

INCONTINÊNCIA ANAL: VISÃO ATUAL DO TRATAMENTO CIRÚRGICO (*)

FERNANDO S. DE CARVALHO ()**

ALOYSIO DE CARVALHO (*)**

ALOYSIO S. DE CARVALHO (**)**

MAURO PINHO (***)**

Dentre todas as queixas de origem anorretal, talvez seja a incontinência aquela que traz maior desconforto, não só para o paciente, mas também para o seu médico.

Para o paciente, devido ao grau de incapacidade social e insegurança provocados, e para o médico, pela dificuldade do manejo de um problema de definição, fisiopatologia e tratamento até recentemente obscuros, o que gerava resultados no mínimo imprevisíveis, e em geral, insatisfatórios.

Classicamente, foi a incontinência anal sempre classificada como sendo conseqüente a: (20)

- Lesão neurológica alta
- Trauma direto
- Idiopática.

Os casos conseqüentes à lesão neurológica alta (22), quais sejam tumores de cauda equina, secção da medula, entre outros, sempre foram e ainda são considerados intratáveis do ponto de vista cirúrgico, exceto por uma derivação intestinal; deste modo a atenção dos cirurgiões foi, até há pouco, somente dirigida para as lesões conseqüentes a trauma direto. As fistulectomias complexas, assim como os acidentes obstétricos (22), sempre se destacaram como as principais causas destas lesões. Neste contexto, o tratamento cirúrgico sempre se baseou na simples correção cirúrgica dos defeitos apenas esfinterianos.

Surgiram então, um grande número de técnicas (4), utilizando diferentes artifícios, havendo entre estes o objetivo comum de reduzir o diâmetro anal. Temos então os seguintes procedimentos:

(*) Trabalho realizado na Clínica Aloysio de Carvalho e Departamento de Cirurgia do Hospital Universitário Gama Filho.

(**) Professor Assistente do Departamento de Cirurgia do HUGF. Cirurgião da Clínica Aloysio de Carvalho.

(***) Diretor e Cirurgião da Clínica Aloysio de Carvalho.

(****) Cirurgião da Clínica Aloysio de Carvalho.

(*****) Auxiliar de Ensino do Departamento de Cirurgia do HUGF. Mestrando do Depart. de Cirurgia do Hospital Universitário da UFRJ. Cirurgião-estagiário da Clínica Aloysio de Carvalho.

- Reparo do esfínter por simples sutura (18);
- Anel metálico de Thiersch;
- Plicatura do esfínter externo (Blaisdell) (3);
- Anel de fásia lata (2);
- Transposições musculares, etc. (9,22).

Alguns fatos contribuíram para os resultados insatisfatórios (4) obtidos com estas técnicas. Entre estes estão o desconhecimento da fisiologia anorretal (1) e da fisiopatologia da incontinência, e a conseqüente extensão do uso destas técnicas às chamadas "incontinência idiopática". No entanto, bons resultados são relatados quando se aplica estas técnicas de reparo esfínteriano estritamente aos casos de trauma direto do esfínter externo (7,13,22).

Dos estudos de autores como Parks (11,12,15), Porter (16), Gaston (6), Rutter (17), entre outros, surgiu a moderna concepção anatomo-fisiológica do mecanismo de defecação, como veremos a seguir:

- Sabe-se hoje que a continência anal é o produto da ação integrada de três grupos musculares, quais sejam, o esfínter interno, esfínter externo e os elevadores do ânus, destacando-se o feixe pubo-retalis. (Fig. 1).

O esfínter interno é um prolongamento da camada muscular circular do reto, sendo ao contrário dos outros, de ori-

