

INCONTINÊNCIA

Konrad Arnold¹

INCONTINÊNCIA ANAL

Conceitos anatômicos

O mecanismo de fechamento anorretal está disposto de forma dupla e possui duas bases embriológicas.

De um lado, localiza-se aí o ponto final do tubo gastrintestinal, de outro, aí estão as estruturas somáticas apoiadas na bacia pélvica, os músculos do esqueleto de que se formam o importante músculo elevador e o esfíncter externo do ânus. Esta "comunidade de trabalho" muscular tem duas funções distintas: deve primeiro reagir à pressão intra-abdominal contra a bacia pélvica — consequência da lei da gravidade — aumentada ainda mais pela tosse, ou por quaisquer esforços, preço que pagamos pela posição ereta ao andar. Sem um diafragma muscular deste tipo, as vísceras da bacia pélvica haveriam de cair para fora.

A outra função da comunidade muscular de trabalho é o controle do fechamento do tubo gastrintestinal. Não houvesse aqui uma musculatura somática abrangente, isto é, independente de nossa vontade, teríamos então uma colostomia perineal, uma coisa altamente desagradável.

A comunidade muscular de trabalho, que controla o mecanismo da bacia pélvica, engloba estas duas funções de uma maneira realmente magistral.

Mas se falhar este mecanismo, uma ou ambas funções poderão se tornar deficientes, o que poderá acarretar tanto um prolapso do reto como também uma incontinência, na pior das hipóteses a concomitância de ambos.

Tentemos analisàr o modo de operar da comunidade muscular de trabalho e descobriremos então que uma das funções, isto é, a que reage à lei da gravidade, tem que ser sempre ativa e eficiente, sendo necessário aqui um controle automático. Um automatismo deste gênero encontramos também nos estudos eletromiográficos, como na musculatura externa, no músculo pubo-retal e nos demais músculos da bacia pélvica. Enquanto este último fica normalmente quase inativo em estado de repouso e um eletromiograma não apresenta nenhum tipo de potencialidade ativa, os músculos da bacia pélvica e sua musculatura anular são completamente diferentes, pois são sempre ativos mesmo no estado de repouso, até mesmo durante o sono. Sua atividade se amplia por qualquer motivo externo, seja por pressão no abdômen, por tosse, espirro ou pelo fato de se locomover. Todo aumento de pressão é pois transformado imediatamente numa ação muscular em sentido contrário. Tudo isso se dá de forma totalmente automática, passando por um reflexo da coluna vertebral, cujos receptores estão provavelmente nos próprios músculos, talvez sejam mesmo o núcleo dos músculos.

Muito mais difícil é naturalmente conseguir arbitrariamente o controle da evacuação intestinal!

1 Prof. da Universidade de Wiesbaden, Alemanha

— Proibida a reprodução total ou parcial para fins comerciais

O órgão anorretal obedece ao sistema nervoso autônomo, sobre o qual não podemos exercer nenhum tipo de controle. O músculo esfíncter interno mantém o ânus fechado através de seu próprio tônus, abrindo-se, porém, assim que o reto sofrer dilatação. A continência depende então da atividade e da eficiência do músculo esfíncter externo e do músculo pubo-retal, cuja atividade muscular aumenta assim que cresce a pressão intra-abdominal; esta atividade aumenta também por via reflexa tão logo o reto fique cheio.

Além deste simples mecanismo de oclusão, baseado na compressão e pressão através da musculatura anular do esfíncter, existe ainda um sistema montado com muito mais inteligência, que trabalha com energia ao mesmo tempo mais consciente e mais eficaz. É um mecanismo de válvulas, um princípio bem conhecido dos engenheiros. Estrutura-se sobre a anatomia especial da região anorretal.

O reto percorre um ângulo reto quando passa da cavidade do sacro para o plano do elevador. Um outro ângulo reto se encontra entre o eixo do reto e o do canal anal. Em virtude disso, a parede anterior da parte inferior do reto se coloca sobre o canal anal fechado. Qualquer aumento da pressão abdominal somente servirá para comprimir ainda com mais força este setor da parede retal contra o canal anal e com isto bloqueá-lo com eficácia. Quanto maior for a força que, provindo do abdômen, se comprime contra o reto e a bacia pélvica, mais eficientemente se fecha a válvula e funciona todo este mecanismo.

Somente quando se encher o espaço vazio da parte inferior do reto é que a válvula se destrava, termina a oclusão.

Este mecanismo de trava da válvula se baseia fundamentalmente no tônus e na atividade do músculo pubo-retal que garante o processo entre o ânus e o reto.

