

INCONTINÊNCIA ANAL

Mesa-Redonda apresentada no 34^o Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia no Rio de Janeiro, 1984.

Presidente: Nilson Marcondes Celso (SP)
Secretário: João Carlos Zerbini de Faria (MG)
Moderador: Sérgio Brenner (PR)
Participantes: Paulo Roberto Arruda Alves (SP)
Magali Gêmio Teixeira (SP)
Francisco S. Regadas (CE)
José Hypollito da Silva (SP)
Pedro Gus (RS)

Dr. Sérgio Brenner

Nós queremos, em primeiro lugar, lembrar que este é um assunto que interessa de modo específico ao especialista em proctologia, porque no fim das contas, é o especialista que vai tratar desses pacientes incontinentes. Nós achamos que o número de casos de incontinência anal é muito maior do que aqueles que realmente procuram o médico. Isso talvez pelo próprio fato da pessoa, e principalmente no nosso meio, não procurar o médico porque os brasileiros de uma maneira geral são pessoas bastante humildes na sua maioria. Então eles vão ficando com esse problema de incontinência, vão ficando, e acabam deixando isso para um plano secundário. Haja vista, principalmente, as mulheres múltíparas. Se nós formos fazer uma pesquisa acurada, nós vamos ver que muitas delas apresentam certo grau de incontinên-

cia, ou para gases ou para fezes líquidas. De maneira que o especialista acaba vendo aqueles casos de incontinência total, aonde realmente o doente sofre muito, ele sofre inclusive privações de ordem psicológica, e é aí que o especialista vai poder atuar.

— Vamos chamar em primeiro lugar o Dr. Paulo Roberto Arruda Alves, que vai falar sobre "Mecanismos Fisiológicos da Continência Anal". Tem a palavra o Dr. Paulo Roberto.

Dr. Paulo Roberto Arruda Alves

Temos que levar em conta que a continência, do ponto de vista social, cultural, representa uma aquisição muito importante dentro da escala de espécies. Quer dizer, uma preocupação com a continência, seria um apanágio da espécie humana, e principalmente dentro das sociedades organizadas. Por outro lado, o estudo dos mecanismos da fisiologia e da fisiopatologia da continência é muito importante porque a continência é um mecanismo que deve ser necessariamente um mecanismo de alta confiabilidade. Uma continência parcial que se acompanha de problemas emocionais, sociais, para o paciente, quase tão graves quanto uma incontinência total. Muitas vezes não há uma proporção entre a gravidade da manifestação de incontinência e o desconforto e sofrimento que o paciente passa. De modo que a fisiologia na continência dentro desse caráter deve ser um mecanismo de alta confiabilidade, e portanto com larga margem de segurança, deve se

ocupar inicialmente do mecanismo da evacuação, uma vez que a continência não pode ser perfeita num paciente que não apresente uma evacuação também satisfatória. Ou seja, se nós compararmos ao transporte de um recipiente contendo um líquido, por exemplo, numa comparação bastante simplificada e grosseira, qualquer percalço se este recipiente estiver cheio até a borda, qualquer percalço leva a extravasamento do líquido. Há um acidente de incontinência, vamos dizer. Por outro lado, num paciente que apresenta um bom mecanismo de evacuação e um reto vazio, mesmo os mecanismos precários de continência podem ser compatíveis com uma vida perfeitamente normal. Então, faz parte da continência uma evacuação adequada. Em segundo lugar, como é um mecanismo fino e complexo, envolve múltiplos fatores. E por isso mesmo foram levantadas diversas teorias da continência, que procuram explicar como esses fatores interagem a produzir a continência num determinado indivíduo, e como esses fatores são perturbados por determinadas condições mórbidas a produzirem continência.

Em relação ao mecanismo de evacuação, todos vocês estão familiarizados, é muito simples. Com a chegada de conteúdo retal, há um reflexo de abertura do esfíncter interno e a isto se seguem, se for conveniente do ponto de vista social, a expulsão do conteúdo retal. Esse mecanismo, seguinte, depende de diversos fatores. Nós podemos verificar, se nós monitorizarmos a pressão do esfíncter interno, a pressão do canal anal, que quando nós produzimos uma insuflação do reto, ocorre um decréscimo na pressão esfíncteriana. Isso caracteriza, então, a integridade do reflexo de abertura do esfíncter interno. Esse mecanismo depende de uma inervação conservada, e múltiplas são as lesões que podem levar a destruição desse reflexo adequado. No entanto, outros fatores também são importantes para uma boa continência. Deixando agora o mecanismo de evacuação, o reto deve ser capaz de suportar um determinado volume com aumento mínimo de pressão. E esse fenômeno se denomina de complacência retal. A complacência retal pode ser afetada por diversas condições. É preciso que esteja conservada tanto a sensibilidade retal quanto do canal anal, e que haja um aparelho esfíncteriano presente e capaz de exercer a sua ação no momento adequado. Isso também depende, essa adequação da ação esfíncteriana depende de uma integração a nível cortical. Então, quando há uma massa que ocupa espaço no interior da ampola retal, ela poderá se acompanhar de uma redução da complacência retal, mas quando de grande volume, os tumores podem se acompanhar de uma redução

então da capacitância do reto. As doenças inflamatórias também se acompanham de redução quer por enrijecimento da parede do reto, quer por fenômenos de irritação da própria mucosa retal, se acompanha também de redução da complacência do reto, ou seja, a capacidade do reto de suportar o volume. Assim é que quando o processo inflamatório é intenso, ocorre não só alteração de sensibilidade do reto, como também alteração da natureza do conteúdo retal, ou seja, uma transformação desse conteúdo, num conteúdo de pastoso a líquido, e quando esse fenômeno se acompanha de grande irritação da parede do reto, grande aumento de sensibilidade do reto pode se manifestar então também, manifestações do tipo de incontinentes. Quando há lesão, quando falta o efector muscular, evidentemente que a continência fica muito prejudicada mesmo quando o paciente apresenta bom esvaziamento retal. E quando o canal anal é sede de processo neoplásico pode ocorrer também uma perturbação bastante séria da continência, resultante da destruição de tecido, combinada com alterações irritativas do canal anal, alterações da sensibilidade.

