
OPERAÇÃO DE THIERSCH COM O EMPREGO DE FITA DE DACRON. ALTERNATIVA DE EXCEÇÃO PARA PROCIDÊNCIA RETAL

JOÃO JOSÉ FAGUNDES - TSBCP
HUDA MARIA NOUJAIN
CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY - FSBCP
MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO - FSBCP
JUVENAL RICARDO NAVARRO GÓES - TSBCP
RAUL RAPOSO DE MEDEIROS - TSBCP

FAGUNDES JJ, NOUJAIN HM, COY CSR, AYRIZONO MLS, GÓES JRN & MEDEIROS RR - Operação de Thiersch com o emprego de fita de dacron. Alternativa de exceção para procidência retal. *Rev bras Coloproct*, 1998; 18(4): 245 - 248

RESUMO: Os autores adotam de rotina a sacropromontopexia do reto para o tratamento da procidência. Em condições de exceção empregaram a operação de Thiersch modificada em sete doentes, seis deles com risco cirúrgico elevado. Em dois pacientes, a procidência não era primária, e sim secundária a prolapso de anastomose colorretal pós-retossigmoidectomia abdominoperineal com anastomose retardada, sendo um destes pacientes o único em estado clínico satisfatório. A cerclagem anal foi feita por meio de fita de dacron obtida pela abertura longitudinal de prótese arterial de 7 mm de diâmetro, deixando-se o canal anal pérvio para uma polpa digital apertada do mínimo. O período de seguimento variou de cinco a 50 meses, tendo três doentes falecido em decorrência de afecções associadas. Como complicações locais verificaram-se um caso de exposição parcial da prótese, sem maiores conseqüências, outro de prolapso mucoso controlado por ligadura elástica e um outro de evacuação obstruída. Esta última complicação verificou-se em uma das pacientes com procidência secundária e prolapso de anastomose. A prótese foi retirada após um ano, ocasião em que se transformou a anastomose de colorretal em coloanal por via baixa. Não ocorreu nenhuma recidiva. A cerclagem anal deve ser lembrada como alternativa em situações de exceção. Mostrou-se útil na obtenção de melhor qualidade de vida em doentes com prognóstico de sobrevivência não muito longa.

UNITERMOS: procidência retal; cirurgia; cerclagem anal

A cerclagem anal por meio de fio de prata para contenção da procidência do reto foi proposta por Karl Thiersch (1822-1895) em 1891^(3-5, 7, 8, 34). Outros fios cortantes como o bronze^(24,27), seda⁽¹⁰⁾, aço inoxidável^(5, 8, 24, 33, 36), mersilene⁽⁴⁾ e nylon^(2, 25, 36) também foram empregados. Várias complicações

são citadas com a utilização desses materiais citando-se a fragmentação do fio, impactação fecal, infecção, dor pós-operatória, ulceração e exposição do arame, e a secção das estruturas anatômicas envolvidas, com taxas de recidiva bastante elevadas (20 a 60%).

Em razão desses inconvenientes, lançou-se mão de artifícios como o envolvimento do fio de aço por sonda plástica⁽²⁸⁾, o emprego de arame grosso de aço inoxidável, 2,5 mm de diâmetro⁽³⁷⁾, aponeurose⁽¹⁰⁾, tendão⁽³¹⁾, músculo⁽³¹⁾ e de prótese anti-refluxo tipo Algelchik em posição supraelevador⁽¹⁸⁾.

Materiais sintéticos não rígidos ou cortantes e que tivessem alguma elasticidade também foram empregados, quer em forma de fita ou tubo. Assim foram utilizados vários tipos de telas (Marlex^(19, 30), mersilene^(4, 22, 23, 35), nylon⁽⁸⁾, polipropileno⁽²⁹⁾, além de polietileno⁽³²⁾, borracha de silicone impregnada por dacron^(16, 17), tubo de silastic^(1, 12, 34), elastômero de silicone envolto por silicone revestido de dacron⁽¹⁵⁾, borracha de silicone^(6, 8, 11, 13), silastic impregnado por dacron^(4, 17), prótese vascular de dacron^(23, 26) e prótese vascular de teflon⁽⁹⁾. Dentre outras modificações, as próteses podem ser colocadas em situação supraelevador^(22,23), ou associadas à operação de Delorme⁽³⁰⁾.

