

EXAME PROCTOLÓGICO- TÉCNICA

* Dr. Paulo Roberto Arruda Alves
** Dr. Maria José Feminas Vieira
*** Prof. Dr. Angelita Habr-Gama



EXAME PROCTOLÓGICO

O exame proctológico deve ser realizado sempre que o paciente apresenta sintomas que possam estar relacionados ao colon, ao reto e ao ânus, como sangramento, alterações do hábito intestinal, dor abdominal ou ano-reto-perineal. Além destas indicações do exame proctológico, este exame deve ser realizado em indivíduos assintomáticos que pertençam aos chamados grupos de risco para câncer colo-retal.

O exame geral do doente e, em particular o exame do abdomen e das regiões inguinais deve preceder o exame proctológico propriamente dito.

POSIÇÃO DO PACIENTE

O posicionamento cuidadoso do paciente é essencial para a realização adequada do exame proctológico. As posições mais utilizadas são:

1. Posição Genu-Peitoral

Embora desconfortável para o doente esta posição (Fig. 1) oferece excelentes condições para a realização do exame proctológico completo, principalmente para a endoscopia, pois a passagem da junção retosigmoidiana é muito facilitada pela queda do sigmoide para a parede anterior do abdomen, retificando sua angulação.

2. Decúbito Lateral Esquerdo ou Posição de Sims

É a mais utilizada pois é confortável ao doente, principalmente para os mais idosos, gestante ou artríticos. Além disso o paciente se sente muito menos constrangido, e a posição é também confortável ao examinador, desde que o doente seja corretamente posicionado (Fig. 2). O paciente se deita em decúbito lateral esquerdo, obliquamente, com a cabeça colocada junto ao bordo lateral oposto ao do examinador. As nádegas devem projetar-se para fora do bordo lateral do mesmo lado que o examinador. As coxas fletem-se sobre o abdomen e as pernas fletem-se em um ângulo de 90 graus. O paciente deve rodar o tronco no sentido de colocar a face na direção da superfície do divã, ficando discretamente pronado. Adicionalmente o paciente deve ser instruído para não mudar de posição durante o exame, pois existe a tendência de girar para um decúbito dorsal a medida que ele procura falar com o examinador e acompanhar o que está ocorrendo. A fonte de iluminação coloca-se na direção dos pés do divã de forma a não interferir com o acesso do examinador ao instrumental colocado a sua direita.

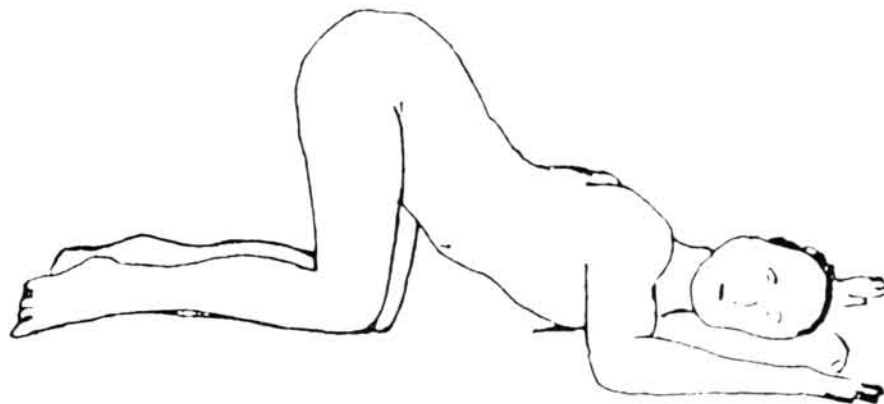


Fig. 1 – Posição genu-peitoral.

* Médico Auxiliar da Disciplina de Cirurgia Experimental (Prof. Silvano Raia) Médico Colaborador do Serviço de Colo Proctologia Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo.
** Estagiária do Serviço de Colo-Proctologia de Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo (Prof. Henrique Walter Pinotti).
*** Diretora do Serviço de Colo-Proctologia da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo.