Em outras circunstâncias, mesmo com os efetores conservados, ou seja, o aparelho esfíncteriano íntegro, a incontinência se manifesta por um trajeto paralelo de fezes como num paciente que sofreu um trauma perineal e apresenta uma fístula reto-perineal. Ele vai apresentar incontinência mesmo com o seu aparelho esfíncteriano totalmente conservado. Tentando agregar esses fatores de continência de uma maneira que se completem, foram formuladas diversas teorias de continência que seria dependente de um obstáculo puramente pressórico no canal anal, ou seja, a continência seria o resultado de uma região de hiperpressão ao nível do canal anal, e que essa hiperpressão seria suficiente para conter aquele material intra-retal e então dar origem à continência. No entanto nós sabemos que esse mecanismo por si só não é suficiente para explicar a continência, uma vez que se desenvolve no interior do reto pressões que são significativamente superiores às pressões que podem ser produzidas pela contração do aparelho esfíncteriano. Com o mecanismo que se superajuntaria ao do obstáculo pressórico do canal anal, foi proposto que uma angulação entre o eixo do reto e o eixo do canal anal seria responsável pela não transfusão direta da pressão intra-retal ao canal anal, e dessa forma aumentando a eficiência do aparelho esfíncteriano.

Outros mecanismos foram propostos como o mecanismo valvular, ou seja, o aumento da

pressão intra-abdominal comprimiria o reto intra-abdominal, e dessa forma funcionaria como um mecanismo valvular, ou seja, o aumento de pressão no interior da cavidade abdominal contrabalançaria o aumento de pressão no interior da cavidade retal, no momento de uma manobra de Valsalva, por exemplo. Seria uma explicação para determinadas circunstâncias em que a continência se manifesta, mas por si só não explica todas as circunstâncias em que a continência é perfeita.

Em relação ao fechamento que se obtém do canal anal pela musculatura esfinteriana, nós observamos que quando nós, num canal anal fechado, aumentamos a pressão desse canal anal, para se produzir a abertura do canal anal, essa pressão é superior àquela que se observa quando já se franqueou o canal anal, ou seja, haveria um acolamento das superfícies internas do canal anal, o que levaria a uma pressão, uma necessidade de uma pressão maior para franquear o canal anal, do que aquela desenvolvida pelo aparelho esfinteriano por si só.

Numa tentativa de agregar todos esses fatores dentro de uma só teoria, então se propõe que o aparelho esfinteriano na verdade seja um conjunto de fatores, efatores musculares, disposição anatômica, interrelação entre estruturas, que se manifesta tudo isso integrado por um sistema nervoso conservado, quer a nível de reflexo, quer a nível cortical, se manifesta como continência.

Um fator que seria importante dentro da continência, seria esse ângulo que se observa entre o eixo do reto e o eixo do canal anal. De tal forma que os aumentos da pressão intra-retal tendem a se transmitir mais à parede posterior do reto do que ao longo do canal anal. Por outro lado, quando aumenta a pressão intra-abdominal, essa pressão comprimiria o reto, e se somaria a essa angulação num mecanismo que tende a impedir um escoamento do conteúdo retal.

Evidentemente que há circunstâncias em que os mecanismos de continência falham completamente, quando, por exemplo, não existe o canal anal. Então é a exposição da mucosa e ausência praticamente total de um aparelho esfinteriano que vão levar à manifestação de incontinência seguramente, à qual também se superajunta um fenômeno que não é propriamente de incontinência, mas cuja manifestação é importante considerar, que é o escape ("soiling"). Mesmo que o paciente não apresente a perda de conteúdo fecal, ele vai apresentar uma umidade na região perineal, pela exposição da mucosa e que é também uma

manifestação muito importante, que freqüentemente acompanha a incontinência.

Em outras circunstâncias grandes hemorróidas também por um mecanismo de exposição da mucosa podem se associar a incontinência importante, e quando o canal anal, mesmo sem exposição da mucosa, não apresenta a sua conformação adequada, o paciente pode manifestar incontinência. Nós queremos lembrar aqui, ainda que esses fatores de continência, essas teorias expliquem de uma maneira satisfatória a continência num paciente, elas não são capazes de explicar todas as circunstâncias. Eu tenho certeza que nós vamos ver ao longo das outras exposições que tratam da parte terapêutica, que essas explicações não são suficientes para se entender completamente os mecanismos, quer de continência, quer de incontinência. Ou seja, há determinadas circunstâncias, principalmente aquelas associadas com graus variados de prociência, e que nós não somos capazes em todos os pacientes de identificar os mecanismos produtores da doença, ou seja, as nossas teorias de continência não são suficientes para explicar adequadamente a incontinência que o paciente manifesta.

