

TÉCNICA E RESULTADOS DO TRATAMENTO DA PROCIDÊNCIA RETAL POR VÍDEO-LAPAROSCOPIA

PAULO ALBERTO FALCO PIRES CORRÊA -TSBCP
MARCELO AVERBACH -TSBCP
RAUL CUTAIT -TSBCP

CORRÊA PAFP, AVERBACH M, CUTAIT R. Técnica e resultados do tratamento da procidência retal por vídeo-laparoscopia. *Rev bras Coloproct* 2004; 24(4):385-395.

RESUMO: Um crescente número de publicações na literatura tem demonstrado que a correção cirúrgica por vídeo-laparoscopia de pacientes com procidência retal determina bons resultados funcionais, baixo índice de recidivas e morbi-mortalidade. No entanto, ainda existem limitações ao seu emprego devido à necessidade de equipamento específico e à longa curva de aprendizado deste procedimento quando se utiliza o acesso vídeo-laparoscópico. Neste artigo, os autores fazem uma breve revisão sobre a etiologia e investigação pré-operatória de adultos portadores de procidência retal, apresentam sua experiência pessoal com o tratamento laparoscópico e descrevem os principais aspectos técnicos envolvidos.

Unitermos: cirurgia laparoscópica colo-retal; colectomia; procidência retal

INTRODUÇÃO

A procidência do reto caracteriza-se pelo prolapso de todas as camadas do reto, aos esforços, formando um “cone” externo (Figura-1A, B, C, D) que, por vezes, pode atingir proporções avantajadas (acima de 15 cm de extensão). Esta afecção pode acometer desde indivíduos sedentários a trabalhadores braçais, sendo mais frequentemente observada no sexo feminino e em populações de maior faixa etária.

Com a eversão da parede retal pode haver um represamento dos vasos sanguíneos da mucosa e submucosa, que podem se romper, apresentando sangramento (Figura-2).

Os principais sintomas clínicos desta manifestação orgânica, no entanto, são: a obstipação (que atinge quase 50% destes pacientes) e, paradoxalmente, a incontinência fecal (presente em aproximadamente 75% das vezes)¹⁻⁴.

Os mecanismos mais aceitos para se justificar a incontinência seriam: o “alargamento” do intróito anal, com enfraquecimento do tônus muscular, devido a presença constante da procidência; a estimulação constante do reflexo inibitório reto-anal (também pelo mesmo motivo) e por final a alteração na sensibilidade ano-retal⁵⁻⁷.

Quanto à obstipação, além das causas acima já citadas que podem contribuir para sua exacerbação, a presença do reto prolabado constitui-se, sem dúvida alguma, em importante obstáculo mecânico^{4,8}.

Quando a eversão da parede ocorre internamente no reto, sem se exteriorizar, denomina-se “intussuscepção interna”(Figura-1B), e que as vezes pode se apresentar associada a “úlceras solitárias do reto”(Figura-3)^{9,10}. Estas formas de apresentação têm como principal manifestação clínica a dificuldade evacuatória.

Algumas outras alterações funcionais que têm na dificuldade evacuatória sua principal queixa e manifestação clínica, e são denominadas: “obstrução

