

SIMPÓSIO SOBRE PROLAPSO E PROCIDÊNCIA

Apresentação no XXXI Congresso Brasileiro de
Colo-Proctologia, 6-8 de setembro de 1981, São Paulo

Presidente: Jurandir Nascimento (RJ)
Coordenador: Horácio Carrapatoso (RJ)
Secretário: Edilson Sarkis Gonçalves (AM)
Participantes: Amadeo Espeche (Argentina)
Paschoal Torres (RS)
Salvador Ferreira (RS)
Érico Fillman (RS)
Ian Todd (Inglaterra)

1. Quais os meios propedêuticos usados na diferenciação de um prolapso e de uma procidência?

Resposta do Dr. Salvador Ferreira:

No prolapso, na inspeção, se visualiza uma massa tumoral, formada pelo deslizamento da mucosa retal, com pouca ou nenhuma alteração e pregas que tomam, geralmente, uma disposição radiada.

Na criança, o prolapso mucoso aparece no ato de defecar, reduzindo espontaneamente após esse ato. No adulto, a redução espontânea se faz nos primeiros meses ao aparecimento desta afecção, permanecendo, depois, constantemente, exteriorizado e, como conseqüência, congestão da mucosa, prurido, escoriações e leve sangramento⁸.

Ainda pela inspeção, pode-se avaliar o estado da musculatura perineal e a tonicidade dos esfínteres; para tanto, solicita-se ao paciente que contraia e relaxe seus esfínteres.

Na palpação, deve, em primeiro lugar, ser apreciada a espessura da parede do prolapso; com os dedos polegar e indicador percebem-se paredes finas, dupla capa de mucosa, deslizando do reto ou do canal anal. Em continuação, introduz-se o dedo indicador no canal anal e se comprova a tonicidade esfínteriana, empurrando lateralmente as paredes do referido canal, verificando se este permanece entreaberto, pois sua maior ou menor atonia pode estabelecer um prognóstico pós-operatório, já que o resultado depende da continência esfínteriana.

O exame endoscópico não deve ser omitido, para que não passe inadvertida outra lesão como uma neoplasia, que poderia ser a causadora do prolapso.

A procidência retal, ou seja, a protrusão de todas as capas retais, é de tamanho muito maior do que o prolapso, tendo normalmente de 5 a 8 cm de comprimento. Na inspeção, ao contrário do prolapso, a mucosa apresenta pregas em forma circular e acentuada ingurgitação venosa, edema, hiperemia, sangrando facilmente, não raro com pequenas ulcerações.

Na palpação, chama atenção a espessura das paredes, constatando-se que todas as camadas do reto participam da protrusão.

Aqui também se reduz o prolapso total e se examina a musculatura períneo-pélvica, valorizando sua tonicidade e capacidade de contração. Sempre se faz necessário o toque retal e próctosigmoidoscopia, com finalidade de afastar outras patologias^{6, 10, 11}.

Estabelecida a procidência (prolapso retal completo), existem sempre as anormalidades abaixo^{5, 8}:

- 1 — Reto e cólon sigmóide alargados e prolapsados.
- 2 — Relaxamento dos ligamentos laterais do reto.
- 3 — Presença de saco peritoneal reto-vaginal, tendo em seu conteúdo alças intestinais.
- 4 — Ausência de tabique reto-vaginal.
- 5 — Debilidade do diafragma pelviano, músculos elevadores do ânus distanciados.

6 — Esfíncter anal dilatado⁵.

A incidência predomina nas mulheres, na proporção de seis para um (*Goligher*⁹).

2. Como trata o prolapso?

Resposta do Dr. Salvador Ferreira:

O prolapso mucoso (incompleto) pode ser tratado por procedimentos cirúrgicos da mucosa e suas estruturas de sustentação local; o mesmo não ocorre com a procidência, ou prolapso total em que devem ser usadas técnicas que incluam a reintrodução do reto ao interior da cavidade pelviana.

Como procede diante de um paciente com prolapso retal?

— É necessário uma cuidadosa valorização de cada caso em si. Existem três dados importantes com respeito a esta valorização: classificar o grau do prolapso, o estado de continência e o estado geral do paciente⁵.

