

TOQUE RETAL

Carlos A. Vargas Souto *

SINOPSE: Revisão da técnica do toque retal e as informações diagnósticas dêle derivadas.

O toque retal é parte integrante de qualquer exame físico completo. Há 3 posições do paciente adequadas para o toque: genupeitoral; de pé com flexão ventral do tronco e decúbito dorsal com abdução das coxas. Preferimos a última porque nos permite a palpação bimanual e a pesquisa do reflexo bulbocavernoso. Este consiste em estimular com a mão livre a glândula do paciente e avaliar a contração reflexa do esfíncter anal. A ausência desse reflexo significa lesão do arco reflexo medular e presença de disfunção neuro-vesical. Às vezes, o esfíncter está permanentemente relaxado, o que tem o mesmo significado. Um esfíncter espástico e doloroso é encontrado em pacientes com fístula anal e/ou criptite. Após avaliar o tônus esfinteriano faz-se uma revisão da ampola retal para excluir um tumor de reto ou a presença de um fecaloma. Esta última eventualidade não é rara em pacientes acamados, especialmente naqueles com problemas neurológicos. Ao chegar à parede ventral do reto sente-se a próstata, que é avaliada quanto ao tamanho, consistência, mobili-

dade, forma, sensibilidade e área supra-prostática. Ao terminar a palpação escorre pela uretra uma ou várias gotas de secreção prostática, que são colhidas numa lâmina e examinadas a fresco com objetiva de 40 aumentos. Mais de 15 leucócitos por campo significa prostatite.

O tamanho da próstata normal do adulto é cerca de 3 cm no sentido crânio-caudal e 4 cm no sentido transversal. Em caso de aumento de tamanho, o examinador experiente pode fazer uma estimativa aproximada do número de gramas a mais que a próstata pesa, o que corresponde ao peso de tecido prostático que será retirado por ocasião da prostatectomia. Assim, dizemos que um paciente tem uma próstata de 40g, significando que, segundo nossa expectativa, deverão sair 40g de tecido prostático na cirurgia. Para a avaliação do tamanho da próstata é importante que o paciente tenha esvaziado a bexiga, pois quando a mesma está distendida os limites da glândula se tornam indistintos.

A consistência da próstata normal é elástica como uma bola de tênis, sem nódulos, a não ser o veru montanum, que é eventualmente palpável na porção caudal da glândula. A consistência da glândula pode estar pa-

* Auxiliar de Ensino da Faculdade Católica de Medicina de Porto Alegre. Ex-Residente de Urologia da Universidade da Califórnia, Los Angeles.

tológicamente aumentada ou diminuída. Um aumento localizado da consistência constitui o nódulo, que em 50% dos casos corresponde a câncer e nos outros 50% a uma área de prostatite. A biópsia impõe-se como passo seguinte para o diagnóstico. O nódulo pode ser pétreo. E, se além disso, houver sensação de atrito, o diagnóstico de cálculos prostáticos está feito. Caso contrário, persiste a suspeita de câncer. Um aumento generalizado da consistência prostática faz suspeitar em primeiro lugar de CA. A prostatite aguda pode apresentar a mesma consistência, mas é fácil de distinguir devido à extrema sensibilidade, febre alta e desconforto perineal. Uma glândula de consistência diminuída pode corresponder a duas eventualidades: abscesso prostático e «próstata suculenta». A primeira corresponde a uma área de flutuação numa prostaite aguda. A segunda é encontrada em alguns pacientes com prolongada abstinência sexual e corresponde a um acúmulo de secreção nos ácinos prostáticos.

A mobilidade da próstata é avaliada enganchando o dedo indicador no bordo cranial da próstata. A glândula normal pode ser assim mobilizada. Quando há CA com inva-

são dos planos vizinhos, a próstata fica fixa.

A forma da próstata é a de um tronco de cone invertido, apoiando-se o vértice na aponeurose perineal média. Os limites são nítidos, o que não ocorre no caso de câncer. Há um sulco mediano nítido no sentido crânio-caudal que desaparece, em geral, na hiperplasia prostática.

A sensibilidade prostática é de difícil avaliação pois varia muito de paciente a paciente. Entretanto, a dor da prostatite aguda ou do abscesso são fáceis de identificar por sua intensidade extrema.

A área supra-prostática tem muita importância, pois corresponde à base da bexiga e às vesículas seminais. Esta área normalmente é depressível, há um endurecimento difuso quando da presença de um tumor infiltrante de bexiga. As vesículas normais não são palpáveis, entretanto, podem ser percebidas quando há inflamação ou tumor.

RESUMO: O autor revisa a técnica do toque retal e as informações diagnósticas dele derivadas.

SUMMARY: The author reviews the technique of rectal palpation and its pertinent diagnostic informations.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- LEADER, Abel J. & CARLTON JR., C. Eugene. «Urologic diagnosis and the urologic examination.» In: CAMPBELL, Meredith F. & HARRISON, J. Hartwell. *Urology*. 3.ed. Philadelphia, W. B. Saunders, 1970. v.1, cap.7, p.212.