

ACESSOS POSTERIORES AO RETO: BASES ANATÔMICAS E RELATO DE DOIS CASOS

Mauro Pinho¹
José Reinan Ramos¹
Tânia Susi Barrientos Claros²
Eugênio Pacelli Bezerra²

RESUMO

Os autores chamam a atenção para o fato de que embora sejam múltiplos os relatos existentes na literatura atestando os bons resultados obtidos com os diferentes tipos de acesso posterior ao reto para tratamento cirúrgico de diversas patologias, permanecem estes procedimentos sendo raramente empregados em nosso meio. Como principais motivos para isto citam as poucas indicações para seu uso, o que impede o surgimento de uma maior familiaridade com estas vias de acesso; como fator adicional, destacam a pouca ênfase normalmente dada aos estudos da anatomia das regiões sacro-ilíaca e coccígea, durante o período de formação do cirurgião de cólon e reto. Neste sentido, foram realizados estudos de dissecação em cadáver, destacando os principais aspectos anatômicos desta região, em especial aqueles que apresentem maior interesse para o cirurgião, para a realização dos acessos transacral, parassacral e transesfincteriano.

A título de ilustração, apresentam dois casos nos quais estas vias foram empregadas, para tratamento de um tumor retrorretal, em um caso, e de fístula reto-prostática, em outro.

O estudo da cirurgia do reto nos mostra que as vias de acesso abdominal ou perineal têm sido consideradas na grande maioria dos casos como aquelas mais adequadas a abordagem deste segmento do tubo digestivo.

Na verdade, uma análise mais detalhada distingue a via perineal como a solução inicialmente encontrada pelos cirurgiões para o tratamento das doenças retais, uma vez que oferecia esta menores riscos, compatíveis com os escassos recursos existentes à época. Dois fatores, entretanto, viriam modificar esta tendência, deslocando para o primeiro plano a abordagem do reto pela via abdominal (ou anterior), quais sejam os importantes avanços obtidos no controle do paciente cirúrgico, em especial em relação à infecção, e a compreensão a partir dos trabalhos de *Miles*¹ que o tratamento adequado dos tumores malignos do reto implicavam, obrigatoriamente, na necessidade de ressecção de sua zona de drenagem linfática ascendente, sendo esta inacessível a procedimentos realizados unicamente pelo acesso perineal.

Chamou-nos a atenção entretanto o fato de que, paralelamente a esta forma de desenvolvimento da cirurgia retal, podemos notar uma significativa parcela de relatos, em grande parte de origem alemã, nos quais os autores utilizavam-se da via posterior, em especial do acesso transacral, descrito por *Kraske*², demonstrando uma boa aceitação deste método^{3, 4, 5, 6}. Se nos detivermos a analisar a evolução desta técnica,

Trabalho realizado no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital do Andaraí, INAMPS, RJ (Chefe: Dr. José Jazbik).

1 Cirurgiões do Serviço de Colo-Proctologia do Hospital do Andaraí, INAMPS, RJ

2 Residentes do mesmo Serviço

encontraremos ainda nos dias de hoje autores defendendo seu emprego, como *Localio*⁷, entre outros⁸, relatando bons resultados com sua utilização. Evolução análoga pode ser atribuída ao acesso por via transesfincteriana, empregada já no século passado por *Cripps*⁹, por *Bevan*¹⁰ no princípio deste século e revivida por *York-Mason*¹¹, mais recentemente.

Em nosso meio tem sido bastante reduzida a utilização destes procedimentos, cujos motivos acreditamos serem os seguintes:

- Influência direta da escola inglesa, onde as técnicas de acesso posterior ao reto não gozam de boa aceitação;

- Reduzido número de indicações, impossibilitando o desenvolvimento de uma maior familiaridade com o método;

- Formação deficiente do cirurgião de cólon e reto, o qual, não raramente, não é devidamente estimulado ao estudo da anatomia das regiões posteriores ao reto, quais sejam regiões sacro-ilíaca e sacro-cóccigea;

Levando em conta esta última afirmação, buscamos apresentar neste trabalho uma breve revisão de alguns aspectos anatômicos cujo conhecimento nos parece fundamental àqueles que se proponham a realizar uma abordagem ao reto pela via posterior. Não será nosso interesse realizar aqui um estudo anatômico detalhado, motivo pelo qual omitiremos alguns detalhes que nos parecem desprovidos de maior relevância para o cirurgião.

Visando uma melhor compreensão, foram realizados estudos de dissecação em cadáver, com os quais tentaremos reforçar o material aqui apresentado; além disto, buscaremos através do relato de dois casos vividos por nós demonstrar a necessidade do conhecimento das vias de acesso das quais tratamos a seguir.