No prolapso sempre está presente uma hipo ou atonia esfíncteriana e conseqüentemente maior ou menor incontinência fecal, principalmente em pacientes de idade avançada. O prolapso quase nunca ultrapassa de 2 a 3 cm o deslizamento da mucosa através do ânus.

Pacientes idosos, com estado geral mau (cardíacos, pulmonares, neurológicos), tem-se feito a operação de *Tiersch*.

Quinze casos assim tratados — idades 62 a 78 anos, todos do sexo feminino.

Complicações: um caso de rotura do fio de aço usado, necessitando nova intervenção. Um caso de infecção, obrigando retirada do fio metálico.

Em duas pacientes foi posto fio de Mercilene número 1, num caso apresentou irritação local e dor. Dois casos de infecção leve, resolvendo com antibióticos. Duração do tempo de aplicação do fio, mínimo quatro meses e máximo oito meses e meio.

Resultados: Ótimo 8, Bom 4 e Mau 3. É um procedimento que agrada, quando indicado, pelos resultados e pela simplicidade de execução⁵.

Tem-se maior vivência, por número de casos operados, no prolapso mucoso de adulto, que pode apresentar-se com um esfíncter mais ou menos normal ou associar-se a um relaxamento do mesmo. O prognóstico é diferente para um e outro dos casos. Nos primeiros procedemos semelhantes a um prolapso hemorroidário; nos segundos associamos plásticas de esfíncter.

Em crianças tem-se pouca experiência, mesmo por ser processo que tem cura espontânea na maioria das vezes.

Revisando 35 casos tratados por cirurgia, assim distribuídos: quanto ao sexo:

Mulheres — 30

Homens — 5

cujas idades variaram de 42 a 71 anos.

Anestesia usada:

Epidural — 21

Raquidiana — 8

Geral — 6

Técnica: paciente em posição de litotomia.

São colocados três ou quatro pinças de forcipressão no bordo muco-cutâneo do ânus e outras tantas, internamente na mucosa reta, correspondendo ao deslizamento mucoso. Com o relaxamento esfíncteriano, exterioriza-se toda mucosa que prolapsa facilmente, dando uma ampla exposição.

Fios usados foram: em 25 casos: sintético (ácido poliglicólico) e catagute cromado em 10 casos, variando o número de 3 a 4 x 0 montado em agulha atraumática.

Com pontos em U (**Fig. 1**), transfixa-se a mucosa em base, de dentro para fora, com quatro ou cinco pontos chega-se próximo à pele. A ressecção é feita por incisão em sentido radial,

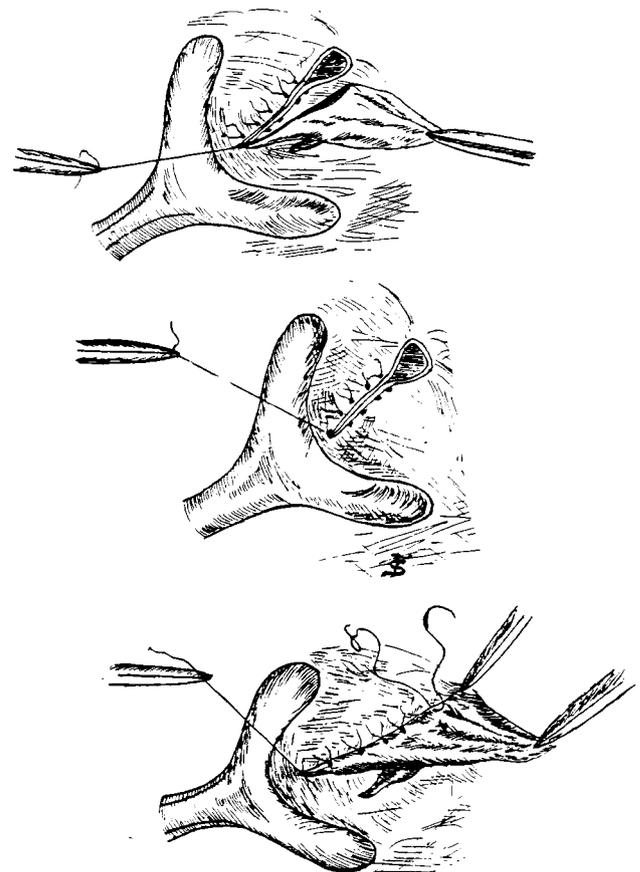


Fig. 1

extirpando toda mucosa exuberante e uma pequena quantidade de pele, o mais econômico possível, que se deixa aberta, formando pequeno triângulo ou raquete (**Fig. 1**).