Dr. Nilson Marcondes Celso

A Comissão agradece a palestra do Dr. Paulo Roberto Arruda Alves, e tenho o prazer de convidar a Dra. Magaly Gêmio Teixeira para falar sobre "Tratamento Conservador".

Dra. Magaly Gêmio Teixeira

Bem, o tratamento conservador estaria indicado em todos aqueles casos em que não houvesse possibilidade de correção cirúrgica, porque na verdade não se trata de um tratamento e sim de algumas medidas com o intuito de minimizar a incontinência que o paciente apresenta. Antes de tratarmos um paciente temos que proceder então a propedêutica com o intuito de caracterizar o tipo de incontinência que o paciente apresenta. Aqui então é importante a história clínica porque nos permite distinguir se a incontinência será de origem congênita ou adquirida. O exame das vestes dos pacientes é importante porque muitas vezes a queixa de incontinência não condiz com os achados de exame clínico. O estudo da região ano-perineal mostrando então o ânus aparentemente fechado ou entreaberto ou patuloso, a pesquisa dos reflexos anorretais que podem caracterizar um processo neurológico e o exame digital com a avaliação do tônus quer em repouso ou em

contração, dando uma idéia da quantidade de massa esfinteriana presente. Eventualmente serão necessários outros exames como a manometria anorretal, que permitirá avaliar a sensibilidade do reto à distensão e a resposta dos esfínteres a essa distensão. A eletromiografia, eventualmente um defecograma, para se fazer um estudo principalmente dos elevadores do ânus, do ângulo anorretal, eventualmente uma estimulação elétrica com o intuito de saber se há a resposta e, portanto, se esse método poderá ser usado no tratamento e um exame neurológico completo para caracterizar patologias dessa ordem.

Só para ter uma idéia da etiologia, nós vamos apresentar nossa experiência no ambulatório de bexiga-neurogênica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e o Laboratório de Fisiologia e Distúrbios Esfinterianos onde foi feito um estudo da etiologia das alterações esfinterianas no período de janeiro de 58 a 77, onde 470 pacientes procuraram o serviço pela primeira vez.

Destes pacientes, 135 apresentavam lesões congênitas caracterizadas, na maioria delas, por disrafismos de coluna e 15 casos de agenesia de saco e entre as lesões adquiridas, 335 casos, a maioria delas foi traumática, por acidentes, principalmente de automóveis ou por lesões por projéteis de arma de fogo. Aqui cabem algumas considerações muito importantes com relação à incontinência. Até 1958, as alterações congênitas, os disrafismos de coluna, eles não eram adequadamente tratados. Essas crianças nasciam e eram deixadas para ter uma evolução natural. A partir de 58 foram introduzidos métodos bastante agressivos de tratamento, com correção desses defeitos de meningocele, melomeningocele, correção de hidrocefalia associada e a seguir a criança era orientada no sentido de receber um acompanhamento de um urologista porque freqüentemente vinham alterações urológicas importantes, alterações ortopédicas, então essas crianças eram tratadas de tal forma que, a partir de 1958, houve a possibilidade dessas crianças atingirem a idade adulta e com isto chegarem à escola primeiramente; então quando chegavam à escola elas tinham um obstáculo intransponível que era a incontinência fecal porque impedia o relacionamento adequado dessas crianças no seu meio social. Só para também citar a importância da incontinência fecal, desses pacientes portadores de lesões de disrafismos de coluna, a maioria deles não consegue se casar, os que são portadores de lesão esfinteriana fecal, principalmente. E cerca de 60% deles não conseguem obter emprego comparado com cerca de 26%

dos incontinentes apenas urinários que não conseguem se adequar a uma vida social normal. Com relação às lesões adquiridas também tem aumentado o número de pacientes portadores de incontinência porque a faixa etária da população cada vez se eleva mais devido à melhoria das condições de vida. Então nós vamos ter sempre um número maior de pacientes portadores de incontinência e devemos ainda lembrar que a maioria das internações em instituições para pessoas idosas se faz a partir do momento em que o paciente passa a apresentar a incontinência fecal porque é uma coisa que a sociedade ainda não aceita, a família não aceita.

Bem, o que nós poderíamos fazer no sentido, então, de auxiliar esses pacientes? Como nós dissemos, o tratamento clínico, ele não existe. O que existem são algumas medidas de que podemos nos utilizar para fazer com que minore a sintomatologia. Então nós podemos nos utilizar de um treinamento intestinal, da estimulação anal, do *biofeedback*, e por último, de medidas de exceção que são aquelas medidas utilizadas quando nenhum dos três anteriores têm algum efeito e quando o tratamento cirúrgico é impossível de ser feito.

Bem, o treinamento intestinal tem dois objetivos básicos: primeiro é a regularização do hábito intestinal e o segundo é manter o reto vazio. São pacientes que não têm o esfínter ou que o esfínter não responde aos estímulos, então o único meio de nós mantermos esses pacientes incontinentes seria mantendo o reto vazio, ou seja, impedindo que houvesse algum acidente. E esse treinamento se baseia na capacidade de o cólon descendente do sigmóide atuar como um reservatório fecal.

