

PROCIDÊNCIA RETAL: MODIFICAÇÃO DE NOTARAS NA RETOPEXIA

Carlos Alberto de Andrade Coelho¹
Paschoal Pereira Torres²
Elpidio Aristides de Freitas Neto³
Carlos Fernando da Silva Saraiva³
Eduardo Távora Fernandes³
Henrique Pessoa Advocat Cintra⁴

RESUMO

Atualmente, o tratamento cirúrgico da procidência retal, desde que as condições gerais do paciente o permitam, objetiva a fixação do reto ao sacro, através do acesso abdominal e, basicamente, duas têm sido as técnicas utilizadas nestes últimos anos: a Operação de Ripstein e a esponja de Ivalon.

Os autores descrevem a Técnica de Notaras e tecem comentários sobre as vantagens desta modificação na retopectia, em relação aos outros métodos acima.

Relatam os resultados obtidos em três pacientes por eles operados, e concluem ser a Técnica empregada de execução simples, eficiente e isenta de riscos.

A etiopatogenia e o tratamento do prolapso total do reto ou procidência tem sido motivo de inúmeras pesquisas e publicações nas últimas décadas, uma vez que sempre existiram divergências sobre os fatores anatômicos e funcionais essenciais, o que resultou em mais de uma centena de procedimentos cirúrgicos visando sua correção. De uma maneira geral todos eles são variações de alguns métodos cirúrgicos básicos (**Tabela 1**).

Atualmente, desde que as condições gerais do paciente o permitam, tem sido dada maior ênfase

às cirurgias que objetivam a fixação e consequente manutenção do reto no interior da pelve, através do acesso abdominal, já que as ressecções, incluindo aquelas que utilizam a via perineal, aumentam em muito a morbidade. Basicamente, são duas as técnicas utilizadas nesses últimos anos: a de Charles Wells ou da esponja de Ivalon, preferida pelos cirurgiões da Grã-Bretanha e a Operação de Ripstein ou do anel de Teflon, realizada principalmente nos Estados Unidos e Austrália.

Na primeira, ocorre uma intensa reação fibrótica causada pelo Ivalon (álcool polivinil), que é colocado posteriormente ao reto, envolvendo-o em 2/3 ou 3/4 de sua circunferência, deixando parte de sua parede anterior descoberta (**Fig. 1**). Segundo Notaras, o uso de Ivalon não provoca propriamente uma aderência entre o reto e o sacro, mas sim, um espessamento da parede retal, e isto é que vai impedir o prolapso⁸.

Na operação de Ripstein o reto, após ser descolado até os músculos elevadores, é envolvido por uma tira de Teflon (politetrafluoroetileno), ou por tela de Marlex (polipropileno), ao nível

- 1 Professor Titular da 3ª Cadeira de Clínica Cirúrgica do Hospital de Clínicas da UERJ
- 2 Chefe do Setor de Proctologia do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Clínicas da UERJ
- 3 Ex-Estagiários de Proctologia do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Clínicas da UERJ
- 4 Ex-Residentes de Cirurgia Geral do Hospital de Clínicas da UERJ

Tabela 1 – Bases da correção cirúrgica da procidência

-
- Estreitamento do orifício anal
 - Obliteração do saco de Douglas
 - Restauração do assoalho pélvico
 - Ressecção intestinal
 - Acesso abdominal
 - Acesso perineal
 - Fixação do reto
 - Ao sacro
 - A outras estruturas
 - Combinação de dois ou mais dentre eles
-

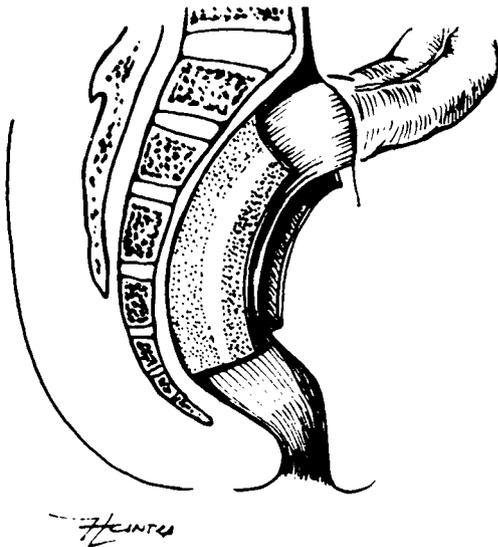


Fig. 1 – Operação de Charles Wells (Esponja de Ivalon)

da reflexão peritoneal⁹ e cujas extremidades são fixadas posteriormente à fascia pré-sacra e ao perióstio, tendo-se o cuidado de deixar um espaço entre o reto e a concavidade sacra que permita a introdução de dois dedos (Fig. 2).

O nosso objetivo é apresentar nossa experiência inicial com três pacientes operados no Setor de Proctologia do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Clínicas da UERJ, pela Técnica de Notaras, descrita a seguir.

