

Doenças Proctológicas no Ciclo Gravídico-Puerperal

Flávio Antonio Quilici*

Fernando Cordeiro**

José Alfredo dos Reis Júnior***

José Alfredo dos Reis Neto****

RESUMO

Os autores descrevem as principais enfermidades anorretais que podem ocorrer concomitante ao ciclo gravídico-puerperal: doença hemorroidária; trauma esfíncteriano anorretal, fissura anal; abscesso e fistula perianal; doença neoplásicas e inflamatórias. Avaliam seus fatores gestacionais desencadeantes ou agravantes, seus sintomas e diagnóstico, e preconizam a conduta em cada uma delas e os cuidados relacionados à gravidez.

Unitermos: proctologia, gravidez

INTRODUÇÃO

Todas as enfermidades anorretais observadas em não-gestantes podem ocorrer simultaneamente ao ciclo gravídico- puerperal, considerando o mesmo grupo etário^{1, 3, 6, 7, 11}. Algumas delas são, no entanto, desencadeadas ou agravadas pela gestação, em consequência das suas alterações fisiológicas, variando quanto à intensidade e ao trimestre em que predominam.

DOENÇA HEMORROIDÁRIA

É a afecção anorretal mais freqüente no ciclo gravídico- puerperal, em suas manifestações: varicosidade do plexo

externo e interno, ruptura venosa perianal com formação de hematomas, e processos inflamatórios tromboflebíticos do canal anal. segundo MUN¹⁰, sua incidência, no exame profilático pré-natal, em 2.500 grávidas, foi 40% em nulíparas e de 64% em múltiparas.

A gravidez constitui, sobretudo, o principal fator etiológico da doença hemorroidária em mulheres jovens. Vários mecanismos podem explicar sua gênese, destacando-se as modificações sofridas pelo organismo durante a gestação, a saber: alteração do metabolismo; alterações hormonais; instabilidade da circulação periférica; aumento da pressão nas veias retais causada, pelo aumento da pressão intra-abdominal; alteração da permeabilidade que os vasos sanguíneos oferecem às proteínas, e obstipação intestinal, desencadeada ou agravada pela gravidez. A estase sanguínea acarreta a dilatação venosa retal e favorece o aparecimento de varicosidade externa e interna no canal anal. Esta é agravada pela compressão progressiva resultante do aumento uterino, ocasionando alterações no retorno venoso ao nível da circulação portal e, conseqüentemente, pelo plexo hemorroidário superior. Há, também, compressão sobre as veias ilíacas, determinando hipertensão nas veias hipogástricas e nos plexos hemorroidários médio e inferior. Além do aumento da pressão nos plexos, durante a gestação,

* Prof. Titular da Disciplina de Colo-Proctologia do Departamento de Clínica Cirúrgica de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUCAMP.

** Prof. Adjunto, Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUCAMP.

*** Residente do 3º ano, Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUCAMP.

**** Prof. Livre-Docente e Titular do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUCAMP.

o aumento da progesterona ocasiona diminuição do tônus vascular, contribuindo para a estase sangüínea e hipotonia do cólon, acarretando a obstipação e o relaxamento geral dos tecidos⁷.

A obstipação intestinal é, também, provocada por um obstáculo mecânico temporário, devido à compressão que o crescimento uterino acarreta sobre o cólon esquerdo, especialmente na região retossigmoideana, dificultando a passagem das fezes e contribuindo para o endurecimento fecal, além da lassidão dos músculos da parede abdominal causada pela gravidez. Gestações repetidas podem produzir flacidez abdominal e diminuição da força dos músculos do períneo, com prejuízo funcional dos músculos elevadores do ânus. Em consequência, esses fatores acarretam maior esforço defecatório e hipertensão nos plexos venosos hemorroidários.

O quadro clínico é caracterizado, principalmente, pela perda de sangue rutilante pelo ânus, habitualmente às evacuações, pelo prurido anal e pelo prolapso do mamilo hemorroidário interno. A dor anal surge somente quando há complicações, como processos tromboflebíticos hemorroidários agudos ou associação com outra afecção, como a fissura anal aguda ou o abscesso perianal.

Para o diagnóstico, é necessário um cuidadoso exame proctológico: inspeção estática e dinâmica, palpação perianal, toque retal e retossigmoidoscopia. A colonoscopia é indicada na suspeita de enfermidade colônica.

Nas pacientes com a doença hemorroidaria durante o ciclo gravídico-puerperal, a conduta deve ser conservadora, por tratar-se de afecção transitória, na maioria das vezes, devendo após o parto, ocorrer sua remissão. Quando permanece no puerpério, a doença é discreta ou moderada, e poderá agravar-se na gravidez subsequente. O tratamento deve ser preventivo, com a orientação, no período gestacional, para uma alimentação rica em resíduos, higiene anal adequada e proibição do uso de papel higiênico. É importante, também, evitar a obesidade e a vida sedentária, indicando nas gestantes obstipadas, o emprego de mucilagens.

