

SIMPÓSIO — PROCIDÊNCIA RETAL

Realizado durante o 33º Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia em Campinas, SP, 1983.

Presidente: Walter Ghezzi (RS)
Moderador: Horácio Carrapatoso (RJ)
Secretário: Ivan Garcia Carneiro (MG)
Participantes: Érico Fillmann (RS)
Operação de Delorme
Klaus Rebel (RJ)
Etiopatogenia
Virginio Tosta Souza (MG)
Tratamento Cirúrgico Abdominal
Denizard Rivali Gomes
Pexia via Abdominal com Ivlon
Salvador Porres Ferreira
Tratamento Cirúrgico Perineal
Horácio Carrapatoso (RJ)
Debates

Walter Ghezzi: Dando início ao simpósio "Procidência Retal", quero apresentar os componentes da mesa, o Moderador Dr. Horácio Ferraz Carrapatoso, do Rio de Janeiro, é talvez um dos mais antigos proctologistas do Brasil no presente momento, com uma série de trabalhos publicados, um vasto caudal de contribuições pelo progresso da proctologia brasileira.

Os assuntos a tratar serão: "Operação de Delorme", pelo Dr. Érico Fillmann, do Rio Grande do Sul, meu conterrâneo, meu amigo e meu colaborador durante toda a vida; "Etiopatogenia",

pelo Dr. Klaus Rebel, também muito conhecido, editor da Revista Brasileira de Colo-Proctologia; "Tratamento Cirúrgico Abdominal", pelo Dr. Virginio Candido Tosta Souza, titular de clínica cirúrgica, professor de proctologia na Faculdade de Medicina de Porto Alegre, o autor de um livro que realmente é a cartilha, atualmente, livro brasileiro, que orienta e facilita a todos os estudantes de proctologia nas escolas onde existe essa disciplina, porque é um livro prático e útil. De maneiras que também é uma vasta contribuição ao ensino e difusão da proctologia brasileira. Dr. Denizard Rivali Gomes, proctologista de valor, também um velho batalhador na causa da proctologia brasileira e que irá tratar sobre "A Pexia via Abdominal com Dura-Máter". O "Tratamento Cirúrgico Perineal" será exposto pelo Dr. Salvador Ferreira, também do Rio Grande do Sul, de Pelotas, meu velho amigo, já Presidente da Sociedade Brasileira, e muito empenhado no progresso da nossa Sociedade.

De maneiras que, dando esse início, eu passo a palavra ao Moderador, Dr. Carrapatoso, que vai dinamizar os trabalhos.

Horácio Carrapatoso: Meus senhores, o assunto de hoje não é novo, porque é realmente referido nos mais antigos tratados de medicina, ele depende de uma série de fatores capazes de desencadear a exteriorização desse segmento terminal do aparelho digestivo. E justamente por isso, por haver uma plêiade de causas, existe também uma plêiade de

tratamentos. A etiopatogenia, bem estudada aqui pelo Dr. Klaus Rebel, deve nos levar a considerações sobre a melhor maneira de encarar esse problema. É um problema em aberto ainda. De maneira que toda a colaboração será muito bem recebida para que na prática nós possamos realmente melhorar a situação dos pacientes. Nós temos que trazer conforto para o doente e essa doença torna o paciente deprimido moralmente, afastado da sociedade, queixoso, então é realmente de alta importância o tratamento e a recuperação dos pacientes portadores de procidência retal. E o tratamento assim como a atenção ao doente deve ser precoce, para que as conseqüências da exteriorização do reto não se façam irremovíveis. Quero me referir à conseqüência mais comum que é a incontinência retal.

Dando essa introdução, eu daria uma modificação na apresentação dos assuntos. Eu daria a palavra em primeiro lugar ao Dr. Klaus Rebel, para que fale sobre "Etiopatogenia".

Klaus Rebel: Inicialmente quero agradecer ao gentil convite da Comissão Organizadora deste Congresso, que me permitiu de participar de uma reunião tão importante como esta.

A procidência de reto, por definição, é a exteriorização pelo ânus de todas as camadas do reto. Isto a diferencia do prolapso retal, que se caracteriza pela exteriorização da mucosa somente, e não de todas as camadas do reto. Para distinguir um do outro durante o exame do paciente notamos que no prolapso retal o pregueamento da mucosa se faz de forma radial, enquanto que na procidência vemos que todas as camadas do reto estão exteriorizadas, o que se traduz através do pregueamento circular (**Fig. 1**). Como o Prof. Carrapatoso já citou há pouco, existem várias teorias tentando explicar as causas da

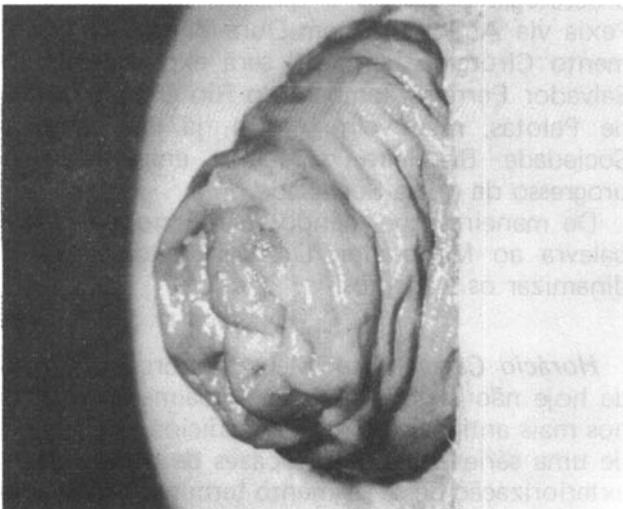


Fig. 1 – Aspecto típico de procidência de reto com pregas mucosas de forma circular.

procidência, todas baseadas em alterações anatômicas e fisiológicas da região. Conforme essas teorias também existem vários tipos de tratamento e os cirurgiões procuram corrigir as alterações anatômicas desta área de acordo com a teoria que lhe parece mais adequada.

