
CORREÇÃO CIRÚRGICA DA INCONTINÊNCIA ANO-RETAL AQUIRIDA (*)

FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS ()
MÁRIO JOSÉ FALCÃO MEDEIROS (***)**

O controle esfíncteriano normal é mantido pela atividade reflexa dos músculos esfíncterianos. O canal anal é o segmento intestinal localizado entre o reto e a fenda anal. Tem um comprimento de aproximadamente 2.5 a 3.0 cm. É ao nível deste segmento que localiza-se o aparelho esfíncteriano, que é constituído por 2 componentes musculares: o esfíncter interno, que é continuação do músculo circular do reto e o esfíncter externo, composto por fibras musculares estriadas.

O esfíncter interno é formado por fibras musculares lisas e é envolvido pelo esfíncter externo em toda sua extensão. O esfíncter interno tem um tônus constante que mantém o canal anal fechado, impedindo a eliminação de flatus e muco. O controle fecal é completamente assegurado pelo esfíncter externo e pelo pubo-retal que mantêm, também, um tônus constante e reforçado por uma ação reflexa. O músculo pubo-retal insere-se, em suas duas extremidades, no arco pubiano. Contorna o segmento intestinal ao nível da junção ano-retal, sendo responsável pela preservação do chamado ângulo ano-retal que é o principal fator de preservação da continência anal.

Somente a partir de 1971 tornou-se possível a correção da incontinência ano-retal em pacientes portadores de lesão do aparelho esfíncteriano. Na ocasião, Parks (2) apresentou 20 casos operados, obtendo excelentes resultados em 18 pacientes.

O presente relato apresenta 05 casos de pacientes com lesão dos esfíncteres anais, ficando todos com perda completa do controle para fezes e flatus. Dois pacientes tornaram-se incontinentes após serem submetidos a hemorroidectomia, um decorrente de acidente de trem e dois após um parto por via vaginal.

(*) Trabalho da Clínica de Colo-Proctologia do Hospital Batista Memorial (Fortaleza).

(**) Chefe da Clínica de Colo-Proctologia do Hospital Batista Memorial. Ex-Residente de Cirurgia Geral do Hospital Geral de Fortaleza (INAMPS). Ex-Estagário do St. Mark's Hospital (Londres).

(***) Cirurgião da Clínica de Colo-Proctologia do Hospital Batista Memorial. Ex-Residente de Cirurgia Geral do Hospital Geral de Fortaleza (INAMPS).

Nos 3 primeiros casos, as lesões ocorreram na porção lateral dos esfíncteres, tornando mais difícil a correção, devido ao risco de haver extensa secção do esfíncter externo ou do pubo-retal, que é o principal responsável pela manutenção da continência anal. Somente nos casos devido ao parto, as lesões processaram-se na extremidade anterior. Neste local, a incontinência é menos grave, devido ao pubo-retal permanecer intacto.

TÉCNICA OPERATÓRIA

A operação deve ser realizada o mais breve possível após a ocorrência do traumatismo pois, deste modo, impede-se a formação de extensas áreas de fibrose em torno dos esfíncteres, ao nível das fossas isquiorretais.

Desvia-se o trânsito intestinal em todos os pacientes. Faz-se uma colostomia ao nível do colon transversal, próximo à flexura hepática. Esta colostomia permanece aproximadamente por 12 dias, tempo suficiente para ocorrer a cicatrização da ferida perianal. No tempo perineal, pratica-se inicialmente uma incisão, atingindo, aproximadamente, a metade da circunferência anal, devido a ocorrer grande retração dos cabos musculares após serem seccionados. Remove-se a fibrose existente na fossa isquiorretal, preservando, no entanto, uma fina camada sobre os músculos, para possibilitar uma maior resistência à tração durante o aperto dos fios de aço.

Mobiliza-se a mucosa normal do canal anal, liberando-a dos músculos e suturando-a, em seguida, com sertix catgut 2 "O" cromado, construindo, assim, o tubo mucoso. A dissecação e mobilização dos cabos musculares devem ser realizadas com cuidado, não sendo necessário individualizar os esfíncteres interno e externo. A sutura realizada é do tipo jaquetão, ou seja, superpõem-se os cabos esfíncterianos numa extensão de aproximadamente 2 cm e suturando-os com fio de aço 5 "O" pontos separados em U. Não devem ser muito apertados para não ocorrer necrose dos músculos. A pele deve ser suturada sempre que possível, utilizando-se catgut 2 "O" cromado.

RESULTADOS

04 pacientes obtiveram excelentes resultados. Houve insucesso em 01 caso, embora a paciente relate discreta melhora no controle das fezes. Tal insucesso decorreu devido a insuficiência de massa muscular, pois a paciente já havia sido subme-

tida a uma tentativa de correção anteriormente. Atualmente esta paciente submete-se à fisioterapia esfínteriana, através de mioestimulação elétrica. Objetivamos, com isso, o aumento da força de contratilidade das fibras musculares restantes.

CONCLUSÃO

A incontinência anal resultante da secção completa dos esfínteres pode ser tratada com um alto índice de sucesso.

Em todos os casos, é indispensável o desvio do trânsito intestinal através de uma colostomia.

Dos 05 pacientes operados, 04 recuperaram completamente o controle esfínteriano.

Morbidade e mortalidade inexistiram nos casos operados.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Parks, A. G. & McPartlin, J. F.: Surgical repairs of anal sphincteres following injury, I.N.: Todd, I. A. Operative Surgery; Fundamental International Techniques: colon, rectum and anus. 3rd, ed. London, Butterworths, 1977, p. 245-248.
- 2 — Parks, A. G. et McPartlin, J. F.: Late repair of injuries of the anal sphincter. Proc. Roy Soc. Med., 64:487, 1971.
- 3 — Goligher, J. C. (1975) — Surgery of the Anus, Rectum and Colon. 3/rd Ed. London, Baillière Tindall, p. 402.

NOTÍCIAS DA TESCURARIA:

Estamos modificando o tipo de recibo da anuidade da Sociedade que em breve será enviado aos colegas para pagamento nas Agências do BRADESCO espalhadas em todo o Território Nacional. A anuidade também poderá ser paga através de cheque em nome da Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia e enviada à Secretria — Av. Mem de Sá, 197 — Rio - RJ.

* * *