Aspectos anátomo-técnicos

Estes acessos deverão ser realizados com uma exposição ampla da região, a qual obtém-se da melhor forma através da colocação do paciente na chamada "posição em canivete", ou seja, em decúbito ventral com os membros inferiores flexionados acompanhando a mesa, promovendo-se ainda um afastamento das regiões glúteas, a fim de expor mais adequadamente o sulco interglúteo e ânus. Em caso de abordagem abdômino-sacral, poderá ser também utilizado o decúbito lateral, com o paciente em posicionamento oblí-

quo, devendo ser a mesa mobilizada lateralmente, conforme a necessidade.

Após incisão mediana no sulco interglúteo obteremos a exposição, inferiormente, da rafe anocóccigea superficial, que consiste na inserção do feixe superficial do esfíncter externo. Desinserindo-se esta (**Fig. 1**), iniciamos inferiormente a liberação do cóccix, tendo-se o cuidado de manter íntegro seu revestimento anterior qual seja o fáscia supra-anal ou de Waldeyer. Liberado inteiramente o cóccix, teremos obtido o plano ideal para estender a incisão para baixo, caso queiramos executar uma abordagem transesfincteriana, devendo então ser seccionado o plano dos elevadores do ânus, através do rafe anocóccigeo profundo. Caso o objetivo seja um acesso transacral, este mesmo plano deverá ser prolongado superiormente, de forma a liberar a face anterior do sacro do fáscia de Waldeyer. A seguir deveremos realizar, ainda no acesso de Kraske, uma secção progressiva dos elementos que se fixem lateralmente ao sacro, ou seja, das estruturas que compõem as paredes laterais da pelve (**Figs. 2 e 3**).

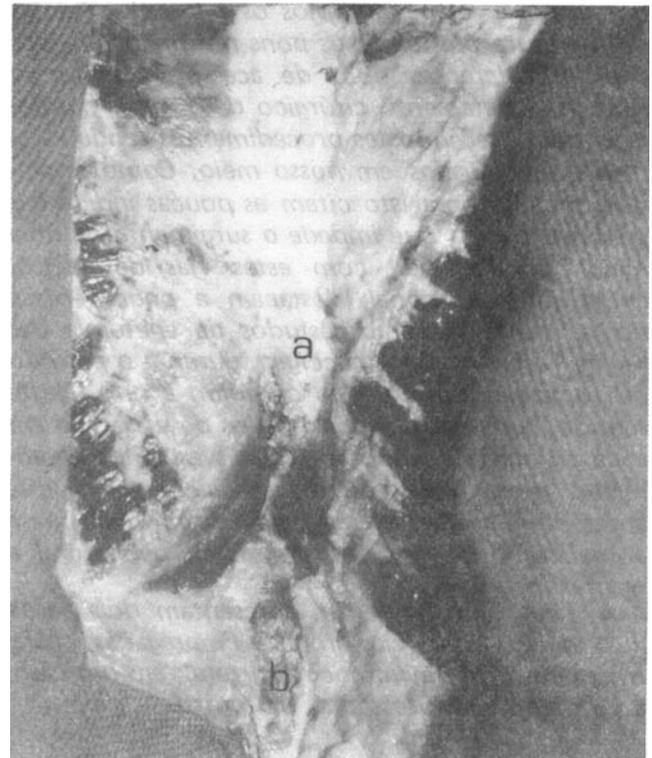


Fig. 1 – Exposição do sacro e cóccix após a incisão mediana. Notar: a) Cóccix; b) Rafe anocóccigeo superficial (m. esfíncter ext.) já desinserido do cóccix

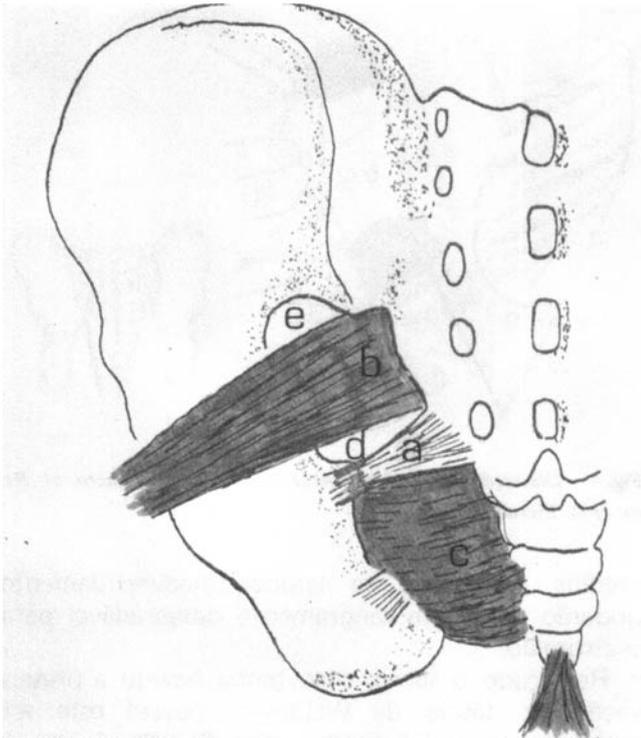


Fig. 2 – Parede lateral da pelve. a) Ligamento sacroisquiático; b) *M. Piriforme*; c) *M. Elevador do ânus*; d) Espaço infrapiriforme (saída do n. ciático e vasos glúteos inferiores); e) Espaço suprapiriforme (saída dos vasos glúteos superiores).