O objetivo deste estudo foi avaliar os resultados clínicos obtidos com o emprego de fita de dacron como alternativa de exceção para o tratamento da procidência retal.

CASUÍSTICA E MÉTODO

No Serviço de Coloproctologia da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, durante o período de dezembro de 1991 a janeiro de 1998, a cirurgia de Thiersch utilizando fita de dacron para cerclagem anal foi empregada em sete doentes portadores de procidência retal. Do total, cinco pertenciam ao sexo feminino (71,5%) e as idades variaram de 42 a 71 anos (média de 62,5). Dois pacientes já haviam sido operados anteriormente em outros serviços, há 15 e 18 anos, por meio da retopromontopexia. Outros dois pacientes foram tratados de câncer de reto, há cinco e seis

anos, em outros serviços, por operação de retossigmoidectomia e anastomose colorretal retardada. Esses dois últimos pacientes passaram a apresentar no pós-operatório, freqüentes exteriorizações do coto anorretal e do cólon abaixado, necessitando de reduções manuais. Não se tratava, portanto, de procidências primárias.

Seis doentes apresentavam condições clínicas insatisfatórias que na ocasião contra-indicavam a laparotomia, optando-se então pela correção por via perineal (Tabela 1). Uma paciente, embora sem contra-indicação para cirurgia mais alargada, era uma das que apresentava procidência de anastomose colorretal após cirurgia para câncer do reto.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes conforme condições clínicas e natureza da procidência.

Nº	Idade	Sexo	Condição clínica pré-operatória
1	65	F	Dependente de hemodiálise
2	70	F	Procidência de anastomose colorretal
3	71	F	Insuficiência cardíaca, arritmia de difícil controle
4	70	F	Procidência de anastomose colorretal
5	42	M	Aplasia medular Recidiva pós-promontopexia Doença pulmonar obstrutiva crônica Hipertensão arterial
6	64	M	Cardiopatía isquêmica Doença pulmonar obstrutiva crônica Psicose. Internado em hospital psiquiátrico Convulsivo
7	56	F	Recidiva pós-promontopexia Hipertensão arterial Doença pulmonar obstrutiva crônica Obesidade

O preparo do cólon foi feito pela ingestão de solução de polietilenoglicol associado à antibioticoprofilaxia. Os pacientes foram operados em posição de litotomia, sob bloqueio peridural.

A técnica operatória consistiu na feitura de duas incisões transversais de 2 cm de extensão, localizadas na linha média, uma anterior e outra posterior ao ânus, externamente aos esfínteres. As incisões eram aprofundadas até correspondência com o início do canal anal. A seguir, as duas aberturas eram postas em continuidade, por tunelização através da gordura, lateralmente ao esfínter externo. Para tal intento empregava-se pinça de Guion ou de Mixter, a qual era passada de uma abertura à outra, circulando o canal anal. Por divulsão romba, obtém-se um túnel de 2,5 cm de altura, suficiente para acomodar a fita de dacron que será passada a seguir.

O dacron empregado é obtido de uma prótese arterial de 7 mm de diâmetro, sendo a mesma aberta longitudinalmente para obtenção de uma fita, a qual terá largura de 22 mm. A mesma pinça que serviu à tunelização é novamente introduzida pela incisão posterior à fenda anal e exteriorizada pela incisão anterior. Traciona-se por ela uma das extremidades da fita de dacron para trás do ânus. A pinça é reintroduzida, agora pelo outro lado do canal anal e traciona a outra extremidade da fita. Dessa forma o canal anal e a musculatura esfínteriana ficarão circundados pela prótese

com suas duas extremidades exteriorizadas através da incisão posterior.

