

# TRATAMENTO CIRÚRGICO DA RETOCELE

J.V.S. SOUZA, TSBCP  
A.P.W. CARMEL, FSBCP

SOUZA JVS & CARMEL APW - Tratamento cirúrgico da retocele.  
Rev bras Colo-Proct, 1996; 16(1): 13-16

**RESUMO:** Apresentam os autores os resultados obtidos no tratamento cirúrgico da retocele empregado em 65 pacientes com sintomatologia importante. A técnica utilizada foi a correção por via endoanal descrita por Sullivan<sup>(1)</sup>, modificada. Todos os pacientes foram avaliados pré-operatoriamente através de protocolo rígido para constipação utilizado no nosso serviço. Sensação de evacuação incompleta, straining, e digitação foram os achados clínicos mais freqüentes (85%). Cinquenta e nove pacientes (90,7%) encontram-se assintomáticos após 27 meses de acompanhamento.

**UNITERMOS:** retocele; constipação; cirurgia da retocele

Retocele é definida como uma protusão da parede retal anterior para a vagina. Resulta de uma fraqueza do septo retovaginal, da parede posterior da vagina e anterior do reto<sup>(2)</sup>. Reconhecida como uma das causas mais freqüentes da chamada "Obstrução Distal", cursa normalmente com sintomatologia característica: sensação de evacuação incompleta, dificuldade para exonerar o bolo fecal, necessidade de digitação, e constipação<sup>(3)</sup>. Podem ser ainda classificadas, a depender de sua localização em altas, médias e baixas<sup>(4)</sup>. Diversas são as técnicas descritas na literatura para sua correção, quer por via vaginal, transperineal ou endorretal. Resultados considerados excelentes são encontrados em cerca de 90% dos pacientes onde foi utilizada a via endorretal<sup>(1-4)</sup>. O objetivo deste estudo foi de avaliar a eficácia do tratamento cirúrgico das retoceles sintomáticas, utilizando-se uma abordagem endorretal.

## MATERIAL E MÉTODOS

No período compreendido entre janeiro de 1993 a dezembro de 1994, 65 pacientes portadores de retocele que apresentavam sintomatologia importante, foram selecionados para tratamento cirúrgico. A faixa etária variou de 19 a 60 anos, sendo que 46 pacientes (70,7%) apresentavam idades entre 31 a 50 anos (Tabela 1). Todas as doentes foram estudadas prospectivamente segundo protocolo preestabelecido (Fig. 1). História clínica minuciosa, em especial questionário sobre o hábito intestinal, dificuldade para defecar, sensação de evacuação incompleta, digitação, uti-

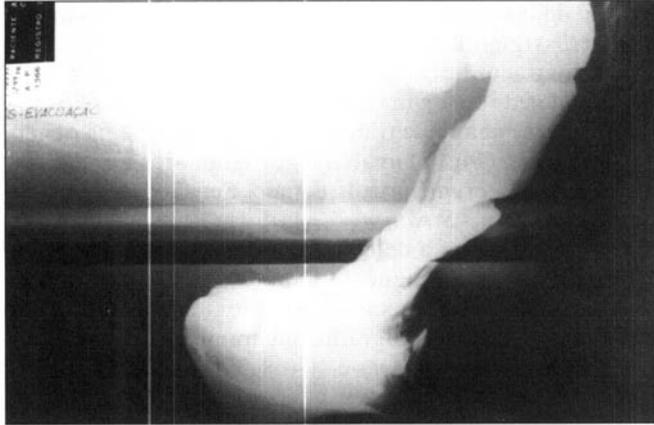
lização de laxativos e enemas além de exame proctológico com retossigmoidoscopia foram obtidas. Investigação de causas extracolônicas da constipação, avaliação através de métodos de imagem (Tempo de trânsito colônico com marcadores) tempo de trânsito do delgado, enema opaco, defecografia, (Fig. 2) avaliação urodinâmica e avaliação psicológica fizeram parte do estudo. Sensação de evacuação incompleta, "Straining", e utilização de manobras digitais para auxiliar a dejeção foram os achados mais freqüentes (85%). O diagnóstico de retocele foi obtido em todas as doentes pelo exame proctológico (Fig. 3), sendo confirmado pelo proctograma. Quarenta e dois (64,61%) pacientes eram multíparas e 40 (61,5%) haviam sido submetidas a procedimentos cirúrgicos prévios sendo que 26 (40,0%) foram operadas de perineoplastia (Tabelas 4, 5). O tempo de trânsito colônico com marcadores foi normal em 60 pacientes, apresentando retardo somente em cinco (7,69%) casos. O proctograma revelou presença de retocele anterior em 60 (92,3%) pacientes, anterior e posterior em cinco (7,69%), períneo descido em 48 (73,8%) e associado com enterocele em nove (13,8%) casos. Todos os pacientes foram operados sob anestesia epidural com preparo mecânico/antibiótico do cólon, pela técnica de Sullivan<sup>(1)</sup> (Tabelas 2, 3, 4, 5 e 6).

