

FUNDAMENTOS E PRÁTICAS

PEDIÁTRICAS E NEONATAIS

Edição XXV

Capítulo 2

ANOMALIAS ANORRETAIS: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DOS ASPECTOS CLÍNICOS, DIAGNÓSTICOS E CIRÚRGICOS

GIOVANA SMIDERLE DE ANTONI¹
LUANA PELIZZA¹
VALENTINA SCHUMACHER¹
ISADORA TOIGO GIRARDI¹
LUIZA RAMOS SIMIONATO¹
GABRIELA VIDAL DE SOUZA¹
GABRIELA MONTEMEZZO CORDEIRO¹
HELENA CASAGRANDE KUZLI¹
LUCIANA ZACHETTA PISTORE¹
LAURA FRREIRA CONTE¹
GIOVANNA DAL SOCHIO GOBBATO¹
BRUNA MUSSATTOISOTTON¹
ISADORA RIZZOTTO OTOBELLI¹
NATILY HASKEL¹
ANA JÚLIA MARCOLIN¹

¹Docente – Medicina na Universidade de Caxias do Sul

Palavras-chave: Anomalias Anorretais; Fístulas Congênitas; Diagnóstico Neonatal

DOI

10.59290/2902222942

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

As anomalias anorretais representam um conjunto de malformações congênitas que afetam o desenvolvimento do ânus e do reto, ocorrendo em uma proporção de aproximadamente 1 a cada 5.000 nascimentos, sendo uma das anomalias congênitas mais comuns. As condições envolvem desde estreitamento do canal anal até a ausência total do ânus; assim, necessitam de uma abordagem médica cuidadosa e multidisciplinar.

Além de suas implicações diretas no funcionamento do sistema digestivo, essas anomalias frequentemente estão associadas a comorbidades urológicas, vertebrais e cardiovasculares, o que torna o diagnóstico precoce e a triagem clínica nas primeiras horas de vida essenciais para o manejo adequado.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura narrativa sobre patologias congênitas de anomalias anorretais. Realizada por pesquisa bibliográfica em livros científicos da área relativa ao tema e em bancos de dados: Pubmed, *Uptodate* e *Medline*. Foram utilizados os descritores: anomalias anorretais; fistula perineal; reparo primário. Desta busca foram encontrados 7 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: literaturas nos idiomas português e inglês; publicados no período de 2009 a 2025 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão sistemática, meta-análises, séries de casos, relatos de caso, estudos prospectivos e retrospectivos disponibilizados na íntegra.

Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo,

que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão. Posteriormente 5 bibliografias foram submetidas à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de maneira pedagógica

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Anomalias anorretais são uma série de defeitos congênitos, presente em 1 em cada 5.000 recém-nascidos (AMESTOY *et al.*, 2010). Essas anomalias são resultado de alterações no desenvolvimento do ânus e reto do feto que variam em gravidade, desde a ausência total do ânus até anomalias mais leves, como estreitamento ou anomalias no desenvolvimento da musculatura do esfíncter anal. No espectro de defeitos mais leves, a correção cirúrgica oferece um ótimo prognóstico de funcionamento do trânsito intestinal, incontinência urinária e função sexual, já em defeitos mais graves existe a possibilidade de reparo da anatomia do períneo porém sequelas como ausência de trânsito intestinal, controle esfíncter urino e algum grau de disfunção sexual.

Anomalias Congênitas Associadas

Crianças com anomalias anorretais 65% possuem outra patologia concomitante. (AMESTOY *et al.*, 2010). Devido à alta recorrência de múltiplas comorbidades é necessário que os recém-nascidos passem por uma triagem direcionada nas primeiras 24 horas de vida. O defeito concomitante mais comum são os urológicos, presente em 50% dos casos, assim solicitando uma ecografia do abdômen se excluir a presença de hidronefrose e megaureter e uma ecografia da pélvis nas mulheres, para excluir a presença de presença de hidrocolpos.

Em seguida, para excluir presença de anomalias vertebrais (30%) como a presença de cordão umbilical preso, avaliar a presença de

hemivértebras e avaliar o desenvolvimento do sacro, solicita-se uma ecografia da coluna vertebral e radiografia da coluna lombar e do sacro nas posições AP e lateral. Já as malformações cardiovasculares (30%) e a atresia intestinal devem ser avaliadas pela clínica dos sintomas e se necessário realizar exames complementares focados (PURI & HÖLLWARTH, 2019).