O programa básico de treinamento, então, consta de uma dieta rica em resíduos que deve ser mantida constante. Qualquer alteração da dieta poderá levar o paciente a ter alteração da quantidade de resíduo, portanto uma alteração do bolo fecal, alterando o hábito intestinal. O condicionamento é conseguido fazendo com que o paciente tenha um horário fixo de evacuação, de preferência após uma alimentação para que se utilize do reflexo gastrocólico, o paciente deve ter condições de sozinho se preparar para o ato de evacuação, ter condições de ter privacidade suficiente para isto e tempo para despender nesse condicionamento. A grande maioria dos pacientes que são submetidos ao programa de treinamento apresentam fecalomas, então, durante uma semana, durante 7 dias consecutivos nós fazemos

enemas sempre em horário prefixado. O enema não só consegue o esvaziamento dessas fezes impactadas, como também tem o efeito psicológico muito bom, porque uma vez limpo o intestino terminal o paciente não perderá fezes no decorrer do dia e isto psicologicamente é muito importante no início de um treinamento.

Após o término dos sete dias em que se fazem esses enemas nós passamos ao uso de supositórios geralmente do tipo de Bisacodil, colocados num horário prefixado e o paciente fará uso deles durante um mês. Se após esse período de 30 dias ele conseguir evacuar sozinho ele abandona o uso dos supositórios, senão ele mantém, até que ele consiga espontaneamente evacuar no horário prefixado.

Bom, quais são os pré-requisitos para um treinamento intestinal? Primeiro, condições físicas adequadas. É evidente que se o paciente tiver um problema neurológico muito grave e não tiver condições sequer de se levantar do leito, ele não vai ter condições de ser condicionado. Há a necessidade de o indivíduo entender o que vai ser feito, então precisa ter uma certa capacidade de aprendizado. Outro fator importante é a consciência do problema, então nós temos muito mais facilidade para condicionar crianças do que condicionar indivíduos adultos, que já se habituaram à incontinência. No Hospital das Clínicas, às vezes, nós recebemos pacientes adultos que conviveram com essa incontinência durante algum tempo, então eles não têm condições de fazer um condicionamento porque eles não vêem a vantagem deste condicionamento. E o potencial de cooperação do paciente é muito importante, o paciente tem que perceber o que ele vai receber em troca do esforço que ele vai fazer para se condicionar e cooperar com o médico.

Bom, o método tem algumas vantagens, ele é bastante simples, socialmente aceitável, não tem nenhum efeito colateral e é pouco dispendioso, o que facilita o seu uso em nosso meio.

Apresentaremos agora um estudo feito em nosso Ambulatório, envolvendo 52 pacientes consecutivos apresentando disrafismos de coluna, dos quais eram 42 mielomeningoceles no total.

Quanto ao sexo, a distribuição foi similar.

Com relação aos disrafismos de coluna, vale uma observação que os resultados, os achados de exame físico são muito caprichosos e nem sempre correspondem à incontinência apresentada pelo paciente. Fecaloma aparecia na metade dos pacientes, o que justifica o uso dos enemas, como nós já havíamos falado.

E então, com relação ao exame neurológico, vocês vejam que não existe relação entre o fato do paciente ser incontinente e ele apresentar sensibilidade perineal presente.

A pesquisa de reflexos mostrou-os presentes em 10 pacientes.

A sensação ampular de reto preenchido ocorria em 17 pacientes, havendo ainda sensibilidade perineal presente em nove.

Com relação aos resultados obtidos notamos que a grande maioria dos pacientes precisou de 37 a 60 dias para se condicionar. Alguns não obtiveram resultados e continuaram no tratamento durante cinco meses e um deles mostrando um grande potencial de cooperação, persistiu usando supositórios 11 meses até conseguir educar o seu intestino. Dois recusaram o tratamento porque eram adultos e estavam habituados à situação e cinco foram excluídos porque eram menores de três anos de idade e até essa idade nós não condicionamos.

A estimulação anal é uma outra possibilidade que nós podemos usar em pacientes incontinentes. Nós usamos a estimulação anal quando existe alguma musculatura presente. E também em pacientes que foram submetidos a tratamento cirúrgico e queremos melhorar os resultados da cirurgia.

Existem três métodos básicos de estimulação anal, que são: estimulação externa, o uso de implantes e a estimulação máxima de períneo, que deve ser feita sob anestesia.

A estimulação externa é obtida através de um adaptador que é colocado no canal anal e de uma bateria que o paciente usa na vestimenta.

O estimulador anal está indicado naqueles casos em que existe esfíncter mas o esfíncter é hipotônico e nos casos em que é necessário melhorar os resultados pós-cirurgia. Forma-se um arco reflexo artificial e como pré-requisitos o fundamental é o posicionamento adequado do estimulador. Muitos pacientes não têm um canal anal que se adapte ao *plug* do aparelho, então torna impossível o uso desse método. É importante também que o paciente consiga apresentar uma boa tolerância local. Alguns pacientes, com o uso do aparelhinho, apresentam ulcerações locais, ou referem uma sensação desagradável e acabam não se utilizando do estimulador. Na nossa casuística, também do Ambulatório, este recurso foi utilizado em sete crianças e 10 adultos, em grande maioria dos casos, pós-tratamento cirúrgico.

Tivemos maus resultados em dois casos, sendo um deles portador de processo inflamatório anal, o que impedia o uso do aparelho.

Com relação aos resultados, eu gostaria de tecer um comentário. As medidas conservadoras ou mesmo um tratamento cirúrgico com relação à incontinência são muito decepcionantes porque nós consideramos um tratamento com bons resultados quando o paciente apresenta 90% de bons resultados, ou seja, um paciente que permanece permanentemente incontinente se, ao cabo do tratamento, em dez dias ele apresenta um episódio de incontinência, nós rotulamos isto como um resultado bom. Para nós médicos, este é um resultado excelente para este tipo de patologia.