Cirurgia semelhante à hemorroidectomia, técnica semifechada.

Em cinco casos por apresentar incontinência parcial ao esforço, foi reforçado o esfíncter externo, e com dois pontos em U, aproveitando uma das incisões laterais.

Recidiva imediata zero, tardia três casos — procurou-se corrigir com operação de *Tiersch* (idades 68 e 70 anos).

COMPLICAÇÕES:

- 1º — Recidivas — 3 casos
- 2º — Estenose — 2 casos
- 3º — Infecção — 3 casos

3. Considerando-se a procidência como má fixação do reto ao sacro, pergunta-se qual a importância do esforço e da pressão intra-abdominal na sua produção?

Não temos a resposta

4. Qual a importância dos fatores anatômicos, fascias, músculos e ossos?

Não temos a resposta

5. Qual a importância dos fatores psíquicos, metabólicos e endócrinos?

Não temos a resposta.

6. Qual a importância dos fatores funcionais na gênese da procidência?

Não temos a resposta do Dr. Ian Todd.

7. Qual o tratamento que recomenda, segundo a idade, sexo e condições gerais do paciente e segundo a intensidade da patologia?

Resposta do Dr. Amadeo Espeche:

El Prolapso Rectal ha constituido uno de los problemas quirúrgicos que más inquietud ha despertado en los cirujanos, siendo innumerables los procedimientos que se han propuesto, la mayoría de los cuales se han abandonado. Siguiendo a la escuela Argentina de Yódice y García Mata, no utilizamos el término procidencia, reconocemos un prolapso parcial o mucoso y un prolapso total en el que están incluidas todas las capas del recto.

Para el prolapso total de recto, en pacientes que están en condiciones de ser laparotomizados,

preferimos los procedimientos por vía abdominal.

Respondiendo a la otra parte de la pregunta del coordinador, diremos que una vez diagnosticado el prolapso rectal completo no interesa su grado y por lo tanto el tratamiento no deberá variar por esta circunstancia.

En cuanto a la edad, reservamos este procedimiento para pacientes adultos y excepcionalmente en niños. El sexo puede hacer variar la conducta en cuanto al procedimiento, debido a que en las mujeres el piso pelviano es más debil, sobre todo en pacientes sometidas a histerectomía total o que además sufren de prolapso genital.

Por lo tanto en pacientes adultos utilizamos el procedimiento reglado por nosotros en 1963 y publicados en los Boletines de la Sociedad Argentina de Cirujanos en Agosto de 1964 (**Figs. 2 y 3**). Se trata de una combinación de los procedimientos de *Orr* y *Pemberton* a los que se le agrega la utilización de un elemento plástico, 4 bandas de Teflón, 2 que van de las caras laterales del recto al promontorio y 2 de la cara anterior del recto a la aponeurosis del músculo psoas.

Técnica

1º — Incisión mediana infraumbilical.

2º — Se levanta el rectosigma y se incide el peritoneo a cada lado del mesenterio, investigando los ureteres y los vasos (**Fig. 1**).

3º — Con disección roma se separa el recto de la concavidad sacra, respetando los alerones

