

PROCIDÊNCIA RETAL. ESTUDO RETROSPECTIVO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO

JOSÉ HYPPÓLITO DA SILVA, TSBCP-SP
GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA, TSBCP-SP
MARCO ANTONIO F. GIMENES
MARSSONI DECONTO ROSSONI

SILVA JH, FORMIGA GJS, GIMENES MAF & ROSSONI MD - Procidência retal. Estudo retrospectivo do tratamento cirúrgico. *Rev bras Coloproct*, 1997; 17(4): 242-244

RESUMO: Trinta e dois pacientes portadores de procidência retal foram estudados, retrospectivamente, no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis-SP, operados no período de janeiro de 1973 a abril de 1996, com média etária de 61 anos, e predominância do sexo feminino em 71,9% dos casos. O início da sintomatologia até o ato operatório apresentou um tempo médio de 10 anos, sendo que os sintomas mais frequentes associados à procidência foram a incontinência fecal e o sangramento. A técnica de sacropromontofixação do reto, isoladamente ou associada a outros procedimentos, foi realizada em 80% dos casos. No período de seguimento estudado não houve recidiva.

UNITERMOS: prolapso; procidência; retopexia abdominal

A procidência ou o prolapso total do reto tem sido objeto de inúmeros trabalhos científicos analisando os aspectos fisiológicos, anatômicos e cirúrgicos, buscando determinar as alterações anatomo-funcionais em relação à etiopatogenia e à escolha do melhor tratamento. Atualmente, de acordo com as condições clínicas dos pacientes, tem-se dado maior ênfase às operações que propõem a fixação e conseqüentemente a manutenção do reto na pelve, por via abdominal^(2, 13, 14). As ressecções, sejam elas por via perineal⁽¹⁾ ou abdominal, aumentam muito a morbidade e a mortalidade. Mais recentemente, tem sido utilizada a via laparoscópica para a retopexia^(3, 4, 6).

A fixação retal com a finalidade de corrigir a procidência é feita basicamente por três técnicas: sacropromontofixação (SPF) do reto, na qual são utilizados pontos com fios inabsorvíveis, iniciando-se na última vértebra sacral em direção cranial, para fixação do reto ao sacro e promontório; opera-

ção de Ripstein que utiliza material de Teflon ou Marlex para abraçar e provocar a sustentação do reto; colocação de esponja do Ivalon (álcool polivinil)^(5, 10), que causa intensa fibrose peri-retal e assim promove a fixação do reto na pelve. Técnicas perineais, como a cerclagem anal à Thiersch ou a aproximação dos cabos dos feixes puborettais dos elevadores do ânus - operação de Parks^(7, 11) - também podem ser utilizadas como métodos alternativos, quando o paciente não suporta operação de maior porte⁽⁷⁾, ou quando persiste incontinência fecal após a retopexia⁽¹⁵⁾.

O objetivo deste trabalho é estudar, retrospectivamente, os pacientes portadores de procidência retal, os sintomas apresentados e principalmente as técnicas cirúrgicas usadas no tratamento.

PACIENTES E MÉTODOS

Foram estudados, retrospectivamente, 32 pacientes portadores de procidência retal, no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis - São Paulo, operados no período de janeiro de 1973 a abril de 1996. A média etária dos pacientes foi de 61 anos, variando de 20 até 88 anos. Setenta e um por cento eram do sexo feminino e 29% do masculino. De acordo com a origem étnica, 68% eram brancos e 32% não brancos. Não houve qualquer paciente de origem oriental no grupo estudado. A média de início dos sintomas até o ato operatório foi de 10 anos, variando de um mês a 59 anos.

Os principais sintomas associados à procidência retal foram sangramento em 53% dos casos, incontinência fecal em 43% e constipação crônica em 21,8%, sendo que em alguns casos o mesmo paciente apresentou mais de um sintoma. Não houve casos de necrose retal como forma de apresentação clínica da procidência. Outros sintomas menos importantes ocorreram, como prurido anal e ânus úmido (Tabela 1).

Tabela 1 - Sintomas associados.

Sintomas	%
Sangramento retal	53
Incontinência fecal	43
Constipação crônica	21,8

As técnicas operatórias realizadas isoladamente foram: sacropromontofixação do reto em 59% dos casos e cerclagem anal à Thiersch em 19%. Os procedimentos feitos em associação foram: sacropromontofixação com cerclagem anal à Thiersch em 9,5%, sacropromontofixação com Moschcowitz em 9,5%, e sacropromontofixação com Thiersch e Moschcowitz em 3% dos pacientes (Tabela 2).