Outro recurso possível é o implante definitivo. Este é colocado por laparotomia sendo os eletrodos colocados na massa esfíncteriana, e o aparelho no subcutâneo. Nós deixamos de usar esse tipo de estimulador porque havia quebra dos eletrodos com uma certa frequência, e os resultados não foram muito estimulantes. Com relação às técnicas de *biofeedback*, o objetivo do *biofeedback* é reforçar o esfíncter externo. Aqui também existem pré-requisitos básicos. Em todos esses métodos que eu estou citando, é sempre fundamental que o paciente consiga aprender, que ele queira cooperar e que ele entenda a importância do problema, porque caso contrário nenhum desses métodos será eficiente.

Para o *biofeedback* é necessário ainda que o paciente tenha uma sensação normal de distensão retal, ou seja, ele precisa sentir o reto distendido com volumes iguais ou menores do que 30 ml. E ele deve ter uma resposta normal à distensão, quer dizer, ele deve ter esfíncteres que possam atuar normalmente. Aliás, a técnica de *biofeedback* é a técnica pela qual nós aprendemos a fazer tudo, quaisquer coisas na vida. São estímulos normais aos quais nós oferecemos uma recompensa. Então o que nós fazemos é fazer com que o paciente veja o traçado de resposta e que ele seja estimulado a reproduzir um traçado normal. Isso às vezes se consegue em uma hora de estímulo.

Finalmente, algumas medidas de exceção quando todos esses métodos falham, são pacientes em geral que têm também distúrbios de consciência, então não têm condição de serem utilizados em nenhum tipo de tratamento, não podem ser submetidos à cirurgia, então sobram as lavagens intestinais, o esvaziamento manual, o uso de roupas apropriadas para conseguir medidas higiênicas só, e finalmente a colostomia quando for mais simples o manuseio do paciente pela enfermagem do que com a incontinência.

De uma maneira geral era isso que nós gostaríamos de apresentar.

Dr. Nilson Marcondes Celso

Nós agradecemos a excelente apresentação da Dra. Magaly e passamos a palavra ao Dr. Francisco Regadas, que vai falar sobre o tratamento da incontinência anal idiopática.

Dr. Francisco Sergio Regadas

Gostaríamos inicialmente de agradecer à Comissão Organizadora pelo honroso convite que nos foi formulado para participar desta mesa pois por tratar-se de um assunto tão interessante, deve ser sobejamente discutido.

Os indivíduos portadores de incontinência anorretal são acometidos, além de anomalia física, de transtornos de ordem psíquica devido não conseguirem, na maioria das vezes, conviver com a incontinência. Uma de nossas pacientes tentou inclusive o suicídio por sentir-se completamente isolada do convívio social que mantinha anteriormente.

O tratamento desta patologia sempre foi difícil embora tenha se tornado possível no início da última década, por volta de 1971, quando Sir Alan Parks introduziu o reparo pós-anal para o tratamento das incontinências anorretais idiopáticas, além de haver publicado um trabalho contribuindo com alguns detalhes técnicos para o tratamento das incontinências adquiridas.

O reparo pós-anal visa a correção das anomalias anatômicas existentes nestes doentes, que são principalmente a hipotonia esfíncteriana acentuada e que ocorre devido ao relaxamento da musculatura perineal, configurando o que se denomina a síndrome do períneo descido quando a fenda anal encontra-se mais ou menos ao nível das tuberosidades isquiáticas. Nestes casos, ocorre desaparecimento do ângulo anorretal com conseqüente ausência do canal anal, como já frisou o colega que me precedeu. Portanto, o reparo pós-anal consiste basicamente na correção do ângulo anorretal.

A incontinência idiopática deve ser bem diferenciada de quando existe ou não a presença de prolapso mucoso associado pois nós tratamos cada caso de maneira diferente. A incontinência anal geralmente se acompanha de certo grau de prolapso da mucosa mas quando são pequenos ou de médio tamanho, geralmente ficam tratados através simplesmente do reparo pós-anal, pois com a correção do ângulo anorretal, o canal anal se normaliza, impedindo desta maneira que ocorra a exteriorização da mucosa retal.

No caso, no entanto, em que existe um prolapso mucoso volumoso, a que nós chamamos

de prolapso mucoso circular, nós associamos a ressecção circular desta mucosa ao reparo pós-anal.

A técnica do reparo pós-anal que utilizamos é realmente a clássica, sem nenhuma modificação daquela proposta por Parks. Praticamos uma incisão em "V" entre o ânus e a ponta do cóccix, dissecamos os esfíncteres externo e interno, identificamos o espaço interesfíntérico abrindo-o amplamente até ao nível da fáscia de Waldeyer que também é seccionada para uma melhor mobilização do reto. Fazemos a aproximação dos puborretais utilizando-se fio de seda 2-0. O fechamento da pele é feito com fio inabsorvível, ficando a linha de sutura em forma de "Y".

Operamos 23 pacientes com incontinência anal idiopática sem prolapso mucoso ou com prolapso de pequena ou média intensidade. Com relação à incidência quanto ao sexo, é mais comum no feminino, numa porcentagem de 87%. No que concerne às complicações, não são freqüentes apesar de não utilizarmos a colostomia derivativa temporária. Observa-se sempre deiscência da pele, especialmente em sua parte central devido à necrose da pele mobilizada. Houve no entanto um caso de infecção grave com formação de volumoso abscesso ao nível do espaço pré-sacro, fato que ocasionou a deiscência da sutura dos puborretais.