O passo seguinte é a ajustagem da prótese em torno da musculatura esfínteriana. Para isso, as duas extremidades da fita serão colocadas face a face, em aposição, como uma verdadeira gravata, e tracionadas posteriormente. São dados pontos em U com fio de polipropileno 2.0, transversais ao comprimento da fita. Os pontos vão sendo dados em direção ao ânus, centripetamente, até que se obtenha fenda anal pèrvia e justa para o dedo mínimo. É seccionado o excesso da fita de dacron, sendo a mesma sepultada e fechadas as incisões com fio de ácido poliglicólico.

RESULTADOS

Como única complicação geral importante, uma paciente apresentou parada cardíaca no pós-operatório imediato, sendo prontamente ressuscitada e com boa evolução a seguir.

Complicações locais foram observadas em três pacientes (Tabela 2). A primeira delas apresentou deiscência de uma das incisões, permanecendo com a prótese exposta, sem maiores conseqüências; faleceu após três meses em decorrência de insuficiência renal crônica. Outra paciente apresentou quadro de evacuação obstruída, sendo retirada a prótese após 12 meses e realizada amputação da procidência por via perineal. Tratava-se de paciente que anteriormente fora submetida à retossigmoidectomia e anastomose colorretal retardada, sendo dessa forma transformada em colo-anal. A última paciente apresentou prolapso de mucosa precocemente. Teve-se a impressão de que a prótese não ficou adequadamente apertada, sendo tentado o controle do prolapso com o emprego de ligadura elástica.

Dentre as pacientes que puderam ser avaliadas tardiamente, não se observou nenhum caso de recidiva. A paciente da qual foi retirada a prótese, o excesso de cólon abaixado e o coto retal evertido e submetida à anastomose coloanal por via perineal, continuou com evacuação obstruída sem que apresentasse nenhuma estenose evidente. Foi posteriormente colostomizada em outro serviço.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes conforme o tempo de seguimento e complicações tardias.

Nº	Tempo de seguimento (meses)	Complicação	Óbito por doenças associadas	Recidiva	Retirada da prótese
1	5	Exposição parcial da prótese	sim	-	-
2	50	Evacuação obstruída	-	-	Sim
3	20	-	sim	-	-
4	32	-	sim	-	-
5	19	-	-	-	-
6	17	-	-	-	-
7	9	-	-	Prolapso de mucosa controlado por ligadura elástica	-

DISCUSSÃO

A técnica ideal para o tratamento da prolapso do reto certamente ainda não está disponível. Provavelmente tenham sido descritas mais de duas centenas de opções táticas^(14, 16) desde que Hipócrates aconselhou que o paciente fosse dependurado pelos tornozelos e agitado para que o intestino retornasse ao interior do corpo. Não há dúvida de que os melhores resultados são proporcionados pelas abordagens abdominais, sendo que a maioria dos cirurgiões prefere a mobilização e fixação do reto ao perióstio sacral, diretamente ou por meio de prótese^(4, 7, 8, 14).

O não emprego rotineiro das operações de cerclagem anal constitui absoluto consenso. Não ocorre a cura e a retirada da prótese, seja qual for, determinará a recidiva da prolapso. São comuns a impaction fecal como decorrência do ânus estreito, e a infecção e exposição do material utilizado. Alguns ampliam a indicação um pouco mais, com a preocupação da ocorrência de infertilidade em mulheres jovens, pela manipulação pélvica⁽⁶⁾. Outra possibilidade da sua indicação refere-se a pacientes nos quais poder-se-ia aguardar maior complexidade na abordagem pélvica. Esta foi a situação em dois doentes desta casuística, ambos submetidos anteriormente à retossigmoidectomia e anastomose colorretal retardada, que passaram precocemente a apresentar prolapso da anastomose. Trata-se de situação onde a dissecação pélvica poderia ocasionar lesão no meso da alça abaixada e havendo questionamento quanto ao que fixar-se ao sacro. Parece então que a via perineal seria uma solução pelo menos inicial e pouco agressiva, restando outras opções se não levasse a bom resultado.