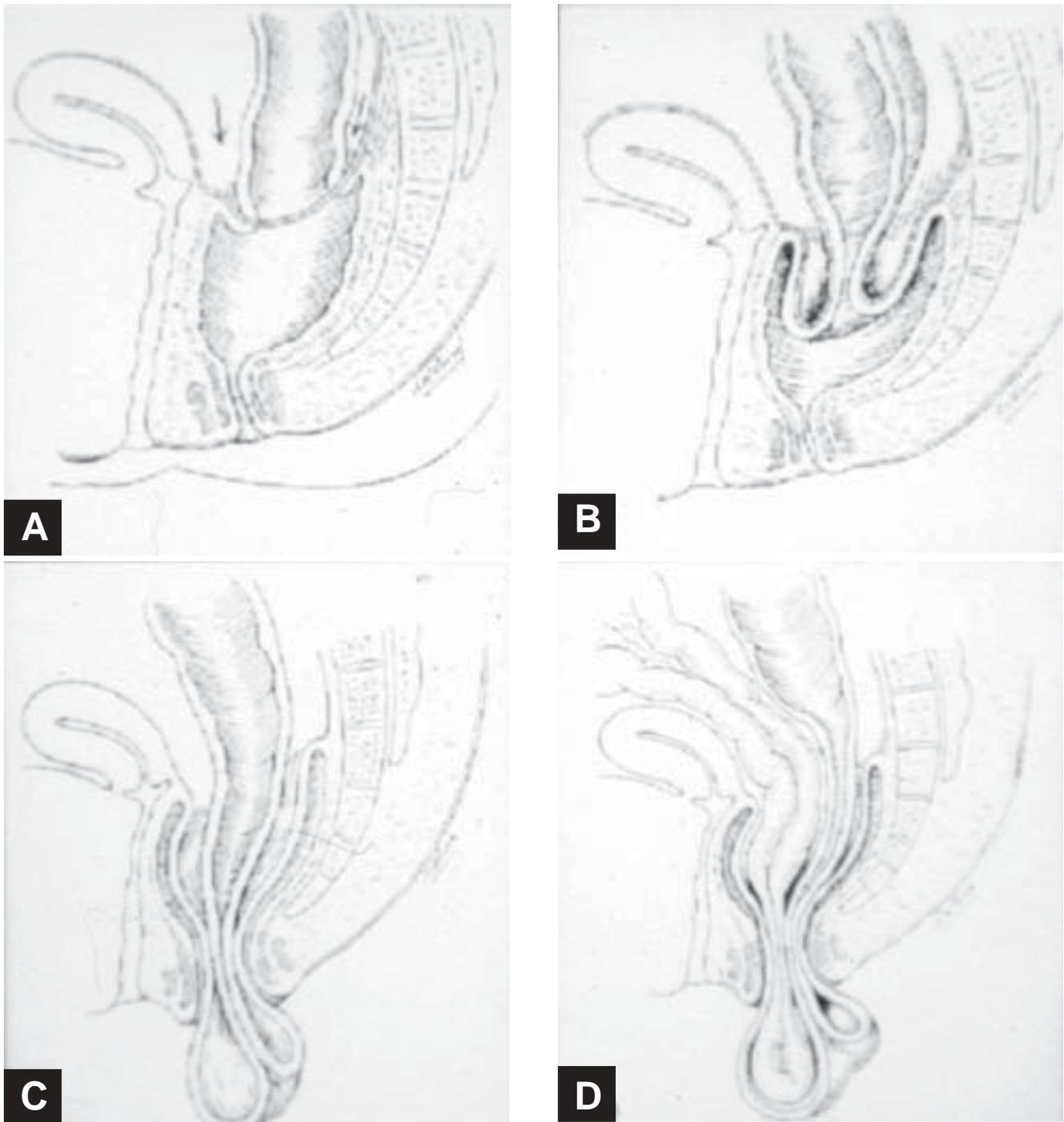


Figura 1 – A – Início do processo, B – Intussuscepção do reto, C e D – Procidência.

pélvica de saída”, também podem receber o tratamento semelhante ao da procidência, com bons resultados^{11,12}.

AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

Inicia-se com uma boa anamnese do paciente, com especial ênfase ao seu hábito intestinal, ao uso de

manobras mecânicas para facilitar a evacuação, e a percepção de formação de um “cone” externo.

Segue-se com um bom exame proctológico, com atenção redobrada à inspeção dinâmica, onde se pode detectar a lascidão esfinteriana, a intussuscepção do reto ou sua exteriorização (procidência), além da presença de úlcera solitária do reto à retoscopia. Outras



Figura 2 – Representação dos vasos da submucosa em um caso de procidência retal de difícil redução mecânica.

alterações anatômicas que não raramente a elas se associam (como o descenso perineal, o prolapso vaginal e ou uterino) também podem ser detectados ou suspeitados durante este exame.



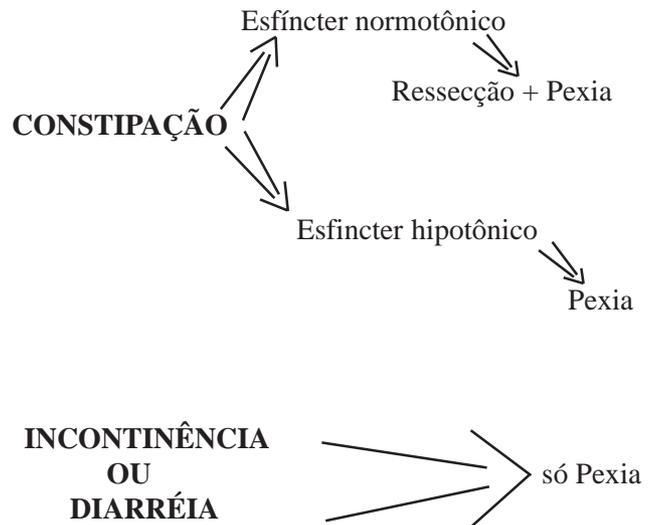
Figura 3 – Figura endoscópica de úlcera solitária do reto.

Como próximo passo deve-se fazer um estudo morfológico do cólon através de enema baritado ou colonoscopia, que também servem para diagnosticar outras comorbidades como a doença diverticular, a presença de tumores ou pólipos, bem como a observação de úlcera solitária do reto¹³.

A avaliação propedêutica funcional através da cinedefecografia, manometria ano-retal e eletromiografia dos nervos pudendos, assim como o estudo do trânsito cólico, embora tragam melhor conhecimento e possam ajudar a avaliar o prognóstico do tratamento cirúrgico destes pacientes, nem sempre são importantes na escolha da técnica cirúrgica a ser empregada.

Assim sendo, alguns centros de referência para o tratamento desta doença tem seguido um algoritmo, baseados apenas no histórico clínico, bem como no exame físico destes pacientes¹⁴, para orientar a escolha da técnica cirúrgica a ser empregada, como demonstrado no quadro abaixo (Quadro I):

Quadro I – Algoritmo para o tratamento cirúrgico dos pacientes portadores de procidência retal.



TRATAMENTO

Alguns cuidados locais e medidas dietéticas, bem como o uso de laxativos, nos casos menos exuberantes, podem contemporizar o desconforto do paciente e podem, por vezes, ser as únicas medidas

possíveis em doentes que não têm condições mínimas para serem submetidos a qualquer forma de tratamento cirúrgico. No entanto, a melhor conduta para esta afecção é ainda o tratamento cirúrgico.

