

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PROLAPSO RETAL COMPLETO EM ADULTO MASCULINO JOVEM

Francisco Sérgio Pinheiro Regadas¹

RESUMO

O autor apresenta sete casos de pacientes do sexo masculino, sexualmente ativos, portadores de prolapso retal completo e que foram cirurgicamente tratados pelo reparo pós-anal, técnica originalmente descrita por Parks para o tratamento da incontinência anal idiopática. O tempo de seguimento varia de três meses a cinco anos. Somente uma recidiva após três meses da realização da operação.

O prolapso retal é uma doença que acomete os indivíduos nos extremos de suas vidas pois incide mais comumente ou nos dois primeiros anos de vida como prolapso parcial ou após a 5ª década como prolapso completo. Pode no entanto aparecer em qualquer outra idade. Nos homens, por exemplo, são mais freqüentes na 2ª e 3ª décadas¹. Em relação ao sexo, incide mais comumente no feminino. Nas grandes casuísticas, observa-se uma predominância de 84%⁴. Com relação aos fatores etiológicos, existem várias teorias que tentam explicar o processo de formação de tais prolapsos. Quatro delas merecem no entanto serem citadas pois são achados freqüentes em quase todos os pacientes.

A grande dúvida, portanto, é esclarecer qual é o causador e quais são os que aparecem como conseqüência.

Nós observamos em todos os indivíduos com prolapso retal completo que o fundo de saco de Douglas encontra-se anormalmente profundo. Daí *Quenu*⁴, *Duval*⁴ e *Moschowitz*⁴ no fim do século passado afirmarem que o fundo de saco invaginaria através da parede anterior do reto. Atualmente esta teoria da invaginação tornou-se novamente popular com os recentes trabalhos de *Brodén* e *Snelmann*³ na Suécia, que mostraram através de cineradiografia que ocorre uma invaginação do reto superior em toda a sua circunferência e não somente às custas da parede anterior. É o que eles têm chamado de intuscepção idiopática do reto.

Outra teoria seria a fixação anormal do reto. Parece-nos no entanto que se trata mais é de uma conseqüência.

Com relação à hipotonia ou atonia da musculatura do assoalho pélvico, *Porter*² demonstrou por eletromiografia que os músculos comportam-se de maneira diferente nos indivíduos com prolapso retal completo; a supressão do reflexo de ativid-

Trabalho realizado na Clínica de Colo-Proctologia do Hospital Geral de Fortaleza (INAMPS)

1 Cirurgião Assistente da Clínica de Colo-Proctologia do HGF (INAMPS), Chefe da Unidade de Colonoscopia da Clínica, Presidente da Sociedade Cearense de Cirurgia, TSPCP, ACBC, Associado da SOBED.

de de repouso do esfíncter externo e elevadores que normalmente ocorrem quando da distensão do reto com um balão e presumivelmente pelo bolo fecal, logo antes e durante a defecação, é mais profundo e prolongado nos casos de prolapso retal completo. No entanto, segundo demonstraram *Brodén e Snelmann*³, a intuscepção inicia-se a aproximadamente 7 cm do ânus, acima do assoalho pélvico, portanto sem relação com um relaxamento destes músculos. E segundo *Fry et al.*⁴, em 1966, de 15 pacientes com prolapso retal completo, 12 apresentavam movimento normal dos músculos do assoalho pélvico. Nós temos pessoalmente tido pacientes, principalmente do sexo masculino na 2ª e 3ª décadas, que após a redução do prolapso, apresentam-se com o aparelho esfinteriano clinicamente normal. Ao contrário, também temos observado pacientes, mais freqüentemente do sexo feminino, com hipotonia acentuada da fenda anal (permeável a 2 ou 3 dedos) e sem apresentarem prolapso retal completo.

Devido a estas controvérsias inerentes ao fator causador de tais prolapso, inúmeras técnicas operatórias têm sido descritas^{5, 6, 7, 8}. Atualmente é a promonto-sacro-retro-fixação com ou sem a esponja de Ivalon a técnica mais popular e a que tem realmente dado melhores resultados.