A indicação aceita para a operação de Thiersch e suas modificações reside nos pacientes portadores de afecções graves, onde o risco cirúrgico seja elevado e com a expectativa de vida curta, como o verificado nesta série.

Em nenhum doente observou-se impaction fecal, apesar de tratar-se de população que apresentava dificuldades, por vários motivos, em seguir as orientações para evitar-se aquele inconveniente. O calibre deixado nos pacientes desta série foi para uma polpa digital apertada do dedo mínimo, menor do que o preconizado na literatura. O período de seguimento variou de cinco a 50 meses (média de 22). Sendo que três pacientes faleceram por progressão das mesmas doenças que contra-indicaram cirurgia convencional.

A complicação mais temida da cerclagem anal é a infecção. Sua taxa na operação como proposta por Thiersch é desconhecida, já que seus relatos desapareceram da literatura contemporânea. Na sua forma modificada, fazendo-se a cerclagem anal com próteses geralmente de mersilene, silastic ou dacron, busca-se o emprego de material menos agressivo, biológica e fisicamente. Deseja-se também com esses materiais, algum grau de elasticidade e simulação de esfíncter, que seria melhor dado pelo dacron⁽⁴⁾. As experiências descritas não são muitas e não incluem casuísticas numerosas, variando o índice de infecção de 0 a 33%. Os números geralmente não ultrapassam 10%, sendo incomuns a retirada da prótese em razão de infecção. Em uma das pacientes desta casuística ocorreu infecção precoce, a qual resolveu-se satisfatoriamente

por cuidados locais. A prótese de dacron permaneceu exposta, porém não ocasionava secreção e nem houve recidiva. Esta paciente faleceu após três meses, em decorrência de insuficiência renal avançada e sem condições para transplante.

Pelas mesmas razões, fica difícil inferir da literatura a porcentagem de recidiva, acrescentando-se o fato de que se trata de população sem grande horizonte de sobrevivência, faltando os seguimentos prolongados em números confiáveis. Os relatos de recidiva vão de 0 a 29%, freqüentemente menores de 15%, com as críticas acima. Na presente casuística não se observou nenhuma recidiva. Uma paciente apresentou após três meses, prolapso da mucosa, não circunferencial, que pôde ser satisfatoriamente controlado por meio de duas sessões de ligadura elástica e permanece bem após quatro meses deste procedimento. Em caso de recidiva, a prótese deveria ser imediatamente retirada, pelo risco de encarceramento do reto.

O pior resultado observado nesta série foi de uma das pacientes com prolapso de anastomose colorretal. Após colocação da fita de dacron, desapareceu a exteriorização do conjunto anorretocólico, porém a paciente passou a ter evacuação obstruída. Tal fato foi interpretado como se ocorresse sanfonamento do cólon em excesso e do coto retal contra o anel representado pela prótese. Após quatro anos, optou-se pela retirada da prótese e transformação da anastomose colorretal em colo-anal, por via perineal, procedimento empregado no passado^(5, 20, 21, 27). Não ocorreu recidiva da prolapso, porém a paciente continuou com evacuação obstruída, provavelmente por ainda haver excesso de cólon, sanfonado agora contra a anastomose na linha pectínea e sem muita gravidade de sintomas. Terminou por ser colostomizada em outro serviço.

Apesar da pequena extensão desta casuística, e o aparecimento de complicações em três deles, os autores consideram que a cerclagem anal por fita de dacron é técnica que deve ser empregada em condições de exceção, visando à melhoria na qualidade de vida de doentes que já a têm seriamente comprometida.