O acesso à cavidade abdominal é feito através de uma incisão mediana infra-umbilical, podendo ser prolongada superiormente.

O reto é então liberado até a altura dos músculos elevadores do ânus, semelhante ao descolamento do mesmo no preparo de uma ressecção anterior. É importante a identificação de ambos os ureteres já que as asas laterais são seccionadas em todos os pacientes, exceção feita aos adultos jovens do sexo masculino, pelo risco de causar impotência. Uma vez completada a mobilização do reto, uma tela de material sintético do tipo Marlex (polipropileno) ou Prolene, medindo aproximadamente 5-7x8-10 cm, é colocada posterior ao mesorreto e a ele suturada,

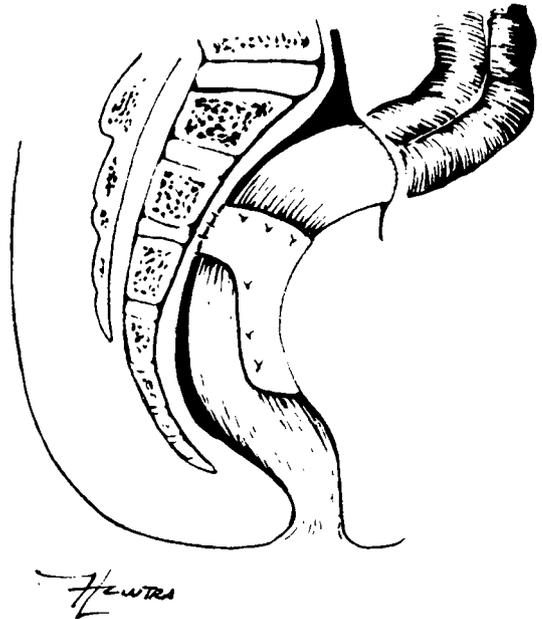


Fig. 2 – Operação de Ripstein (Anel de Teflon)

utilizando-se fios sintéticos monofilamentados. São dados cerca de 4 a 5 pontos separados em cada lado da tela que deve envolver o reto em 1/3 de sua circunferência. Completa-se a cirurgia, fixando-se a parte superior da tela ao promontório, tendo-se o cuidado de evitar as veias ilíacas (Figs. 3 e 4).

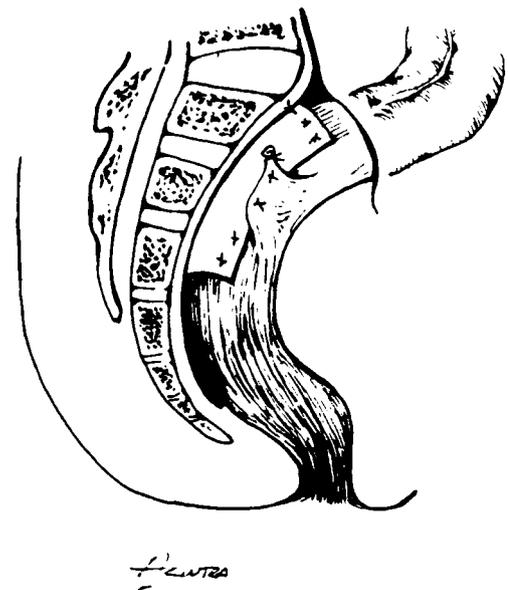


Fig. 3 – Técnica de Notaras

A colocação de dreno no espaço pré-sacro não é indispensável e a necessidade de peritonização



Fig. 4 – Detalhe da promontofixação na técnica de Notaras.

da pelve, embora originalmente descrita, é colocada em dúvida pelo autor⁸.

Ainda segundo o autor, deve ser evitado o uso de seda, linho ou algodão como materiais de sutura, pela sua predisposição em formar pequenos seios cavitários, em vaso de infecção, ao contrário do que ocorre quando se utilizam fios sintéticos monofilamentados, devido às firmes aderências por eles causadas.

Relato dos casos operados

Caso 1 – A.S.S., 30 anos, masculino, pardo, casado, zelador e natural da Paraíba, que se internou em 23/10/1979, queixando-se de **Hemorroidas**. Desde a infância, relatou a exteriorização de hemorroidas acompanhada de pequeno sangramento, às evacuações. Nos últimos 2 a 3 anos, percebera um aumento progressivo do prolapso, embora somente durante as exonações. Relatava continência para fezes sólidas, líquidas e gases.

Ao exame, durante a manobra de Valsalva, apresentava procidência retal de mais ou menos 10 cm e os esfínteres tinham tonicidade preservada. A retossigmoidoscopia e o clister opaco foram normais. O exame parasitológico das fezes mostrou ancilostomídeo e *Strongyloides stercoralis*, que foram tratados.

Operado em 7/11/1979, encontrou-se um fundo de saco de Douglas bastante profundo e sigmóide moderadamente redundante, procedendo-se a promontofixação com tela de Marlex.