Aliás, é bom notar aqui que Percy e Parks provaram por meio de estímulos nervosos a partir da parte inferior e da parte superior da bacia pélvica que o músculo pubo-retal pertence ao mesmo grupo que outros músculos da bacia pélvica, o pubococcigiano e o ileococcigiano, e que estes três músculos recebem seu abastecimento nervoso diretamente dos nervos do sacro, do S2 e do S4.

Dados clínicos

Se um ou mais componentes deste sistema se danificarem, pode então ocorrer a incontinência.

Pacientes vítimas da incontinência anal se tornam muito sensíveis devido à sua deficiência. Seu maior temor é serem recusados em razão de seu mal, passando então a se considerarem segregados. Pacientes de mais idade são então atingidos mais intensamente. Não é então raro acontecer que estes pacientes façam de sua incontinência um segredo que escondem tanto de seus parentes mais próximos, como também de seu médico. Um efeito muito negativo ocorre freqüentemente quando os médicos consultados não sabem nada a respeito das possibilidades cirúrgicas de se eliminar a incontinência e com isto prejudicam, ou nada fazem pelo doente. Temos pois que estar bem atentos sobre o fato de que existem mais doentes de incontinência do que geralmente supomos.

Por ocasião da consulta, temos que tentar primeiro avaliar a extensão e o tipo da incontinência. Perguntamos pois ao paciente se ele consegue suportar a flatulência (gases intestinais). Se ele não o conseguir, então já existe uma deficiência real no mecanismo da continência. O controle da saída de gases é de fato a coisa mais complexa e exige uma conjunção total de seus diversos fatores. Assim que ocorrer uma lesão séria no esfíncter, esta possibilidade estará perdida.

Temos por hábito supervisionar pessoalmente a troca da roupa de baixo e também retirar pessoalmente ataduras e curativos. Desta maneira teremos uma visão clara da quantidade e da aparência das secreções. Se houver qualquer suspeita de incontinência, examinamos o paciente em posição de cócoras. Nenhuma outra posição de examinar permite tirar tantas conclusões sobre a situação da bacia pélvica, como também sobre a existência e as proporções de um prolapso.

O verdadeiro exame proctológico se faz na postura lateral à esquerda (posição *Sims*), com uma primeira inspeção na pele perianal. Em qualquer incontinência um tanto pronunciada, a pele perianal apresenta sinais evidentes de alteração inflamatória devido ao contato permanente com viscosidade e fezes.

Como próximo passo, afastamos as nádegas e examinamos a entrada do canal anal. Se ele se abrir sob um leve puxão, então ambos os grupos de músculos, isto é, o externo e o interno, estão danificados.

Em lesões neurológicas do canal anal, este ficará primeiro fechado, já que a musculatura autônoma e lisa não foi com isto prejudicada. Se aumentarmos nosso puxão nas metades das nádegas, o ânus se abrirá bem. O paciente não está então em condições de fechar de novo o ânus por

meio de uma contração ativa, já que a musculatura estriada da bacia pélvica e a musculatura externa do esfíncter estão paralisadas.

Logo depois, faremos com que o paciente tussa. Como já dissemos no início, neste caso o ânus normalmente se fecha e a bacia pélvica se contrai para cima.

Se a parte inferior da bacia pélvica estiver lesada ou gasta, ela se dirige para baixo e o ânus se abre.

O próximo passo é apalpar o ânus, sendo que se deve dar atenção especial ao tônus, que será mantido pelo músculo esfíncter interno. A próxima informação provém de um pedido para uma contração ativa do ânus (representado pela musculatura estriada do esfíncter externo e da parte inferior da bacia pélvica). Normalmente surge um músculo longitudinal fortemente contraído. Se a parte inferior da bacia estiver desgastada e o paciente faz pressão, forma-se ao invés disso apenas um círculo muscular curto e oscilante.

Naturalmente realizamos sempre uma retossigmoidoscopia e também uma proctoscopia, proporcionamos um exame neurológico com eletromiograma e fazemos freqüentemente uma medição urodinâmica juntamente com um registro da pressão no reto e no ânus.

Depois de termos agora verificado o tipo e as proporções da incontinência anal, temos que tentar explicar a etiologia, a fim de selecionarmos uma terapia adequada e podermos avaliar as possibilidades de êxito.

De acordo com nossas experiências, a incontinência anal não é apenas o resultado de uma danificação ou do colapso de um ciclo, mas ocorre devido a várias lesões que surgiram ao mesmo tempo ou sucessivamente.

Para esclarecer estas relações, montamos um esquema em que apresentamos as diversas formas de sintomas das lesões que classificamos primeiro como formas simples.

Até então tínhamos apenas um esquema que era mais ou menos de orientação clínica e seguia a classificação de Parks.

