
CORDEIRO F, FORMIGA GJS, MALLMANN IO, PINHO RV & MISICIR - Tribuna livre: Como eu faço. *Rev bras Coloproct*, 1997; 17(4): 277-279

Como sempre, gostaríamos de agradecer aos nossos colegas a participação nesta sessão pois, sem eles, ela não existiria. Lembramos sempre que o nosso objetivo é favorecer a participação de todos, permitindo assim que emitam suas opiniões livremente.

Lembramos a todos que esta é uma **TRIBUNA LIVRE** e não há necessidade de convites para que sua opinião seja discutida. Enquanto houver distintos posicionamentos dos apresentados, o tema será mantido ou retornará à discussão, porém não serão publicados os textos considerados contestatórios.

Gostaríamos ainda de solicitar aos colegas que queiram participar, que enviem sugestões de novos temas ou perguntas, bem como suas condutas nos casos discutidos.

Àqueles interessados em colaborar, manteremos sempre um canal aberto pelo fax **019.2543839** ou E.mail: **scut@lexxa.com.br**.

O tema desta edição será **RETOCELE** e contamos com a colaboração de 4 membros titulares da nossa Sociedade:

1. Galdino José Sítonio Formiga (SP)
2. Ignácio Osório Mallmann (RS)
3. Renato Valmassoni Pinho (PR)
4. Roberto Misici (CE)

1. Qual é na sua experiência a sintomatologia mais freqüente nas pacientes portadoras de retocele e a etiologia mais comum?

Galdino José Sítonio Formiga (SP) - A sintomatologia mais comum é: sensação de evacuação incompleta, sensação de peso perineal, dificuldade para exonerar as fezes exigindo manobras digitais, constipação e protrusão vaginal. A protrusão da parede retal anterior para a vagina é resultante de fraqueza do septo reto-vaginal, em virtude de diástase dos músculos elevadores do ânus e distensão ou rompimento da estrutura músculo-aponeurótica do septo reto-vaginal, provocada por trabalho de parto, multiparidade, histerectomia, afecções com aumento da pressão intra-abdominal.

Ignácio Osório Mallmann (RS) - Usualmente a retocele torna-se sintomática em mulheres múltiparas, acima de quarenta anos.

FERNANDO CORDEIRO, TSBCP
GALDINO JOSÉ SÍTONIO FORMIGA, TSBCP
IGNÁCIO OSÓRIO MALLMANN, TSBCP
RENATO VALMASSONI PINHO, TSBCP
ROBERTO MISICI, TSBCP

As queixas estão relacionadas ao ato evacuatório, como o esforço evacuatório, a sensação de evacuação incompleta, tenesmo, urgência evacuatória, porém conseguem evacuar espontaneamente ou com auxílio digital para comprimir a parede posterior da vagina. Referem o aparecimento de massa vaginal por ocasião da defecação. Não relatam usualmente dispaurenia.

Quanto a etiologia, o fator preponderante é o parto vaginal e a senilidade, além de enfermidades evacuatórias obstrutivas (contração paradoxal dos esfíncteres).

Deve-se procurar diferenciar a retocele, da enterocele ou de lesões do nó perineal, e para tanto o exame físico e a defecografia são exames adequados.

Renato Valmassoni Pinho (PR) - A principal causa de retocele é o relaxamento muscular e dos ligamentos perineais, que ocorre após o parto, especialmente nas múltiparas. Este relaxamento promove o desaparecimento do septo reto-vaginal, com conseqüente abaulamento da parede posterior da vagina pelas fezes acumuladas na ampola retal.

A retocele é então responsável por alteração da defecação, obrigando a utilização de pressão digital na parede posterior da vagina, no sentido de obter a eliminação das fezes.