| Protocolo de constipação   |        |              |          |
|--|--------|--------------|----------|
| Nome:  | Idade: | Sexo:        | Data Op: |
| Cor:   | RG:    | Procedência: |          |
| História / Ex. Físico (D. Abdominal / Flatulência / Straining / Laxativos / Incontinência) |        |              |          |
| Ex: Proctológico:  |        |              |          |
| Medicamentos que usa:  |        |              |          |
| Constipação 1º fase:   |        |              |          |
| Enema opaco:   |        |              |          |
| T.T.C.:  |        |              |          |
| Trânsito de Delgado:   |        |              |          |
| Manometria / EMG:  |        |              |          |
| Defecograma:   |        |              |          |
| Av. Urológica / Urodinâmica:   |        |              |          |
| Ultra-som de Abdome:   |        |              |          |
| Avaliação Psiquiátrica:  |        |              |          |
| Conduta:   |        |              |          |
| Anatomia Patológica (H.E./Silver)  |        |              |          |
| Resultados / F. UP (D. Abdominal / Flatulência / Straining / Laxativos / Incontinência).   |        |              |          |

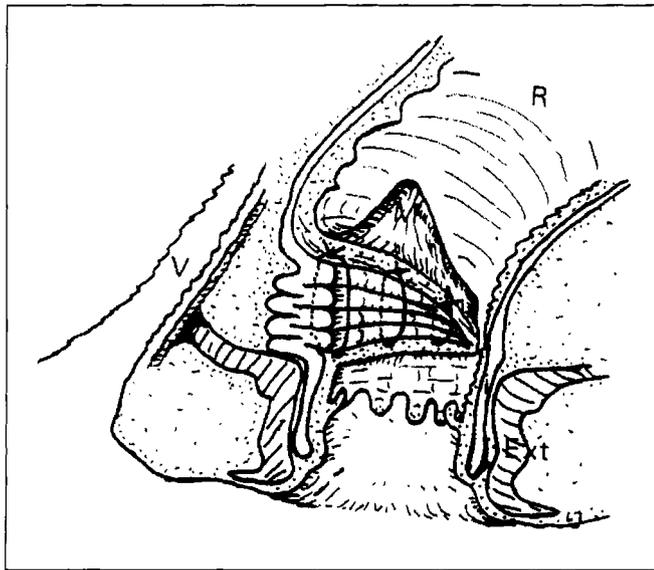
Fig. 1 -

**Tabela 1**

| Faixa etária | (Nº) | (%)  |
|--------------|------|------|
| 10/20        | 2    | 3,07 |
| 21/30        | 12   | 18,4 |
| 31/40        | 19   | 29,2 |
| 41/50        | 27   | 41,5 |
| 51/60        | 5    | 7,6  |



**Fig. 2**



**Fig. 3**

**Tabela 2**

| Sintomatologia               | (Nº) |
|------------------------------|------|
| Straining                    | 65   |
| Sensação de evac. incompleta | 49   |
| Dejeções repetidas           | 6    |
| Prolapso                     | 17   |
| Sangramento                  | 37   |
| Incontinência fecal          | 3    |
| Digitação                    | 24   |
| Flatulência                  | 22   |
| Dor a dejeção                | 23   |

**Tabela 3**

| Exame proctológico              | (Nº) |
|---------------------------------|------|
| Retocele                        | 65   |
| Síndrome do períneo descendente | 26   |
| Hipertonía esfíncteriana        | 10   |
| Acne perianal                   | 2    |
| Licomas                         | 33   |
| Fissura anal                    | 4    |
| Papilite                        | 18   |
| Hemorroides                     | 19   |
| Hipotonía esfíncteriana         | 15   |
| Prolapso mucoso                 | 12   |

**Tabela 4**

| Paridade   | (Nº) |
|------------|------|
| Múltiparas | 42   |
| Nulíparas  | 11   |
| Primíparas | 12   |

**Tabela 5**

| Cirurgias anteriores | (Nº) |
|----------------------|------|
| Hemorroidectomia     | 5    |
| Histerectomia        | 7    |
| Perineoplastia       | 26   |
| Anexectomia          | 02   |