Num tempo de seguimento de um a cinco anos, consideramos resultados satisfatórios em 82% dos casos, isto é, em 19 pacientes. Três são considerados regulares pois ainda persiste incontinência para flatos e isso tem ocorrido nos indivíduos portadores de uma massa muscular deficiente e com pouca força de contratilidade. Em um dos casos, utilizamos a mioestimulação elétrica com resultados mais ou menos idênticos. Um caso é considerado insatisfatório por ter ocorrido a formação de abscesso como já foi anteriormente relatado.

Já nestes casos em que o indivíduo apresenta volumoso prolapso mucoso além de incontinência anorretal, nós inicialmente procedemos a ressecção circular dessa mucosa com posterior utilização do reparo pós-anal.

Fazemos uma suave dilatação da fenda anal. Infiltramos solução de adrenalina numa diluição de 1/300.000 na submucosa (**Fig. 1**), iniciando pela hemicircunferência posterior do canal anal. Em seguida, praticamos uma incisão na mucosa, 0,5-1,0 cm acima da linha pectínea, começando sua dissecção no sentido cranial até aproximadamente 2 a 3 cm, extensão suficiente para conseguir um bom plano de clivagem. Em seguida realizamos a mesma seqüência nos demais quadrantes até completar a incisão em toda a circunferência. Nesta ocasião, colocamos pinças de Kelly na borda da mucosa a ser removida,

ficando uma ou duas em cada quadrante e retiramos o afastador anal. Daí em diante, pratica-se a dissecção em toda a mucosa circunferencialmente, mantendo sempre o plano de clivagem ao nível da submucosa.

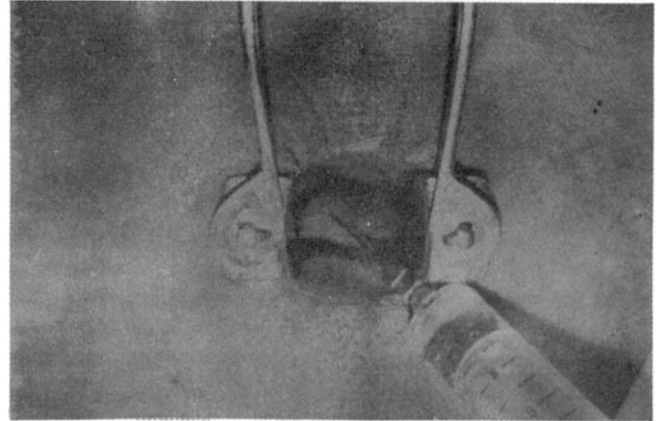


Fig. 1 – Infiltração de solução de adrenalina na submucosa.

Utilizamos a tesoura no processo de dissecção, embora em raras ocasiões, praticamos a dissecção romba. A hemostasia é feita cuidadosamente por eletrocoagulação, no decorrer da operação pois torna-se muito difícil realizá-la após a remoção da mucosa. Em geral ressecamos aproximadamente de 10 a 15 cm de mucosa (**Fig. 2**). Após a sua remoção (**Fig. 3**) colocamos quatro pontos de reparo, passando pela borda da mucosa que deverá ser tracionada inferiormente e a mucosa acima da linha pectínea. Do mesmo modo passam-se todos os outros pontos em torno da circunferência do canal anal.

A sutura é realizada pregueando-se a camada muscular e esfíncter interno para diminuir a tensão na linha de sutura e aprofundando o ponto através do esfíncter interno ao nível da borda da mucosa pouco acima da linha pectínea. Utilizamos o fio Dexon-2-0. O paciente permanece constipado por cinco dias.

Após concluída esta ressecção da mucosa, realizamos o reparo pós-anal (**Fig. 4**). Associando esta nossa técnica ao reparo já descrito, corrigimos as anomalias anatômicas existentes, isto é, a hipotonia acentuada e o prolapso da mucosa, pois além de removermos o segmento mucoso prolapsado, refazemos o ângulo anorretal, reconstituindo conseqüentemente o canal anal.

Operamos 35 pacientes. Incidência maior no sexo feminino (85%), idade média de 53 anos. As complicações foram poucas, sendo as mais comuns infecções leves da ferida com deiscência da pele, ocorrendo formação de dois abscessos profundos e dois casos de fístulas superficiais. Estas



Fig. 2 – Segmento de mucosa que será ressecado.

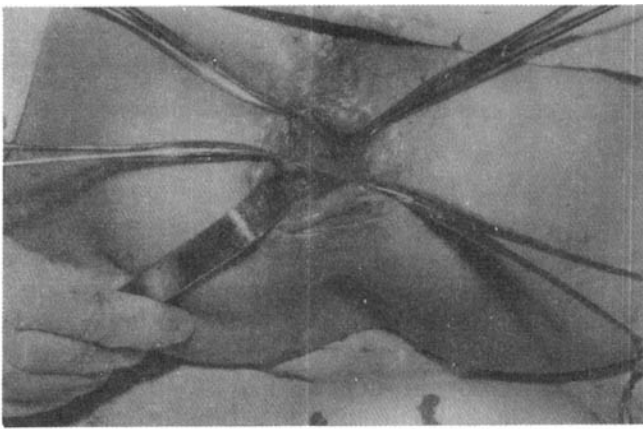


Fig. 3 – Aspecto após a excisão da mucosa e anterior à sutura entre a borda da mucosa tracionada e a extremidade inferior acima da linha pectínea.