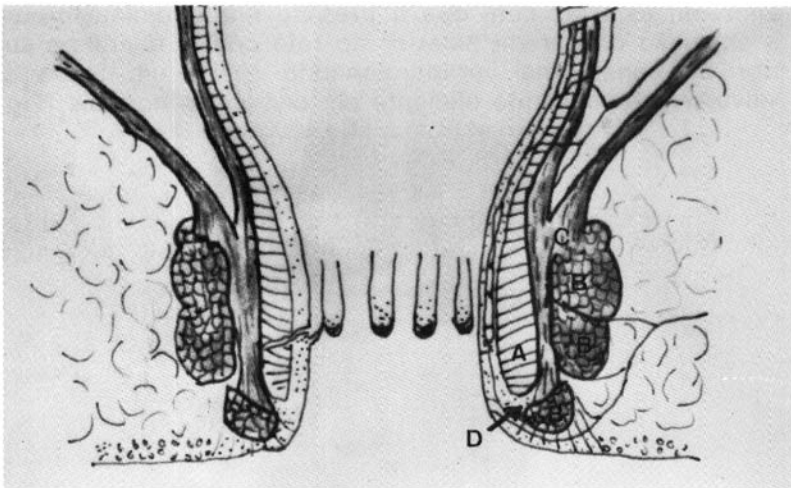


Fig. 1 — Anatomia da musculatura esfínteriana.

- A — Músc. esfínter interno
- B — Músc. esfínter externo com seus feixes superior, médio e inferior
- C — Feixe puboretalis dos elevadores do ânus
- D — Local de acesso ao plano inter-esfíntérico

gem visceral. Tem uma inervação autônoma, sem controle voluntário, portanto, possuindo ainda um tonus basal de repouso, o qual é inibido sempre que ocorre a distensão das paredes do reto (2,10), de forma a permitir o contato do conteúdo retal com o segmento sensorial da mucosa, permitindo assim o reconhecimento deste conteúdo. Observa-se então, que o esfíncter interno não é um elemento fundamental na contenção fecal, mas sim na capacidade de discriminação do conteúdo retal.

Já o esfíncter externo desempenha papel importante na continência. Apesar de anatômicamente ser dividido em três feixes distintos (19), e cirurgicamente visto como um tubo contínuo, envolvendo o esfíncter interno e se relacionando superiormente com o feixe puboretalis dos elevadores do ânus. É um músculo esquelético, portanto submetido ao controle voluntário, embora possua também tonus de repouso. E este grupo muscular que permite ao indivíduo a escolha do momento de defecação, uma vez que sua contração inibe o reflexo defecatório.

Em relação ao feixe pubo-retalis, é a este atribuído no momento o papel fundamental na continência anal (5). Sabemos que o assoalho pélvico, além de decidir o momento adequado à evacuação, necessita também opôr-se à pressão intraabdominal. Para este fim é fundamental a angulação anorectal; esta faz com que a pressão intraabdominal promova a aposição da parede anterior do reto contra o orifício superior do canal anal, proporcionando assim um mecanismo valvular extremamente eficiente em condições normais (Fig. 2)

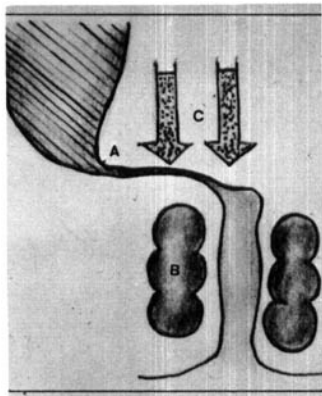


Fig. 2 — Esquema representando o mecanismo valvular provocado pela angulação anorectal. Notar a importância da localização do feixe puboretalis (A), assim e como da pressão intraabdominal (C). Em (B), músc. esfíncter externo.

(Modificado de Parks, A. G. 12)

e exatamente o tonus de repouso do puboretalis o elemento responsável pela manutenção da angulação anorectal. Torna-se fácil, então, a compreensão de que na presença de uma disfunção do pubo-retalis, a retificação conseqüente na junção anorectal torne bastante prejudicada a capacidade de continência do indivíduo.

Sabe-se hoje que isto é o que ocorre em grande parte dos portadores de incontinência anal no grupo anteriormente classificado como "idiopático", como é demonstrado nos estudos radiológicos (proctogramas) evidenciando a perda da angulação anorectal nestes pacientes.

Quanto à patogenia, os estudos de eletromiografia e microscopia eletrônica do assoalho pélvico demonstram sinais de denervação local, mais acentuados no esfíncter externo, e menos intensos nos esfíncteres interno e puboretalis, respectivamente (15). Esta denervação, ao que parece, seria conseqüente ao estiramento dos nervos pélvicos que pode ocorrer em esforços exagerados como nos pacientes constipados crônicos ou em casos de partos difíceis e prolongados. Isto explica a elevada incidência destes dados nos pacientes portadores de incontinência anal.

