

## ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA PROCTALGIA FUGAZ: UM RELATO DE CASO

Emanuela Tavares Cavalcante de Sousa<sup>1</sup>; Barbara Dayane Araújo de Sousa<sup>2</sup>; Márcia Regina Rodrigues da Silva Sousa<sup>3</sup>; Laryssa do Nascimento Barbosa<sup>4</sup>; Maria de Lourdes Fernandes de Oliveira<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil ([manufisio15@gmail.com](mailto:manufisio15@gmail.com)).

<sup>2</sup>Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil ([araujobarbara610@gmail.com](mailto:araujobarbara610@gmail.com)).

<sup>3</sup>Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil ([marciaagouveia@gmail.com](mailto:marciaagouveia@gmail.com)).

<sup>4</sup>Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil ([laryssajesus@hotmail.com](mailto:laryssajesus@hotmail.com)).

<sup>5</sup>Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil ([mlfofisio@yahoo.com.br](mailto:mlfofisio@yahoo.com.br)).

### RESUMO

A proctalgia fugaz é caracterizada como uma doença funcional comum, porém dificilmente diagnosticada. A dor, aparentemente, surge no reto e cessa rapidamente durando não mais que um ou dois minutos e recorre em intervalos irregulares. A sua natureza esporádica e transitória tem dificultado os esforços para estudar seu mecanismo fisiopatológico. Neste contexto, diante das queixas apresentadas, surge o tratamento fisioterapêutico, que busca amenizar tais alterações, através de técnicas que visam o reestabelecimento das funções que até então, tendem a comprometer o bem estar físico e psicossocial do indivíduo. Trata-se do relato de um caso com diagnóstico de Proctalgia fugaz que ocorreu no estágio supervisionado da Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, cujo objetivo foi descrever a atuação da fisioterapia na proctalgia fugaz. Foi realizado inicialmente uma avaliação mediante o uso de um questionário semiestruturados com dados relacionados à anamnese e o exame físico e funcional, logo após foi iniciado a conduta fisioterapêutica, 17 sessões, por 40 minutos cada, 2 vezes na semana, no período de 13 de março à 17 de maio de 2018. Foi notado durante a avaliação que a paciente apresentava uma hipertonia retal e dificuldade para relaxar completamente a região anal, devido os anismos e a baixa sensibilidade apresentados na colonoscopia e manometria anorretal, É possível constatar que a Proctalgia afeta a capacidade funcional e psicossocial do indivíduo e muitas vezes pela dificuldade de ser diagnóstica, gera ansiedade e medo da recorrência de crises, evidenciando a importância do diagnóstico e tratamento precoce.

**Palavras-chave:** Proctalgia Fugaz, dor retal, Fisioterapia.

## INTRODUÇÃO

As queixas retais são rotineiras na prática clínica, originando regularmente um grande desconforto e preocupação nos indivíduos envolvidos por este distúrbio. A proctalgia fugaz, compreende o grupo das doenças funcionais do ânus, é definida como um processo algíco súbito e intenso na região ano-retal, com duração de segundos ou minutos. Apesar de ser um distúrbio que afeta uma região muito sensível do corpo, envolvendo 5 a 10% da população, é regularmente desvalorizada ou mesmo esquecida na avaliação clínica dos pacientes portadores de queixas anorretais. Não existindo ainda uma etiologia bem definida, e apesar do seu caráter benigno, a mesma é geralmente muito desconfortável e motivo de séria preocupação por parte dos pacientes. (PARADES, et al, 2007)

A manifestação clínica mais comum é a dor retal profunda de intensidade variável, do tipo câimbra. Esta dor pode ser muito intensa, por vezes lancinante, sem irradiação característica, sem relação com a evacuação. (THOMPSON, 1984). Pode surgir durante a noite, acordando o paciente no meio da noite, mas, na maior parte dos casos, aparece durante o dia. Envolve preferencialmente o sexo feminino, entre 40 e 50 anos. As crises são raras, ocorrendo menos de cinco vezes por ano em cerca da metade dos pacientes. Os pacientes são assintomáticos entre os episódios, em um estudo com 54 pacientes, foi utilizando um questionário que identificou que a maioria não procurou ajuda médica para estes sintomas. (PARADES, et al, 2007)

Em um estudo britânico com 301 indivíduos saudáveis, 14% relataram apresentar uma dor súbita e acentuada no reto com duração de alguns segundos a minutos. Cerca de 5% dos avaliados relataram mais de seis episódios por ano. (THOMPSON, 1980). A proctalgia foi mais comum nas mulheres. relataram os seus sintomas ao médico assistente somente 20% das pacientes. Num estudo composto pela população estadunidense, envolvendo 5.000 pessoas, desses avaliados, 8% integraram os critérios de diagnóstico para proctalgia fugaz, enquanto apenas 17% tinham buscado um médico para esclarecer esse sintoma. Pacientes com idade inferior a 45 anos eram mais afetados em comparação com pacientes idosos. (DROSSMAN, 1993)

