Os antecedentes pessoais e familiares eram irrelevantes.

A inspecção do períneo, com o doente em posição genu-peitoral, demonstrou uma implantação anterior do ânus, com uma razão escroto-ânus / escroto-cóccix ou fúrcula-ânus / fúrcula-cóccix inferior a 0,40 sendo mesmo adjacente à fúrcula no caso 1 (fig. 1).

QUADRO I
Dados Clínicos

	Idade	Sexo	Técnica cirúrgica	Seguimento
Caso 1	8 anos	Feminino	«mini-Peña»	7 anos
Caso 2	3 anos	Feminino	«mini-Peña»	5 anos
Caso 3	6 meses	Masculino	Anoplastia Y-V	4,5 anos

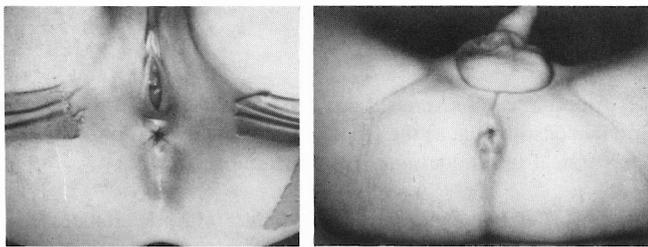


FIG. 1 – Caso 1 (A) e caso 3 (B). Notar a situação «justa-vulvar» do ânus no caso 1.

O aspecto macroscópico da mucosa anal era normal e o esfíncter anal tinha sensibilidade e reflexos conservados em todos os doentes. Ao toque rectal não se verificou estenose ou espasmo anal. No entanto, existia um volumoso recesso rectal posterior com acúmulo de fezes em todos os casos. O enema com bário, antes e após evacuação, demonstrou este recesso posterior e revelou que o esvaziamento da ampola rectal era deficiente apesar do esforço durante a defecação (fig. 2).



FIG. 2 – Enema com bário. Recesso rectal posterior (seta).

O pós-operatório (fig. 3) decorreu sem complicações, instituindo-se terapêutica anti-obstipante durante dois a três meses.

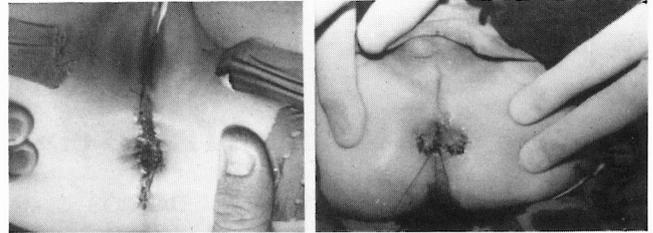


FIG. 3 – Resultado pós-operatório imediato. Caso 1(A) e caso 3(B).

Actualmente todas as crianças estão assintomáticas (trânsito intestinal espontâneo e ausência de dor à defecação), com uma progressão estatura-ponderal regular. Nos dois últimos casos foi necessário efectuar dilatações do canal anal.

Discussão

A apresentação clínica do ânus ectópico anterior é relativamente constante e caracteriza-se por dor e dificuldade na defecação, e obstipação crônica. Embora possam existir casos assintomáticos, o início das manifestações clínicas é geralmente precoce, após o nascimento ou na transição do aleitamento materno para aleitamento industrial.

Esta entidade detecta-se ao exame físico pela existência de um orifício anal de localização anterior ao ponto médio entre a fúrcula e o cóccix (no sexo feminino). O estudo de *Reisner et al* permitiu estabelecer a razão normal entre a distância fúrcula-ânus (ou escroto-ânus no sexo masculino) e a distância fúrcula-cóccix (ou escroto-cóccix no sexo masculino), o que possibilita uma definição anatómica mais precisa ⁽³⁾. Assim, uma razão inferior a 0,34 no sexo feminino ou inferior a 0,46 no sexo masculino, é diagnóstica de ectopia anal anterior. Esta anomalia anatómica não constitui de *per se* indicação para tratamento cirúrgico, sendo necessário relacioná-la com o quadro clínico do doente, pois a discrepância anatômoclínica é frequente ⁽⁴⁾. Apesar de existir controvérsia quanto à natureza desta anomalia, a ectopia anal anterior não deve ser encarada como uma malformação anorectal «clássica», mas antes como uma implantação espacial alterada do ânus com perfeita integridade esfíncteriana, cuja definição como entidade patológica está dependente da presença de obstipação severa ⁽⁵⁾.