Recebeu alta hospitalar em 18/11/1979, com quatro evacuações/dia de fezes líquido-pastosas. Em duas semanas, o ritmo intestinal se normali-

izou, permanecendo assintomático até a última revisão, feita em 8/6/1984.

Caso 2 – J.R.S., 24 anos, masculino, pardo, casado, motorista, natural da Bahia e que se internou no HC-UERJ em 8/4/1980, referindo "saída do ânus". Relatou início súbito, dois anos antes, após esforço ao evacuar e que foi reduzido manualmente. Episódios semelhantes tornaram-se freqüentes, ocasião em que referiu dor anal, às vezes associada a discreto sangramento. Informava continência para fezes sólidas, líquidas e gases.

Ao exame a procidência era de 8 a 10 cm e os esfínteres normotônicos. A retossigmoidoscopia e o clister opaco mostraram um aumento do diâmetro retal e uma moderada distensão de alças cólicas. O exame parasitológico das fezes mostrou poliinfestação (*E. nana*, *Giardia lamblia*, *Ancilostomídeo* e *Strongyloides stercoralis*), que foi tratada.

Operado em 24/4/1980, pela mesma técnica, evoluiu sem complicações, recebendo alta hospitalar em 4/5/1980. Permaneceu assintomático até sua última revisão, em 1/6/1984.

Caso 3 – O.M.D., 61 anos, masculino, branco, solteiro, aposentado, natural do Rio de Janeiro, que se internou no Hospital de Clínicas da UERJ em 15/6/1981, queixando-se de que o **reto vinha para fora** e havia **saída de secreção**, de início há oito anos, tendo sido submetido a duas operações de **plástica anal**, sem êxito e fistulectomia anal durante a 2ª Grande Guerra Mundial. Não apresentava incontinência para fezes sólidas e gases.

Ao exame, o ânus se mostrava de aspecto patuloso e os esfínteres com a tonicidade diminuída. Ao esforço, procidência do reto (5 a 7 cm), exibindo pregas retais concêntricas e típicas. Retossigmoidoscopia normal e o clister opaco mostrou pequenos divertículos em cólon esquerdo e sigmóide. O exame parasitológico das fezes foi negativo.

Operado em 26/6/1981, pela técnica de Notaras, evoluiu sem complicações, recebendo alta hospitalar em 27/7/1981. Encontrava-se assintomático até sua última revisão, em 8/6/1984.

Considerações gerais

Se bem que os métodos com a esponja de Ivalon⁴ e o de Ripstein^{1, 5, 7} oferecem excelentes resultados quando comparados a outros tipos de correção cirúrgica do prolapso total do reto ou procidência, ainda assim apresentam alguns riscos. Sabe-se, por exemplo, que a esponja de Ivalon desaparece com o tempo, ao contrário das telas de material sintético (Marlex, Teflon) que, uma vez colocadas, são permanentes⁴. Por

isso, a intensa fibrose por ela provocada, pode comprometer os ureteres causando obstrução parcial do fluxo urinário. Sabe-se também que, quando aplicada em ratos, pode induzir alterações sarcomatosas. Existe, inclusive, o relato de 13 casos de angiossarcoma, de fígado, em trabalhadores de uma indústria que lidavam diretamente com a substância. Já a operação de Ripstein, ao impedir a distensão do reto, pode causar obstrução mecânica, caso haja fibrose excessiva ou erro de técnica na colocação da prótese^{3, 6, 10}. Existe também relato de um caso de erosão da parede anterior do reto, causada pelo anel de Teflon².

Finalmente, em ambos os procedimentos, o material ao ser suturado e fixado à concavidade sacra, o que pode se tornar tecnicamente difícil, apresenta grande risco de sangramento, ao serem lesadas as veias pré-sacras.

Ao chamarmos a atenção para o detalhe da retopexia na Técnica de Notaras, procuramos evitar os riscos oferecidos pelos dois métodos já citados. Além disto, nos parece mais simples e tecnicamente mais fácil a sua execução.

Segundo Notaras, desde 1967, ele já realizou 32 cirurgias e não relata qualquer complicação pós-operatória, assim como nenhuma recidiva⁸.

Em nossos pacientes, apesar de serem apenas três e o seguimento de 3 a 4 anos em média, mostrou ser o método eficiente e simples, o que nos estimula a continuarmos empregando esta técnica em nosso Serviço. No entanto, não abandonamos a realização da Operação de Ripstein, até então a cirurgia de escolha, inclusive para estudo comparativo.

SUMMARY

In the moment, since the patient's general conditions permit, the surgical treatment of complete rectal prolapse is directed to sacrofixation of the rectum by abdominal approach and, basically, two techniques have been employed in these last years: the Ripstein operation and the Ivalon Sponge Repair.

The authors describe the Notaras' technique and comment upon the advantages of this modification in the rectopexy compared with the others two procedures.

They show the results in three patients operated on, and concluded that this technique is of simple execution, efficient and carries low risk.