

Amputação Abdômino-Perineal mais Colostomia Para-Vaginal no Tratamento do Câncer Reto-Anal

Abdomino-Perineal Amputation Plus Para-Vaginal Colostomy in the Treatment of Reto-Anal Cancer

ALCINO LÁZARO DA SILVA

Professor de Cirurgia e Emérito da UFMG.

SILVA AL. Amputação Abdômino-Perineal mais Colostomia Para-Vaginal no Tratamento do Câncer Reto-Anal. *Rev bras Coloproct*, 2009;29(4): 497-500.

RESUMO: O apresenta uma proposta e as tentativas iniciais para evitar a colostomia abdominal quando esta tem que ser definitiva. Na mulher foi possível a sua execução, desde que se aproveitou o tono da musculatura esfinteral vulvovaginal quando ela pode ser preservada na amputação de reto-ânus. O colo, preparado com as válvulas, desce posteriormente à vagina, por dentro do conjunto esfinteral vulvovaginal. As observações iniciais mostram que esta tentativa poderia ser incrementada para melhores estudos de continência.

Descritores: Amputação Abdômino-Perineal; Colostomia; Períneo; Esfincteres.

1. INTRODUÇÃO

Internamos uma jovem com Ca Reto-Anal cuja indicação cirúrgica era uma Amputação Abdômino-Perineal (AAP). Ao explicar à paciente^{1,2}, ouvimos a sua convicção: morreria em conseqüência do tumor, mas não aceitaria colostomia de forma alguma.

Como já estávamos planejando realizar a AAP, associada a uma Colostomia Perineal, 1,2 propusemos a ela a realização desta, mas por trajeto paravaginal posterior. A paciente aceitou a proposta.

Nosso objetivo, pois, é apresentar a AAP mais Colostomia Perineal Paravaginal realizada com sucesso em duas pacientes.

2. OBSERVAÇÕES

a) DLR. 32 anos – branca – feminina – solteira – doméstica – brasileira, natural de Morro Agudo SP, residente em Contagem MG. Reg. 077540

Diagnóstico: Ca Ânus. Irradiada sem sucesso.

Dia 13/05/80, Cirurgia: Procto-Colectomia Esquerda + Colostomia Transvaginal.

Dia 22/06/80: Colostomia Vaginal – 2º Tempo – passagem pela submucosa vaginal posterior.

b) DAA. 78 anos – negra – feminina – doméstica – viúva – brasileira – natural de Prados MG. Residente em BH. Reg. 0063096.

Diagnóstico: Ca Ânus. Irradiada sem sucesso.

Dia 23/02/89, Cirurgia: Proctectomia + Colostomia Retrovaginal Submucosa (Colo exteriorizado). (Figura 1).

Dia 09/03/89 Colostomia Retrovaginal – Exérese perineal do excesso exteriorizado. (Figura 2).

3. TÉCNICA OPERATÓRIA

Laparotomia longitudinal

Mobilização do sigmóide e do conjunto reto-anal e tecidos adventíciais (“mesorreto”).

Por via perineal, ressecção do ânus, com margem de segurança, completando o monobloco perineal.

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia, UFMG, Belo Horizonte - MG.

Recebido em 09/04/2009

Aceito para publicação em 28/05/2009



Figura 1 - Colo abaixado e exteriorizado no plano e retrovaginal. Vê-se a vulva e o colo edemaciado (paciente 2).



Figura 2 - Com a certeza de boa vascularização o excesso de colo foi ressecado, restando uma colostomia paravaginal posterior (paciente 1).

Preservou-se os feixes puborretais do elevador do ânus para ajudar no controle do esfíncter vulvovaginal. Abaixamento do colo sigmóide, introduzido na vagina e exteriorizado pela vulva. Com a certeza de abaixamento consolidado e uma boca de colostomia corada, procedemos ao segundo tempo. O colo não estava aderido à mucosa vaginal. Nesta, fizemos abertura longitudinal na parede posterior, descolamos os retalhos mucosos direito e esquerdo e transpusemos o colo para o plano submucoso. A vulva foi liberada e o resultado foi a sequência: uretra (parede anterior da vagina), cavidade vaginal e vulva e colostomia perineal retrovaginal.