A fixação do reto pode ser dividida em três itens: o suporte passivo, o esquelético e o ativo.

O suporte passivo é representado pelo peritônio pélvico que envolve o reto no seu terço superior e o fixa através do mesorreto, pouco móvel e curto. Na medida em que o reto penetra na pélvis, o peritônio libera a sua parede posterior, que entra em contato direto com o sacro, e cobre as paredes laterais e anterior até que na sua reflexão forma o fundo de saco reto-vesical, no homem, e reto-vaginal, na mulher, liberando por completo o reto, então denominado de reto extraperitoneal. Em cada lado do reto extraperitoneal encontramos um espaço com tecido fibroso e gorduroso, parte da fásia pélvica e que se denomina de asas laterais do reto, fixando o reto ao assoalho pélvico e onde encontramos os vasos hemorroidários médios. Na curvatura posterior o reto, através de sua fásia própria, se prende aos ligamentos que cobrem o sacro e cóccix chamados de fásia de Waldeyer. Finalmente a parede anterior do reto encontra sua fixação aos órgãos vizinhos como próstata e vesículas seminais, no homem, e vagina, na mulher, através de uma fásia pélvica que se estende da reflexão peritoneal até o diafragma urogenital e lateralmente até as asas laterais do reto, denominada de fásia de Denonvillier.

O suporte esquelético é garantido através das estruturas do sacro e do cóccix. O sacro nas crianças é bastante reto e a pressão abdominal durante o ato da evacuação se faz linear, em cima da fenda anal, então com facilidade o reto pode ser exteriorizado. Já no adulto o sacro se encontra modificado, já adquiriu sua curvatura definitiva em torno de 90 graus, e a pressão abdominal não se faz diretamente sobre a fenda anal, mas sim sobre as últimas peças do sacro, impedindo desta maneira a sua exteriorização (**Fig. 2**).

Como suporte ativo temos o tecido muscular, sendo que a estrutura mais importante é o elevador do ânus, subdividido em três feixes, o iliococcígeo, pubococcígeo e puborretal. Este último se encontra firmemente aderido à parede posterior do reto forçando o órgão em direção anterior formando assim uma angulação que contribui de maneira efetiva para a fixação do reto e a continência anal. Os músculos esfínteres interno e externo complementam a fixação do canal anal e sua continência.

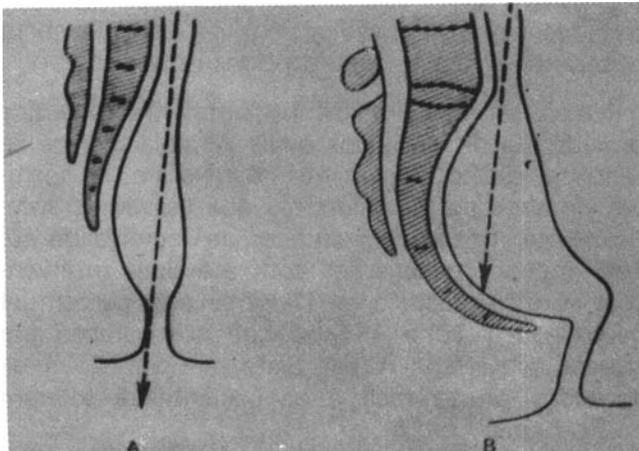


Fig. 2 – Esquema demonstrando diferença da forma do sacro na criança e no adulto.

Várias teorias existem para tentar explicar as causas da procidência retal. Jeannel, Quenú, Duval e Moschovitz lançaram a teoria que o fundo de saco peritoneal seria muito baixo e atuando como uma hérnia de deslizamento com as alças intestinais no saco herniário pressionaria a parede anterior do reto para dentro da luz do órgão e depois através do ânus para o exterior. Esta teoria foi aceita durante muito tempo como a única causa da procidência. Hoje muitos autores pensam que este fundo de saco peritoneal baixo é a consequência da procidência e não a sua causa.

A perda de fixação normal do reto também foi defendida por Jeannel, Pemperton, Stalker, Muir e Ripstein. Eles defenderam a idéia de que o mesorreto longo e as fâscias que fixam o reto flácidas afastariam o reto do sacro, o que o tornaria muito móvel, facilitando assim a sua exteriorização através da fenda anal durante o esforço da evacuação pela contração da prensa abdominal e o aumento da pressão intra-abdominal. Porter defendeu a teoria de que a causa de procidência seria um relaxamento mais acentuado e prolongado do assoalho pélvico antes e durante a evacuação em pacientes portadores de procidência do que em pacientes normais, demonstrados por um estudo eletromiográfico. Esta alteração do reflexo evacuatório associada a pressão intra-abdominal durante a evacuação provocaria a procidência.

Existem lesões traumáticas que podem ser responsabilizadas pela procidência do reto. Em acidentes de trânsito, principalmente por atropelamento, com grandes feridas perineais e conseqüentes lesões extensas de musculatura da região assim como em fístulas retais profundas e inconvenientemente tratadas, podemos encontrar lesões musculares e nervosas destas áreas, provocando a procidência.

As lesões neurológicas principalmente da cauda equina são responsáveis por paralisias do músculo

elevador do ânus e conseqüente relaxamento acentuado, facilitando assim a exteriorização do reto durante o esforço da evacuação, da mesma maneira como a degeneração muscular mais frequentemente encontrada em velhos e alcoólatras, e em psicopatas pelo esforço excessivo e incomedido durante a evacuação.