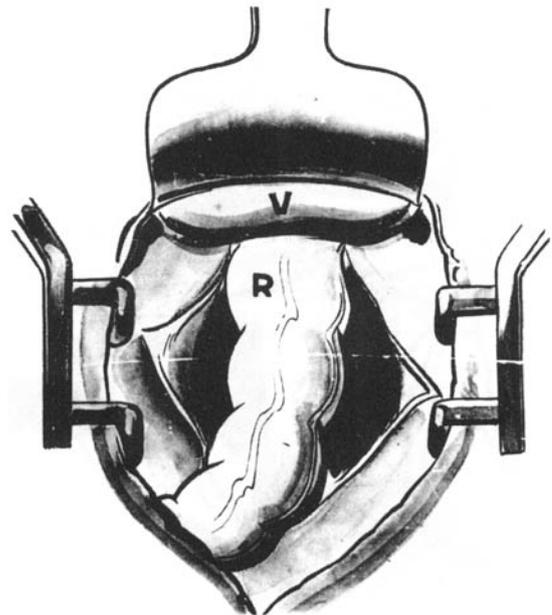


Fig. 2



Fig. 3

laterales. Esta maniobra permite la reducción del prolapso (Fig. 3).

4º — Se fija una banda de teflón de 10 cms de largo por 2 cms de ancho, sobre la pared lateral del recto con puntos seromusculares, con aguja atraumática con seda.

5º — Manteniendo el recto traccionado hacia arriba, se fija el otro extremo de la banda de teflón al promontorio con puntos subperiósticos (Fig. 4).

6º — Se efectúa maniobra similar del lado izquierdo.

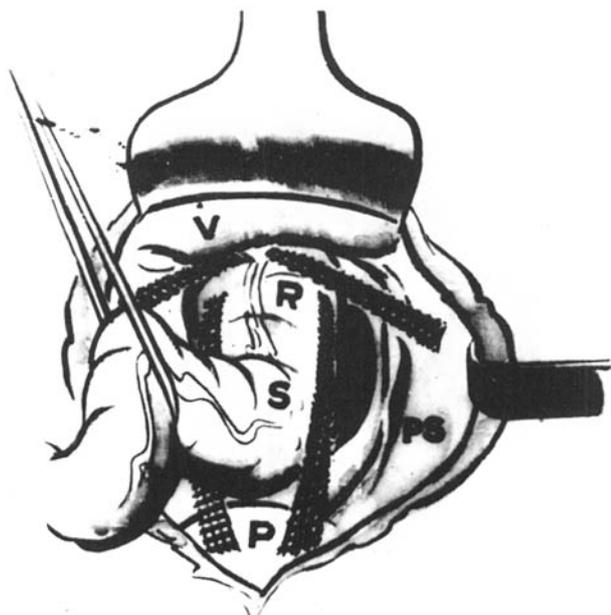


Fig. 4

7º — Se investiga el tendón aponeurótico del músculo psoas iliaco derecho a nivel del estrecho superior de la pelvis, suturando otra banda de teflón al mismo y su otro extremo a la pared anterior del recto.

8º — Se efectúa maniobra similar del lado izquierdo. De este lado en la mujer es necesario hacer un pequeño hojal en el ligamento ancho para pasar la banda de teflón.

9º — Se peritoniza sobre las bandas de teflón de manera que queden completamente sepultados por el peritoneo.

10º — Cierre de la pared sin drenaje.

Discusión

El procedimiento propuesto por nosotros en 1964 utiliza la movilización del recto preconizada por *Pemberton* y *Stalker* en 1939 y que consideramos es la maniobra fundamental para conseguir fijar mas arriba al mismo y evitar el prolapso. Los autores suturaban y fijaban el recto en esta nueva posición al peritoneo parietal.

El alto porcentaje de recidivas, 34%, seguramente se debe a que la fijación al peritoneo no se mantiene el tiempo suficiente para que se produzca el tejido fibroso que pegue el intestino al sacro. Esto se consigue utilizando elementos fuertes, fascia lata, técnica que presentara *Orr* en 1947, suturandola a las caras laterales del recto y al promontorio.

Una técnica muy similar ha sido presentada por *Loygue* en 1971, con muy buenos resultados, un porcentaje de recidivas del 3,6%. — El autor utiliza 2 bandas de nylon.

En la técnica descrita originalmente por *Orr* no se efectúa el decolamiento retrorectal y este seguramente es el motivo por el cual el porcentaje de recidivas es importante y por lo tanto no ha tenido la aceptación de los cirujanos, *Loygue* destaca en su trabajo la importancia de una buena movilización, seguramente la causa de los buenos resultados obtenidos. Creemos que somos primeros en haber asociado la movilización posterior del recto (Op. de *Pemberton*) y la operación de *Orr* modificada con las bandas de teflón.