Várias técnicas cirúrgicas (mais de 100) foram propostas, por diversos autores, para o tratamento desta afecção. Uma vez que sua manifestação se dá por via perineal e dadas as limitações da anestesia no final do século 19, esta foi a primeira via a ser utilizada (Quadro II). Esta via ainda tem sido a preferencial em pacientes mais idosos e com mais co-morbidades devido aos menores riscos trans-operatórios.

Quadro II – Técnicas cirúrgicas que usam o acesso perineal

- Cerclagem anal (Thiersch, 1891)
- Excisão parcial da mucosa e submucosa do reto com plicatura da musculatura (Delorme, 1900)
- Retossigmoidectomia (Miles, 1933 / Altemeier, 1952)

Logo após a metade do século 20, a via abdominal também começou a ser empregada (Quadro III), sendo que todas as técnicas que usam esta via podem ser realizadas pelo acesso vídeo-laparoscópico.

Quadro III – Técnicas cirúrgicas que usam o acesso abdominal

- Retopexia anterior (Orr, 1947 / Loygue, 1964)
- Retopexia anterior (Ripstein, 1952 / 1965)
- Retossigmoidectomia (Muir, 1955)
- Retopexia posterior (Wells, 1959)
- Retopexia (Kümmell, 1919 / Cutait, 1959)
- Retossigmoidectomia + retopexia (Frykman, 1964 / 1969)

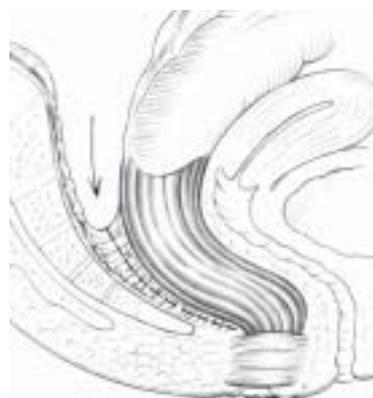
Não obstante, as contra-indicações à utilização da laparoscopia seguem sendo: doenças pulmonares obstrutivas crônicas (onde há retenção acentuada de CO₂), coronariopatias graves, coagulopatias, doença hepática grave, presença de aderências abdominais severas e gravidez¹³.

VIA LAPAROSCÓPICA ASPECTOS TÉCNICOS

Qualquer que seja a técnica escolhida para ser empregada na correção por via laparoscópica, é importante se realizar uma boa mobilização lateral e posterior do reto, do promontório (cranialmente) até os elevadores do ânus(caudalmente)¹⁵ (Figuras 4, 5, 6).



Figura 4 – Abertura do peritônio parietal dando início à dissecação do espaço retro-retal.



Figuras 5 e 6 – Dissecação do espaço retro-retal do promontório até os músculos elevadores do ânus (anel ano-retal).

A identificação do nervo sacral ou hipogástrico e sua preservação também é de fundamental importância para a manutenção da boa função vesical bem como parte da função sexual (Figura-7).

Embora a secção dos ligamentos laterais do reto (vasos hemorroidários médios e inervação parassacral) visando uma melhor mobilização associe-se a menores índices de recidiva, esta manobra traz resultados funcionais muito piores, além de seqüelas importantes e irreversíveis na esfera sexual e urinária no pós-operatório. Portanto, seu emprego tem sido contraindicado desde o início da década passada¹⁵⁻¹⁷.

O uso de próteses sintéticas para a fixação do reto a estruturas pélvicas não tem demonstrado melhores resultados funcionais (ao contrário, há forte evidência de piora dos quadros de obstipação) ou menor taxa de recidiva, além da presença de alguns relatos na literatura de complicações referentes ao uso de corpo estranho na cavidade abdominal, como fístulas, infecções e obstrução intestinal^{2,7,18,19}. A sua fixação às estruturas ósseas, quando utilizada por via laparoscópica, também representa habitualmente maior custo para o procedimento, pela necessidade de utilizar grampeadores mecânicos.

A técnica que traz o maior benefício ao paciente é sem dúvida a retopexia suturada. Seus resultados funcionais são bons e seu índice de recidiva é baixo. Não há necessidade de extração de espécime cirúrgico, portanto, ela pode ser realizada totalmente por laparoscopia^{20,21}.

Como já a utilizávamos na era da cirurgia convencional, este foi um dos primeiros procedimentos que realizamos na era da cirurgia laparoscópica colorretal, sendo nosso primeiro caso operado no final do ano de 1992.

Contamos hoje com 13 casos operados, sendo 12 mulheres e apenas um homem, com idade variando de 25 a 99 anos (tendo 10 pacientes mais de 80 anos de idade), sendo a única morbidade uma perfuração acidental do ceco, na instalação do pneumoperitônio, suturada por laparoscopia, sem a necessidade de conversão.

Tivemos também uma única recidiva, no paciente masculino, que era jovem e trabalhador braçal do campo que, no entanto, foi reoperado também por laparoscopia, usando-se a mesma técnica e que já tem mais de 2 anos de seguimento, sem sinais de nova recidiva. Acreditamos que esta recorrência ocorreu por conta de má técnica operatória, por se tratar de um de nossos primeiros casos.