FAGUNDES JJ, NOUJAIN HM, COY CSR, AYRIZONO MLS, GÓES JRN & MEDEIROS RR - Thiersch's operation using Dacron ribbon. Alternative for prolapse treatment.

SUMMARY: Abdominal approach and rectal fixation using sacropromontopexy has been the treatment of choice for rectal prolapse. Exceptionally, a modification of Thiersch's technique was employed in seven patients, mainly for poor clinical conditions. Two patients did not have primary rectal prolapse, with the condition following low colorectal anastomosis. Gender distribution was five female and two male patients, with median age of 62.5 (42-71) years. For the operation, a Dacron ribbon obtained from a longitudinal opened 7 mm arterial prosthesis was employed, leaving a tight anal canal. Follow-up ranged between 5 and 50 months, and three patients had already died due to associated diseases. Local complications were wound partial dehiscence with partial ribbon exposure and small mucosal prolapse, successfully treated by using rubber band ligation, diagnosed in a patient having a colorectal anastomosis. This patient was submitted to another operation one year later, when

prosthesis was removed and a perineal rectal resection and coloanal anastomosis was performed. No prolapse recurrence was seen lately in this series. In conclusion, authors recommend this operation as an exception approach for rectal prolapse in poor clinical condition patient, and improvement in quality of life has been observed, with its use.