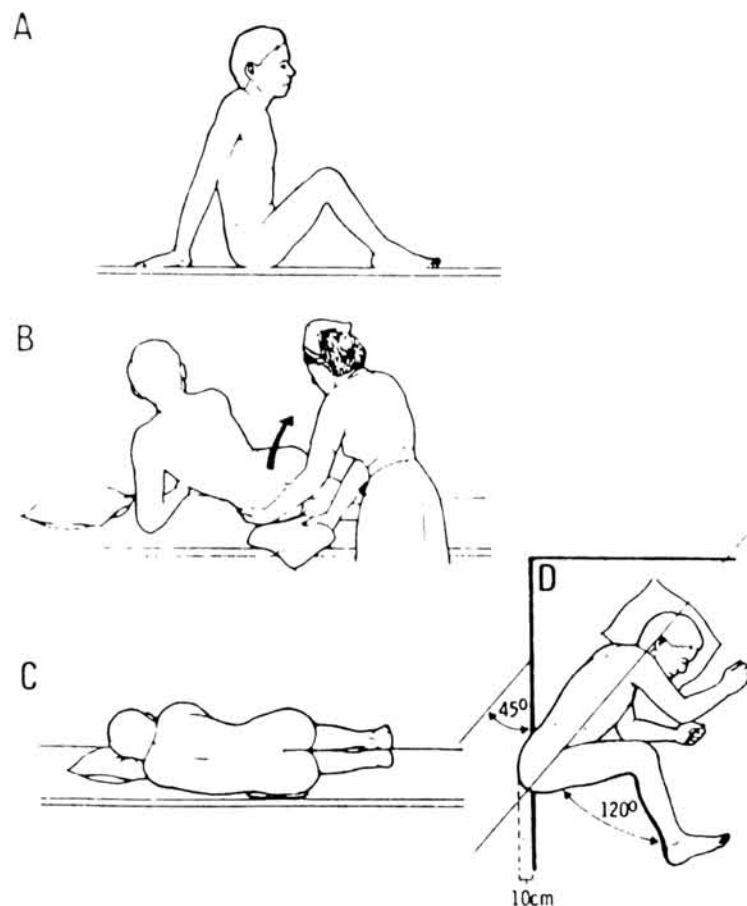


Fig. 2 – Posição de Sims

3. Exame Propriamente Dito

O examinador deve ter sempre em mente que o exame proctológico é uma experiência que causa grande apreensão em quase todos os pacientes e, em especial, aos acometidos de uma afecção que produza dor na região anal, pois o paciente teme que o exame em si possa despertar desconforto ainda maior. O paciente, já bastante tenso, se sentir dor, contrairá a musculatura das nádegas e dos esfíncteres, aumentando substancialmente a dificuldade do exame.

O objetivo inicial do examinador deve ser o de reduzir as preocupações do paciente e antecipar, durante todo o procedimento, as sensações associadas ao exame de tal forma que o paciente não se surpreenda com o que sente e adquira confiança na proficiente ação do examinador.

Outro aspecto para o qual o examinador deve estar atento e para a limitação da insuflação de ar ao mínimo necessário durante a retossigmoidoscopia, alertando o paciente que a sensação de que vai evacuar corresponde a presença do aparelho e do ar e que ele deve ficar tranquilo que nenhum acidente ocorrerá durante o exame.

Nas afecções agudas, em que o paciente apresenta grande desconforto, quer pela presença de trombose hemorroidária, fissura anal ou de abscesso anal, o exame proctológico deve restringir-se ao mínimo necessário para estabelecer o diagnóstico, sem impor sofrimento inútil ao paciente.

Uma vez posicionado o paciente e orientado quanto a natureza do procedimento, seguem-se os estágios do exame propriamente dito:

- 1) INSPEÇÃO
- 2) PALPAÇÃO
- 3) TOQUE RETAL
- 4) ANUSCOPIA
- 5) RETOSIGMOIDOSCOPIA

1. INSPEÇÃO

1.A – Estática

Existem muitas condições que são óbvias a inspeção da região anal e vizinhanças e por esse motivo esta fase do exame não deve jamais ser descuidada. Os hematomas anais, a trombose hemorroidária, o abscesso anal, o condiloma peri anal, a presença do orifício externo de uma fístula ano-reto-perineal, hidroadenite supurativa, cisto pilonidal, são diagnosticados a simples inspeção da região anal sem qualquer dificuldade. O estado da pele peri anal, a presença de cicatrizes, de secreções devem ser anotados. Nos casos em que existe qualquer queixa relacionada a continência deve ser observada a presença de resíduos fecais bem como o estado de fechamento completo ou não do ânus. Em seguida a pele perianal é afastada com vigor com o objetivo de examinar melhor o anus propriamente dito. Nestas condições, uma fissura anal, se presente, poderá ser vista.