Os estudos de *Kerremans et al* sugeriram que a origem da obstipação nos casos de «ânus ectópico anterior» se deveria à excentricidade exagerada da junção ano-rectal, o que levaria a uma direcção demasiadamente oblíqua do canal anal perdendo-se o sinergismo dos músculos pélvicos, rectais e anais, durante a defecção ⁽⁶⁾. Desta forma o relaxamento dos músculos pélvicos e, portanto, a horizontalização perineal associada às forças rectais de contracção durante a defecção criaram dois sentidos opostos, o que objectivamente se traduziria numa perda da força expulsiva, justificando o enorme esforço e o deficiente esvaziamento da ampola rectal. A cirurgia levaria à resolução dos sintomas pela verticalização do canal anal ⁽⁴⁾.

Fukunaga et al sugeriram posteriormente que a disfunção do esfíncter interno seria o factor responsável pela disfunção intestinal, adoptando a esfínterectomia como o tratamento de eleição do ânus ectópico anterior ⁽¹⁾.

A definição do critério e cronologia da intervenção terapêutica é de crucial importância. Parece ser consensual que apenas se deve efectuar uma anoplastia caso haja persistência dos sintomas intestinais após falência da terapêutica médica ou no caso de uma implantação anal próxima da região vulvar dadas as implicações psicológicas ^(7, 8). Da mesma forma, a decisão de efectuar ou não uma esfínterectomia deve depender do tipo de anomalia e do risco de incontinência, o que parece pouco provável numa ectopia anterior do ânus dada a integridade do aparelho esfíncteriano.

Apesar desta entidade ter uma fisiopatologia obscura, a precocidade da correcção cirúrgica aumenta substancialmente a taxa de êxito ⁽⁴⁾. Isto leva-nos a enfatizar a importância de considerar o diagnóstico de «ânus ectópico anterior» nas crianças com obstipação crónica renitente, pois a correcção cirúrgica adequada é eficaz na resolução dos sintomas e previne ou permite a evicção dos componentes emocionais associados.

Bibliografia

1. Fukunaga K., Kimura K., Lawrence J.P., Soper R.T., Phearman L.A., Loening-Baucke V.. Anteriorly Located Anus: Is Constipation Caused by Abnormal Location of the Anus? *J Pediatr Surg* 1996; 31: 245-6.
2. Leape L.L. and Ramensky M.L.. Anterior Ectopic Anus: A Common Cause of Constipation in Children. *J Pediatr Surg* 1978; 13: 627-30.
3. Reisner S.H., Sivan Y., Nitzan M., Merlob P. Determination of Anterior Displacement of the Anus in Newborn Infants and Children. *Pediatrics* 1984; 73: 216-7.
4. Tuggle D.W., Perkins T.A., Turnell W.P., Smith E.I. Operative Treatment of Anterior Ectopic Anus: The efficacy and Influence of Age on Results. *J Pediatr Surg* 1990; 25: 996-8.
5. Ishitani M.B., Rodgers B.M.. Anteriorly displaced anus: an under-recognized cause of chronic constipation. *Pediatr Surg Int* 1991; 6: 217-20.
6. Kerremans R.P.J., Penninckx F.M.A., Beckers J.P.V.. Functional evaluation of ectopic anus and its surgical correction. *Am J Dis Child* 1974; 128: 811-4.
7. Ottolenghi A., Sulpasso M., Bianchi S., Bettili G., Salloum A., Liber H. Ectopic Anus in Childhood. *Eur J Pediatr Surg* 1993; 4: 145-50.
8. Heinen F.L.. The surgical treatment of low anal defects and vestibular fistulas. *Semin Pediatr Surg* 1997; 6: 204-15.