A proctalgia fugaz ainda é uma condição de patogênese pouco clara que leva à diminuição da qualidade de vida e ao aumento da utilização de serviços de saúde (BHARUCHA, 2016). A avaliação clínica desse distúrbio funcional pode ser feita através de manometria e imagem (RAO, et al, 2016). Embora a causa da proctalgia fugaz não seja clara, o espasmo do esfíncter anal é comumente relatado. A condição pode ser mais provável de ocorrer após a escleroterapia para

hemorroidas e histerectomia vaginal. Também há associações com outras patologias funcionais, como síndrome do intestino irritável e ansiedade. (JEYARAJAH, 2010)

Para o tratamento, múltiplas terapias foram tentadas com maior ou menor êxito: drogas colinérgicas (ECKARDT, 1996), antagonistas de cálcio (BABB, 1996), toxina botulínica A (ZAJACZ, 2003), drogas adrenérgicas (ECKARDT, 1996) (salbutamol inalado no momento da crise), lidocaína intravenosa (PELEG, 2002), nitroglicerina tópica (LOWENSTEIN, 1998), biofeedback, dilatação digital e esfínterectomia lateral interna para os casos que apresentam hipertrofia do SAI (KAMM. et al, 1991, GUY, KAMM, 1997), além de terapias psicossomáticas (WESSELMANN, 1997). Mediante isso, objetivo deste trabalho foi descrever a atuação da fisioterapia na proctalgia fugaz, que busca melhorar tanto a sintomatologia, como a qualidade de vida de pessoas que sofrem desta condição, através de estratégias mediante a apresentação do quadro clínico.

## **METODOLOGIA**

A presente pesquisa corresponde a um estudo de caso, descritivo e com caráter qualitativo. A amostra foi composta por a paciente M. N. do sexo feminino, 48 anos, divorciada, ocupação de costureira, com nível de escolaridade ensino médio completo, que apresentava diagnóstico de proctalgia fugaz.

Foi realizada inicialmente uma avaliação, dividida em duas etapas: a primeira corresponde a um questionário semiestruturado com informações: pessoais (Nome, endereço, profissão, idade, ocupação, escolaridade, estado civil, cor), queixa principal, historia da doença e início dos sintomas, sobre hábitos de vida, patologias associadas, medicações em uso, antecedentes ginecológicos e obstétricos, dados sobre a funcionalidade do sistema intestinal e atividade sexual, e estado emocional.

Na segunda etapa, ocorreu o exame físico, onde foram aferidos os sinais vitais, a circunferência abdominal, o IMC, e feita uma inspeção abdominal e do assoalho pélvico, examinando a coloração da vulva, se há alguma lesão, presença de corrimento e em seguida foi realizado o toque vaginal e retal com a paciente em decúbito lateral, com utilização de luva estéril e gel lubrificante KY, para avaliar a força e resistência da contração, o tônus nesta região, temperatura, presença de dor ou não, sensibilidade e presença dos reflexos cremastérico e anal. Ao

fim da avaliação foram coletadas as Xerox dos exames complementares que a paciente já havia realizado, para somar com os dados obtidos na avaliação, e assim, estabelecer o diagnóstico funcional.

Somente após a avaliação, é que foi possível traçar a conduta a ser realizada, mediante as queixas e os sinais obtidos. O atendimento foi realizado por duas vezes na semana, durante 17 sessões, com duração de 40 minutos, na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba.

## DISCUSSÃO E RESULTADOS

Na avaliação a paciente M. N. apresentou como queixa principal câimbras na região anal, e relatou que há dois anos começou a sentir tais câimbras na região do reto, provocando muita dor e desconforto. Ao comparecer ao médico foi solicitada a realização de alguns exames, na coloscopia manometria anorretal detectou-se a presença de anismos e baixa sensibilidade retal (Tabela I). A paciente afirmou que evacua frequentemente, porém depois que a musculatura contrai não consegue mais evacuar, com a sensação de evacuação incompleta. Quando precisa conter às vezes, as câimbras se iniciam e duram no máximo 20 segundos. O início dos sintomas se deu há mais de dois anos.