Tabela 2 - Técnicas operatórias realizadas.

Operações	Nº	%
Sacropromontofixação (SPF)	19	59
Thiersch	6	19
SPF + Thiersch	3	9,5
SPF + Moschcowitz	3	9,5
SPF + Thiersch + Moschcowitz	1	3

A sacropromontofixação (SPF) foi feita após a abertura da reflexão peritoneal, dissecação à direita ou eventualmente à esquerda em relação à porção posterior do reto, indo até o nível dos elevadores do ânus para a realização da pexia retal. Foram utilizados fios inabsorvíveis e os pontos dados na direção caudo-cranial, partindo do cóccix em sentido ao promontório.

A técnica descrita por Moschcowitz⁽⁹⁾ em 1912 foi realizada através de suturas em bolsa no peritônio parietal pélvico com a finalidade de fechar esse espaço.

A operação de Thiersch consistiu na colocação de um anel subcutâneo ou intermuscular na região anal, usando-se fio ou outro material inabsorvível.

RESULTADOS

Dos 32 pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico, a sacropromontofixação do reto foi realizada em 26, seja como terapêutica única ou em associação com outras técnicas. A média de dias de pós-operatório foi oito, variando de três a 26 dias. Cinco pacientes apresentaram complicações: três com infecção da ferida operatória, um com evisceração no quinto pós-operatório e um com oclusão intestinal devido a bridas precoces, cujo diagnóstico foi confirmado por laparotomia exploradora. Não se observaram outras complicações, como o sangramento anorretal ou recidiva precoce no pós-operatório.

O seguimento ambulatorial foi de 8,5 meses, realizado em 64% dos pacientes. Não houve recidiva no período de seguimento realizado.

DISCUSSÃO

O procedimento cirúrgico com abordagem abdominal, como a realização da retopexia^(2, 12, 13), é considerada a técnica de eleição para o tratamento da procidência retal. Apresenta os melhores resultados, seja como operação única⁽⁸⁾ ou associada a outras técnicas abdominais ou perineais, como o anel de Thiersch ou o reparo posterior dos cabos elevadores esfinterianos^(7, 11).

Nos pacientes em que o risco cirúrgico é considerado alto, como os portadores de doenças sistêmicas descompensadas, tipo hipertensão arterial, cardiopatia e pneumopatia, é preferível o uso de técnicas perineais isoladas, já que com um simples bloqueio perianal ou até mesmo anestesia local se consegue realizar o procedimento, ao contrário de operação abdominal, que exige bloqueios altos ou anestesia geral.

Neste estudo, em 80% dos pacientes foi realizada a operação de sacropromontofixação (SPF) isolada ou associada. Consiste na abertura da reflexão peritoneal, dissecação à direita ou eventualmente à esquerda em relação à porção posterior do reto, indo até o nível dos elevadores do ânus para a realização da pexia retal. Utilizam-se fios inabsorvíveis e pontos dados na direção caudo-cranial, partindo do cóccix em sentido ao promontório.

Em 9,5% dos casos realizou-se a SPF associada a técnica descrita por Moschcowitz⁹ em 1912, o qual considerou a procidência retal como sendo uma hérnia de deslizamento, devido a um defeito no fundo de saco de Douglas e a fatores que aumentam a pressão intra-abdominal. A citada técnica consiste na realização de suturas em bolsa no peritônio parietal pélvico com a finalidade de fechar esse espaço.

A cerclagem anal à Thiersch, que foi realizada como técnica isolada em 19% dos casos, ou associada à SPF em 9,5%, é indicada para pacientes que não suportam uma cirurgia de maior porte, ou quando persiste incontinência fecal. A técnica consiste em realizar um anel subcutâneo ou intermuscular com fio ou outro material inabsorvível, com o objetivo de corrigir a exteriorização do reto e melhorar o controle da continência fecal.

Os procedimentos referidos são de execução simples e apresentam baixa morbidade. As complicações que ocorreram não são relacionadas à doença ou ao procedimento, sendo comuns a outras laparotomias, porém, foram responsáveis pelo exagerado número de dias de internação.