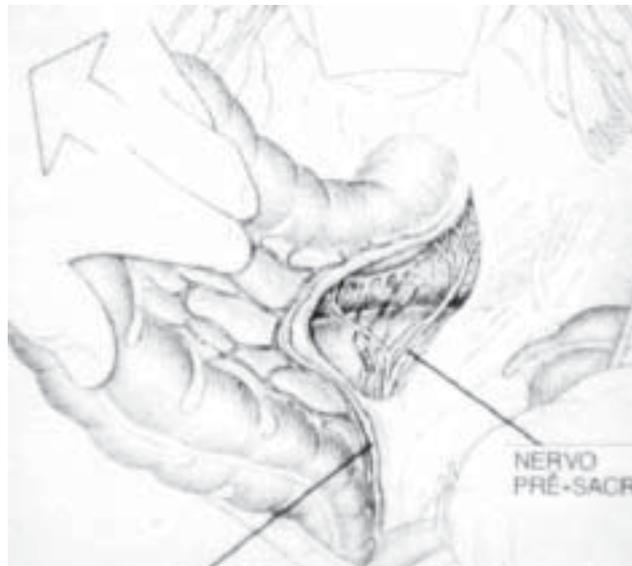


Figura 7 – Identificação do nervo sacral e de seus ramos junto ao promontório.

A sistematização que seguimos para realizar este procedimento está delineada a seguir:

Posicionamento do paciente

Decúbito dorsal horizontal, com faixa na altura das coxas (pode-se utilizar também ataduras de crepe ou fixação com esparadrapo) e ombreiras, para que o paciente não escorregue na mesa cirúrgica. Os dois membros devem ficar ao longo do corpo, para facilitar a mobilidade da equipe cirúrgica.

O cirurgião e o assistente (que faz o papel de câmera) ficam à esquerda do paciente e a instrumentadora à direita. O monitor é colocado defronte ao pé direito do paciente. Após a colocação dos trocartes, promove-se um grande céfalo-declive e uma rotação lateral esquerda da mesa cirúrgica para que as alças delgadas e outras estruturas móveis deixem a pelve.

Posicionamento dos trocartes (Figura-8)

O primeiro trocarter (10 ou 5mm, dependendo do sistema óptico que é utilizado) é introduzido na cicatriz umbelical, após instalação do pneumoperitônio, que mantemos com pressão de 12 mm de Hg.

Mais dois trocâteres são passados em posição para-retal externa, um à direita de 10 mm (onde vamos utilizar a tesoura para a dissecação do reto e o portagulhas para a sua fixação) e outro à esquerda de 5 mm, na mesma altura da cicatriz umbilical (para utilizar-se pinça de apreensão). O último trocarter será

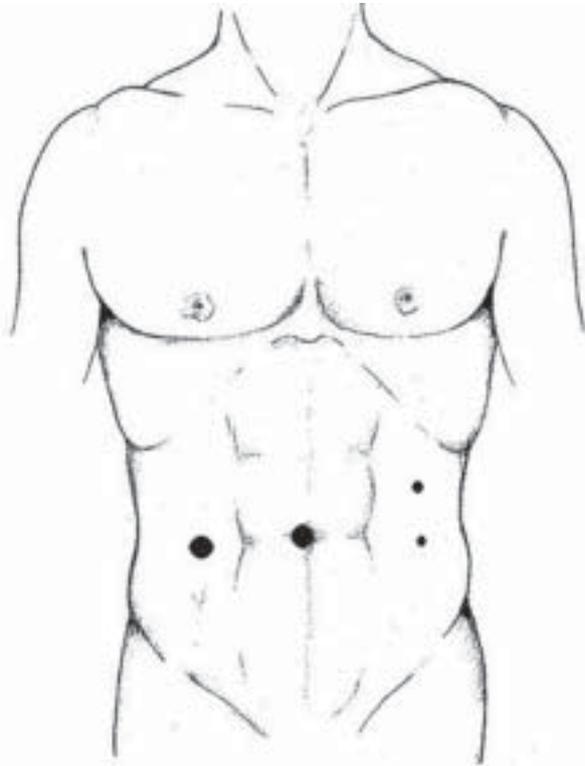


Figura 8 – Colocação dos trocartes na retopexia suturada por videolaparoscopia: dois trocartes de 10mm, na cicatriz umbilical e para-retal à direita, e dois trocartes de 5mm para-retais à esquerda.

colocado para-retal externo, entre um dos já instalados e o rebordo costal, geralmente à esquerda, para se colocar uma pinça que vai tracionar o cólon sigmóide redundante cranialmente durante a dissecação do reto, e o reto no início da sua fixação à coluna sacral.

Fixação do reto

Usamos pontos separados com fio inabsorvível multi-filamentado (de preferência Mersilene ou Ethibond 2-0) com agulha cilíndrica atraumática. Acreditamos que este tipo de fio cirúrgico ajude a promover um processo cicatricial mais intenso, melhorando a fixação do reto à coluna sacral.

O primeiro ponto é colocado na borda lateral da terceira vértebra sacral, para se “fugir” dos vasos sacrais médios, cuja lesão pode determinar sangramento copioso e por vezes incontrolável, interessando a fáscia pré-sacral e, se possível, até parte do tecido ósseo, e a parede ântero-lateral direita do reto previamente dissecado. O último ponto é colocado junto ao promontório.