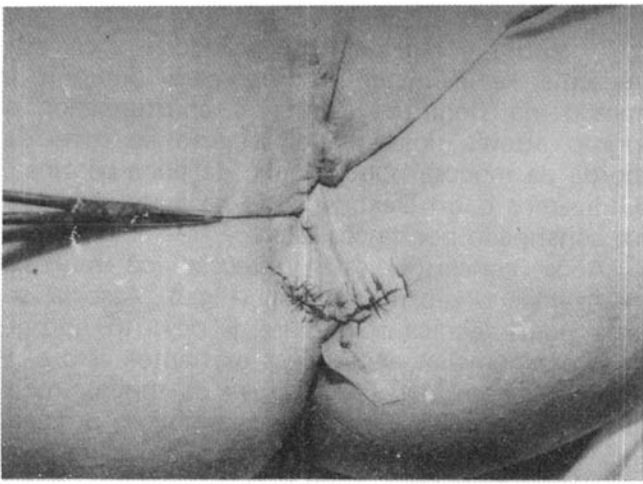


Fig. 4 – Aspecto final da operação.

fístulas ocorreram às custas da ferida do reparo pós-anal.

Num tempo de seguimento de dois meses a cinco anos, consideramos resultados satisfatórios em 26

casos (74%). Regular em cinco casos; são os pacientes que ainda apresentam incontinência para flatos. Insatisfatórios em dois casos e que se devem à presença de abscessos nas feridas cirúrgicas.

Finalizando, gostaríamos de chamar a atenção dos senhores para a importância de conseguirmos tratar estes pacientes na primeira tentativa, pois caso contrário, torna-se bem mais difícil a reoperação, principalmente no que diz respeito ao reparo pós-anal.

Muito obrigado.

Dr. Nilson Marcondes Celso

Nós agradecemos a bela apresentação do Dr. Francisco Regadas, e passamos a palavra ao Dr. José Hyppollito da Silva, que vai falar sobre o "reparo do esfíncter para a incontinência anal".

Dr. José Hyppollito da Silva

O tratamento cirúrgico da incontinência anal fundamenta-se basicamente no conhecimento da etiologia, da fisiologia e da anatomia da região anorretal. Para tanto, nós nos valemos de dados anamnésicos, do exame proctológico, notadamente da inspeção, quer seja ela estática ou dinâmica, da palpação externa e interna, da retoscopia, e de mecanismos e exames complementares, tais como a eletromiografia, a eletromanometria, o raio-X simples da região óssea correspondente, e também muitas vezes do enema opaco.

O conhecimento da etiologia é fundamental, como nós já dissemos, então, para a abordagem cirúrgica desses pacientes. E nós coletamos alguns mecanismos que levam à incontinência anal, quais sejam: cirurgias conseqüentes a tratamentos para as deformidades congênitas do ânus e do reto, quer sejam elas baixas como a imperfuração anal, o ânus ectópico, médias como o estreitamento retal, e altas como a cloaca, a estenose retal com o ânus, e a agenesia anorretal.

Um outro conjunto de mecanismos que levam à incontinência anal são conseqüentes a acidentes. Esses acidentes com grandes lacerações da região anoperineal, acidentes obstétricos, também principalmente por ocasião das episiotomias medianas, e também conseqüentes a tratamentos cirúrgicos, de fístulas, de fissuras, de hemorróidas, e cirurgias que visam a preservação esfíncteriana como nas ressecções anteriores com anastomose colorretal baixa, nos abaixamentos, e também mais recentemente nas mucossectomias com a feitura de bolsas ileais. E também os traumas actínicos da região anorretal. E também uma

outra causa de incontinência anal, é aquela representada pelas doenças anorretais próprias, quais sejam: prolapso e a procidência, as hemorroidas de 3º grau, a retocolite, a moléstia de Crohn, abscesso anorretal, megarreto e o fecaloma. E finalmente, aquelas doenças conseqüentes, as incontinências conseqüentes à doença do sistema nervoso central.

Uma vez conhecidos os mecanismos etiológicos, fisiológicos e a anatomia da região, nós passamos ao tratamento cirúrgico. E esse tratamento pode ser por atuação direta sobre a musculatura. São os chamados reparos musculares, que podem ser feitos nos músculos anorretais, com as suturas dos músculos esfínterianos por aposição, superposição e plicatura, ou também através da atuação direta sobre os músculos puborretais, através de suas suturas, quer através das plicaturas anteriores ou posteriores, e também utilizando mecanismos cirúrgicos suplementares à continência anal através de cirurgias sobre os músculos glúteos vasto interno, longo adutor, e também sobre o reto interno ou músculo *gracilis*.

Para os casos em que o reparo muscular não deu resultado satisfatório, nós temos ainda outros mecanismos de tratamento cirúrgico, quais sejam: operação de Thiersch, implante eletrônico e a colostomia.

Dentre as cirurgias que visam a suplementação do mecanismo esfínteriano, nós gostaríamos de destacar a cirurgia da transposição do músculo reto interno. É feita pela abordagem do músculo através de três incisões na coxa, na sua face medial. A seguir, fazemos a identificação do músculo, a sua liberação na sua inserção óssea. A transposição é feita no lado direito no sentido horário. Depois de rodada em toda a circunferência anal, ele é suturado na tuberosidade isquiática lateral.