Em 1968 Brodén e Snellman lançaram a teoria da invaginação ou intussuscepção comprovada por um estudo através de cineradiografia de 54 pacientes com procidência de reto. Os pacientes eram preparados com lavagem intestinal, receberam bário por via oral para contrastar as alças intestinais delgadas e no momento do exame eram submetidos a um clister opaco baixo. Em seguida os pacientes eram colocados em posição de cócoras e iniciado o estudo cineradiográfico. Através dos Raios X o movimento das alças era seguido. Os pacientes eram solicitados a contrair a musculatura abdominal para iniciar o esforço da evacuação e a imagem radiográfica mostrou que após algum esforço a parede anterior do reto ao nível de 6 a 8 cm começou a se deprimir e em seguida invaginar para dentro do próprio reto, representando o primeiro estágio da procidência. Em 16 pacientes esta invaginação se fez sem a presença de alças intestinais pressionando a área, isto é, sem alças penetrando no saco invaginado. Em cinco pacientes desta série houve penetração de alças delgadas no saco invaginado o que causou um aumento acentuado do seu volume e conseqüentemente um desconforto intenso aos pacientes com grande desejo de defecar.

Aumentando a pressão abdominal no esforço da evacuação, 17 pacientes apresentaram a procidência através do ânus, porém sem a presença de alças delgadas no saco invaginado. Isto levou os autores a pressupor que a presença das alças não é necessária na formação da procidência e que a herniação seria a consequência e não a causa da doença.

Em 11 pacientes as alças delgadas contrastadas penetraram no saco invaginado. Isto pode ser diagnosticado clinicamente por um desvio do orifício retal em direção posterior, com abaulamento do segmento anterior causado pelas alças que podem ser sentidas nitidamente durante a palpação digital (**Fig. 3**).

Neste estudo Brodén e Snellman citam cinco casos de eversão total do canal anal como exceção. Estes não apresentaram a invaginação anterior à procidência. O reto foi evertido e exteriorizado diretamente e nestes casos talvez a teoria de Porter explicaria a sua formação.

Resumindo a teoria da invaginação, a procidência retal seria causada por um esforço da evacua-



Fig. 3 – Procidência com alças delgadas no saco herniado anterior deslocando o orifício para trás.

ção, conseqüentemente aumento acentuado da pressão intra-abdominal, a parede anterior do reto cede ao nível de 6 a 8 cm e se processa a invaginação para dentro da luz do reto, formando um saco herniário que pode ou não ser preenchido com alças delgadas.

O paciente sente maior desejo de evacuar e aumenta a pressão abdominal, assim a invaginação progride através da luz do reto, alcança o ânus que cede assim como o assoalho pélvico e a procidência se exterioriza com ou sem a presença de alças delgadas.

Esta teoria é atualmente a mais aceita. Porém ainda não há uma explicação para todos os fenômenos da procidência e os estudos continuam para um esclarecimento cada vez mais amplo da fisiopatologia desta doença.

Horácio Carrapatoso: A Mesa agradece ao Dr. Rebel e lembra à assembléia que as perguntas devem ser dirigidas de preferência já com o nome do expositor para facilitar a coordenação. E vamos dar a palavra agora ao Dr. Érico Fillmann, que falará sobre a "Operação de Delorme".

Em primeiro lugar meus agradecimentos à Comissão Organizadora deste Congresso, e especialmente ao meu amigo José Alfredo Reis Neto, pela gentileza do convite para participar desta mesa.

A nossa proposta, "Tratamento cirúrgico da procidência de reto: abordagem perineal", não é nenhuma novidade. Trata-se da conhecida operação de Rehn-Delorme. Nosso interesse por ela vem desde o Congresso Brasileiro de Proctologia realizado em Belo Horizonte em 1969, no qual assistimos ao trabalho do Dr. Alexander dos EUA, no qual ele relatou uma série de casos

tratados por esta técnica com sucesso. Também nós, desde então temos tido bons resultados.

Nossa série inclui 84 pacientes tratados por procidência de reto, dos quais 28 pela técnica de Delorme. Destes apenas três recidivaram. As técnicas de abordagem abdominal que usávamos anteriormente nos davam índices de recidiva de até 16% incluindo pacientes com até duas intervenções. Com a técnica de Delorme este percentual baixou para 10 a 11%, o que nos pareceu um grande progresso. A par disto, a operação é de execução muito fácil e os pacientes a toleram muito bem.

Este aspecto da tolerância do paciente sempre nos preocupou muito, pois cerca de 40% dos nossos pacientes tinham doença broncopulmonar obstrutiva crônica, e 80% estavam numa faixa etária entre 50 e 70 anos ou mais, representando por isto um risco cirúrgico maior para uma operação mais extensa.

O pós-operatório da operação de Delorme costuma ser muito tranquilo, requerendo no máximo dois ou três dias de internação, e os cuidados mais importantes, em geral devem ser dirigidos às patologias associadas.

Um dos inconvenientes que se imputa à técnica é o do sangramento transoperatório. Realmente, a intervenção sangra muito. Tentamos algumas vezes contornar o problema injetando solução fisiológica com adrenalina na submucosa. Como não houve uma diminuição apreciável do sangramento, desistimos de usar adrenalina, e injetamos apenas a solução fisiológica com a finalidade de facilitar o descolamento da mucosa. Um auxiliar se mantém a postos com uma pinça ligada ao bisturi elétrico e vai cauterizando rapidamente os vasos à medida que se rompem.

Outro inconveniente atribuído à técnica é o de que ela não leva em conta nenhum dos aspectos de fisiopatologia de procidência que foram discutidos hoje aqui pelo Dr. Rebel. A operação de Delorme cria um anel fibroso perirretal alto à custa da musculatura própria do reto, como se fizesse uma operação de Thiersch alta, com os tecidos do próprio doente. Este anel fibroso já é evidente no toque retal uma a duas semanas após a intervenção, e certamente é o responsável pela contensão do reto dentro da pelve. Se se cria apenas um mecanismo de contensão do reto realmente não há como justificar a técnica do ponto de vista de fisiopatologia. Mas me parece também que tal argumento não é válido estritamente em relação à operação de Delorme. Todas as outras técnicas fazem o mesmo.