Consegue-se colocar de três a cinco pontos nesta extensão, dependendo do tipo físico do paciente. Todos são sempre passados lateralmente ao corpo vertebral, para se evitar a complicação relatada acima e a parede antero-lateral do reto. A aposição do reto à coluna sacral deve se dar sem grande tensão (Figura-9).



Figura 9 – Retopexia suturada – aspecto final. A sutura se inicia na 3ª vértebra sacral e termina junto ao promontório.

Fechamento do peritônio

Nós o fazemos de rotina com ponto contínuo de fio absorvível (Polivycril 3-0), iniciando-se a sutura junto à reflexão peritoneal e terminando junto ao promontório (Figura-10).

A retossigmoidectomia vídeo-laparoscópica também tem sido empregada no tratamento da procidência e a técnica de ressecção (retossigmoidectomia) e pexia mais utilizada nos dias atuais (por vídeo-laparoscopia) é a proposta por Frykman e Goldberg²² (Figura-11).

Estas duas últimas técnicas, no entanto, requerem uma incisão (abdominal ou vaginal) para a extração do espécime cirúrgico e trazem a possibilidade de uma complicação mais séria que é a deiscência da anastomose e seus desdobramentos, principalmente os sépticos⁷.

O posicionamento do paciente na mesa cirúrgica (posição de Lloyd-Davies ou uma de suas



Figura 10 – Aspecto final da cirurgia após a sua peritonização.

variantes), em ambas, difere da simples pexia, pela necessidade de se manter um acesso ao períneo, para a utilização de grampeador, para se efetuar a anastomose colo-retal. O cirurgião opera do lado direito do paciente

e caso opte pela associação da pexia pode se colocar à esquerda do mesmo.

A colocação dos trocartes já foi descrita em artigos anteriormente publicados nesta revista, embora varie segundo a experiência e a preferência de cada cirurgião.

VIA LAPAROSCÓPICA - RESULTADOS

Como esta doença tem uma prevalência pouco expressiva, mesmo as maiores séries que comparam técnicas e resultados são numericamente pequenas. Desta sorte, as conclusões devem ser muito bem ponderadas²³.

Trabalhos de revisão mais recentes imputam à via abdominal melhores resultados em relação à continência e à funcionalidade, e menores taxas de recidiva, quando comparada à via perineal^{14,23,24}.

O uso de próteses, além das complicações inerentes à utilização de corpo estranho em cirurgia, também apresenta piores resultados funcionais²⁵.

Alguns trabalhos prospectivos comparando a via convencional e a laparoscópica sugerem uma pequena vantagem da segunda sobre a primeira^{26,27,28}.

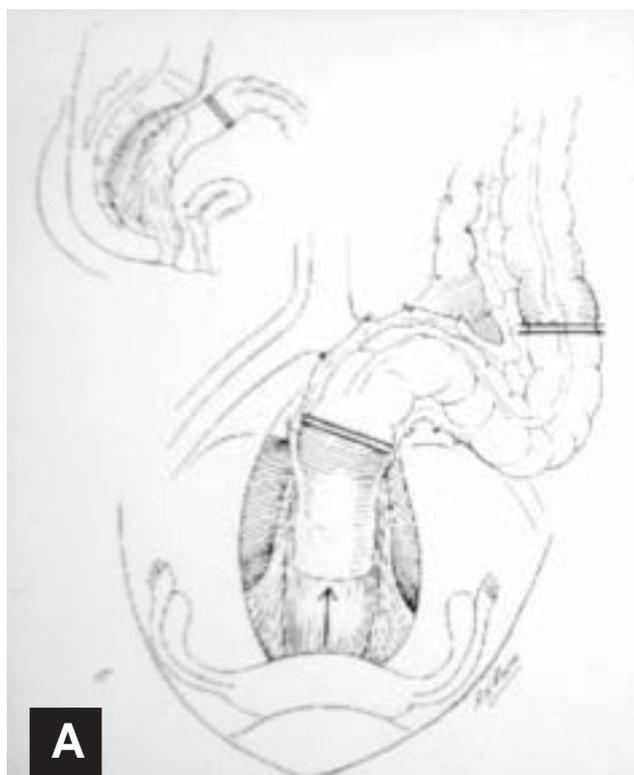


Figura 11 A e B – Esquema da cirurgia de Frykman.

Por fim, trabalhos prospectivos comparando técnicas abdominais por acesso vídeo-laparoscópico demonstraram baixos índices de morbidade (até 20%) e de conversão (< 15%) (Tabelas 1, 2)¹⁵.

Nossa experiência pessoal mostra que a retopexia abdominal suturada através do acesso vídeo-laparoscópico se associa a bons resultados, com baixíssima morbidade, sem mortalidade e com apenas uma recidiva.