**Tabela 6**

| Imagem - Dados           | Alteração             | (Nº)  | (%)   |
|--------------------------|-----------------------|-------|-------|
| Enema opaco              | Normal                | 2     | 3%    |
|                          | Alterada              |       |       |
| Tempo de trans. colônico | Normal                | 55    | 91,7% |
|                          | S. transit.           | 5     | 8,3%  |
| Defecograma              | Retocele ant.         | 60    | 92,3% |
|                          | Retocele ant. + post. | 5     | 7,7%  |
|                          | Enterocel             | 9     | 13,8% |
|                          | Anismus               | 2     | 3,0%  |
|                          | Prolapso int.         | 10    | 15,3% |
| SPD                      | 48                    | 73,8% |       |

## RESULTADOS

Sessenta e cinco pacientes foram submetidas a correção de retocele por via endorretal segundo a técnica proposta por Sullivan (Tabela 7). Em 16 casos (24,6%) foi associada hemorroidectomia, exérese de plicomas foi realizada em 10 (15,3%) casos. Dieta normal foi instituída a partir de seis horas após o procedimento cirúrgico, e sondagem vesical não foi utilizada nos pacientes da série ora apresentada. Analgésicos orais foram utilizados em 60 (92,3%) pacientes. Como complicações pós-operatórias tivemos um caso de reoperação no oitavo DPO por sangramento, persistência de tecido de granulação em região perianal por 60 dias em quatro pacientes (6,1%), e dispareunia após o retorno da vida

sexual em dois (3,0%) casos (Tabela 7). O tempo de permanência hospitalar foi em média de dois dias, sendo a abstinência sexual por 30 dias a única restrição recomendada aos pacientes. Cinquenta e nove (90,7%) dos doentes encontram-se assintomáticos mantendo ritmo intestinal diário após 27 meses de seguimento. Apenas dois casos necessitam de laxativos (Tabela 10). O proctograma de controle foi realizado após três meses de pós-operatório em 58 (89,2%) dos casos. Retificação da parede anterior do reto, diminuição do ângulo anorretal e diminuição da descida do períneo, foram os achados mais frequentes (Tabela 11).

**Tabela 7**

| Complicações             | (Nº) | (%)  |
|--------------------------|------|------|
| Tecido de granulação     | 4    | 6,1% |
| Dispaurenia              | 2    | 3,0% |
| Sangramento (reoperação) | 1    | 1,5% |

**Tabela 8**

| Av. psicológica | (Nº) |
|-----------------|------|
| Normal          | 24   |
| Depressão       | 10   |
| Ansiedade       | 31   |

**Tabela 9**

| Cirurgias realizadas | (Nº) |
|----------------------|------|
| Sullivan             | 65   |
| C. prolapso mucoso   | 14   |
| Hemorroidectomia     | 16   |
| Ex. plicomas         | 10   |
| Caut. papilas        | 8    |
| ELS                  | 4    |

**Tabela 10**

| Follow-up             | (Nº) |
|-----------------------|------|
| Assintomáticos        | 59   |
| Requer dieta laxativa | 4    |
| Usam laxativos        | 2    |

Follow-up máximo (27 meses)

**Tabela 11**

| Defecograma controle                   |
|--|
| Retificação da parede anterior do reto |
| Diminuição ângulo anorretal            |
| Diminuição da descida do períneo       |