Destacam-se aí, a cada lado, os ligamentos sacroisquiáticos, além das estruturas musculares que compõem o restante das paredes laterais, dentre as quais devemos destacar o músculo piriforme, situado superiormente aos ligamentos, e a inserção sacral dos elevadores do ânus, em posição inferior a estes.

Tais elementos possuem uma outra importância de ordem prática, uma vez que sua secção proporcionará uma abordagem à cavidade pélvica e em especial, ao reto, sem que haja necessidade de ressecção do sacro, constituindo-se este o **acesso parassacral**. Para utilizar-se esta via, entretanto, é necessária a visualização dos elementos que emergem através desta parede lateral da pelve. São estes os vasos glúteos superiores, os quais deixam o interior da cavidade através do chamado espaço suprapiriforme; de maior importância, entretanto, temos o espaço infrapiriforme (**Fig. 3**), situado junto ao bordo do sacro, delimitado superiormente pelo músculo piriforme e inferiormente pelo ligamento sacroisquiático. Por aí saem o nervo ciático, com seu ramo podendo, e os vasos glúteos inferiores. A exposição destes elementos nos permitirá a liberação do bordo lateral do

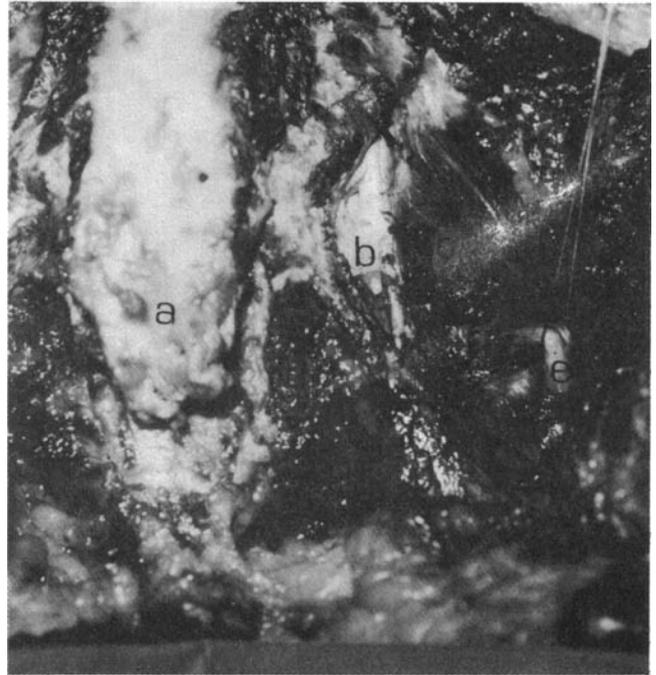


Fig. 3 – Dissecação em cadáver. a) Cóccix sendo rebatido; b) Ligamento sacroisquiático; c) *M. Piriforme*; d) *M. Elevador do ânus*; e) Nervo ciático; Espaço infrapiriforme.

sacro com maior segurança, o que poderá ser feito unilateralmente em caso de acesso parassacral, ou bilateralmente, caso o objetivo seja uma abordagem transacral (**Figs. 4 e 5**).

No caso deste último, outro aspecto a ser considerado é a extensão de sacro passível de ser ressecado sem que se promova uma lesão neurológica capaz de gerar sintomas para o paciente. Segundo estudos de *Gunterberg*¹², a preservação dos ramos bilaterais de S₁ e S₂ e de pelo menos um ramo de S₃ deverá ser suficiente para a manutenção das funções pélvicas e perineais.

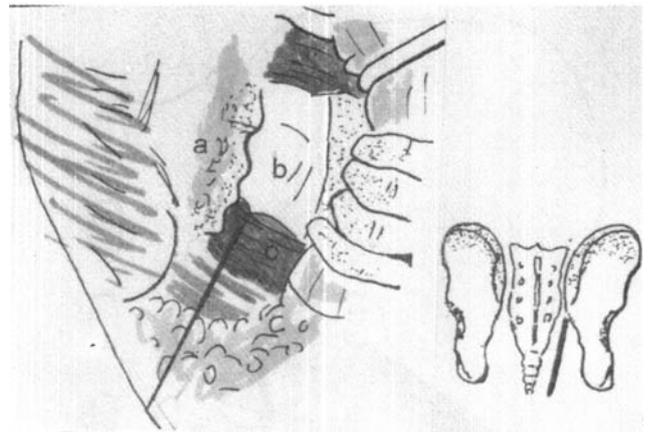


Fig. 4 – Dissecção em cadáver. Acesso parassacral. a) Sacro; b) Reto; c) M. Elevador do ânus.