Estas observações associadas à constatação de um períneo anormalmente baixo nestes pacientes, levaram Parks (12) a descrever a "Síndrome do períneo descendente", atribuindo-a à neuropatia pudenda por estiramento. (Fig. 3).

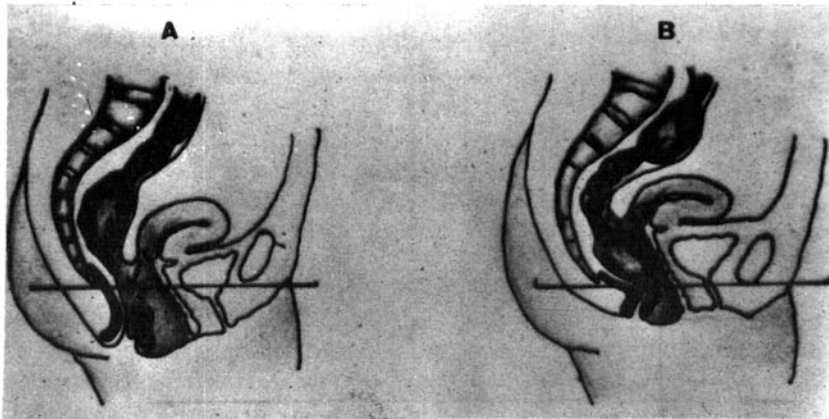


Fig. 3 — Síndrome do períneo descendente.

Em (A) notamos o prolapso da parede anterior do reto através do canal anal, havendo também um rebaixamento do períneo em relação à linha entre o cóccix e o bordo inferior do púbis. Notar também a perda da angulação anorectal. Em (B), posição normal do períneo. Notar ângulo anorectal mais acentuado e posição superior do períneo em relação a (A). (Modificado de Parks, A. G. 12)

Estes conhecimentos nos permitiram identificar na atualidade, um grupo de pacientes portadores de incontinência anal com as seguintes características:

1 — História clínica de esforço defecatório por muitos anos ou de trabalho de parto laborioso e prolongado;

2 — Exame local revelando:

- redução do tonus de repouso da musculatura anal;
- redução do comprimento do canal anal;
- diminuição do poder de contração voluntário;
- apagamento do anel ano-retal;
- diminuição da contração reflexa do puborectalis aos aumentos súbitos de pressão intrabdominal (reflexo da tosse).

A abordagem cirúrgica destes pacientes deve ser feita tendo-se em mente os seguintes objetivos:

- restaurar a angulação anorectal;
- dar o máximo de eficiência à função muscular residual;
- alongar o canal anal;
- evitar lesão das estruturas vasculares e nervosas da região.

Neste sentido, Parks, (11,12,14), propôs a abordagem posterior do ânus para reparo do pubo-retalis e outros elevadores.

O fato de terem os esfínteres interno e externo origem embriológica distinta, propiciou a existência entre eles de um plano de clivagem, frouxo, o qual não é atravessado por vasos ou nervos importantes. Conseqüentemente, o plano fornece uma via de acesso ideal ao puborectalis, a nível de seu arco anorectal.

É, então, esta técnica executada da seguinte maneira:

O acesso é posterior ao ânus, consistindo de uma incisão em "V", com seu vértice colocado a cerca de seis centímetros

abaixo do orifício anal (Fig. 4). A seguir rebate-se o retalho cutâneo (Fig. 5) até o nível do plano interesfinctérico, sendo



Fig. 4 — Incisão a ser feita na técnica do reparo pós-anal. Notar ânus patuloso, característico da lesão neuro muscular esfinteriana.



Fig. 5 — Deslocamento realizado a nível subcutâneo, tendo como limite superior o início do plano inter-esfinctérico.

a este nível feita a dissecação e individualização dos esfíncteres interno e externo (Fig. 6 e 7). Secciona-se então o fáschia de Waldeyer, sendo atingida a gordura periretal. É aí possível a exposição do puboretalis e demais feixes dos elevadores até