Fig. 1

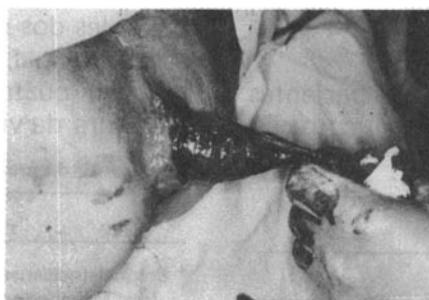


Fig. 2

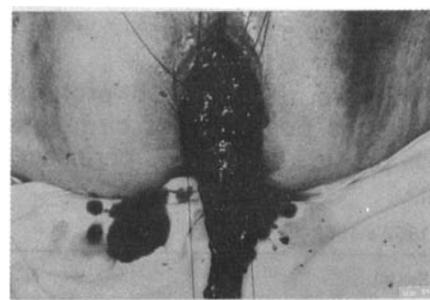


Fig. 3



Fig. 4

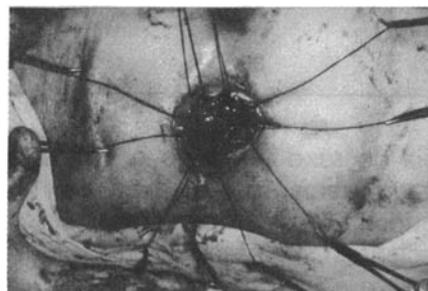


Fig. 5

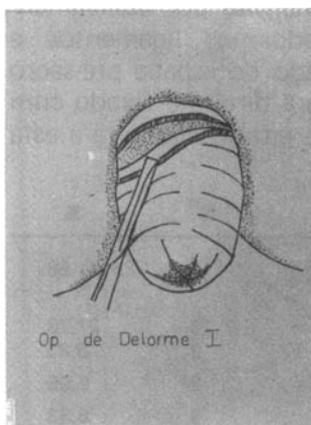


Fig. 6

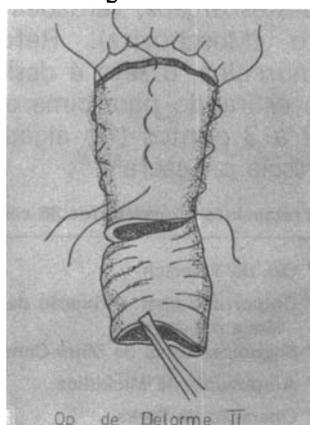


Fig. 7

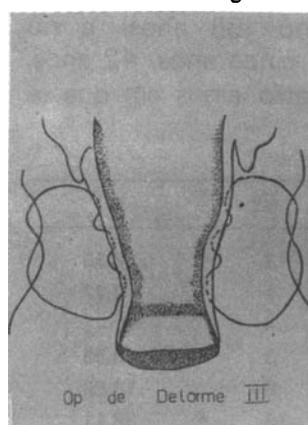


Fig. 8

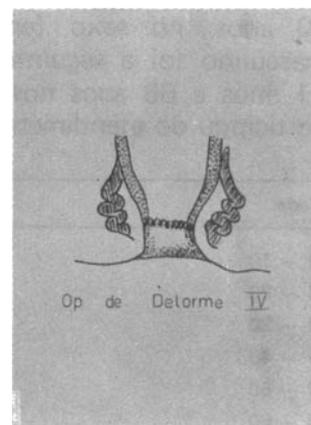


Fig. 9

A seqüência do ato cirúrgico é a seguinte:

1. discreta tração do segmento procidente
2. incisão da mucosa do reto a mais ou menos 2 cm da linha pectínea.

3. descolamento da mucosa do reto expondo a muscular.

4. colocação da série de pontos de fio inabsorvível interessando a muscular do reto em toda a extensão do segmento procidente e no sentido longitudinal.

5. amarração dos pontos musculares, o que provoca um sanfonamento da procidência aproximando seu extremo da linha pectínea.

6. secção do tubó de mucosa remanescente do descolamento.

7. sutura dos bordos de mucosa junto da linha pectínea reconstituindo a continuidade do revestimento do reto.

Ao final da intervenção há sempre uma tendência para o reto escapar para dentro da pelve, o

que dá uma boa impressão imediata quanto ao resultado da técnica.

Horácio Carrapatoso: Agradecemos ao Dr. Erico Fillmann e vamos dar a palavra ao Dr. Salvador Porres Ferreira que nos trará sua experiência do tratamento cirúrgico-perineal na procidência do reto.

Salvador Porres Ferreira: Todo tratamento cirúrgico para a cura da procidência do reto foi primeiramente executado por via perineal e variadas técnicas foram criadas e abandonadas ao passar do tempo.

Mickulicz, em 1889, faz a primeira amputação do reto, na tentativa de resolver um caso de prolapso total do reto.

Miles (1933), Gabriel (1948), modificaram e desenvolveram a retossigmoidectomia por abordagem perineal.

Casística e métodos

Foram revisados 36 prontuários de pacientes tratados por métodos cirúrgicos para a correção da procidência por via perineal.

1952 a 1982

Sexo	Nº	%
Feminino	32	88,88
Masculino	4	11,12
Total	36	100,00

A predominância do sexo feminino o que está de acordo com o levantamento feito no Hospital São Marcos (Londres), onde 84% dos casos ocorreram em pacientes femininas, contrastando com as de *Correa Neto* e *Simonsen*¹⁻⁵.

A incidência predominou na década dos 51 a 60 anos; no sexo feminino (58 anos) e no masculino foi a seguinte – cinco anos, 42 anos, 61 anos e 68 anos nos quatro casos em que se participou do atendimento.