<b>Achados Clínicos Importantes</b>
Anismos e baixa sensibilidade retal
Hipertonia das paredes retais
Dificuldade para relaxar completamente durante a contração anal
Evacuações incompletas
Ansiedade relacionada à patologia

**Tabela I** – Achados clínicos importantes.

Dentre os exames colhidos, o mais relevantes para a nossa avaliação foram a Videocolonosopia e a Manometria anorretal. Na Videocolonosopia houve uma introdução suave do aparelho sob visão direta até o íleo terminal. Preparo de boa qualidade. Íleo terminal normal. Colón ascendente, transverso, descendente e sigmoide apresentando-se com expansibilidade e mucosa normais. Reto endoscopicamente normal. A paciente tolerou bem o exame, não houve

complicações, como conclusão a colonoscopia apresentou-se normal. No exame de Manometria anorretal as pressões médias de repouso estavam dentro dos padrões da normalidade, pressões médias máximas de contração dentro do limite de normalidade, IRA presente a dois cm da MA com insuflação de 40 ml de ar no balão. Não apresentou um bom relaxamento da musculatura estriada quando solicitada, sugerindo anismos e sensibilidade retal diminuída. Na contração sustentada por 30 segundos, apresentou pressões dentro dos limites da normalidade durante o intervalo, mostrando um bom desempenho da musculatura voluntária e um canal anal de tamanho normal.

Objetivos do tratamento	Conduta Fisioterapêutica
Reduzir ou/e eliminar a hipertonia retal	Cinesioterapia através de contrações rápidas dos MAPs, em diferentes posições, como decúbito lateral, dorsal, ventral, borboleta, semi-agachado e bípede.
Promover o relaxamento completo da região anal.	Massoterapia para relaxamento anal através de liberações fasciais com o toque do terapeuta.
Promover melhora da consciência corporal	Exercícios proprioceptivos com uso da bola suíça e associado a exercícios de fortalecimento dos MAPs.
Melhorar os sintomas de ansiedade e tensão	Encaminhamento para o atendimento na Clínica Escola de Psicologia da UEPB
Melhorar o posicionamento durante o trabalho e ao utilizar o banheiro	Orientações posturais e uso de um banquinho durant
Orientar para avaliação e acompanhamento nutricional.	Encaminhamento para o atendimento com a nutricionista

**Tabela II** – Objetivos e Conduta Fisioterapêutica.

No exame físico, mais especificadamente no exame de toque, notou-se de relevante a presença de hipertonicidade da região anal, seguida de dificuldade para relaxar completamente. Outro aspecto apresentado pela paciente foi certa ansiedade e preocupação com relação à patologia, sendo comum em muitos casos, onde os fatores emocionais parecem desempenhar um papel na exacerbação dos sintomas, essas informações serviram para delinear os achados clínicos, importantes para a prescrição do tratamento (Tabela I). Visto isso, foi traçado um plano de tratamento (Tabela II) e seguido disso, uma conduta que atendessem todas essas queixas. A proposta terapêutica na Proctalgia Fugaz tem sido sugerida de diversas formas, porém há poucos dados com evidência científica para orientar esse tratamento. Mas antes de avançar para o tratamento se faz necessário o cuidado de esclarecer para o paciente sobre as características particulares desta doença e só a partir disso é traçado o plano de tratamento.

A terapia manual, aplicada pelo fisioterapeuta, inclui uma grande diversidade de técnicas, como massagem, indução ou liberação miofascial, massagem de atrito aplicada transversalmente ou manipulação de tecidos conjuntivos. Todas estas técnicas podem ser aplicadas nos músculos e estruturas que provocam dor na região pélvica (NELSON, P. et al, 2012, HULL, M. 2009, WEISS, J.M. 2001). Massagem especificamente transretal ou transvaginal, descrita pela primeira vez por Thiele, tem grande aceitação no tratamento do DPC, pois reduz a dor nos casos síndrome de levantador do ânus, proctalgia crônica e outras patologias que ocorrem com hipertonia do assoalho pélvico. (VIDAL,2000, HULL, 2009, BENDANA, 2009, OYAMA, 2004)

Foi orientado o banquinho durante o uso do banheiro, pelo fato da paciente ter relatado dificuldade para esvaziar completamente. Vários estudos apontam o uso do banquinho como uma forma próxima da posição de cócoras e que através dela é possível um esvaziamento completo, devido um aumento do ângulo entre o ânus e o reto, facilitando a evacuação e diminuindo a tensão do canal retal.

O acompanhamento nutricional permite que a paciente tenha hábitos de vida saudáveis, assim como uma dieta equilibrada, que permita um número de evacuações normais e sem muita dificuldade, já que a mesma relata que tem dificuldade para evacuar devido o fechamento retal, através de uma boa alimentação é possível permitir que mesmo com o fechamento do canal retal, o alimento não seja impedido de ser eliminado.