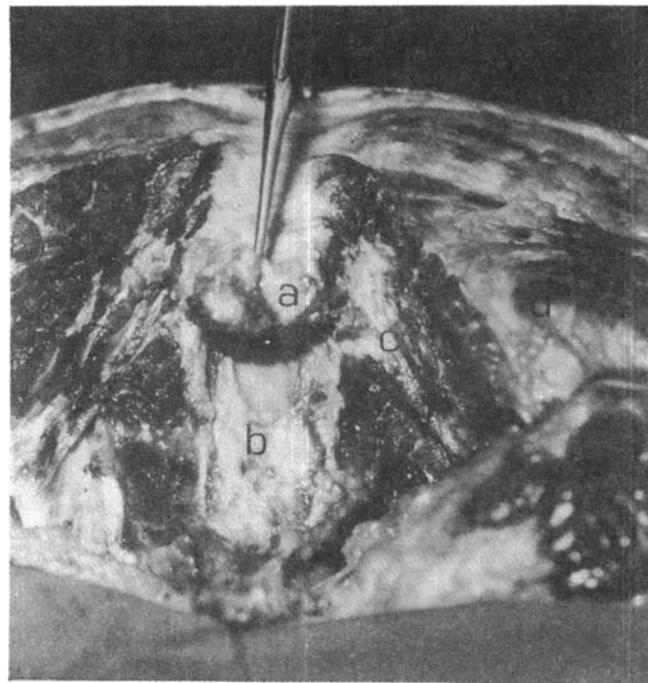


Fig. 5 – Dissecção em cadáver. Início da liberação do sacro. a) Sacro; b) Reto (recoberto pela fásia de Waldeyer); c) Ligamento sacroisquiático; d) M. glúteos rebatidos.

Desta forma, poderemos ressecar as três últimas peças sacrais, obtendo-se assim uma boa exposição da face posterior do reto. Importante ainda destacar que durante esta ressecção deverá haver preocupação com a ligadura dos vasos sacrais

médios, os quais, se lesados inadvertidamente poderão gerar um sangramento desagradável para o cirurgião.

Ressecado o sacro, caso tenha havido a preservação da fásia de Waldeyer, deverá este ser incisado na linha média (**Fig. 6**), de forma a permitir uma perfeita liberação do reto (**Fig. 7**), podendo-se atingir o promontório com relativa facilidade. A partir daí, estaremos em condições de atuar sobre este, através de ressecção com anastomose ou procedimentos menores, como a retirada de tumores vilosos. Quanto ao fechamento deverão ser aproximados e suturados os elevadores, deixando-se entretanto em aberto o local correspondente aos segmentos de sacro e cóccix ressecados.

No caso do acesso transefincteriano (**Fig. 8**), não será necessária a abordagem das paredes laterais da pelve, sendo apenas feita uma incisão interessando pele, subcutâneo, esfíncter externo e elevadores do ânus em sua linha média, conforme já apontamos. Esta incisão deverá ir desde a comissura posterior da fenda anal até a base do cóccix a ser ressecado. Esta abertura deverá ser feita por planos, com cuidados na identificação de cada um destes elementos, a fim de permitir um fechamento adequado. Uma vez exposta a parede posterior do reto, poderemos isolá-lo ou apenas executar uma incisão incluindo canal anal, de forma a permitir a realização de procedimentos endorretais, como a ressecção local de tumores, tratamento de fístulas retouretrais etc.

Apresentaremos a seguir, a título de exemplo, dois casos nos quais a utilização de acessos posteriores representaram importante papel no tratamento cirúrgico.