Idade	Nº	%
1 – 10	3	8,33
11 – 20	1	2,77
21 – 30	—	—
31 – 40	3	8,33
41 – 50	5	13,88
51 – 60	13	36,11
61 – 70	7	19,48
71 – 80	3	8,33
81 – 90	1	2,77
Total	36	100,00

Sinais e sintomas

	Nº	%
Exteriorização retal até 5 cm	30	83,33
Exteriorização retal mais 5 cm	6	16,66
Sangramento e muco	25	69,44
Incontinência anal	20	55,55
Obstipação	16	44,44
Ulcerações e infecção da mucosa	7	19,44
Diarréia	7	19,44

No serviço de cirurgia de mulheres da Santa Casa de Misericórdia – Pelotas, no período de 1952 a 1962, teve-se a oportunidade de acompanhar e tratar 19 pacientes com concomitância de prolapso retal e genital. Um dos fatores predis-

ponentes dos prolapso é o número de partos, dos casos em tela, cinco eram nulíparas e 14 multíparas. Em quatro casos a descida do colo uterino para fora da vulva tornou-se permanente.

Tratamento da procidência retal e prolapso genital

	Nº	%
* Colpocistoceleperineorráfia (op. Manchester-Donald) fixação do reto à fáscia pré-sacral	10	52,63
* Op. Manchester-Donald e op. Thiersch	6	31,57
* Op. de Le Fort e op. Thiersch	2	10,52
* Histerectomia vaginal e sigmoidectomia de Miles	1	5,28
Total	19	100,00

A cura cirúrgica de ambos os prolapso é feita em um só ato cirúrgico e por abordagem perineal, posto que a etiologia de ambas afecções são conseqüências da fraqueza do aparelho suspensor destes órgãos, verdadeiras hérnias por deslizamento (Moschovitz). Reforçados os ligamentos e músculos, o reto é deslocado do espaço pré-sacro e estirando para cima e para direita é fixado com 2 a 3 pontos (fio algodão) em posição alta a esta fáscia pré-sacra⁶⁻⁸.

Tratamento cirúrgico dos 36 casos	Nº	%
* Op. de Thiersch	15	41,68
* Colporrafia post. e fixação da fáscia pré-sacral	10	27,78
* Sigmoidectomia de Miles-Cohn	3	8,33
* Amputação de Mickulicz	2	5,55
* Operação de Parks	3	8,33
* Injeções esclerosantes perirretais	3	8,33

As injeções foram feitas com leite esterilizado (produto comercial na época – Cambi).

Injeta-se 3 a 5 ml de leite em seringa montada com agulha nunca menor de 5 cm de comprimento, infiltração em leque há 4 cm de esfíncter anal, de 2 a 3 vezes, no espaço de tempo entre uma infiltração e outra de seis dias.

Operação de Parks – 1967 – Consiste na reparação dos elevadores do ânus, através do plano interesfincteriano, estreitando o conduto anal e aumentando o ângulo anorretal⁴⁻⁵.

Complicações na op. de Thiersch

* Rotura do fio (aço)	1 caso
* Infecção cirúrgica (fio mersilene)	2 casos
* Oclusão aguda	1 caso

Complicação com injeções esclerosantes de leite

* Inflamação aguda – abscesso	1 caso
-------------------------------	--------

Resultados	Bom	Regular	Mau
* Op. Thiersch	5	6	4
* Colporrafia + fixação	5	2	3
* Amputações	3	1	1
* Op. Parks	2	–	1
* Infiltrações	2	–	1

Recidivas

Dos 36 casos submetidos às diversas técnicas, ocorreu recidiva do processo em 12 casos – 33,33%.

Lembramos *Wright*, que em 1949 havia encontrado mais de 50 procedimentos, recomendados para a cura dos prolapsos retais, o que é bem verdadeiro – fatura de procedimentos, sinônimo de pobreza dos resultados.

Horácio Carrapatoso: A Mesa agradece a colaboração do Prof. Salvador e passa a palavra ao Dr. Denizard Gomes, que falará sobre "Pexia via Abdominal com Ivlon".

Denizard Gomes: Quero agradecer à Comissão Científica e ao Prof. Reis Neto, pelo convite honroso que nos fez em nosso nome e em nome do grupo de proctologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Nós vamos apresentar aqui a experiência do grupo, na correção cirúrgica da procidência do reto, utilizando retalho de dura-máter conservado em glicerina 98%.

A técnica utilizada é a técnica de sacro-fixação que foi idealizada por Wells em 1959, quando ele apresentou 15 casos em que utilizou essa sacro-fixação, através de uma esponja de Ivlon, ou esponja de polivinil álcool. A técnica consiste na dissecação do reto em primeiro lugar, incisando o peritônio parietal, e contornando o reto na porção mais baixa do fundo do saco de Douglas. Após dissecação do reto, ligadura das asas laterais, o reto é mobilizado e colocada a placa de Ivlon, ou Teflon, ou outro material da preferência do cirurgião. Nós começamos utilizando também a placa de Ivlon. Entretanto na falta do material importado começamos a utilizar a dura-máter com bons resultados.

Os senhores já viram vários casos de procidência de reto, o Klaus mostrou no início, um deles. A técnica de Wells atualmente é das mais utilizadas na sacro-fixação, pelos bons resultados que ele obteve. Ela envolve o reto, por isso é chamado de *wrap operation* por Lid, em 1966, quando ele descreveu com detalhes a técnica do

Wells. A tela de Ivlon, quando pequena, pode ser emendada. É uma tela porosa e de fácil manuseio. A dura-máter por nós usada é preferentemente de cadáveres de traumatizados e não mais de 12 horas depois do óbito. Ela fica fixada durante 12 dias. Ela também pode ser emendada, a exemplo do que foi demonstrado anteriormente com uma placa de Ivlon. A técnica da colocação é a mesma e o material fixa o reto envolvendo-o completamente.

Dos 15 casos por nós operados, tivemos duas recidivas, um tratava-se de um deficiente mental com hábitos homossexuais e tinha o hábito de introduzir o dedo no ânus com muita frequência e puxar, de modo que isso provavelmente deve ter influenciado na recidiva deste caso. Esses dois casos foram por nós operados com a mesma técnica, sendo que em um utilizamos a tela de Ivlon e outro com dura-máter e há dois anos passam bem. Tivemos que corrigir incontinência em dois casos, pela técnica de Parks. Tivemos um óbito não imputado à técnica, paciente que teve uma deiscência de sutura abdominal, evisceração com necrose de alça e óbito.