Quanto mais nos ocupávamos com o diagnóstico e a terapia da incontinência anal e acumulávamos experiência no assunto, tanto menos aplicável parecia um esquema que continha as assim chamadas formas mistas. Desistimos pois das classificações confusas a favor de um quadro de referências mais claras. Tal divisão será certamente apenas provisória, talvez haja uma síntese posterior que acompanhe a forma atual de análise. Aqui estão pois primeiramente sob o número 1 as formas sensoriais da incontinência, sendo que o grupo 1a perdeu os receptores sensíveis no

canal anal, por exemplo como conseqüência das famigeradas operações de hemorróidas conforme Whitehead, quando o cirurgião extraía todo o revestimento sensível anodérmico.

O grupo 1b em geral não são incontinências completas, mas parciais ou temporárias. Como exemplo típico de uma tal irritação podemos considerar um grande fibroma no canal anal. Ao segundo grupo, das meras lesões musculares, pertencem por exemplo as incontinências em virtude de uma intervenção cirúrgica através de toda a musculatura anular em operações de fístulas. Tais incisões completas podemos observar em acidentes de trânsito quando ocorrem lesões do períneo por objetos pontiagudos.

No grupo 3, em lesões neurogênicas, distinguimos lesões periféricas nas quais o nervo pudendo ou os nervos do sacro são atingidos e lesões centrais, tais como um tumor na medula vertebral. Esses primeiros três pontos são certamente os mais freqüentes na incontinência anal. No quadro clínico aparecem em geral em formas mistas.

Os seguintes grupos são mais raros. O grupo nº 4 compreende, por exemplo, incontinências por debilidade e delírio. Medicamentos antidepressivos podem também ter uma influência considerável no controle cerebral e no sistema nervoso autônomo.

No grupo nº 5 pensamos na incontinência temporária após profundos cortes no reto. Ao mesmo tempo, vale a pena ponderar que uma incontinência permanente pode estar ligada diretamente não apenas a uma sobra demasiadamente pequena do reto, mas também aos danos iatrogênicos ocorridos durante a intervenção cirúrgica, danos estes causados aos nervos do sacro, respectivamente ao nervo pudendo. Sob as incontinências do grupo 6 entendemos a eliminação do mecanismo da válvula através de fezes pastosas ou aguadas na diarreia.

A teoria da técnica do exame e divisão das incontinências é, na minha opinião, a mais importante no quadro complexo das incontinências. Depois de havermos investigado a história do surgimento da incontinência, depois de termos verificado a extensão da incontinência e identificado os mecanismos prejudicados, já fizemos o mais difícil. Os métodos cirúrgicos de restauração e reconstrução são, como tudo em nossa profissão de cirurgião, questão de ensinar e de aprender.

Vamos analisar a terapia das quatro formas mais importantes da incontinência, ou seja, a correção do assim chamado ânus Whitehead, dos corpos estranhos no canal anal, da reconstrução das lesões do esfíncter e do tratamento da musculatura desgastada.

Não sei que grau de popularidade o método infeliz de Whitehead tenha alcançado, principalmente quando se deixou de aplicá-lo. Responsável pelas conseqüências catastróficas, o assim chamado ânus Whitehead, é a eliminação completa do canal anal desgastado e sensível, ou seja, do anoderma. Muitas vezes se verificou aqui uma sangria tão pronunciada que fez esquecer o próprio tecido hemorroidal.

A seguir, mobilizava-se ou o canal superior do ânus ou a parte inferior do reto que era costurado na pele. Com isto, o paciente se tornava incontinente pela perda dos elementos sensíveis sem que tivesse perdido uma única fibra muscular. Objetivo de todas as medidas reconstrutivas tem que ser pelo menos restabelecer de alguma forma o canal anal inferior com seu revestimento seco e sensível.

Para isso, Ferguson nos Estados Unidos usa uma plástica de remoção de grande área, enquanto nós nos limitamos a pedacinhos da pele do tamanho de um selo do correio.

Primeiro tem que ser afastada a mucosa puxada para baixo no canal anal inferior e o músculo esfíncter interno deve se apresentar bem livre. Depois preparamos os pedacinhos extraídos da pele, depois os colocamos dentro do canal anal e os anastomosamos no canal anal superior com a parede do reto que ali está aderente com a mucosa. Suturamos no canal anal com categute cromado nº. "000" e atamos depois os fios colocados antes. Entre os vários pedacinhos de pele ficam pequenos sulcos livres deixados para a drenagem da secreção da ferida.

Quando se trata de um ânus Whitehead completo e o paciente é mais idoso, operamos às vezes em duas etapas. Mesmo de fora, o conjunto oferece de novo um aspecto cosmeticamente mais agradável.