1.B – Dinâmica

Deve-se sempre solicitar que o paciente faça força para evacuar, para demonstrar a presença de hemorroidas prolapsadas, papilas hipertróficas, prolapso de reto, eliminação de fezes ou descida do períneo. Muitas vezes a inspeção dinâmica é ainda mais eficiente com o paciente em posição sentada.

2. PALPAÇÃO DA REGIÃO PERI ANAL:

Usualmente é realizada antes de se lubrificar a luva e visa essencialmente estabelecer a presença de áreas endurecidas ou amolecidas relacionadas a um eventual abscesso, áreas infiltradas, por tecido tumoral, bem como saber se a compressão de uma determinada região provoca dor. Em doentes com sintomas de incontinência fecal, a palpação deve ser completada com a pesquisa dos reflexos anorretais, através da picada de uma agulha para verificação de sensibilidade a dor e a resposta de contração esfinceteriana.

3. TOQUE RETAL:

Após lubrificar a luva, o examinador introduz lentamente o dedo indicador no orifício anal aguardando o relaxamento da musculatura, o que ocorre em alguns segundos e observando a seguir:

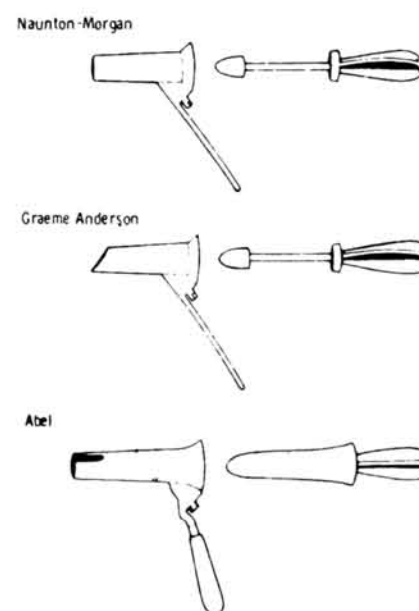
- o sulco inter-esfintérico, notado como uma depressão entre os dois esfíncteres e mais evidentes nos pacientes idosos do sexo feminino, em que o esfíncter interno se projeta de forma cônica.
- anel ano-retal, representado pela projeção da parede posterior do reto pela ação do músculo pubo-retal que circundando o reto por trás para inserir-se bilateralmente no púbis, traciona para frente o reto, produzindo o ângulo ano-retal, mecanismo fundamental da continência. O paciente é solicitado a contrair a musculatura em esforço para não evacuar e observa-se pulsão do dedo para a frente.
- a cavidade retal propriamente dita e suas paredes na qual irregularidades da superfície ou endurecimentos localizados podem ser a tradução de um processo tumoral, cuja extensão e localização deve ser cuidadosamente observada. Usualmente no interior do reto existem fezes em maior ou menor quantidade, de consistência variável, que o examinador inexperiente pode confundir com um achado patológico.
- Estruturas extra-retais podem ser reconhecidas, como o colo do útero, no sexo feminino, a próstata, no sexo masculino, bem como tumores extra-retais, gânglios peri-retais, abscessos, tumores de fundo de saco ou um fecaloma que se apoia na parede retal estando localizado no sigmóide. A conformação óssea do sacro e do cóccix oferece informações importantes.
- Exame do material aderido a luva após o toque retal permite o reconhecimento de secreções purulentas nas infecções retais, e na reto colite ulcerativa, a presença de sangue, em processos inflamatórios ou tumorais, bem como a presença de fezes.