É só isso que nós tínhamos a dizer e agradecemos a todos. Nosso muito obrigado mais uma vez.

Horácio Carrapatoso: Dr. Denizard, muito obrigado. A Mesa agradece a colaboração e passa a palavra ao Dr. Virgínio Tosta Souza, que falará sobre o "Tratamento Cirúrgico Abdominal".

Virgínio Tosta Souza: Eu quero agradecer a oportunidade que me foi proporcionada pelo Presidente deste Congresso, Prof. José Alfredo Reis Neto, e venho aqui trazer uma cirurgia que já vimos desenvolvendo desde o tempo em que fazíamos nossa residência no Hospital de Ipanema, no Rio de Janeiro, local que nos deu a base de toda a nossa formação profissional. Após residência nessa instituição e conhecer diversos Serviços de renome, como o Hospital São Marcos, e poder conviver intimamente com o Prof. Daher, um elemento que tem influenciado diretamente naquilo que a gente chamaria de educação continuada, foi exatamente no Hospital de Ipanema, sob a chefia do Dr. Horácio Carrapatoso, do Dr. Anibal Luz, convivendo com Miguel Arruda, Paulo Fontoura, Bernardo Radunski, Nelson Lemos, Paulo Cruz, e os colegas da época e hoje proctologistas também de renome, como Elias Miranda, Nabil Massad, Kaiser, que eu tive a felicidade de fazer a minha formação. E após viver muito tempo ligado à especialidade e sendo professor universitário, ainda guardo a minha formação básica dessa instituição onde eu trabalhei. E

exatamente em função disso que hoje vou descrever a cirurgia que era feita no Serviço, cirurgia de Carrapatoso, que nos atraía enormemente, embora também a cirurgia de Bergeret Maiers fosse feita em algumas ocasiões e continuamos fazendo hoje pelo seguinte motivo: baixa morbidade que essa cirurgia tem, facilidade de executar desde que tenhamos um certo adestramento para trabalhar dentro da cavidade pélvica. A primeira cirurgia foi feita em 7 de setembro de 1955, naquela época só fazia praticamente cirurgia por via perineal, essa foi por via abdominal. Não havia nem uma recidiva, somente um prolapso num paciente. E na nossa casuística particular no hospital universitário nós já operamos sete casos, também sem nenhuma recidiva, só um caso em que houve um prolapso que nós completamos com uma esclerose.

O princípio fisiopatológico desta cirurgia se baseia no fundo de saco de Douglas baixo que estes pacientes tem, abaixo da linha traçada entre o púbis e o cóccix.

Procuramos fazer um descolamento amplo do espaço pré-sacral o que proporciona uma fibrose intensa que também fixa o reto. Em seguida fixamos o sigmóide ao ligamento sacro-ilíaco anterior e não ao promontório, porque radiologicamente está provado que o reto tende sempre a cair mais para a parte esquerda da linha mediana, e assim o colocamos praticamente na sua posição anatômica. Evitamos com isso a possibilidade de lesão da artéria sacral média que é uma situação extremamente desagradável.

Após a internação do paciente, fazemos um preparo cuidadoso do colo nas fases clássicas, usamos a lavagem mecânica, esterilização com Kantrex, durante 72 horas e jejum, 12 horas antes da cirurgia. Essa cirurgia nós executamos com certa facilidade, e a contra-indicação da cirurgia é o risco anestésico e não o risco da cirurgia.

A cirurgia consiste numa incisão paramediana, pararretal interna, supra e infra-umbilical fazendo o descolamento do meso, do peritônio na sua porção medial e lateral, até a altura da reflexão peritoneal. A seguir nós vamos fazer o descolamento retorretal, e depois com dois pontos fixamos o reto-sigmóide aqui ao ligamento sacro-ilíaco anterior esquerdo. Não drenamos, pois não é uma cirurgia contaminada.

Finalmente tracionamos o peritônio fundo e procuramos fixá-lo o mais alto possível, de forma que fica horizontalizado. Finalmente estamos com sete casos sem nenhuma recidiva, sem nenhuma mortalidade.

Horácio Carrapatoso: Dr. Virgínio, muito obrigado pela apresentação. E antes de começarmos os de-

bates, antes de passar a palavra aos membros da Mesa e aguardando a chegada aqui das perguntas, eu quero lembrar realmente que o posicionamento de cada debatedor pode levar a impressões diferentes. Seria o caso do indivíduo que só trabalhasse num hospital infantil dizer que realmente a maior incidência é na infância. O Dr. Salvador tem uma experiência maior em mulheres.

Outro assunto que eu quero lembrar é que realmente a cavidade abdominal foi feita para receber grandes pressões, e quando num desses pontos frágeis há uma modificação da dinâmica, podem aparecer diversas hérnias. Quero lembrar ainda que aqui não foi falado do problema de diagnóstico. Isso na minha opinião é muito importante, porque o diagnóstico com a prociência exteriorizada é muito fácil, não há dúvida nenhuma. Mas quando o doente chega e diz que tem hemorróidas porque tem algo que se exterioriza e realmente o indivíduo é portador de uma prociência e chega na sala de operações o problema muda. Eu falo isso porque há muitos anos passados aconteceu isso no Serviço do Prof. Hugo Pinheiro Guimarães, quando eu auxiliava o Silvio Dávila.

Então vou dar a palavra, agora, ao Dr. Fillmann, se quiser comentar o problema apresentado pelo Dr. Rebel, sobre "Etiopatogenia". Se tem alguma coisa a acrescentar.

Dr. Fillman nada tem a acrescentar à apresentação do Dr. Rebel. Dr. Virgínio, teria alguma coisa a acrescentar? Não? Dr. Denizard, sobre a etiopatogenia, não? Dr. Salvador?