Roberto Misici (CE) - Sabemos que a sintomatologia tem uma importância fundamental na indicação do tratamento. Em nossas pacientes operadas, baseados em um "questionário pré-operatório dirigido", avaliamos os principais sintomas: disquezia retal mandatória, manipulações digitais vaginais ou perineais para ajudar a evacuação, tentativas infrutíferas nas evacuações, sensação de incompleta evacuação, "outlet obstruction", incontinência fecal e urinária, pregressa operação orificial ou histerectomia, paciente múltipara com várias modalidades de partos etc.

Geralmente estas pacientes são portadoras de uma constipação de causa extra-intestinal, onde o retardo evacuatório aparece na fase da expulsão fecal, sendo esta "constipação retal" o distúrbio que pode condicionar a vida destas pacientes, a passarem longos períodos em extenuantes tentativas evacuatórias.

Etiologia: flacidez da estrutura músculo-aponeurótica do septo reto-vaginal e deficiência de sustentação da parede anterior do reto, devido a uma diástase dos músculos elevadores. Suas origens são complexas, algumas adquiridas (idade, neuropatia pélvica etc.) e outras pós-traumáticas (trauma de parto ou operações anorretais prévias).

2. Qual a técnica operatória que utiliza e a via de acesso?

Galdino José Sítonio Formiga (SP)

- Utilizamos uma associação de técnicas para a obtenção de melhores resultados:

1. Plicatura transversal da parede anterior do reto (Técnica de Meigs);
2. Aproximação dos músculos elevadores do ânus em toda a sua extensão;
3. Colpoperineoplastia posterior, com ressecção do excesso de mucosa.

- A via de acesso transvaginal, principalmente para as retoceles médias e baixas, é a de escolha.

Ignácio Osório Mallmann (RS) - Retoceles baixas podem ser tratadas pela correção da musculatura esfíncteriana anal e do nó perineal.

Retoceles médias devem ser tratadas com a reconstrução do septo reto-vaginal, que pode ser realizada por via transvaginal ou transanal.

Utilizo a técnica de correção transvaginal. Não utilizei até o momento o reparo transanal. Os resultados obtidos com o reparo via vaginal são satisfatórios. Não tenho as complicações descritas na técnica transanal, como infecção e fístulas reto-vaginais, e não há definidos resultados vantajosos de uma técnica sobre a outra em relação ao índice de recidivas.

Retoceles altas devem ser corrigidas por via vaginal.

Renato Valmassoni Pinho (PR) - Uma grande parte destas pacientes apresenta associação de cistocele e de incontinência urinária. São, na maioria das vezes, operadas pelos ginecologistas. Nós efetuamos uma colporrafia posterior, utilizando incisão longitudinal em parte posterior de vagina e sua dissecação da parede anterior do reto, após injeção de solução vasoconstritora. A aproximação dos pilares retais, do tecido conectivo vaginal e do componente puborretal dos elevadores do ânus com pontos separados, reconstituindo o septo reto-vaginal.

Ressecção do excedente da mucosa vaginal e seu fechamento. Obtemos desta forma uma sustentação para a parede anterior do reto.

Roberto Misici (CE) - Em geral, falha de um tratamento médico ou de reabilitação fisioterápica (Biofeedback), para os sintomas da retocele, somos levados a indicar o tratamento cirúrgico.

Temos critérios básicos para indicar qual a técnica a usar e a melhor via de acesso. Critérios usados:

- a. variedade anatômica da retocele (segundo classificação de Sarles).
- b. gravidade e refratariedade evacuatória.
- c. grau de relaxamento do septo reto-vaginal.
- d. associação com outras "perineopatias".
- e. excluir outras causas funcionais de constipação.
- f. intensidade dos sintomas.
- g. idade da paciente.