4. ANUSCOPIA:

Não há necessidade de preparação especial para a anuscopia. Após lubrificar o anuscópio (Fig. 3), este é mantido na mão direita com o mandril colocado em posição firme. A nádega esquerda é tracionada com a mão direita com o objetivo de expor o anus. O cabo do anuscópio é mantido na direção do sacro e a ponta do mesmo é dirigida para o orifício anal. De início a progressão do aparelho é obstada pela contração dos esfíncteres, porém a medida que se mantém pressão delicada sobre o anus, dirigindo o eixo do aparelho em direção ao umbigo do paciente, ocorre o relaxamento da musculatura. O relaxamento da musculatura usualmente ocorre em alguns segundos, porém, algumas vezes pode demorar um minuto ou pouco mais. Uma vez introduzido o aparelho, sua extremidade alcança o limite superior do canal anal, exigindo a seguir a mudança de direção do aparelho para a concavidade sacra a fim de evitar trauma da parede anterior do reto. Quando a flange do aparelho apoia-se firmemente contra as nádegas, o cabo é passado para a mão esquerda e retira-se o mandril. Uma vez ajustada a luz, observa-se

ANUSCOPIA

Tipos de Aparelhos



Técnica

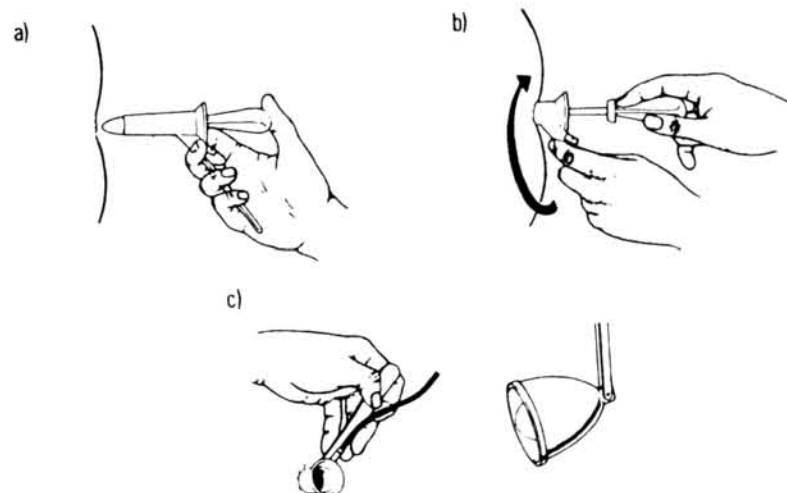


Fig. 3 – Anuscópios e técnica de exame.

o material aderido a ponta do mandril, seja ele fezes, pús ou sangue. Pelo interior do anuscópio podemos então observar a mucosa retal, de coloração rosada, lisa, brilhante e sem ulcerações. A vascularização submucosa é claramente visível se não houver processo inflamatório. O anuscópio é retirado e no momento em que se coloca na altura do anel ano-retal, a luz passa a colapsar. Quando há hemorroidas estas projetam-se para a luz do proctoscópio, tornando-se mais evidentes se o paciente proceder a uma manobra de Valsalva. Adicionalmente podem observar-se fissuras, orifícios fistulosos no interior do canal anal, hipertrofia das papila. Se houver necessidade de re-exame e portanto re-introdução do aparelho, tal deve ser feito sempre com o mandril recolocado para não traumatizar o anus.

5. RETOSSIGMOIDOSCOPIA:

A retossigmoidoscopia pode ser realizada sem limpeza do reto ou após a evacuação induzida por um supositório de glicerina ou por uma pequena lavagem. O aparelho é introduzido com o mandril, inicialmente em direção ao umbigo (Fig. 4), em seguida alterando-se a direção de intro-

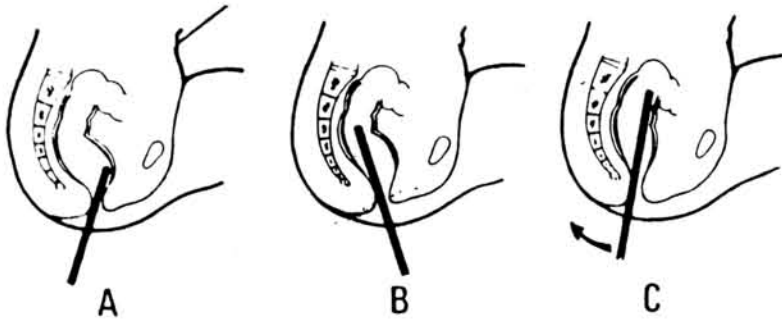


Fig. 4 – Introdução do Retosigmoidoscópio.