## DISCUSSÃO

Define-se retocele como uma herniação da parede anterior do reto através da parede posterior da vagina. Experimentam estes pacientes sensação de evacuação incompleta, referindo freqüentemente que "alguma coisa restou" após a evacuação. A utilização de manobras digitais através da vagina no sentido de auxiliar a defecação é de ocorrência comum. Durante a evacuação normal, após o relaxamento esfinteriano e a abertura do ângulo anorretal, o aumento da pressão intra-abdominal resulta na eliminação do bolo fecal. Na presença de uma retocele sintomática, o vetor força resultante do aumento da pressão intra-abdominal é dissipado parcialmente pela fraqueza do septo retovaginal, determinando esforço adicional para a eliminação do conteúdo fecal, tornando a dejeção mais difícil. Este estudo visou selecionar através de protocolo rígido, quais as pacientes portadoras de retocele sintomática, deveriam submeter-se a correção cirúrgica, e os resultados obtidos com este tratamento. Sarles<sup>(5)</sup> considera três aspectos importantes para a indicação cirúrgica: (1) necessidade de "digitação" como auxílio a dejeção; (2) demonstração radiológica através de proctograma da retocele, e, retenção do meio de contraste nas chapas pós-evacuação; (3) identificação de patologias associadas especialmente o prolapso retal interno. Na série ora apresentada a utilização de manobras digitais com finalidade de auxiliar a dejeção foi observada em 85% dos pacientes, sendo a retocele com retenção do meio de contraste após a defecação achado de todas as pacientes. Como dados adicionais, revelou ainda o proctograma, a presença de enteroceles em nove (13,8%) casos e associação com a síndrome do períneo descido em 48 (73,8%) das pacientes. O exame proctológico incluindo a retossigmoidoscopia permitiu a identificação da retocele em todos os casos. Multiparidade e cirurgias ginecológicas prévias em especial a histerectomia, são achados frequentes nos pacientes portadores de retocele<sup>(6)</sup>. No nosso material 42 (64,6%) pacientes eram múltiparas e, 40 (61,5%) haviam sido submetidas a procedimentos cirúrgicos prévios sendo que 26 (40,0%) de perineoplastia. O tratamento cirúrgico da retocele pode ser realizado por via vaginal, transperineal ou endorretal. Alguns autores<sup>(1, 2)</sup> acreditam que o reparo por via transvaginal não concorre com resultados satisfatórios, especialmente nas retoceles classificadas como altas. Como principais vantagens atribuídas ao procedimento endorretal, salienta-se ser um procedimento menos traumático em comparação ao transvaginal ou transperineal, permite a correção de patologias anorretais associadas, e permite uma melhor abordagem da área supra-esfinteriana. Hemorroidectomias foram realizadas em 16 (24,6%) casos e exérese de plicomas em 10 (15,3%) doentes da série ora apresentada. Em todos os nossos casos utilizamos a via endorretal segundo a técnica proposta por Sullivan<sup>(1)</sup>, estando os doentes com preparo mecânico/antibiótico do cólon. Anestesia epidural foi a opção anestésica e a posição operatória utilizada foi a de "Carnivete", a qual facilita sobremaneira o ato operatório. Resultados classificados como excelentes e bons, com sinto-

matologia residual mínima são descritos na literatura<sup>(1,4)</sup> quando o procedimento é realizado pela via endorretal. No nosso material, 59 (90,7%) pacientes encontram-se assintomáticos após 27 meses de seguimento, mantendo ritmo intestinal diário. Apenas dois casos necessitam do uso de laxativos. Proctograma de controle foi realizado três meses após a cirurgia em 58 (89,2%) casos. Retificação da parede anterior do reto, diminuição do ângulo anorretal e diminuição da descida do períneo foram os achados mais frequentes.

### CONCLUSÃO

A correção cirúrgica da retocele sintomática é tratamento adequado em pacientes selecionadas, portadoras da chamada "defecação obstruída". Contudo a presença de retocele e constipação não necessariamente implica numa associação. A via endorretal é procedimento seguro com baixo índice de complicações. A avaliação cuidadosa clínica e fisiológica é imprescindível para a indicação cirúrgica.

---

**SOUZA JVS & CARMEL APW - Surgical treatment of rectocele.**

**SUMMARY: This study was undertaken to show the outcome of the surgical treatment of rectocele in 65 patients with important symptoms. The used technique was the modified endo-**

**anal correction described by Sullivan. All patients were studied prospectively according to a fixed protocol for constipation used in our department. Sensation of incomplete evacuation, straining and manual digitation was the most find symptoms (85%). After 27 months of follow-up 59 (90,7%) of the patients have no symptoms at all.**

**KEY WORDS:** rectocele; constipation; rectocele surgery

---

### REFERÊNCIAS

1. Sullivan ES, Leaverton GH, Hardwick CE. Transrectal perineal repair. An adjunct to improved function after anorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 1968; 11: 106-14.
2. Capps WF. Rectoplasty and perineoplasty for the symptomatic rectocele: A report of fifty cases. *Dis Colon Rectum* 1975; 18: 237-44.
3. Pitchford CA. Rectocele: A cause of anorectal pathologic changes in women. *Dis Colon Rectum* 1967; 10: 464-6.
4. Khubchandani IT, Sheels JA, Stasik JJ, Hanki AR. Endorectal repair of rectocele. *Dis Colon Rectum* 1983; 26: 792-6.
5. Sarles JC, Arnaud A, Selezneff I et al. Endorectal repair of rectocele. *Int J Colorectal Dis* 1989; 4: 167.
6. Arnold MW, Stewart WR, Aguillar PS. Rectocele Repair: Four year's experience. *Dis Colon Rectum* 1990; 33: 684.

### Endereço para correspondência:

Jaime Vital dos Santos Souza  
R. Beraldo Mota, Rua AI/92  
Veredas do Sol - Jaguaribe  
41680-130 - Salvador - BA