Tabela 1 – Resultados funcionais após cirurgia laparoscópica para o prolapso retal¹⁵.

| Autor | Ano | nº | Estudo (%) | Continência (%) | Constipação (%) | Recorrência (%) | Seguimento |
|--------------------------------|------|----|---------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------|
| Retopexia sem ressecção | | | | | | | |
| Kessler et al | 1999 | 32 | prospectivo | — | — | 2 | 48 |
| Bruch et al | 1999 | 32 | prospectivo | 64 (+) | 76 (+) | 0 | 30 |
| Kellokumpu et al | 2000 | 17 | prospectivo | 82 (+) | 70 (-) | 6 | 24 |
| Heah et al | 2000 | 25 | prospectivo | 20 (+) | 14 (+) | — | 26 |
| Benoist et al | 2001 | 18 | prospectivo | 77 (+) | 11 (-) | — | — |
| Retopexia com ressecção | | | | | | | |
| Stevenson et al | 1998 | 34 | prospectivo | 70 (+) | 64 (+) | 0 | 18 |
| Xynos et al | 1999 | 10 | prospectivo | 100 (+) | — | — | 12 |
| Benoist et al | 2001 | 16 | retrospectivo | 100 (+) | 0 | — | — |

(+) = porcentagem de melhora clínica

(-) = porcentagem de piora clínica

Tabela 2 – Morbidade e mortalidade após cirurgia laparoscópica para o prolapso retal¹⁵.

| Autor | Ano | nº | Procedimento | Morbidade (%) | Mortalidade (%) |
|-----------------|------|----|-----------------------|---------------|-----------------|
| Darzi et al | 1995 | 29 | retopexia | 10,3 | 0 |
| Poen et al | 1996 | 12 | retopexia | 16,7 | 0 |
| Herold e Bruch | 1997 | 66 | retopexia | 9,1 | 0 |
| Stevenson et al | 1998 | 30 | todos os pacientes | 13 | 3 |
| Heah et al | 1999 | 25 | retopexia | 16 | 0 |
| Rose et al | 2002 | 27 | ressecção | 33,3 | 3,7 |
| | | | retopexia | 11,5 | 0 |
| | | | ressecção + retopexia | 25,8 | 0 |

SUMMARY: There is a increasing number of publications in the literature showing that the laparoscopic surgical treatment of diseases such as rectal procidentia, rectal intususception, rectal solitary ulcer, and pelvic outlet obstruction like situations is associated with good functional results and low morbidity/recurrence rates. Otherwise, there still exist limitations regarding the necessity of specific equipment and the long learning curve associated with the laparoscopic approach. The authors make a short review about the etiology and the preoperative work of adults with rectal procidentia, and present their personal experience with the laparoscopic treatment, describing the main technical aspects involved in this procedure.

Key words: laparoscopic colorectal surgery; colectomy; rectal procidentia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Madden MV, Kamm MA, Nicholls RJ, et al: Abdominal rectopexy for complete rectal prolapse: prospective study evaluating changes in symptoms and anorectal function. **Dis Colon Rectum** 35:301-307, 1995.
2. Keighley MRB, Fielding JW, Alexander-Silliams J: Results of Marlex mesh abdominal rectopexy for rectal prolapse in 100 consecutive patients. **Br J Surg** 70:229-232, 1983.
3. Madoff RD, Williams JG, Wong WD, et al: Long-term functional results of colon resection and rectopexy for overt rectal prolapse. **Am J Gastroenterol** 87:101-104, 1992
4. Metcalf AM, Loening-Baucke V: Anorectal function and defecation dynamics in patients with rectal prolapse. **Am J Surg** 155:206-210, 1988.
5. Keighley MRB, Shouler PJ: Abnormalities of colonic function in patients with rectal prolapse and faecal incontinence. **Br J Surg** 71:892-895, 1984.
6. Matheson DM, Keighley MRB: Manometric evaluation of rectal prolapse and faecal incontinence. **Gut** 22:126-129, 1981.
7. Gordon PH: Rectal procidentia. In: Gordon PH, Nivatvongs S (eds.): Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum, and Anus. St Louis, Missouri: **Quality Medical Publishers**, 1999.
8. Madoff RD: Rectal prolapse and intussusception. In: Beck WE, Wexner SD (eds.): Fundamentals of Anorectal surgery. New York: **McGraw-Hill**, 1992:89-103.
9. Keighley MR, Shouler PJ. Clinical and manometric features of the solitary rectal ulcer syndrome. **Dis Colon Rectum** 1984;27:507-12.
10. Nicholls RJ, Simson JN. Anteroposterior rectopexy in the treatment of solitary rectal ulcer syndrome without overt rectal prolapse. **Br J Surg** 1986;73:222-4.
11. Bonner C, Prohm P. Rectal prolapse-laparoscopic resection and results. **Zentralbl Chir** 2003;128(3):199-201.
12. Bruch HP, Herold A, Schedeck T, et al: Laparoscopic surgery for rectal prolapse and outlet obstruction. **Dis Colon Rectum** 42:1889-1995, 1999.
13. Karulf RE, Madoff RD, Goldberg SM. Rectal prolapse. **Curr Probl Surg** 2001;38:757-832.
14. Brown AJ, Anderson JH, McKee RF, Finlay IG. Strategy for selection of type of operation for rectal prolapse based on clinical criteria. **Dis Colon Rectum** 2004;47:103-107.
15. Senagore AJ. Management of rectal prolapse: the role of laparoscopic approaches. **Sem Laparoscopic Surgery** 2003;10(4):197-202.
16. Speakman CT, Madden MV, Nicholls RJ, Kamm MA. Lateral ligament division during rectopexy causes constipation but prevents recurrence: results of a prospective randomized study. **Br J Surg** 1991;78:1431-3.
17. Scaglia M, Fasth S, Hallgren T, Nordgren S, Oresland T, Hulten L. Abdominal rectopexy for rectal prolapse. Influence of surgical technique on functional outcome. **Dis Colon Rectum** 1994;37:805-13.
18. Rose J, Schneider C, Scheidbach H, et al. Laparoscopic treatment of rectal prolapse: experience gained in a prospective multicenter study. **Langebecks Arch Surg** 387(3-4):130-137, 2002.
19. Xynos E, Chrysos E, Tsiaoussis J, et al: Resection rectopexy for rectal prolapse: the laparoscopic approach. **Surg Endosc** 13: 862-4, 1999.
20. Kessler H, Jerby BL, Milsom JW. Successful treatment of rectal prolapse by laparoscopic suture rectopexy. **Surg Endosc** 1999;13:858-61.
21. Graf W, Steffinsson T, Arvidsson D, Pahlman L. Laparoscopic suture rectopexy. **Dis Colon Rectum** 1995;38:211-1.
22. Frykman HM, Goldberg SM. The surgical treatment of rectal procidentia. **Surg Gynecol Obstet** 1969;129:1225-30.
23. Brazzelli M, Bachoo P, Grant A. surgery for complete rectal prolapse in adults (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4. Oxford: **Update Software**, 2004.
24. Madoff RD, Mellgren A. One hundred years of rectal prolapse surgery. **Dis Colon Rectum** 42(4):441-450, 1999.
25. Benoist s, Taffinder N, Gould S, et al: Functional results two years after laparoscopic rectopexy. **Am J Surg** 182: 168-173, 2001.
26. Boccasanta P: Laparatomic vx. Laparoscopic rectopexy in complete rectal prolapse. **Dig Surg** 16(5): 415-419, 1999.
27. Solomon MJ, Young CJ, Evers AA, et al: Randomized clinical trial of laparoscopic versus open abdominal rectopexy for rectal prolapse. **Br J Surg** 89:35-39, 2002.
28. Kairaluoma MV, Viljakka MT, Kellokumpu IH: Open vs laparoscopic surgery for rectal prolapse. **Dis Colon Rectum** 46:355-360,2003.