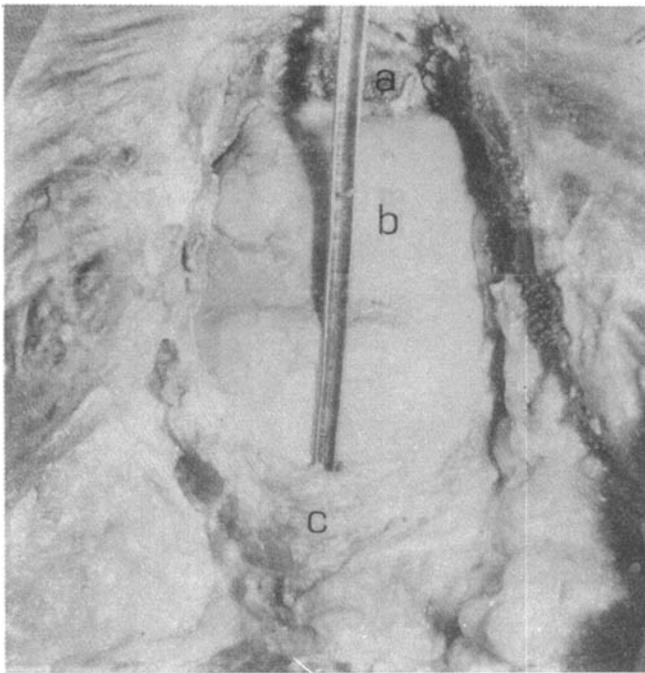


Fig. 6 – Acesso transsacral. a) Sacro seccionado; b) Reto (recoberto pela fásia de Waldeyer); c) Arco posterior do feixe puboretalis (m. elevador do ânus).

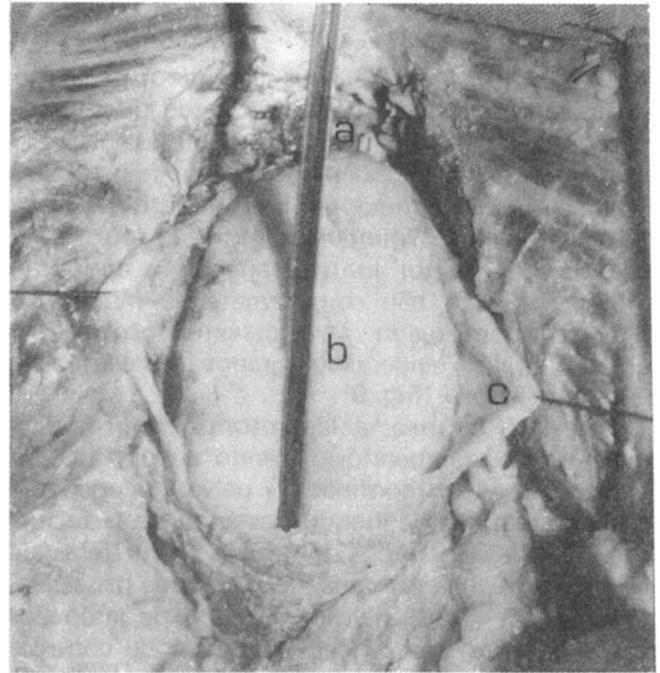


Fig. 6A – Acesso transsacral. a) Sacro seccionado; b) Reto; c) Fásia de Waldeyer incisado na linha média e rebatido; d) Arco posterior do feixe puboretalis.

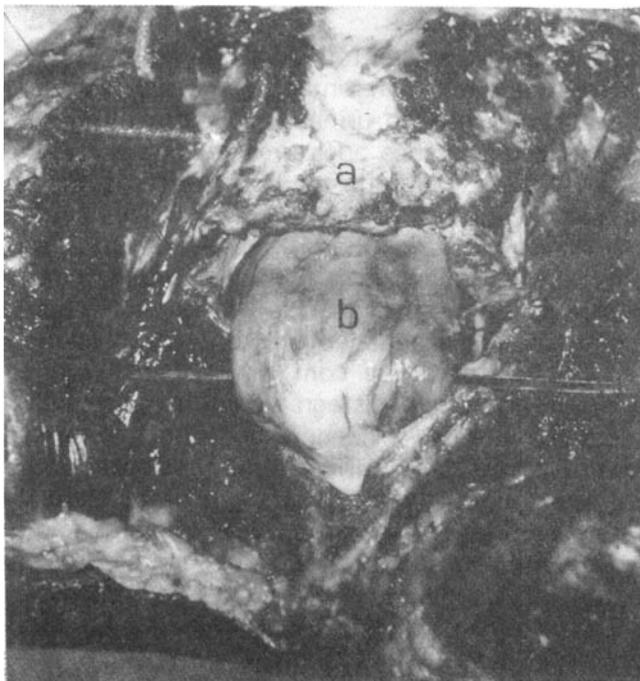


Fig. 7 – Dissecção em cadáver. Acesso transsacral. Notar o reto (b) liberado em toda sua circunferência, permitindo a realização de ressecção com anastomose. Em (c) vemos o m. elevador do ânus incisado e rebatido.