É fundamental a proteção da sutura muscular, através da sutura de cobertura cutânea.

Dr. Nilson Marcondes Celso

Agradecemos a ótima exposição do Dr. José Hypollito e pedimos para responder à pergunta "qual o resultado da transposição do músculo *gracilis*".

Dr. José Hypollito da Silva

A transposição do músculo *gracilis* foi preconizada por Picrel (?), e ela tem sido difundida em nosso meio pelo Prof. Oscar Simonsen, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. E o Dr. Simonsen

tem utilizado essa cirurgia para tentativa da preservação esfínteriana nas amputações abdomino-perineais do reto por neoplasia. Não vamos comentar essa cirurgia com essa indicação. Vamos comentar única e exclusivamente para incontinência anal. Como nós dissemos na apresentação, ela tem sido utilizada para suplementação do mecanismo esfínteriano. E o resultado tem sido bastante satisfatório nos casos que nós temos acompanhado, principalmente em grandes lacerações da região anoperineal, que leva à incontinência anal, e também nas tentativas de correção que não deram resultado com outro tipo de cirurgia. De maneira que ela tem sido utilizada também como última tentativa de correção da incontinência anal.

É fundamental em toda a cirurgia de incontinência anal, o tratamento posterior de reeducação. Existem manobras especiais para minimizar a continência anal.

Dr. Nilson Marcondes Celso

A respeito da estimulação elétrica eu queria saber que tipo de corrente usa?

Dra. Magaly Gêmio Teixeira

Eu utilizo a estimulação elétrica, mas em termos assim físicos, a gente não sabe muito.

O fato é o seguinte: é feita uma estimulação intermitente. Esse aparelho que foi demonstrado, dá períodos de repouso. Não é uma estimulação contínua.

Dr. Nilson Marcondes Celso

A sessão continua aberta aos debates.

A Dra. Magaly falou num exame, o defecograma, como funciona?

Dra. Magaly Gêmio Teixeira

Infelizmente eu não trouxe demonstração do defecograma. O defecograma tem como intuito avaliar principalmente a musculatura do puborretal, e avaliar a angulação anorretal. Esse exame é feito através de radiografia lateral, onde aparece o cóccix e a cabeça do fêmur. Isto é devido às medidas que nós faremos com esta radiografia. E é colocada uma marca no canal anal. A seguir é introduzido o contraste. Atualmente nós fazemos a introdução de contraste através de uma esponja embebida em contraste porque, como esses pacientes são incontinentes, a introdução simples do

bário faz com que eles percam esse bário de imediato e tornem o exame impossível de ser avaliado. Então é colocada uma esponja através da retossigmoidoscopia que toma a forma do reto do começo do sigmóide. Então é batida uma radiografia com o paciente fazendo esforço à evacuação quando então nós verificamos que haverá um relaxamento da alça do tubo retal, uma retificação do ângulo, isto num paciente normal, um abaixamento do assoalho pélvico. E a seguir uma radiografia do paciente tentando reter esse contraste, fazendo um esforço contrário. E aí nós teremos que verificar exatamente o oposto do que eu descrevi aqui. Existe uma série de medidas, que são feitas entre o canal anal e uma linha que passa entre o púbis e cóccix.

Se duas medidas estiverem alteradas, seguramente o paciente é incontinente. Com isso nós podemos ter uma idéia principalmente, como eu disse, do tubo retal. Isso é muito importante quando se indicam correções cirúrgicas, para avaliar o tratamento, e também a indicação da cirurgia.

Dr. Nilson Marcondes Celso

Bem, não tendo mais ninguém que queira fazer perguntas nós passamos, em seguida, a palavra ao Prof. Sérgio Brenner, que vai fazer um comentário final a respeito das exposições feitas pelos vários autores.

Dr. Sérgio Brenner

Nós queríamos, apenas, parabenizar a todos os que apresentaram os temas que foram, assim,

muito bem apresentados, muito claros e satisfizeram plenamente. Apenas, como idéia final, nós queremos dizer que sempre um tratamento é muito relativo. Quero dizer, se nós pegamos um doente bastante incontinente e nós conseguimos com que esse doente passe a ter uma continência parcial, evidentemente nós melhoramos o resultado. Ora, do ponto de vista proctológico a situação mais grave é quando nós vamos operar um doente, por exemplo, uma hemorróida ou uma fístula, principalmente as fístulas, e esse doente se torna incontinente, quer dizer, aí é uma situação extremamente desagradável para o paciente e para o médico também. Isto vale, principalmente, nas operações em que envolve o aparelho esfinteriano; talvez dessas, as operações de abaixamento de cólon sejam realmente as operações que trazem, vamos dizer, o resultado funcional mais insatisfatório do ponto de vista da continência e cuja correção cirúrgica é, assim, bastante difícil. Eu tenho a impressão de que a idéia final é que o proctologista deve ter sempre muito cuidado em mexer com o esfíncter e com essas doenças anorretais, porque talvez seja essa a grande responsabilidade, porque as operações orificiais, praticamente no mundo inteiro, são feitas por especialistas e não mais pelo cirurgião geral.

Nós queremos então agradecer a presença de todos e passar a palavra final ao Dr. Nilson Celso.

Dr. Nilson Marcondes Celso

Muito obrigado pela presença de todos e um especial agradecimento aos componentes da mesa, que fizeram magníficas exposições.

Está encerrada a sessão. Muito obrigado.