Eu estava ouvindo e comecei a pensar nesses casos em que o principal da prociência seria a pressão das alças do delgado sobre a parede anterior do reto produzindo uma invaginação, e depois o prolapso. Isso não se trataria de um caso de anomalia congênita, porque todos sofrem as mesmas pressões e nem todos fazem prociência. E se a causa é verdadeira deveriam todos chegar nessa mesma situação. Existe um trabalho de 1948, de um sueco, Valden, em que descreveu pela primeira vez que eu saiba o chamado bloqueio evacuativo, para o fundo do saco de Douglas anormalmente profundo. Ele demonstrou que esse acolamento se faz na evolução do peritônio em que o fundo de saco no embrião vai até o nível do elevador do ânus, depois se acola e afinal se coloca na posição normal, que é de um dedo transversal acima do nível da válvula média de Houston. Quando o acolamento se faz defeituoso haveria o bloqueio. Com o desenvolvimento normal não há prociência porque este septo está localizado na altura regular para que se procedesse o esvaziamento do

reto por pressão, facilitando a descida do conteúdo intestinal. Então nos casos em que a etiologia seria a pressão das alças sobre a parede anterior do reto, seria motivada por uma anomalia em que esse fundo de saco não teria subido até o nível normal ficando um pouco mais baixo, não chegando ao bloqueio, mas permitindo a invaginação.

Walter Ghezzi: Há uma pergunta aqui na Mesa dirigida ao Dr. Klaus Rebel a respeito de qual a etiologia da procidência nos pacientes psicopatas?

Klaus Rebel: A etiologia nesses casos específicos parece ser uma fraqueza da musculatura do assoalho pélvico e os pacientes psicopatas em geral são subnutridos. Além disso exercem uma pressão intra-abdominal intensa por causa de um esforço evacuatório exagerado e incontrolado devido a própria condição mental, provocando assim o enfraquecimento do assoalho pélvico e dos esfíncteres, e conseqüentemente a procidência.

Walter Ghezzi: Temos aqui também o Dr. Fillmann que deseja dar uma colaboração também a respeito desse ponto.

Érico Fillmann: Eu não sei se observaram, eu tenho um número muito grande de casos de procidência de reto. Ocorre que durante quase 10 anos fui proctologista do Hospital Psiquiátrico São Pedro, que é a maior instituição hospitalar psiquiátrica do Rio Grande do Sul. Atualmente é um hospital que mantém internados ao redor de 5.000 pacientes psiquiátricos. Eu era o único proctologista lá e naquela época, dentro desse hospital se usava muita convulsoterapia, e aqueles pacientes desenvolviam hérnias de tudo que era tipo. Eu não estou afirmando que procidência seja hérnia, mas desenvolviam também muita procidência de reto. Daí a razão por eu ter um número tão grande de casos de procidência. Eu pessoalmente não acredito numa relação direta entre a doença mental em si e a procidência de reto. No caso do Hospital São Pedro sem dúvida nenhuma eu acho que a convulsoterapia contribuía para a alta incidência da doença.

Horácio Carrapatoso: Eu pediria aos colegas que fossem bastante objetivos não só nas perguntas como nas respostas, porque nós só temos 10 minutos de sessão. Agora não poderia deixar de focalizar, em relação ao problema fisiopatogênico, que realmente a causa principal, mesmo nos psicopatas, é o esforço. Com convulsoterapia ou não, se não houver esforço não haverá aparecimento de procidência.

Sobre o problema do mecanismo da formação, os que querem realmente aceitar a hérnia por deslizamento, e os que querem realmente achar que seja uma invaginação sigmóido-retal, esbarram uns e outros em atitudes contraditórias. Por exemplo, invaginação sigmóido-retal, que hoje já está sendo contestada em alguns trabalhos que eu gostaria de citar mas a memória está me falhando, em que diz que aquele mecanismo da cineradiografia é um mecanismo falso, porque realmente aquilo não existe. Muito bem. O Dr. Walter Ghezzi lembrou aqui que o bloqueio da evacuação é uma possibilidade. De maneiras que nós estamos nesse terreno ainda caminhando sem uma segurança absoluta. O Rilves mostra que nos casos dele e na minha experiência também, há como que uma queda de reto, como os franceses dizem, um rolamento do reto, e o aparecimento é sempre junto à borda anal e nunca vem lá de cima, isso deixaria um sulco em torno do reto e do canal anal.

Horácio Carrapatoso: "Dr. Fillmann, já usou a técnica de Delorme para casos de procidência recidivados após cirurgias executadas por outras técnicas? Se positivamente, qual o resultado? "

Érico Fillmann: Sim, eu já usei. E já usei o Delorme depois de ter sido feito um Delorme anteriormente. O ato cirúrgico fica mais difícil, há fibrose, é difícil descolar a mucosa, é um problema. O resultado costuma ser bom, porque eu acredito piamente que o resultado bom de qualquer intervenção para procidência de reto é criar fibrose, que vai fixar o reto. Quanto mais fibrose houver, melhor, mais fixo ele vai ficar.

Horácio Carrapatoso: "Depois de todos os resultados em crianças e se persistir a procidência, qual a conduta? "

Salvador Ferreira: O prolapso de reto em criança é encaminhado para o cirurgião pediatra. Mas, voltando ao tempo passado, que eu recorde só uma promontofixação num caso de que eu participei. Geralmente a criança faz procidência por desnutrição, por doenças infecciosas. E com o fio de Thiersch, ou melhorando o estado geral da criança, educando a mãe como coloca o nenê a fazer suas evacuações, nunca de cócoras, a maioria das procidências e dos prolapsos se cura espontaneamente. Principalmente melhorando o estado nutricional das crianças. Não tenho grande experiência.