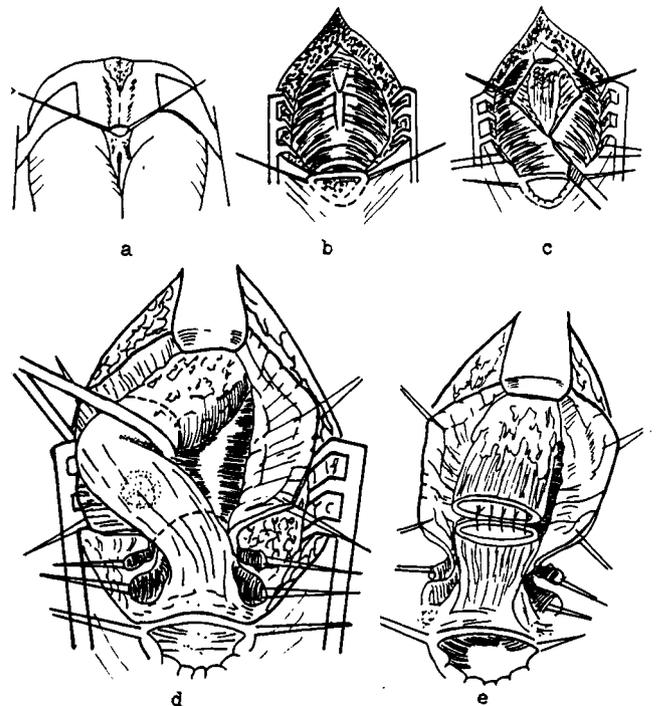


Fig. 8 – Acesso transesfincteriano. a) Colocação em posição. Triangulação do orifício anal; b) Exposição dos elevadores do ânus; c) Incisão dos elevadores e esfíncter externo; d) Liberação do reto para ressecção; e) Anastomose após ressecção.

Relatos de casos

1º Caso – J.V., 42 anos, feminino, procurou nosso Hospital referindo sensação de dificuldade ao evacuar com início há alguns meses, negando outros sintomas. O exame abdominal não revelou anormalidades; o toque retal, entretanto, demonstrava presença de volumosa tumoração retrorretal, com bordo inferior junto à angulação anorretal, indolor, regular, não comprometendo mucosa, o que foi confirmado à retossigmoidoscopia. O clíster opaco evidenciou grande aumento do espaço pré-sacro (**Fig. 9**).

Levada a cirurgia, a laparotomia confirmou o diagnóstico pré-operatório, sendo encontrada tumoração extensa, confinada à pelve e ocupando-a por completo, dificultando bastante, desta forma, sua mobilização. Após tentativas infrutíferas de encontrar-se planos adequados para dissecação, levando em conta inclusive o risco de lesão dos vasos pélvicos sob difíceis condições de controle do sangramento, optamos pela liberação do tumor pela via transacral (**Fig. 10**), o que foi feito através da ressecção do cóccix e duas últimas vértebras sacrais, permitindo assim sua retirada a seguir pelo acesso abdominal, mantendo-se íntegro o reto em toda sua extensão. O exame histopatológico mostrou tratar-se a lesão de um

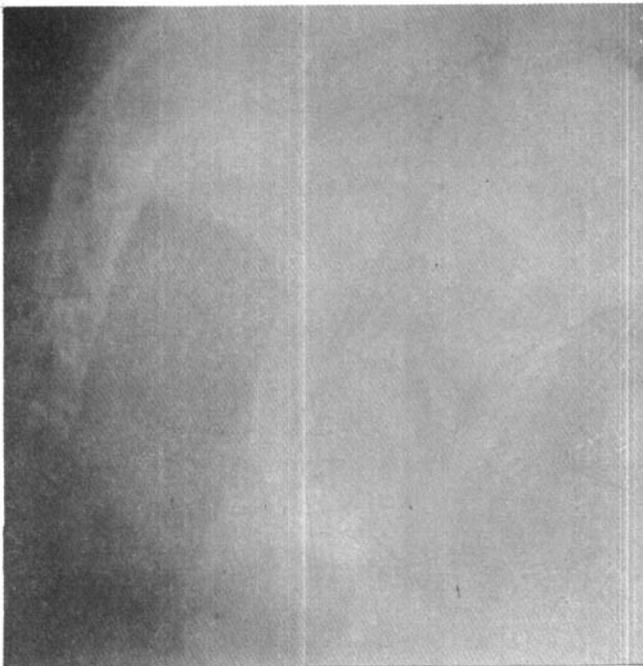


Fig. 9 – Tumor retrorretal. Notar o grande aumento do espaço pré-sacro até o nível do canal anal.