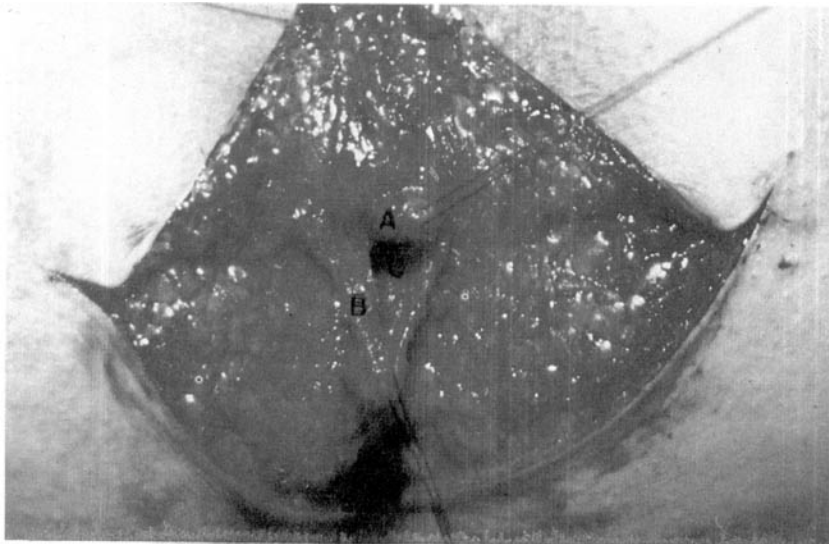


Fig. 6 — Rebatido superiormente o retalho, observa-se a individualização dos músculos esfíncter interno (A), esfíncter externo (B), e o início da dissecação no plano interesfíntérico (C).

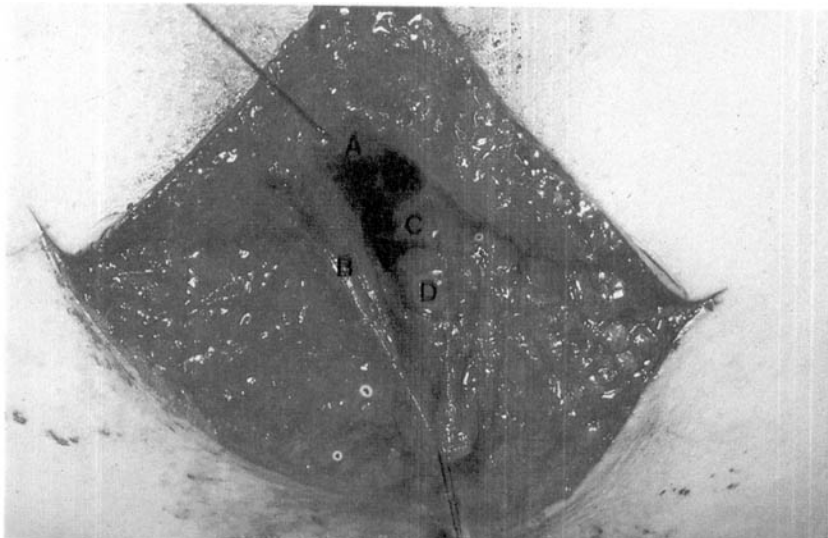


Fig. 7 — Progressão da dissecação a nível do plano interesfíntérico, sendo evidenciados o reto (C) e o Fáschia de Waldeyer (D). Notar a relação com os esfíncteres interno (A) e externo (B).

próximo à sua inserção na tuberosidade isquática. Procede-se então à aproximação dos feixes musculares, grupo por grupo, a saber os elevadores, o puborectalis e esfíncter externo. A drenagem é aconselhável. (Fig. 8, 9).