Diagnóstico

Por se tratar de uma anomalia congênita, o diagnóstico das anomalias anorretais pode ser realizado ainda no exame físico do recém-nascido. Observa-se a presença de um sulco proeminente entre ambas as nádegas, para além de uma covinha anal evidente, está normalmente associada a um “tipo benigno de defeito” (fístula perineal, ânus imperfurado ânus imperfurado sem fístula, fístula retouretral). Neste caso, o cirurgião deve procurar muito meticulosamente a presença de um pequeno orifício no períneo.

Nas primeiras horas de vida, espera-se a eliminação do mecônio; entretanto, devido à presença de uma membrana obstruindo o canal anal, essa excreção pode não ocorrer, caracterizando a presença de ânus imperfurado. O quadro pode evoluir, nas primeiras 24 horas de vida, para uma obstrução intestinal, manifestando-se por distensão abdominal, ausência de eliminação de gases, irritabilidade e dor abdominal.

Caso, após 24 horas de vida, não haja visualização de fístulas nem eliminação de mecônio - tanto em meninos quanto em meninas - deve-se realizar uma radiografia lateral em posição prona com a pelve elevada, conhecida como invertograma ou incidência de Wangensteen-Rice. Esse exame permite avaliar a presença de gás no segmento distal do intestino, determinando a distância entre o reto e a margem anal

externa, o que orienta a conduta cirúrgica adequada.

Nos casos em que há excreção de mecônio por orifícios anômalos, evidencia-se a presença de fístulas. As fístulas cutâneas são caracterizadas pela eliminação de mecônio por um orifício anteriormente ao músculo levantador do ânus, geralmente associadas a malformações de baixas. Nas fístulas vestibulares, o mecônio é eliminado pelo vestíbulo vaginal, enquanto nas fístulas retovesicais e reto-uretrais observa-se a presença de mecônio na urina, indicando comunicação com o trato urinário.

Para a identificação precisa do tipo de fístula, é indicado o exame contrastado por enema opaco. Por meio da injeção de contraste através da fístula mucosa (estoma distal), é possível visualizar o local exato do estoma proximal, permitindo a diferenciação entre fístulas que se comunicam com a uretra bulbar, uretra prostática ou bexiga. Este exame também é de grande utilidade em casos de cloaca, pois auxilia na identificação das características morfológicas específicas da malformação (PURI & HÖLLWARTH, 2019).

Ânus Imperfurado Sem Fístula

Nos meninos, a ausência de fístula cutânea, a não eliminação de mecônio pela urina e um teste qualitativo de urina negativo para mecônio são indicativos de ânus imperfurado sem fístula. Nas meninas, essa condição é caracterizada pela ausência de fístula cutânea ou fístula retovestibular e ausência de eliminação de mecônio nas primeiras 24 horas de vida. Nesses casos, está indicada a realização de radiografia lateral em posição prona com a pelve elevada, a fim de determinar a altura do defeito. Em recém-nascidos com síndrome de *Down*, a probabilidade de o diagnóstico ser ânus imperfurado sem fístula pode chegar a 90% (PURI & HÖLLWARTH, 2019).

O tratamento é realizado por anoplastia primária, com uma incisão sagital posterior no centro do esfíncter anal, dissecando e mobilizando o reto até sua correta posição dentro do complexo esfíncteriano. Nos meninos, deve-se ter atenção especial para evitar lesão uretral durante o procedimento, garantindo a segurança e funcionalidade pós-operatória. A complicação mais frequente foi o prolapso anal (19%) com $\frac{1}{3}$ necessitando reintervenção devido a dor/hemorragia), seguido de deiscência (17%) (AMESTOY *et al.*, 2010).

Fístula Perineal

As fistulas perineais são as anomalias anorretais mais comuns, presentes em aproximadamente 40% dos casos em ambos os sexos. O orifício encontra-se na linha média do períneo, na anterior ao músculo levantador do ânus. Nos meninos, a fístula pode estar localizada no períneo, escroto ou até na base do pênis. Nas meninas, o estoma distal situa-se entre o esfíncter anal e o canal vaginal.

A correção é realizada por meio de anoplastia primária, sem necessidade de colostomia. O prognóstico é bastante favorável, com altas taxas de continência fecal. A brevidade do procedimento é fator importante para melhores chances de continência (AMESTOY *et al.*, 2010).