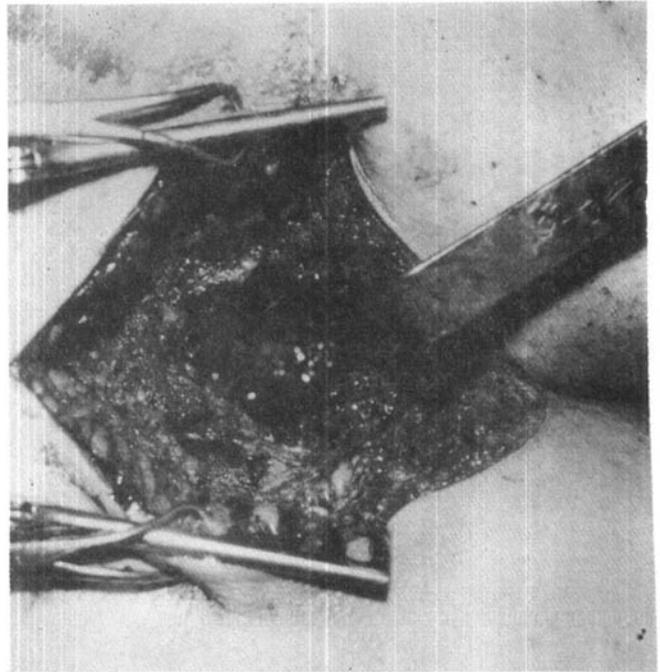


Fig. 10 – Tumor retrorretal. Ressecção abdômino-sacral. Notar acesso à cavidade pélvica através da região de ressecção parcial do sacro e cóccix, havendo preservação do aparelho esfíncteriano.

cisto de desenvolvimento, com conteúdo mucinoso, desprovido, portanto, de características malignas.

A paciente apresentou uma boa evolução pós-operatória, tendo apresentado como única complicação uma retenção urinária, a qual evoluiu para regressão espontânea após uma semana de cateterismo vesical. Teve alta em boas condições gerais, permanecendo assintomática desde então.

2º Caso – H.S., 72 anos, masculino, internado em nosso Hospital com história de fístula reto-prostática em conseqüência de prostatectomia suprapúbica realizada em outro Estado, há dois meses. Apresentava-se com cistostomia e sigmiodostomia, tendo a cistografia confirmado a presença da fístula, evidenciando ainda obstrução completa do fluxo urinário ao nível da uretra posterior, com possível destruição desta. O toque retal demonstrava intensa fibrose em parede anterior, com retração convergindo para orifício de aproximadamente um centímetro de diâmetro, situado a cerca de cinco centímetros da linha pectínea.

Devido à impossibilidade de abordagem deste orifício de forma adequada por via transanal, optamos pelo acesso transesfíncteriano, como podemos ver na **Fig. 11**. Através desse procedimento logramos obter boa exposição da região a

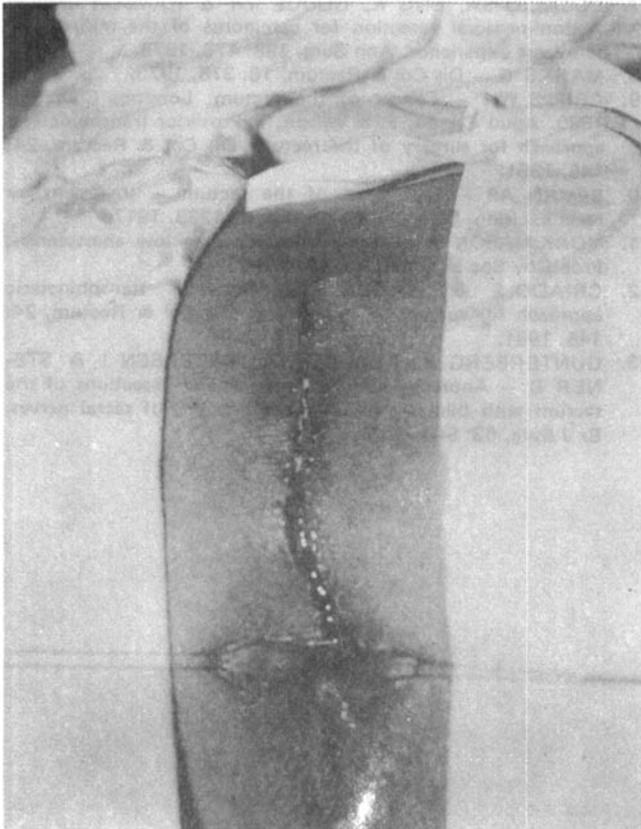


Fig. 11 – Fístula reto-prostática. Acesso transesfincteriano.