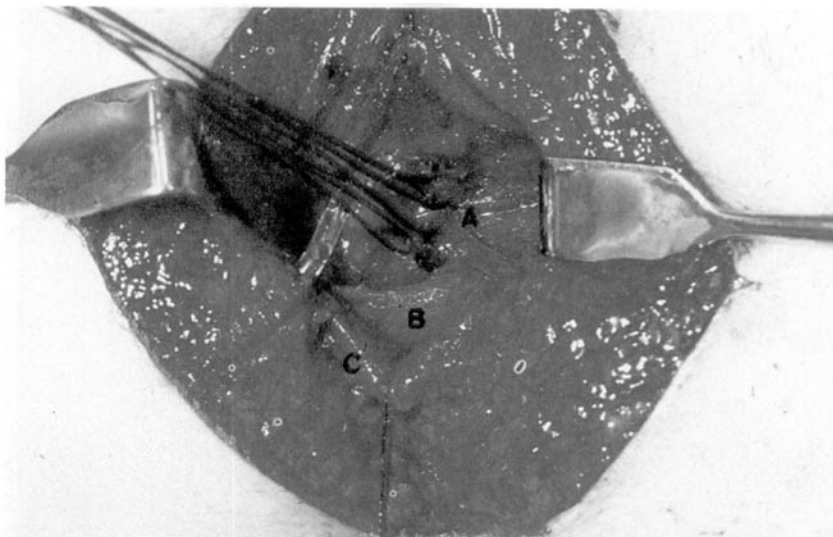


Fig. 8 — Início da aproximação dos planos musculares. Em (A) vemos a sutura do feixe pubococcígeo dos elevadores do ânus. Em (B) nota-se o arco posterior do feixe puborectalis, responsável pela angulação anorectal. Em (C), vê-se o esfíncter externo.

Observar a colocação dos drenos de sucção.

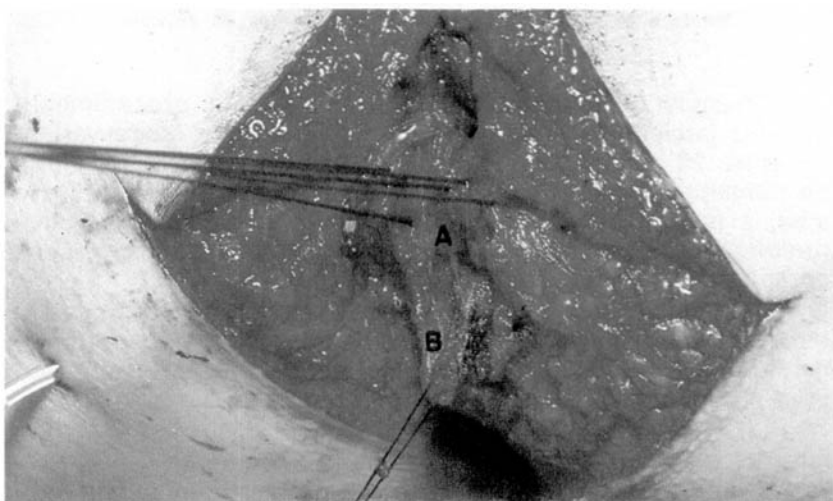


Fig. 9 — Pontos dados visando a aproximação dos ramos do feixe puborectalis; com esta sutura, promove-se um aumento do ângulo anorectal, além de um alongamento do canal anal. Em (B), o músc. esfíncter externo.

A sutura é feita em "Y" na pele, afim de compensar a retração cutânea causada pelo alongamento do canal anal. (Fig. 10).



Fig. 10 — Sutura da pele; aspecto final da operação. Observar o aspecto em "Y" da ferida, sendo a extensão do ramo vertical dependente do grau de retração cutânea provocado pelo alongamento do canal anal. Notar ainda a saída por contraabertura dos drenos de sucção.

Tivemos a oportunidade de realizar este procedimento em seis pacientes, todas do sexo feminino, com idade variando entre 23 e 55 anos. Destas, cinco apresentavam história de constipação crônica com grande dificuldade defecatória e uma, a mais jovem do grupo, com história de parto difícil e prolongado. Apresentava ainda esta última uma cistocele, caracterizando uma lesão perineal extensa.

O grau de incontinência em todos os casos era suficientemente avançado para causar incapacidade social importante; nenhuma era continente para fezes líquidas ou pastosas, sendo uma incontinente até para fezes sólidas.

Os resultados obtidos foram bastante satisfatórios. Em relação à continência, houve melhora significativa nos seis casos; apenas em uma paciente persistiu a incontinência para gases, além de um retardo no retorno ao tonus eficaz por alguns minutos após cada evacuação.

Em relação à morbidade, tivemos infecção da ferida em três casos, que regrediu facilmente com cuidados locais, sem prejuízo para o resultado cirúrgico. A mortalidade foi zero.

Estes resultados nos animam e encorajam a prosseguir com esta abordagem no tratamento da incontinência anal conseqüente à neuropatia pudenda.

Ainda hoje, a incontinência anal é um problema social bastante grave (20), a ponto de levar o paciente, por vezes, a não revelar seu sintoma. Baseados nisso, acreditamos ser a incidência desta patologia maior do que habitualmente é considerada. A partir daí, torna-se evidente a grande importância dos estudos realizados neste campo, fundamentais para que, futuramente possamos oferecer aos pacientes resultados cada vez melhores, colocando-os assim, em condições de levar uma vida socialmente normal.