## CONCLUSÃO

Neste trabalho foi possível compreender o quanto a proctalgia fugaz ainda apresenta-se pouco clara e gera desconforto e preocupação devido a dificuldade de estabelecer um diagnóstico preciso. Mediante isso, surge a fisioterapia em proctologia, que visa amenizar o quadro clínico e as queixas apresentadas pelo paciente, em trabalho interdisciplinar com outros profissionais, como o psicólogo e o médico proctologista. Notou-se, através do relato da paciente e no decorrer dos atendimentos, evolução positiva e eficácia na terapêutica utilizada, promovendo relaxamento na musculatura da região anal e melhor conhecimento da paciente com relação ao seu corpo e sua patologia. Devido à escassez de literatura sobre a proctalgia fulgaz, faz-se necessário que outros estudos sejam produzidos a fim de elucidar melhor essa patologia e trazer evidências comprovadas com relação a formas de tratamento seguras e eficazes.

## REFERÊNCIAS

- PARADES, D. E. et al; Proctalgia fugax: demographic and clinical characteristics. What everydoctor should knowfrom a prospective studyof 54 patients.**Dis Colon Rectum**.vol.50, n.6, p.8-893, 2007.
- THOMPSON, W. G. Proctalgia fugax in patients with the irritable bowel, peptic ulcer, or inflammatory bowel disease. **Am J Gastroenterol**.p.79-450, 1984.
- THOMPSON, W. G; HEATON, K.W. Proctalgia fugax. **J R Coll Physicians Lond**.p.14-247, 1980.
- DROSSMAN, D. A. et al. U.S. Householder Survey of functional gastrointestinal disorders: Prevalence, sociodemography, and health impact. **Dig Dis Sci**.p.38-1569, 1993.
- JEYARAJAH, S. et al. Proctalgia fugax, an evidence-based management pathway. **Int J Colorectal Dis**.vol.25, p.46-1037, 2010.
- BHARUCHA, A.E; LEE, T.H. Anorectal and pelvic pain. **Mayo Clin Proc**.2016.91.10.1016/j.mayocp.2016.08.011
- RAO, S.S. et al. Functional anorectal disorders. **Gastroenterology**. 2016.10.1053/j.gastro.2016.02.009
- KAMM, M.A. et al. Hereditary internal anal sphincter myopathy causing proctalgia fugax and constipation. A newly identified condition. **Gastroenterology**.vol.100, n.3, p.10-805, 1991.

GUY, R.J; KAMM, M.A; MARTIN, J.E. Internal anal sphincter myopathy causing proctalgia fugax and constipation: further clinical and radiological characterization in a patient. **Eur J Gastroenterol Hepatol**.vol.9, n.2p 4-221, 1997.

ECKARDT, V.F. et al. Anorectal function and morphology in pacientes with sporadic proctalgia fugax. **Dis Colon Rectum**.vol.39, n.7, p.62-755, 1996.

BABB, R.R. Proctalgia fugax: would you recognize it? **Postgrad Med**.vol.99, n.4, p.4-236, 1996.

ZAJACZ, M. Applications of the botulinum A toxin. **Orv Chetil**.vol.144, n.18, p42-837, 2003.

ECKARDT, V.F. et al. Treatment of proctalgia fugax with salbutamol inhalation. **Am J Gastroenterol**.vol.91, n.4, p.9-686. 1996.

PELEG, R; SHVARTZMAN, P. Low-dose intravenous lidocaine as treatment for proctalgia fugax. **Reg Anesth Pain Med**.vol.27, n.1, p.9-97, 2002.

LOWENSTEIN, B; CATALDO P.A. Treatment of proctalgia fugax with topical nitroglycerin: report of a case. **Dis Colon Rectum**.vol.41, n.5, p.8-667, 1998.

WESSELMANN, U; BURNETT, A.L; HEINBERG, L.J. The urogenital and rectal pain syndromes. **Pain**.vol.73, n.3, p.94-269, 1997.

NELSON, P. et al. Chronic female pelvic pain--part 2: differential diagnosis and management. **Pain Pract**.vol.12, n.2, p.111-141, 2012.

HULL, M; CORTON, M.M. Evaluation of the levator ani and pelvic wall muscles in levator ani syndrome. **Urol Nurs**.vol.29, n.4, p.225-231, 2009.

WEISS, J.M. Pelvic floor myofascial trigger points: manual therapy for interstitial cystitis and the urgency-frequency syndrome. **J Urol**.vol.166, n.6, p.2226-2231, 2001.

VIDAL, A, et al. Dolor pélvico crónico: enfoque multidisciplinario. **Rev Soc Esp Dolor**.vol.7, n.3, p.75-389, 2000.

BENDANA, E.E, et al. Efficacy of transvaginal biofeedback and electrical stimulation in women with urinary urgency and frequency and associated pelvic floor muscle spasm. **Urol Nurs**.vol.29, n.3, p.171-176, 2009.

OYAMA, I.A, et al. Modified Thiele massage as therapeutic intervention for female patients with interstitial cystitis and high-tone pelvic floor dysfunction. **Urology**. vol.64, n.5, p.862-865, 2004.