Fig. 12 – Fístula reto-prostática. Acesso transesfincteriano. a) M. elevador do ânus seccionado na linha média (rafe anococcígea profunda); b) Parede do reto seccionada; c) Orifício da fístula reto-prostática em parede anterior do reto; d) Canal anal seccionado.

ser trabalhada (**Fig. 12**), sendo realizado um fechamento da comunicação através de sutura após ressecção do excesso de fibrose existente; posteriormente procedeu-se a execução de um reforço através do deslizamento de um retalho mucoso no sentido inferior, sendo fixado este com pontos de fio absorvível; a seguir, foram reconstituídos os planos, com fechamento do canal anal e parede do reto, elevadores do ânus, esfíncter externo e planos superficiais (**Fig. 13**). O período pós-operatório transcorreu sem maiores complicações, e o controle realizado no 15^o dia pós-operatório através da instilação de azul de metileno pela cistostomia não evidenciou extravasamento deste para a ampola retal. Devido ao grande comprometimento fibrótico da região não foi possível a reconstrução da uretra posterior no mesmo tempo cirúrgico, sendo esta então postergada para ocasião posterior.

A apresentação destes dois casos busca justificar a validade dos acessos posteriores ao reto, os quais, embora tendo suas indicações bastante limitadas permanecem significando recursos de grande valor para o cirurgião de cólon e reto.

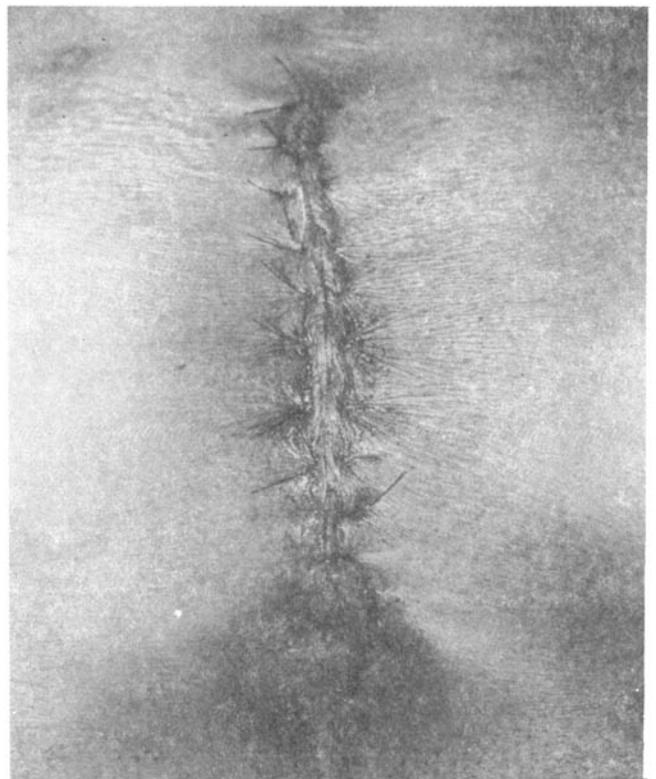


Fig. 13 – Fístula reto-prostática. Acesso transesfincteriano. Aspecto final da ferida operatória.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MILES E – A method of performing abdominoperineal excision for carcinoma of the rectum and of the terminal portion of the pelvic colon. *Lancet*, 2: 1812, 1908.
2. KRASKE P – Zur Extirpation hochsitzender Mastdarm-Krebse *Veh, Dtsch Ges, Chir*, 14: 464, 1885.
3. HOCHENEG J – Die Sakrale inethode der Extirpation von MastdarmKrebsen nach Prof. Kraske. *Wien Klin Wschr*, 1: 254, 1888.
4. D'ALLAINES F – Die chirurgische Behandlung des Rektumkarzinoms. Leipzig: Barth Apud Drobni, S. *Surgery of rectal cancer*. Budapest, 1969.
5. MANDL F – Die erweiterter sakrale Mastdarmkrebsoperation. *Zbl Chir*, 57: 394, 1932.
6. DONALDSON GA, RODKEY GV & BEHRINGER GE – Resection of the rectum with anal preservation. *SGO*, 123: 571, 1966.
7. LOCALIO SA, ENG K, GOUGE TH & RAMSON JHC – Abdominosacral resection for carcinoma of the midrectum: ten years experience. *Ann Surg*, 188: 475, 1978.
8. MARKS G – *Dis Col & Rectum*, 16: 378, 1973.
9. CRIPPS WH – Cancer of the rectum. London, Churchill, 1880. Apud Criado, F. & Wilson, T. Posterior transphincteric approach for surgery of the rectum. *Dis Col & Rectum*, 24: 145, 1981.
10. BEVAN AP – Carcinoma of the rectum – treatment by local excision. *Surg Clin North Am*, 1: 1233, 1917.
11. YORK-MASON A – Techniques for very low anastomosis. *Proc Roy Soc Med*, 65: 46, 1974.
12. CRIADO F & WILSON T – Posterior transphincteric approach for surgery of the rectum. *Dis Col & Rectum*, 24: 145, 1981.
13. GUNTERBERG B, KEWENTER J, PETERSEN I & STENER B – Anorectal function after major resections of the sacrum with bilateral or unilateral sacrifice of sacral nerves. *Br J Surg*, 63: 546, 1976.