dução para a concavidade sacra. Neste ponto retira-se o mandril e toda progressão subsequente faz-se sob visão direta (Fig. 5). A ultrapassagem do ângulo reto sigmoidiano faz-se com muito cuidado, sem grande insuflação de ar, o que aumentaria o desconforto do paciente. Uma vez no sigmoide não há dificuldade em avançar o retosigmoidoscópio. Deve-se tomar cuidado para não progredir o aparelho sem ver a luz intestinal ou quando houver resistência para evitar perfuração. O exame mais acurado realiza-se por ocasião da retirada do retosigmoidoscópio com especial atenção para:

- o conteúdo do reto e do cólon: observa-se se o reto está vazio ou apresenta fezes de aspecto normal, ou líquidas, pús, sangue ou muco.
- o diâmetro interno do reto e cólon, se é complacente ou apresenta zonas de espamo ou estenose.
- o aspecto da mucosa, que quando normal é rosada, lisa, brilhante, não apresenta sangramento fácil ao toque do aparelho, permite a visualização da vascularização submucosa e que quando inflamada perde estas características.
- presença de ulcerações ou elevações da mucosa, pólipos pediculados e vegetações associadas aos tumores benignos e malignos do reto e do sigmóide.

Deve ser anotada a distância do segmento examinado além da borda anal, observando-se a marcação em centímetros que consta no aparelho.

Identificada uma lesão pode-se confirmar ou orientar o diagnóstico através de biópsias, facilmente retiradas com a pinça adequada. Uma boa porção de tecido e tradicionalmente, mantendo-se a extremidade da pinça fechada, roda-se a pinça e com tração mais forte destaca-se o segmento. O movimento de rotação da pinça diminui a possibilidade de sangramento. O material é retirado da pinça com uma agulha, colocando-o em solução de formol e encaminhando-o para exame histológico.

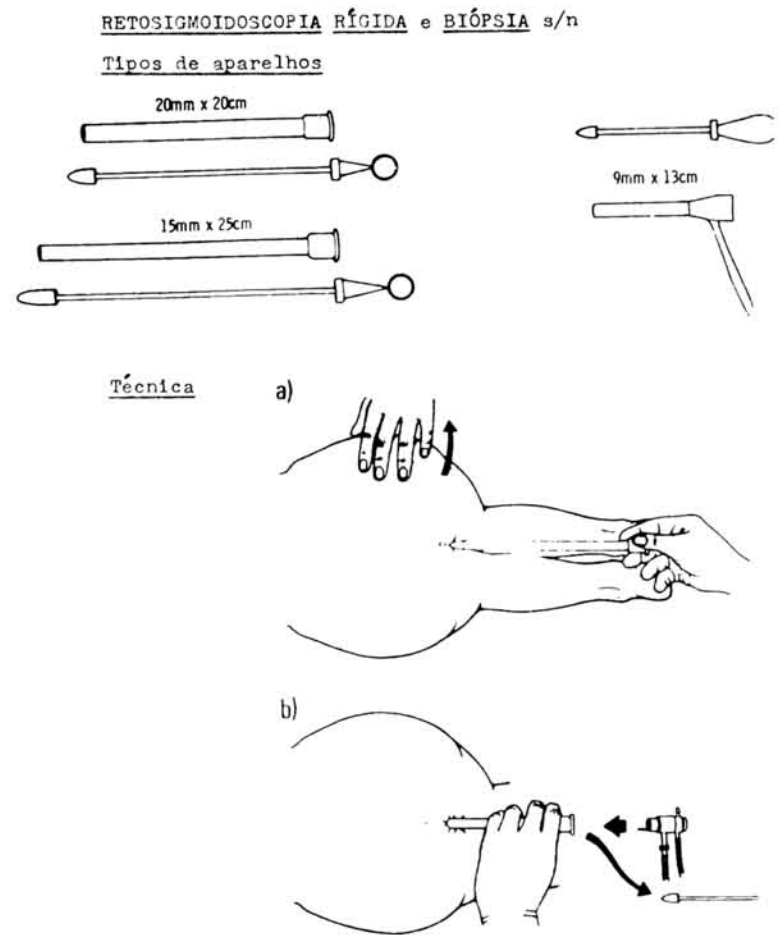


Fig. 5 – Técnica e aparelhos de retosigmoidoscopia.