KEY WORDS: rectal prolapse; surgery; anal cerclage

REFERÊNCIAS

1. Amar A, Jougon J, Hillion G, Leroux F, Chapel N, Egarnes M, Valyi L, Marry JP. Cure du prolapsus rectal par cerclage élastique de l'anus. *J Chir (Paris)*, 1996; 133: 183-185.
2. Baker WNW. Results of using monofilament nylon in Thiersch's operation for rectal prolapse. *Br J Surg* 1970; 53: 37-39.
3. Corman ML, ed. Classic articles in colonic and rectal surgery. Carl Thiersch 1822 - 1895. *Dis Colon Rectum* 1988; 31: 154-55.
4. Corman ML. Rectal prolapse. In: Corman ML. - *Colon and Rectal Surgery*. 3ª Ed., J.B. Lippincott Company. Filadélfia, 1993, pg. 292-336.
5. Dunphy JE, Pikula M. Rectal Prolapse. In: Turel R. *Diseases of Colon and Anorectum* W.B. Saunders Company. Filadélfia, 1959, vol.2, pg. 1001-1018.
6. Earnshaw JJ, Hopkinson BR. Late results of silicone rubber in perineal suture for rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 86-88.
7. Euk W, Seow-Choen F. Functional problems in adult rectal prolapse and controversies in surgical treatment. *Brit J Surg* 1997; 84: 904-911.
8. Goligher JC. Prolapse of the rectum. In: Goligher JC. *Surgery of the Anus, Rectum and Colon*. 5ª Ed., Baillière Tindall, Londres, 1984; pg. 246-284.
9. Haskell B, Rovner N. A modified Thiersch operation for complete rectal prolapse using a Teflon prosthesis. *Dis Colon Rectum* 1963; 6: 192-195.
10. Henschen C. (1912). Citado por Goligher (8).
11. Hopkinson BR, Hardman J. Silicone rubber perianal suture for rectal prolapse. *Proc R Soc Med* 1973; 66: 1095-98.
12. Hunt TM, Fraser IA, Maybury NK. Treatment of rectal prolapse by sphincteric support using silastic rods. *Brit J Surg* 1985; 72: 491-92.
13. Jackaman FR, Francis JN, Hopkinson BR. Silicone rubber band treatment of rectal prolapse. *Ann R Coll Surg* 1980; 62: 386-387.
14. Jacobs LK, Lin YJ, Orkin BA. The best operation for rectal prolapse. *Surg Clin N Amer* 1997; 77: 49-70.
15. Khanduja KS, Hardy Jr. TG, Aguilar PS, Plasencia G, Hartmann RF, Bowers F, Stewart WR. A new silicone prosthesis in the modified Thiersch operation. *Dis Colon Rectum* 1988; 31: 380-383.
16. Kuijpers HC. Treatment of complete rectal prolapse: to narrow, to wrap, to suspend, to fix, to encircle, to plicate or to resect? *World J Surg* 1992; 16: 826-30.
17. Lasbow S, Rubin RJ, Hoexter B, Salvatti EP. Perineal repair of rectal procidencia with an elastic fabric sling. *Dis Colon Rectum* 1980; 23: 467-469.
18. Ladha A, Lee P, Berger P. Use of Angelchik anti-reflux prosthesis for repair of total rectal prolapse in elderly patients. *Dis Colon Rectum* 1985; 38: 5-7.
19. Lomas MC, Cooperman H. Correction of rectal procidentia by use of polypropylene mesh (Marlex). *Dis Colon Rectum* 1972; 15: 416-19.
20. Mikulicz J. 1889. Citado por Dunphy JE & Pikula M (5).
21. Miles WE. Recto-sigmoidectomy as a method of treatment for procidentia recti. *Proc Royal Soc Med* 1933; 26: 1445-48.
22. Notaras MJ. The use of Mersilene mesh in rectal prolapse. *Proc R Soc Med* 1973; 66: 684-86.
23. Notaras MJ. Ribbon Dacron Mesh encirclement. In: Todd IP. *Operative Surgery - Colon, Rectum and Anus*. Butterworths, Londres, 3ª Ed., pg. 234-237.
24. Nunes W. Prolapso e Procidência. In: Nunes W. *Doenças do Reto e Ânus*. Editora Manole, São Paulo, 1981, pg. 149-174.
25. Plumley P. A modification to Thiersch's Operation for rectal prolapse. *Br J Surg* 1966; 624-25.
26. Poole Jr. GV, Pennell TC, Myers RT, Hightower F. Modified Thiersch operation for rectal prolapse. Technique and results. *Am Surg* 1985; 51: 226-29.
27. Quénu J, Perrotin J. Opérations dirigées contre le prolapsus rectal. In: Quénu J & Perrotin J. *Traité de Technique Chirurgicale*, 4º Vol., Masson et Cie., Paris, 1960, pg. 989-997.
28. Reis Neto JA. Tratamento do prolapso retal. *Rev bras Coloproct* 1988; 8: 79.
29. Sainio AP, Halme LE, Husa HC. Anal encirclement with polypropylene mesh for rectal prolapse and incontinence. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 905-8.
30. Santana HJ, Torres Neto JR, Vidal MAN, Santana MMBS, Oliveira Filho JJ, Santos CM, Santos SR, Santos VR. Operação de Delorme com Cerclagem. *Rev bras Coloproct* 1996; 16: 129-132.
31. Schumacker X. 1934, Citado por Goligher (8).
32. Schwartz A, Marini R. Use of polyethylene in the Thiersch operation. *Dis Colon Rectum* 1962;5: 302-305.
33. Simonsen O. Procidência do reto. In: *Correa Neto A - Clínica Cirúrgica*, Vol. 6, Sarvier, São Paulo, 1974, pg. 119-125.
34. Swerdlow H. The Encircler: A new instrument for the performance of the Thiersch procedure for rectal procidentia. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 145-47.
35. Thorlakson RH. A modification of the Thiersch procedure for rectal prolapse using polyester tape. *Dis Colon Rectum* 1982; 25: 57-58.
36. Todd IP, Porter NH. Thiersch's Operation. In: Todd, IP. *Operative Surgery: Colon, Rectum and Anus*. Butterworths, Londres, 3ª Ed., pg. 255-257.
37. White MEE. Operation for rectal prolapse using stainless steel ring. *Lancet* 1961; 1: 858-59.

Endereço para correspondência:
João José Fagundes
Rua Conceição, 622/21
13010-050 - Campinas - SP