Fístula Reto-Vestibular

A fístula reto-vestibular, que comunica o reto com o vestíbulo vaginal, nas meninas, é a anomalia mais comum. O tratamento é feito por cirurgia única com abordagem sagital posterior. A incisão é realizada na linha média posterior, permitindo a identificação e dissecar o reto, separá-lo da parede vaginal. Os limites do esfíncter anal são mapeados com eletroestimulação, o períneo é reconstruído, e o reto é posicionado adequadamente dentro do esfíncter. Após reparo da anatomia retal 6 em cada 10 dos pacientes

precisaram do uso de baixas doses de laxantes estimulantes ou (PURI & HÖLLWARTH, 2019).

Fístulas Retovesical e Reto-Uretral

Essas fistulas ocorrem exclusivamente em meninos e são caracterizadas pela eliminação de mecônio pela urina. Devido à complexidade da malformação, o tratamento é realizado em duas etapas: inicialmente, uma colostomia protetora é indicada para evitar obstrução intestinal e permitir o desenvolvimento do recém-nascido. Após 3 a 4 semanas, realiza-se um exame contrastado, enema opaco, para identificar o tipo de fístula: bulbar (reto com uretra bulbar), prostática (reto com uretra prostática) ou vesical (reto com bexiga).

Em casos de fístula retovesical, o reparo pode ser realizado por via laparoscópica, permitindo a dissecção do reto e sua posterior mobilização para o períneo. Na abordagem intraglútea, utiliza-se eletroestimulação para localizar o centro do esfíncter anal, no qual o reto será inserido, proporcionando maior chance de continência fecal futura (WANG *et al.* 2024).

Já para fístulas bulbares e prostáticas, a correção é feita por via sagital posterior, com dissecção cuidadosa do reto do trato urinário, reconstrução da uretra e reposicionamento do reto no interior do esfíncter anal.

Cloaca

A cloaca é uma malformação congênita rara, com incidência estimada em 1 a cada 250.000 nascidos vivos, caracterizada pela fusão do reto, canal vaginal e uretra em um único orifício. Devido à sua complexidade, o tratamento inicial inclui colostomia e, quando necessário, drenagem de hidrocolpos.

O diagnóstico completo envolve exames como cistoscopia, vaginoscopia e enema opaco para avaliação do comprimento do canal comum, além de colonoscopia pela ostomia distal

para análise da anatomia do reto. A correção definitiva envolve a separação do reto da vagina, definição dos limites do esfíncter por eletroestimulação, reconstrução do períneo e posicionamento do reto no centro do esfíncter anal, seguido de anoplastia. Pacientes com cloaca podem necessitar de múltiplas intervenções cirúrgicas, inclusive para correções estéticas adicionais ao longo do crescimento.

CONCLUSÃO

As anomalias anorretais constituem um grupo heterogêneo de malformações congênitas que exigem diagnóstico precoce e manejo individualizado. A diversidade das manifestações

clínicas e as comorbidades associadas exigem uma abordagem personalizada. A identificação de fistulas, a avaliação da distância reto-cutânea e a investigação de anomalias associadas são passos fundamentais na definição da abordagem terapêutica. Embora os casos de menor gravidade apresentem bom prognóstico após correção cirúrgica primária, formas complexas, como fistulas urogenitais e cloacas, frequentemente demandam intervenções em múltiplas etapas e acompanhamento a longo prazo. A atuação de uma equipe multidisciplinar é indispensável para garantir não apenas a reconstrução anatômica, mas também a funcionalidade intestinal, urinária e sexual, promovendo melhor qualidade de vida para esses pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMESTOY, SC. *et al.* Paralelo entre educação permanente em saúde e administração complexa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 31, p. 383, 2010.

HARTFORD, L. *et al.* Single-stage procedures for anorectal malformations: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric Surgery*, v. 57, n. 9, p. 75–84, 2022. DOI: 10.1016/j.jpedsurg.2021.12.024.

HERNÁNDEZ PÉREZ, A. *et al.* Analysis of postoperative complications in patients undergoing anorectal malformation surgery: are there any predisposing factors? *Cirurgia Pediátrica*, v. 38, n. 1, p. 19–23, 2025. DOI: 10.54847/-cp.2025.01.11.

PURI, P.; HÖLLWARTH, M.E. *Pediatric Surgery*. 2. ed. Berlin: Springer, 2019.

RAMIREZ AMORÓS, C. *et al.* Posterior rectal advancement with fistula preservation in patients with anorectal malformation: a multicenter study. *Cirurgia Pediátrica*, v. 37, n. 4, p. 160–164, 2024. DOI: 10.54847/cp.2024.04.13.

WANG, K.; PENG, C.; PANG, W. *et al.* Long-term (>10 years) bowel function of anorectal malformations: a retrospective single-center study. *Pediatric Surgery International*, v. 40, p. 138, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00383-024-05731-y>.