BIBLIOGRAFIA

1. Alna, J. et al.: Reflex and Eletromyografic abnormalities associated with Fecal Incontinence. *Gastroenterology*, 53, 1:101-106, 1967.
2. Bennet, R. C., Duthie, H L.: The Functional Importance of the Internal Anal Sphincter. *Brit J. Surg.*, 51, 3:355-357, 1964.
3. Blaisdell, P. C.: Repair of the Incontinent Sphincter ani. *SGO* 70:692-697, 1940.
4. Castro, A. F., Pittman, R. E.: Repair of the Incontinent Sphincter Dis. *Col & Rect.*, 21, 3:183-187, 1978.
5. Dickinson, V. A.: Maintenance of Anal Continence: a Review of Pelvic Floor Physiology. *Gut*, 19:1163-1174, 1978.
6. Gaston, E. A.: Fecal Continence Following Ressection of Varicous Portions of the Rectum with Preservations of the Anal Sphincters *SGO*, 87:669-678, 1948.
7. Haddad, J., Rais, A.: Esfincteroplastias nas lesões traumáticas do Canal Anal: indicações e Técnica. *Revta. panl. Med* 81:17-20, 1973
8. Hancock, B. D.: Measurement of Anal Pressure and Motility. *Gut*, 17, 645-651, 1976.
9. Mann.: Gracilis Neoplasty: report of a Successful Case. *Aust. NZ J. Surg.*, 39:405, 1970.
10. Meuver, P. et al.: Manometric Studies of Anorectal Disorders in Infancy and Childhood: an Investigation of the Physiopathology of Continence and Defecation. *Br. J. Surg.*, 63:402-407, 1976.
11. Parks, A. G., Porter, N. H., Melzet, J.: Experimental Study of the Reflex Mechanism Controlling the Muscles of the Pelvic Floor. *Dis. Col. & Rect.*, 5,6, 407-414, 1972.

12. Parks, A. G., Porter, N. H., Hardcastle, J.: The Syndrome of the Descending Perineum. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 59:477-482, 1966.
13. Parks, A. G., McPartlin, J. T.: Late Repair of Injuries of the Anal Sphincter. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 64:1187-1190, 1971.
14. Parks, A. G.: Anorectal Incontinence. *Proc. Roy. Soc. Med.* 68:681-690, 1975.
15. Parks, A. G., Swash, M., Urich, H.: Sphincter Denervation in Anorectal Incontinence and Rectal Prolapse. *Gut.* 18:656-665, 1977.
16. Porter, N. H.: Physiological Study of the Pelvic Floor in Rectal Prolapse. *Annals of the Roy. Col. Surg. of England*, 31:379-404, 1962.
17. Rutter, R. R. P.: Electromyographic changes in Certain Pelvic Floor Abnormalities. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 67:53-56(1974.
18. Slade, M. S. et al.: Sphincteroplasty for acquired Anal Incontinence *Dis. Col. & Rect.* 20, 1:33-35, 1977.
19. Shafik, A.: A New Concept of the Anatomy of Anal Sphincter Mechanism and the Physiology of Defecation. *Dis. Col. & Rect.*, 23, 3:170-179, 1980.
20. State, D., Katz, A.: The Use of Superficial Transverse Perineal Muscle in the Treatment of Post Surgical Anal Incontinence. *Annals of Surg.* 142,2: 262-265, 1955.
21. Stone, H. B., Mc Lanahan, S.: Results with the Fascia Plastic Operation of Anal Incontinence. *Ann. Surg.* 114:73, 1941.
22. Symposium on Rectal Continence. *Proc. Roy. Soc. Med.* 52:85, 1959.

52.º Congresso Argentino de Cirurgia

De 18 a 23 de outubro de 1981 será realizado o 52.º Congresso Argentino de Cirurgia, junto com o 25.º de Cirurgia Torácica e Cardiovascular e a 13.ª Jornada da Sociedade Argentina de Angiologia. Tema oficial é "Abdome agudo no ancião" e "Litiase da via biliar".

Secretaria: Paraguay 1365 — P 8.º — Dpto. 52
1057 — Buenos Aires — República Argentina
Tel.: 41-8685