Horácio Carrapatoso: Há duas perguntas aqui ao Dr. Denizard. Primeira: "Pode-se utilizar a fásia

lata? "Segunda: "Se a procidência é um problema de fixação do reto à pélvis, não seriam condenáveis as técnicas que seccionam as asas laterais? Qual a diferença da sua técnica com a sacropromontofixação? "

Denizard Gomes: A primeira, se se poderia usar a fásia lata, provavelmente pode, porque é um material resistente e usado em outros órgãos para fixação. Quanto à dissecação do reto e ligadura das asas laterais, a técnica do Wells é assim e tem tido bom resultado. O que importa em todas essas técnicas é a grande fibrose que se desenvolve. Inclusive no livro de Goligher, ele cita quatro casos em que teve que retirar a tela de Ivlon, por motivo de infecção, e diz que ficou surpreso de verificar que, depois de retirada a tela e curada a infecção, o paciente ficou curado também da procidência do reto. De tal forma que achamos que a fibrose que se desenvolve no descolamento do reto é o grande fator de cura da procidência do reto. Inclusive porque também quando fazemos a dissecação do reto incisamos os peritônios e levantamos o fundo de saco, horizontalizando o fundo de saco, que facilita a correção do processo.

Horácio Carrapatoso: Dou a palavra aqui ao nosso Presidente que quer fazer um esclarecimento.

Walter Ghezzi: O problema é que todos concordam que a fibrose é de valor importante. E eu me lembrei de que, nos tempos idos, em que as coisas eram mais difíceis, a anestesia não existia organizada como hoje, a proctectomia era sempre uma cirurgia de alto risco, e muitas vezes usei a técnica de Lockhart-Mummery, que consistia numa incisão transversal perineal, descolava o espaço retorrental e nele introduzia uma mecha de gaze vaselinada, esterilizada, suturava a pele e deixava por uma semana. Depois abria, retirava a mecha e tratava a ferida como uma ferida aberta que cicatrizava de cima para baixo, colando o reto ao sacro. Eu fiz alguns casos e todos deram muito bom resultado, como que indicando que realmente é a fibrose que vai fixar.

Horácio Carrapatoso: "Como e onde consegue a dura-máter? "

Denizard Gomes: Temos facilidade por trabalhar num hospital-escola. Conseguimos de cadáveres, que são encaminhados para a patologia. Faz-se a incisão e retira-se a dura-máter das regiões temporais, onde é mais fácil a dissecação.

Horácio Carrapatoso: Agora eu tenho aqui uma pergunta ainda para o Dr. Fillmann, que diz: "Qual

é a recidiva com a operação Delorme e como procede nos casos de recidiva? "

Érico Fillmann: Eu falei ainda há pouco que eu fiz 28 operações Delorme, três recidivas; um paciente trocou de médico, não sei que fim levou; um reintervi, fiz novamente um Delorme com bom resultado, e o outro desenvolveu uma neoplasia de reto e foi amputado:

Horácio Carrapatoso: Muito bem. Há duas perguntas ainda na Mesa, que eu gostaria fossem muito objetivamente respondidas: "Experiência da Mesa com a sacropromontofixação". Dr. Virgínio?

Virgínio Tosta Souza: Eu faço de rotina a cirurgia que foi apresentada aqui.

Horácio Carrapatoso: Dr. Fillmann?

Érico Fillmann: Sem dúvida nenhuma, no câmputo geral de todos os pacientes em que eu operei de procidência de reto a sacropromontofixação contribui com o maior índice de recidiva. Deve ser lembrado que a maioria dessas promontofixações eu fiz no início da minha vida profissional, há 23 anos atrás, e que deve ser dado o devido desconto à inabilidade, talvez, a esse tipo de coisa.

Horácio Carrapatoso: Dr. Ghezzi?

Walter Ghezzi: A minha experiência é pequena porque, realmente, no tipo de clínica que eu pratico chegam poucos casos desse tipo. E na promontofixação tive casos bons, tive recidivas e, no final, um resultado assim que não me convenceu que fosse a solução para o problema.

Horácio Carrapatoso: Dr. Salvador?

Salvador Ferreira: Tenho feito, tenho resultados bons, mas como mostrei no final da minha palestra nenhum deles é válido senão não estaríamos aqui há uma hora e tanto discutindo sobre eles. Eu não posso dizer de momento, porque não preparei o trabalho, quanto foi a recidiva, mas é que eu tenho feito essa técnica.

Horácio Carrapatoso: Dr. Denizard?

Denizard Gomes: Eu nunca fiz a sacropromontofixação sozinha, só ela, mas associada à cirurgia de Rostogram, e nesses casos tive uma recidiva apenas de mucosa, de prolapso mucoso só; a procidência ficou corrigida.

Horácio Carrapatoso: Dr. Klaus?

Klaus Rebel: Eu faço de rotina a cirurgia de fixação do reto no ligamento sacroilíaco anterior esquerdo, com elevação do peritônio pélvico. Em casos de pacientes idosos e de grande risco cirúrgico dou preferência à operação de Thiersch e acho que em ambas as técnicas tenho tido bons resultados.

Horácio Carrapatoso: Eu, pessoalmente, tenho que defender aquilo que foi apresentado aqui pelo Dr. Virgínio, porque eu sou o pai da criança, e realmente sempre evitei a linha média, devido ao sistema vascular, onde existem veias e tecido nervoso, e visto que o ligamento sacroilíaco anterior esquerdo é um ligamento talvez dos mais fortes do organismo humano e que é avascular.

Muito bem. Ainda uma última pergunta, ao Dr. Virgínio: "Qual o procedimento nas recidivas? Executa a mesma cirurgia ou usa outras técnicas? "

Virgínio Tosta Souza: Eu não tive, felizmente, nenhuma recidiva. O único caso que eu tive, nos meus sete casos, foi um prolapso de mucosa em que foi feita uma esclerose final a 5 por cento.

Horácio Carrapatoso: Agora volto a palavra ao nosso Presidente.

Walter Ghezzi: Eu gostaria de me congratular pelo alto nível científico da reunião e, naturalmente, como compete também, agradecer a honra que me deram de presidir.