Endereço para correspondência:

Dr. Paulo A.F.P. Corrêa
Rua Barata Ribeiro, 414 – 6º andar – cj. 65/66
01308-000 – São Paulo - SP

NOTA DO CO-EDITOR

Apesar de seu caráter benigno, o prolapso total do reto (procidência) é condição debilitante e progressiva que determina numerosas limitações funcionais e alterações da qualidade de vida. Ainda mais, muitos pacientes são idosos, apresentam morbidades associadas e freqüentemente se associa a constipação e incontinência anal. Assim, a escolha da melhor opção para resolver este problema envolve a discussão de suas indicações, limites, detalhes técnicos e implicações.

Mais de 100 opções cirúrgicas diferentes foram propostas para a correção da procidência retal, seja através de procedimentos realizados por via transabdominal ou perineal. As principais finalidades do tratamento são erradicar o prolapso retal externo do reto, melhorar a continência, a função intestinal, minimizar os riscos operatórios em uma população tipicamente idosa e reduzir os riscos de recidiva. Neste contexto, os procedimentos comumente empregados para tratamento da procidência provavelmente se constituem em uma das melhores aplicações das técnicas laparoscópicas colo-retais ¹.

Essencialmente, as operações laparoscópicas mimetizam todas os procedimentos transabdominais convencionais, já tendo sido realizadas a retopexia por sutura, retopexia por grampamento, retopexia posterior com implantação de próteses e a ressecção do cólon redundante associada ou não à retopexia. A retopexia por sutura é igualmente efetiva na prevenção de recidivas quando comparada à retopexia associada à utilização de telas, mas não tem a desvantagem do uso de material sintético que pode formar intensa fibrose, agravar a constipação e eventualmente causar sépsis. Além disso, a retopexia com uso de tela não confere maiores vantagens em relação à técnica de simples retopexia ².

Classicamente as ressecções do sigmóide têm sua principal indicação em pacientes com prolapso total associado a tempo de trânsito intestinal prolongado. Contudo, seu uso tem sido limitado pelo temor de deiscência da anastomose. Entretanto, muitos acreditam que sua realização é segura e contribui para reduzir o risco de constipação grave após a operação ². Para contornar a possibilidade de deiscência da anastomose, tem sido preconizada a preservação da artéria retal superior para diminuir esses índices ³.

As características técnicas da retopexia laparoscópica incluem mobilização completa do reto sem divisão do mesentério lateral para evitar denervação parassimpática e problemas pós-

operatórios relacionados à defecação. Durante o procedimento deve-se também enfatizar a preservação dos nervos pélvicos e do plexo hipogástrico.

As evidências da literatura dão suporte à idéia de que o acesso vídeo-laparoscópico é efetivo e provê redução da morbidade cirúrgica, boa evolução pós-operatória e baixos índices de recidiva, além de controle da incontinência, da constipação e de sintomas relacionados à evacuação difícil ^{4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11}.