Variedade da retocele segundo Classificação de Sarles:

- a. Retocele alta - parte integrante de um prolapso retal.
- b. Retocele baixa - secundária a uma agressão perineal com rotura do complexo esfíncteriano anal e eventuais exuberâncias da mucosa retal (prolapso de mucosa)
- c. Retocele média - abaixo dos músculos elevadores, cuja tradução clínica é puramente proctológica, associada a outras perineopatias (prolapso mucoso oculto, ptose retal etc.). Preferimos na variedade anatômica de retocele alta e baixa e em mulheres mais anciãs, que apresentam uma agressão perineal, um acesso "transperineal" de modo a suturar os elevadores e com isto realizar uma plástica para frente da parede anterior do reto, permitindo também um contemporâneo reparo de possíveis lesões esfíncterianas ou ginecológicas associadas.

Já na retocele média, em pacientes mais jovens, preferimos o acesso "transretal ou endorretal", usando a técnica de Sarles, permitindo, com este acesso, eliminar os movimentos anômalos da mucosa retal, com redução da hérnia de retocele, na parede anterior do reto, com correções simultâneas de patologias anais associadas (hemorróidas, fissuras etc.).

3. Realiza algum preparo pré-operatório? E antibiótico-terapia? Profilática ou terapêutica?

Galdino José Sítonio Formiga (SP) - Após confirmação diagnóstica e seleção rigorosa das pacientes, realização de exames complementares e indicação cirúrgica, fazemos o preparo intestinal com enteroclimas objetivando esvaziar o reto e a porção distal do cólon e também executamos a limpeza da vagina com antisséptico. Quanto à antibioticoterapia, utilizamos apenas nas situações de contaminação da região operada, em forma terapêutica.

Ignácio Osório Mallmann (RS) - Normalmente utilizo antibióticos profilaticamente-metronidazol associado a gentamicina ou cefoxitina. Prescrevo enema evacuatório na véspera da cirurgia. Como preparo pré-operatório, além dos recomendados para o caso a ser operado (atenção às enfermidades concomitantes), utilizo reposição hormonal nas mulheres pós-menopausa (tópico ou via oral).

Renato Valmassoni Pinho (PR) - O preparo pré-operatório inclui lavagem intestinal e uso de esquema antibioticoterápico por 24 horas, em geral cefalosporina. Utilizamos anestesia peridural, deambulação precoce e alta no mesmo dia.

Roberto Misici (CE) - O nosso preparo é quase idêntico ao de uma operação proctológica orifical. Preparo mecânico exaustivo com lavagens intestinais, até a água sair limpa. Asseio vaginal bem feito, já que em determinados casos, o nosso acesso cirúrgico é transperineal. Corrigir prováveis infecções vaginais (corrimentos) ou urinárias (cistites,

uretrites etc.). Usamos a antibioticoterapia nas seguintes variantes:

CEFTRIAZONA (Rocefin) - 2,0 g na indução anestésica.

Atualmente temos usado outra opção de antibioticoprofilaxia para este tipo de operação.

CEFOXITINA (Mefoxin) - 2,0 g (IV) - 1 a 2 horas antes da operação e repetimos a dosagem, se após um período igual a duas vezes a meia-vida de droga, no caso em que perdure e esteja em curso o tratamento cirúrgico. Não devemos ultrapassar as 24 horas de uso.

4. Qual a sua complicação mais freqüente e o que fazer para evitá-la?

Galdino José Sítonio Formiga (SP) - A complicação mais freqüente é infecção e deiscência de planos superficiais de sutura, resolvidas facilmente com curativos e antibioticoterapia. Devemos evitá-la com preparo intestinal correto, limpeza vaginal com antissépticos, tratamento prévio das doenças vaginais e cuidados técnicos operatórios, evitando-se a formação de hematomas, isquemia tecidual e contaminação grosseira da ferida operatória. Fístula reto-vaginal, que caracteriza outra complicação do tratamento cirúrgico, pode ser tratada após um intervalo de seis meses.

Ignácio Osório Mallmann (RS) - A complicação mais freqüente é o sangramento difuso transoperatório. As complicações mais temidas são a fístula reto-vaginal e a recidiva dos sintomas da paciente (na ordem de 30% dos casos). Para evitá-las o momento da cirurgia deve ser o da fase proliferativa do ciclo menstrual, reposição hormonal nas pacientes com mucosa atrófica, técnica adequada na dissecação dos planos cirúrgicos e avaliação criteriosa da indicação do procedimento.