O seguimento ambulatorial de apenas 8,5 meses, realizado em 64% dos pacientes, deve-se ao fato de que a maioria dos pacientes residia em outras regiões do país, ou mesmo por desistência do controle ambulatorial, considerando-se curados após os primeiros meses. Não houve recidiva nesse período.

CONCLUSÕES

Os achados clínicos mais frequentes associados à procidência retal foram o sangramento anorretal e a incontinência fecal.

A sacropromontofixação do reto foi a técnica mais utilizada no tratamento da procidência retal, quer isoladamente ou em associação com outros procedimentos.

As complicações ocorridas foram comuns a outras laparotomias, entretanto foram responsáveis pelo exagerado número de dias de internação.

No período de tempo de seguimento de 8,5 meses não houve recidiva.

SILVA JH, FORMIGA GJS, GIMENES MAF & ROSSONI MD
- Rectal procidentia - Retrospective study of the surgical treatment.

SUMMARY: Thirty-two patients with rectal procidentia were studied retrospectively in the Coloproctological Service of Hospital Heliópolis - São Paulo, from January 1973 to April 1996. The mean age was 61 years with predominance of females (71.9%). The beginning of symptomatology lasted 10 years, being the main symptoms associated to procidentia fecal incontinence and hemorrhage. Rectopexy alone or associated to other procedures was the main used technique. In the follow-up period studied there wasn't recurrence.

KEY WORDS: prolapse; procidentia; abdominal retopexy

REFERÊNCIAS

1. Altemeier WA. Nineteen years experience with the one-step perineal of rectal prolapse. *Ann Surg* 1971; 173: 993-1006.
2. Brenner S, Campos ACL, Souza FJ, Marchesini JB, Malafaia O, Moraes RS. Sacropromontofixação do reto com reforço posterior do diafragma pélvico. *Rev bras Coloproct* 1988; 8: 91-93.
3. Cuschieri A, Shimi SM, Vander Velpen G, Banting S, Wood RA. Laparoscopic prosthesis fixation rectopexy for complete rectal prolapse. *Br J Surg* 1994; 81: 138-139.
4. Darzi A, Henry MM, Gullou PJ, Shorvon P, Monson JR. Stapled laparoscopic rectopexy for rectal prolapse. *Surg Endosc* 1995; 9: 301-303.
5. Ellis H. The polyvinyl sponge wrap operation for rectal prolapse. *Br J Surg* 1966; 53: 675.
6. Graf W, Stefansson T, Arvidsson D, Pahlmann L. Laparoscopic suture rectopexy. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 211-212.
7. Graham RR. The operative repair of massive rectal prolapse. *Ann Surg* 1942; 115: 1007.
8. Khanna AK, Misra MK, Kumar K. Simplified sutured sacral rectopexy for complete rectal prolapse in adults. *Eur J Surg* 1996; 162: 143-146.
9. Moschcowitz AV. The pathogenesis, anatomy and cure of prolapse of the rectum. *Surg Gynecol Obstet* 1912; 15: 7-21.
10. Morgan GN, Porter NH, Klugam DJ. Ivalon (polyvinyl alcohol) sponge in the repair of complete rectal prolapse. *Br J Surg* 1972; 59: 61.
11. Neil ME, Parks AG, Swash M. Physiological studies of the anal sphincter musculature in faecal incontinence and rectal prolapse. *Br J Surg* 1981; 68: 531-536.
12. Novell JR, Osborne MJ, Winslet MC, Lewis AA. Prospective randomized trial of Ivalon sponge versus sutured rectopexy for full-thickness rectal prolapse. *Br J Surg* 1994; 81: 904-906.
13. Ramos JR, Pinho M, Valory E, Correa JCO, Batista Filho G. Tratamento do prolapso retal completo. Experiência do Serviço de Coloproctologia do Hospital Andaraí. *Rev bras Coloproct* 1986; 6: 43-49.
14. Ripstein CB. Surgical cure of massive rectal procidentia. *Dis Colon Rectum* 1965; 8: 34-38.
15. Setti Carraro P, Nicholls RJ. Postanal repair for faecal incontinence persisting after rectopexy. *Br J Surg* 1994; 81: 305-307.

Endereço para correspondência:
José Hyppólito da Silva
Hospital Heliópolis
Rua Cônego Xavier, 276 - Vila Heliópolis
04231-030 - São Paulo - SP