Hemos dejado la colocación de las bandas al musculo psoas en los casos de pacientes histerectomizadas, o con fondo de saco de Douglas muy profundo, en el que estas bandas anteriores son útiles para levantar el piso de la pelvis.

8. Por que faz uso da prótese no tratamento da prociência?

Não temos a resposta do Dr. Ian Todd.

9. Quais as complicações observadas no tratamento de sua preferência, sobretudo quanto à hemorragia, infecções e abscessos, estreitamento, incontinência, impotência, obstrução, dores pélvicas e ciáticas, erosões para a bexiga e reto e rejeições?

Não temos a resposta.

10. Quais os resultados obtidos, quer anatômicos, quer funcionais?

Resposta do Dr. Amadeo Espeche:

La experiencia recogida por nosotros y otros autores que han utilizado la técnica suman alrededor de 30 casos en los que no se ha registrado recidiva ni complicaciones. Los resultados funcionales han sido buenos con una recuperación de la continencia en un 50%.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CORREA NETO A & SIMONSEN O — Procidência do reto. Clínica cirúrgica, 5º vol. S. Paulo. Fundo Editorial Prociex, pp. 131-136, 1966.
2. ESPECHE AMADEO N — Prolapso rectal, plástica con teflón por vía abdominal. Boletines y trabajos de la Soc. Arq. de Cirujanos XXV — 18: 526, 1964. Buenos Aires, Argentina.
3. FRAISE ALFONSO, GRAZIANO A de VEDIA Y MITRE E — Tratamiento del prolapso total de recto con la técnica da Orr-Espeche combinada. Prensa Médica Argentina, 62: 264, 1975.
4. FERREIRA S — Prolapso do reto — Revista dos doutorandos. Ed. U.C.PEL, Tomo I, pp. 130-138, 1978.
5. GABRIEL W — The principles and practice of rectal surgery. 5ª edição. London — H.K. Lewis e Co, pp. 165-212, 1963.
6. GOLIGHER IC — Surgery of the anus, rectum and colon, 2ª edição. London — Baillière, Tindal e Cassell, pp. 289-333, 1967.
7. GREENLEL H — Cirurgia intestinal. Manual cirurgia operatória, México, pp. 362-374, 1976.
8. HUGHER ESR — Surgery of the anus canal and rectum — London, E.S. Livingstone Ltd, pp. 154-171, 1965.
9. LOCKHART-MUMMERY P — Diseases of the rectum and colon — London, pp. 110-129, 1934.
10. LOYGUE J, HUGUIER M, MALAFOSSE M & BIÔTOIS H — Complete prolapse of rectum: a report on 140 cases treated by rectopexy. Brit J Surg, 58: 847, 1971.
11. LUNA C, PASTORINI J & GLIMBERG E — Prolapso rectal, plástica con teflón, técnica de Espeche. Actas del III Congreso Latino Americano de Proctología. Santiago de Chile, Tomo 1, 401, 1966.
12. MORSON C & MAWN CV — Prolapso Retal — Enfermedades del colon, recto y ano — Barcelona, 1972. Editorial Jims, pp.301-316, 1972.
13. NIGRO N — Prolapso do reto. Clínicas Cirúrgicas da América do Norte. Ed. Interamericana, pp. 539-553, 1978.
14. ORR TG — A suspension operation for prolapse of rectum. Ann Surg, 126: 822, 1947.
15. PASTORINI JM — Tratamiento del prolapso rectal con teflón por vía abdominal. Rev de la Soc. Argentina de Proctología, 11: 6, 1965.
16. PEMBERTON J & STALKER K — Surgical treatment of complete rectal prolapse. Ann Surg, 109: 799, 1939.
17. RIPSTEIN CB — Surgical care of massive rectal prolapse. Dis Col and Rect, 8: 34, 1965.
18. ROIG IS — Cirugía del recto — Barcelona. Editorial Científica Médica, pp. 166-189, 1965.
19. TURELL R — Enfermedades del ano, recto y colon — Argentina. Editorial Beta. S.R.L., pp. 301-316, 1962.