MATERIAL E MÉTODOS

O reparo pós-anal foi originalmente descrito por *Parks* em 1970 para o tratamento da incontinência anorretal idiopática e que consiste na aproximação dos puborretais com abordagem retrorretal com o objetivo de refazer o ângulo anorretal.

Este trabalho consiste, no entanto, na utilização de tal técnica no tratamento do prolapso retal completo em indivíduos do sexo masculino e que sejam sexualmente ativos. Objetivamos com isso evitar a realização de operações abdominopélvicas com mobilização do reto, técnicas que com alguma freqüência produzem lesão iatrogênica dos nervos simpáticos (hipogástrico) e parassimpático (erigentes), responsáveis respectivamente pela manutenção da ejaculação e ereção peniana. Foram operados sete pacientes do sexo masculino, a faixa etária variando de 29 a 51 anos, média de 39 anos. Utilizamos em todos os casos o reparo pós-anal clássico, abrindo o fascia de *Waldeyer*, mobilizando amplamente o reto e refazendo o ângulo anorretal (**Fig. 1**).

RESULTADOS

Num tempo de seguimento variando de três meses a cinco anos (**Tabela 1**), apenas um paciente apresentou recorrência do prolapso embora de maneira discreta e somente durante a realização de esforço para defecar. Neste caso indicamos então a promonto-sacro-retro-fixação mas o paciente recusou devido a pequena intensidade do prolapso.

Em três casos, ocorreram deiscência da sutura da pele mas que cicatrizaram normalmente por segunda intenção. Houve uma lesão iatrogênica da parede posterior do reto durante a sua mobilização mas evoluiu sem outras complicações.

Tabela 1

Nº de casos	Tempo de seguimento
1	5 anos
2	4 anos
1	3 anos
1	2 anos
1	faleceu após um ano da operação sem recidiva
1	3 meses

DISCUSSÃO

A mobilização do reto posterior e lateralmente, exatamente à altura de onde se inicia o processo de intuscepção e com a formação portanto de fibrose cicatricial além de se haver reconstruído o ângulo anorretal, supomos que são as causas que fazem com que o reto permaneça em seu leito após a utilização do reparo pós-anal. Achamos portanto que tal técnica operatória, nos casos específicos de pacientes do sexo masculino, sexualmente ativos, deve ser a utilizada, pois somente assim, podemos afastar a possibilidade de aparecimento de disfunções sexuais iatrogênicas que podem realmente aparecer após as operações abdominopélvicas. Constitui-se também tecnicamente mais fácil e com morbidade e mortalidade bem inferiores. E ainda em caso de recidiva, resta-nos ainda a opção de se fazer a correção por via abdominal.

SUMMARY

The author presents seven cases of patients, male, with normal sexual activity, with complete rectal prolapse, surgically treated by post-anal

repair, technique originally described by Parks for treatment of idiopathic anal incontinence. The follow-up period is from three months to five years. Only one case of recurrence was described after three months of the operation.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PORTER NH – Collective results of operations for rectal prolapse at St Mark's Hospital 1948-1960. Proc Roy Soc Med, 55: 1087, 1962.
2. PORTER NH – Physiological study of the pelvic floor in rectal prolapse. Ann Roy Coll Surg, 31: 379, 1962.
3. BRODEN B & SNELLMAN B – Procidentia of the rectum studied with cineradiography: a contribution to the discussion. Dis Colon Rect, 11: 330, 1968.
4. GOLLIGHER SC – Surgery of anus, rectum and colon, 4th edition. Baillière Tindall, London, 1980.
5. RIPSTEIN CB – Procidentia definitive corrective surgery. Dis Colon Rect, 15: 334, 1972.
6. DELORME R – Sur le traitement des prolapses de la muquese rectale ou recto-colique. Bull Memoir Soc Chir Paris, 26: 459, 1900.
7. PENFOLD JCB & HAWLEY PR – Experience of Ivalon sponge implant for complete rectal prolapses at St Mark's Hospital. Brit J Surg, 11(59): 846-848, 1972.
8. BLAIR CB et al. – Surgical repair of rectal prolapse. Surgery, 53: 625, 1963.