Renato Valmassoni Pinho (PR) - A complicação mais freqüente é a infecção da incisão cirúrgica, ocorrendo eventualmente deiscência parcial ou total das suturas. O estreitamento da vagina em pacientes sexualmente ativas deve ser evitado através de cuidadosa ressecção do excedente da mucosa vaginal.

Roberto Misici (CE) - As mais freqüentes complicações de nossa casuística foram as infecções, com deiscência de ferida perineal, devido à dissecação transperineal profunda, com formação de espaço morto. Devemos deixar uma drenagem contralateral tipo "Portovac", retirando-o em média após 48 horas. É importante também não deixar os pontos externos da ferida cirúrgica muito apertados. A "dispareunia" pode ser observada como outra complicação pós-operatória, quando na correção por via transperineal, exercemos uma plicatura da musculatura perineal realizada muito alta e anteriormente e pela presença da própria cicatriz fibrótica nesta região.

Tivemos estenose do intróito vaginal, que foi corrigido por uma reoperação através de uma plástica vaginal, com resolução perfeita e sem seqüelas para a paciente.

5. Algum comentário?

Galdino José Sítonio Formiga (SP)

- Diagnóstico correto, identificando a forma da doença: alta, média ou baixa.
- Seleção rigorosa da doente, inclusive com avaliação psicológica.
- Técnica operatória com indicação precisa e bem executada.
- Seguimento ambulatorial mínimo de doze meses para correção do hábito intestinal, orientação alimentar e uso de laxantes suaves, quando existe obstipação.

Ignácio Osório Mallmann (RS) - Pelo temor das complicações da colpoperineorrafia posterior pelos ginecologistas e pela melhor compreensão da dinâmica evacuatória, cada vez mais coloproctologistas estão sendo solicitados a realizar a correção das retoceles, e portanto devemos estar preparados, mormente se a via preferencial para corrigir tal defeito passar a ser a via transretal.

Renato Valmassoni Pinho (PR) - Gostaríamos de comentar o fato de que em algumas pacientes, além da retocela, observamos a presença de enterocele, a qual é uma hérnia que se faz através do peritônio do fundo de saco de Douglas e que contém alças intestinais em seu interior. A sua não observação durante o ato cirúrgico pode resultar em lesão de alça intestinal com suas sérias complicações.

Roberto Misici (CE) - Algumas observações pessoais: a. achamos que a melhora da sintomatologia pós-operatória mostra a eficácia do tratamento cirúrgico, tanto usando o acesso "transperineal" como no "transretal", mas isto não quer dizer que todas as retoceles devam ser operadas. b. a intervenção cirúrgica corrigirá os distúrbios demonstráveis e também aqueles com outros distúrbios funcionais do assoalho pélvico, que manifestam sintomas refratários, assegurando às pacientes uma evacuação fácil, cuja existência já tinham se esquecido.

Esta rodada de perguntas e respostas encerra esta sessão da **TRIBUNA LIVRE: COMO EU FAÇO**. Agradecemos novamente a inestimável colaboração dos colegas.

Este tema é amplo e nossa intenção é a de dar um rápido enfoque do tratamento da enfermidade em vários locais alcançados por nossa Sociedade.

Se você tem alguma opinião divergente ou gostaria de completar aquilo que foi aqui referido, faça como o colega mineiro, escreva-nos.

Gostaríamos de ter sua participação efetiva independente de sua titulação dentro da sociedade e mais uma vez agradecer àqueles que de maneira tão rápida, gentil e extremamente concisa colaboraram para manter acesa conosco a chama desta **TRIBUNA**.

Novamente, o nosso fax é: (0192)543839 e
E.mail:scut@lexxa.com.br. - Participe. **Fernando Cordeiro**