Na segunda paciente, com base na primeira experiência, fizemos o abaixamento do colo, no plano submucoso da parede posterior da vagina. Por segurança deixamos um coto cólico maior cujo excesso foi ressecado no segundo tempo para implantar a boca de colostomia na posição retrovulvar. (Figuras 3, 4 e 5).



Figura 3 - Demonstração da perviade da vagina após o abaixamento.



Figura 4 - Colo abaixado cheio de bário observando-se zonas espásticas anelares e as válvulas artificiais.



Figura 5 - Demonstração do bom esvaziamento obtido na colostomia.

4. COMENTÁRIOS

Desde que Ernest Miles (1908)³ realizou a AAP esta operação permanece no recurso técnico para tratar o tumor maligno reto-anal. Todas as estruturas esfínteres são envolvidas no monobloco perineal. O recurso adicional é complementar o tratamento com uma colostomia no abdome.

Os pacientes são bem orientados, aceitam a nova condição e vivem bem, à custa de sua resignação e das Associações dos Estomizados que os congregam e os apoiam.

Na minha vida profissional observei que todos aceitam a nova condição mas gostariam, se possível de ficar livre da colostomia. Partindo dessa nossa observação, decidimos propor um método que tivesse a radicalidade indispensável e evitasse a colostomia abdominal, colocando-a no períneo em substituição do reto-ânus extirpado. E a continência como fica?

Como já de muito vínhamos estudando a criação de esfínteres artificiais no intestino delgado com

um retorno satisfatório julgamos pertinente transferir esse procedimento para o colo esquerdo ou o sigmóide abaixado no períneo.

A operação, desse modo, resume-se em AAP, colostomia perineal e criação de um a três esfínteres (válvulas?) no segmento abaixado. A partir de 10cm da boca perineal faz-se uma seromiotomia circunferencial e invaginação dessa área cruenta por pontos separados. A 10cm desta, realiza-se outra e, dependendo da extensão do colo esquerdo abaixado, uma terceira é confeccionada.

Fica, pois, uma porção do colo abaixado com inervação intrínseca e musculatura descontinuada o que colabora para o retardo do trânsito. Com a invaginação a mucosa se projeta para dentro da luz colaborando com a retenção fecal. Como há estase fecal, orientamos o paciente a fazer irrigação pela colostomia perineal e, dependendo do paciente, ele consegue ficar sem perda (evacuação) fecal em até 4 dias.

Essas duas pacientes, que foram os marcos para início da experiência clínico-cirúrgica, deram-nos a certeza e a convicção de que valeria a pena aplicar a

AAP mais Colostomia Perineal como uma opção mais higiênica e humana. O princípio oncológico não é ferido e a satisfação do paciente é nítida e benéfica.

ABSTRACT: The Author presents a proposal and the initial attempts to avoid the abdominal colostomy when it has to be definitive. In the woman was possible its execution, since it took advantage from the vulvovaginal esfincteral muscle when it can be preserved of the anus-rectum amputation. The colon, prepared with the valves, descend posteriorly from the vagina, inside the vulvo-vaginal esfincteral group. The initial observations shows that this attempt could be better developed for continuity studies.

Key-words: Abdomino-perineal amputation; Colostomy; Perineum; Sphincters.

REFERÊNCIAS

1. Lázaro da Silva, A.: Ileostomia. Alternativas Técnicas. Rev. Assoc. Med. Minas Gerais, 1978; 29: 28-29.
2. Lázaro da Silva, A.: Abdomino Perineal Excision of Rectum and Anal Canal with Perineal Colostomy. Eur. J. Surg.; 1995, 161: 7-16,
3. Miles, W.E.: Rectal Surgery. London, Cassel and Company, Ltda, 1939; Second ed. 1944.

Endereço para correspondência:

Rua Guaratinga, 151 – Sion
Belo Horizonte – MG
CEP: 30315.430
Tel/Fax: (31) 3221-3072
E-mail: franciscoalberto@superig.com.br