Entretanto, existem poucas séries com número razoável de pacientes cujo foco tenha sido comparar os resultados com a laparotomia. Esses estudos demonstraram que a laparoscopia confere benefícios relacionados à dor, tempo de hospitalização e retorno das funções intestinais ^{8, 12, 13}. Em um interessante estudo randomizado, Solomon et al. ¹³ compararam os resultados do tratamento de 40 pacientes portadores de procidência na Austrália. Observou-se recuperação precoce muito mais evidente no grupo laparoscópico (75% vs 37%), com diferenças significativas quanto à necessidade de analgesia, índices de dor e mobilidade. Notaram também diferenças objetivas com resposta metabólica favorável relacionada às catecolaminas urinárias, interleucina 6, cortisol sérico e proteína C reativa nesses pacientes. Além disso, houve maior morbidade respiratória no grupo aberto (P < 0.05).

A utilização de técnicas laparoscópicas também tem obtido importante impacto nos custos, em que trabalhos recentes indicam que os bons resultados pós-operatórios também se associam a menor custo operatório ¹⁴. Outro aspecto relevante diz respeito à utilização da laparoscopia em indivíduos idosos, predominando a idéia de que a evolução da retopexia nesta faixa etária é similar à de indivíduos mais jovens, o que exclui a imposição de que a idade avançada deva ser, por si só, uma contra-indicação a este método ¹⁵.

Neste artigo, os autores conseguem fazer um sumário completo sobre aspectos etiológicos, clínicos e terapêuticos relacionados à procidência retal, apresentando rica ilustração sobre o tratamento laparoscópico desta doença. E, embora a melhor operação para a procidência retal ainda permaneça um tema controverso, os dados aqui apresentados por Corrêa e colaboradores vêm ao encontro de observações recentes da literatura, destacando o papel da vídeo-laparoscopia com uma opção segura e extremamente atraente no manuseio da procidência retal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Darzi A, Henry MM, Guillou PJ, Shorvon P, Monson JR. Stapled laparoscopic rectopexy for rectal prolapse. **Surg Endosc** 1995; 9(3): 301-3.
2. Benoist S, Taffinder N, Gould S, Chang A, Darzi A. Functional results two years after laparoscopic rectopexy. **Am J Surg** 2001; 182(2): 168-73.
3. Bergamaschi R, Lovvik K, Marvik R. Preserving the superior rectal artery in laparoscopic sigmoid resection for complete rectal prolapse. **Surg Laparosc Endosc Percutan Tech** 2003; 13(6): 374-6.
4. Senagore AJ. Laparoscopic techniques in intestinal surgery. **Semin Laparosc Surg** 2001; 8(3): 183-8.
5. Kellokumpu IH, Vironen J, Scheinin T. Laparoscopic repair of rectal prolapse: a prospective study evaluating surgical outcome and changes in symptoms and bowel function. **Surg Endosc** 2000; 14(7): 634-40.
6. D'Hoore A, Cadoni R, Penninckx F. Long-term outcome of laparoscopic ventral rectopexy for total rectal prolapse. **Br J Surg** 2004; 91(11): 1500-5.
7. Zittel TT, Manncke K, Haug S, Schafer JF, Kreis ME, Becker HD, Jehle EC. Functional results after laparoscopic rectopexy for rectal prolapse. **J Gastrointest Surg** 2000; 4(6): 632-41.

8. Kairaluoma MV, Viljakka MT, Kellokumpu IH. Open vs. laparoscopic surgery for rectal prolapse: a case-controlled study assessing short-term outcome. **Dis Colon Rectum** 2003; 46(3): 353-60.
9. Bruch HP, Herold A, Schiedeck T, Schwandner O. Laparoscopic surgery for rectal prolapse and outlet obstruction. **Dis Colon Rectum** 1999; 42(9): 1189-94;
10. Chiu HH, Chen JB, Wang HM, Tsai CY, Chao TH. Surgical treatment for rectal prolapse. **Zhonghua Yi Xue Za Zhi** (Taipei) 2001; 64(2): 95-100.
11. Heah SM, Hartley JE, Hurley J, Duthie GS, Monson JR. Laparoscopic suture rectopexy without resection is effective treatment for full-thickness rectal prolapse. **Dis Colon Rectum** 2000; 43(5): 638-43.
12. Boccasanta P, Venturi M, Reitano MC, Salamina G, Rosati R, Montorsi M, Fichera G, Strinna M, Peracchia A. Laparotomic vs. laparoscopic rectopexy in complete rectal prolapse. **Dig Surg** 1999; 16(5): 415-9.
13. Solomon MJ, Young CJ, Evers AA, Roberts RA. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open abdominal rectopexy for rectal prolapse. **Br J Surg** 2002; 89(1): 35-9.
14. Salkeld G, Bagia M, Solomon M. Economic impact of laparoscopic versus open abdominal rectopexy. **Br J Surg** 2004; 91(9): 1188-91.
15. Kaiwa Y, Kurokawa Y, Namiki K, Myojin T, Ansai M, Satomi S. Outcome of laparoscopic rectopexy for complete rectal prolapse in patients older than 70 years versus younger patients. **Surg Today** 2004; 34(9): 742-6.

Fábio Guilherme Campos - TSBCP