Na presença da varicosidade do canal anal, tanto externa como interna, o tratamento preferencial é o clínico, por meio do uso anal de pomadas analgésicas e antiinflamatórias. Nos mamilos internos, sangrantes e/ou prolapsados, pode-se realizar um tratamento ambulatorial, utilizando-se das técnicas: escleroterapia, crioterapia, coagulação pelos raios infravermelhos, ou isquemia do mamilo hemorroidário por ligadura elástica. Nos hematomas perianais e nas tromboflebitides do plexo hemorroidário, causadores de dor anal, a conduta deve ser clínica, mediante semicúpios com água morna, bolsa com água quente perineal e pomadas antiinflamatórias e analgésicas.

O emprego de analgésicos e antiinflamatórios orais e parenterais deve ser criterioso, pois, no terceiro trimestre, os antiinflamatórios não-esteróides, por serem inibidores da síntese das prostaglandinas, podem ocasionar hipotonia uterina e isquemia parcial do ducto arterial do feto. No puerpério, são também inibidores da lactação.

Nas gestantes que não melhoram com o tratamento clínico, indica-se para os hematomas perianais, a sua exérese ambulatorial, sob anestesia local. Nas tromboflebitides hemor-

roidárias agudas, com dor intensa que ocorrem até o segundo trimestre, pode-se realizar a hemorroidectomia, sob bloqueio anestésico (peridural). A partir do oitavo mês de gestação, evitar a cirurgia, devido à proximidade do parto e ao risco da hospitalização para a mulher grávida. Após a hemorroidectomia, a via do parto permanece vinculada às indicações obstétricas: não há nenhuma restrição ao parto vaginal, sendo contra-indicado, no entanto, o parto cesariano para a realização concomitante da hemorroidectomia.

Durante o trabalho de parto, a contração intensa da musculatura pélvica pode ocasionar lesão do tecido subendotelial, com edema dos plexos hemorroidários, ruptura venosa, com formação de hematomas perianais, e prolapso da mucosa retal. O tratamento pós-parto é, preferencialmente, clínico.

TRAUMA ESFINCTERIANO ANORRETAL

A episiotomia, posterior ou posterolateral, ou a episiorrafia freqüentemente realizadas no parto vaginal, podem originar traumatismo nos músculos esfinterianos anorretais, especialmente nos elevadores do ânus. Esse trauma ocasiona intensos sintomas pós-parto, caracterizada por dor retal, em pressão, contínua, piorando às evacuações. A conduta é clínica, por meio de antiinflamatórios locais e de uso parenteral.

A prevenção dessa iatrogenia é feita utilizando-se, preferencialmente, a episiotomia posterolateral. Quando houver lesão esfinteriana anorretal a conduta será a sua sutura imediata. Nas parturientes cujo trauma atinge a mucosa retal, pode ocasionar uma fístula retovaginal pós-parto. Posteriormente, seu tratamento será cirúrgico através da fistulectomia, com ou sem derivação do trânsito intestinal (colotomia temporária), dependente de sua extensão e localização.

FISSURA ANAL

A fissura anal aguda concomitante à gravidez é rara, e a conduta preconizada é o tratamento clínico com pomadas anestésicas, higiene apropriada e dieta rica em fibras. Não havendo melhora dos sintomas e ocorrendo sua cronificação, a conduta pode ser a esfinterotomia anal interna subcutâneo-mucosa, sob anestesia local, ambulatorial.

ABCESSOS E FÍSTULAS ANORRETAIS

Os abscessos e fístulas anorretais concomitantes ao período gestacional são raros, e seu tratamento, sempre que possível deve ser conservador.

No ciclo gravídico-puerperal, a conduta no abscesso será sua drenagem ambulatorial, associada à antibioticoterapia. Se houver fístula resultante, deverá ser corrigida cirurgicamente após o parto. Somente as infecções externas perianais, devido à sua gravidade, têm indicação para cirurgia hospitalar na gestação.

DOENÇAS NEOPLÁSICAS ANORRETAIS

Nas neoplasias malignas, como o adenocarcinoma anorretal, a prioridade é para a mãe, e a conduta será a imediata ressecção cirúrgica, em qualquer mês gestacional e a despeito do risco que poderá representar ao feto.

Nas benignas, como os adenomas polipóides, sua retirada poderá ser realizada por meio da polipectomia endoscópica, mesmo durante a gravidez.

DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INESPECÍFICAS

Há controvérsias na literatura quanto à possibilidade de o ciclo gravídico-puerperal desencadear ou exacerbar a retocolite ulcerativa inespecífica. Na maioria das pacientes, essa enfermidade é diagnosticada antes da gravidez. Quanto ao primeiro surto na gestação, é quase sempre no primeiro trimestre, podendo sua intensidade variar consideravelmente. Em algumas gestantes, pode ocorrer discreto aumento das evacuações, com perda de muco e sangue nas fezes. Em outras, dores abdominais, febre, emagrecimento e evacuações disenteriformes⁹.

WILLOUGHBY & TRUELOVE¹² estudando 147 gestantes portadoras de retocolite ulcerativa, observaram que 70% delas, com a enfermidade inativa, permaneceram sem sintomas durante todo o ciclo gravídico-puerperal. As restantes (30%), que apresentavam a forma ativa da doença, ou permaneceram com o mesmo quadro clínico ou pioraram durante a gestação. Os autores concluíram que pacientes com retocolite ulcerativa não deveriam engravidar somente na fase ativa da enfermidade. Concluíram, também, que as gestantes poderiam ser tratadas com os mesmos medicamentos utilizados no tratamento em não-gestantes (corticóides e sulfasalazina). Portanto, se a paciente, ao engravidar, já utilizava os medicamentos, poderá manter-se a terapêutica. Se o surto da doença surgir durante a gestação, poderá iniciar-se seu tratamento. No entanto, seu emprego deverá ser criterioso, pois os corticosteróides são teratogênicos no primeiro trimestre e o uso de sulfá pela mãe, no terceiro trimestre, pode ocasionar impregnação dos núcleos da base do feto.

Com relação à doença de Crohn, os poucos dados existentes na literatura não referem piora evidente durante a gravidez²⁻⁵. DE DOMBAL et al.⁴ observaram, em 222 gestantes com essa moléstia, maior morbidade no pós-parto. Nas que apresentavam a forma severa da afecção, houve maior número de complicações fetais. Esse fato, segundo MOGADAM et al.⁹, parece estar mais relacionado com a gravidade da doença do que com o uso dos medicamentos para seu tratamento.

Sua terapêutica, de modo geral, é a mesma da retocolite ulcerativa. Nas gestantes, embora assintomáticas, mas que apresentaram forma severa da moléstia, previamente, deve-se iniciar nas últimas semanas da gravidez, o uso preventivo de corticóides e o de sulfasalazina no pós-parto imediato.

SUMMARY

Anrectal diseases in pregnancy

The authors describe the most important anorectal diseases that may occur during pregnancy: haemorrhoids, injuries of the anal sphincter, anal fissure, anorectal abscess, fistula-in-ano, neoplastic and inflammatory disease. They assess the pregnant factors that can unchain or can make worse these infirmities, as well as their symptoms and diagnosis. They preconize the conduct about each one of them and the care related to pregnancy.

Keywords: proctology, pregnancy.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CHARLES, D. & STRONGE, J. Special problems of the colon and rectum encountered in obstetric practice. *Clin. Obst. Gynecol.*, 15:522, 1972.
- CROHN, B.B.; YARNIS, H.; KORELITZ, B.I. Regional ileitis complicating pregnancy. *Gastroenterology*, 31:615, 1956.
- DAVID, C. & STRONGE, J. Special problems of the colon and rectum encountered in obstetric practice. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 16:520, 1974.
- DE DOMBAL, F.T.; BURTON, I.L.; GOLIGHER, J.C.: Crohn's disease and pregnancy. *Brit. Med. J.*, 3:550, 1972.
- FIELIDNG, I.F. & COOKE, W.T. Pregnancy and Crohn's disease. *Brit. Med. J.*, 2:76, 1970.
- GAMA, A.H. Moléstias colônicas e anorretais. In: RODRIGUES DE LIMA, G. & LIPPI, U.G. *Intercorrências médicas e cirúrgicas no ciclo gravídico-puerperal*. São Paulo, Manole, 1983.
- GOLIGHER, J.C. *Surgery of the anus, rectum and colon*. 3. ed., London, Baillière Tindall, 1977.
- MINCIS, M. Doenças do aparelho digestivo na gravidez. *Rev. Bras. Clin. Terap.*, 12:461, 1983.
- MOGADAN, M.; DOBBINS, W.O.; KORELITZ, B.I.; AHMED, S.M. Pregnancy in inflammatory bowel disease: effect of sulfasalazine and corticosteroids on fetal outcome. *Gastroenterology*, 80:72, 1981.
- MUN, N.V. Prevention and treatment of hemorrhoids in pregnancy. *Khirurgiia*, Moscou, 3:64, 1984.
- TABORDA, W.C.; LOSSO, F.M.; CAMANO, L. Considerações sobre hemorroidas no ciclo gravídico-puerperal. *Femina*, 5(9):735, 1987.
- WILLOUGHBY, C.P. & TRUELOVE, S.C. Ulcerative colitis and pregnancy. *Gut.*, 21:469, 1980.