O grupo 1b do nosso esquema falava da irritação dos elementos sensíveis do canal anal. Tal irritação pode ser provocada, por exemplo, por uma inflamação mais extensa no setor anodérmico, no mais das vezes, porém, são corpos estranhos que irritam a continência fina do canal anal inferior, porque simulam parcelas de fezes e por isso, assim como na evacuação, atuam sobre o músculo esfíncter interno, isto é, provocam sua dilatação.

Como os chamados corpos estranhos, entram em questão aqui as hemorróidas como também grandes fibromas estancados.

Embora tratemos a inflamação do canal anal de maneira conservadora, talvez mesmo com a ajuda do dermatologista, temos que operar os corpos

estranhos irritantes, tais como as hemorróidas ou os fibromas.

O próximo complexo da terapia clínica da incontinência diz respeito às lesões musculares. Trata-se aqui da destruição dos grupos de músculos anulares, internos e externos, do laço pubo-retal ou de partes da musculatura do fundo da bacia pélvica. Além da quantidade dos grupos de músculos atingidos, é decisivo para o sucesso de qualquer operação reconstrutiva saber quanto os grupos de músculos danificados se retraíram, isto é, de que tamanho parece o defeito surgido na palpação e na eletromiografia e também de que maneira foram danificados os ramos nervosos do abastecimento por trauma, interferências iatrogênicas ou por inflamação. O eletromiograma, feito por mão competente, é pois uma condição indispensável antes de qualquer operação nos esfíncteres. Não tem o menor sentido suturar um feixe de músculos sem nervos.

Sem darmos atenção à extensão da lesão do músculo, podemos considerar as lesões no setor da circunferência anterior, isto é, entre 10 e 2 horas, como as mais simples. Realizamos reconstruções de esfíncter neste setor quase sempre sem a proteção de colostomia, a não ser que se trate de fístulas reto-vaginais ou ano-vaginais.

Assim que as lesões se localizem mais para a lateral, podem ser prejudicadas partes do músculo pubo-retal ou todo o laço muscular. Será então necessária uma mobilização mais ampla da musculatura, geralmente uma soltura dos ligamentos entre o canal anal e o cóccix a fim de se obter mais comprimento do músculo para a sutura. Em tais casos, somente reconstruímos sob a proteção de uma colostomia.

No tocante à técnica operatória na reconstrução do esfíncter, nós nos mantemos nos dados de Parks. A musculatura deve ficar completamente livre externamente de todas as ligações de cicatrizes do tecido conjuntivo. Restos de cicatrizes nas extremidades dos músculos não deveriam ser retirados para melhor aderência da sutura. Na preparação, partimos sempre de fora, isto é, da gordura para o canal anal e tentamos poupar as ramificações dos nervos aferentes, que às 2 e 5 horas irradiam da esquerda e às 7 e 10 horas da direita.

Há duas condições para uma bem sucedida sutura de músculo:

1 – As extremidades dos músculos devem ser postas uma sobre a outra, isto é, duplicadas. Suturas de extremidade com extremidade não se adaptam bem.

2 – A musculatura deve ser juntada sob uma tensão suficiente. No final da operação, a abertu-

ra do ânus deve estar tão apertada que não se consiga introduzir nem mesmo o dedo mínimo. Apesar disso, jamais foram necessárias para nós quaisquer medidas pós-operatórias de dilatação.

Como material de costura, usávamos antes Monopil ou fio metálico trançado, e passamos hoje para Vicryl, e respectivamente Dexon, material sintético assimilável, que possui também boa resistência.

Os limites da reconstrução estão nas proporções da lesão. Como regra básica, pode-se afirmar que uma deficiência de mais de 180 graus quase não oferece mais possibilidade para uma reconstrução. O motivo para isto está no fato de que o cirurgião, para a preparação das extremidades dos músculos para a reconstrução, tem que separar tantos vasos aferentes e nervos ou na superposi-

ção tem que esticá-los de tal forma que a musculatura restante, devido ao abastecimento insuficiente dos vasos, se torna vítima da necrose.

Além disso, na reconstrução, nós tememos muito menos uma lesão profunda anterior do que várias lesões parciais em diversos pontos, pois desta maneira se tornam muito mais pronunciadas as alterações cicatriciais no músculo, como a lesão das ramificações dos nervos e vasos aferentes.

Apesar de podermos prever muito bem as chances da reconstrução, em virtude de nossas experiências em cerca de 180 reconstruções de músculos, operamos mesmo com pequena perspectiva de sucesso, caso não esteja perdida toda a inervação.

O reparo pós-anal para a incontinência será discutido em outra oportunidade.