

## SIMPÓSIO DE INCONTINÊNCIA ANAL

---

Realizado durante o 35º Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, em 1985, São Paulo.

Presidente: Klaus Rebel (RJ)  
Coordenador: Sérgio Brenner (PR)  
Secretário: Galdino Formiga (SP)  
Participantes: Hélio Moreira (GO)  
Etiopatogenia  
Fernando Carvalho (RJ)  
Métodos alternativos no  
tratamento cirúrgico  
Jorge Villegas (Uruguai)  
Plástica Esfincteriana  
Prof. Amadeo Speche (Argentina)  
Incontinência na Procidência  
Retal  
Oscar Simonsen (SP)  
Neo-esfincteres Musculares

**Klaus Rebel:** Nós vamos dar início ao Simpósio de Incontinência Anal, que não é uma doença grave sob o ponto de vista de mortalidade, mas uma doença extremamente desagradável sob o ponto de vista moral e também social impedindo, muitas vezes, que o paciente exerça suas atividades normais, causando isolamento até na vida familiar.

Várias são as causas que originam essa doença, desde as lesões medulares até traumatismos de esfíncter e vários são também os tratamentos propostos, que vão ser discutidos aqui hoje.

Infelizmente, os resultados nem sempre são tão favoráveis como nós pensamos ser.

Vou apresentar aqui a mesa de hoje, o Coordenador Dr. Sérgio Brenner, conhecido de todos nós, ex-Presidente da Sociedade e Professor do Depar-

tamento de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná; o Secretário Dr. Galdino Formiga, de São Paulo, que vai depois oferecer os certificados. Temos o Dr. Hélio Moreira, todos conhecem também, Professor Adjunto do Departamento de Proctologia da Universidade Federal de Goiás, que falará sobre Etiopatogenia. O Dr. Fernando Carvalho, do Rio de Janeiro, muito conhecido também, nosso amigo, Chefe do Serviço de Proctologia da Beneficência Portuguesa do Rio, vai falar sobre Métodos Alternativos no Tratamento Cirúrgico. O Professor Jorge Villegas, de Montevideu, proctologista conhecido que falará sobre a Plástica Esfincteriana. O Professor Amadeo Speche, da Argentina, Vice-Presidente da ALAP, falará sobre Incontinência na Procidência Retal e o Professor Oscar Simonsen, Professor Doutor da Universidade de São Paulo falará sobre Neo-esfincteres Musculares. Antes de passar a palavra ao Dr. Sérgio Brenner eu gostaria de pedir um minuto de silêncio em homenagem aos nossos amigos do México que sofreram um terremoto intenso com grandes perdas e grande sofrimento durante este ano.

Bem, então, passo a palavra ao Dr. Sérgio que vai orientar os trabalhos.

**Sérgio Brenner:** Sem maiores delongas nós vamos passar à parte de apresentação do tema e pediríamos, então, aos apresentadores que se restringissem ao tempo de 15 minutos para dar depois margem a algumas perguntas e alguns comentários no final. Convidamos o Dr. Hélio Moreira para falar sobre Etiopatogenia da Incontinência Anal.

**Hélio Moreira:** Sr. Presidente, muito obrigado pela apresentação.

Nós fomos encarregados de falar sobre um assunto extremamente difícil.

Para falar em incontinência anal nós teríamos que falar inicialmente sobre a continência do canal anal.

É necessário lembrar a maravilha que é a natureza no que diz respeito à continência fecal. Os Senhores imaginam se colocarmos dentro da palma da mão uma substância sólida, outra líquida e um gás e ao abrirmos os dedos expelirmos um elemento separado do outro na medida do nosso desejo e a grande dificuldade com que isso ocorre, até a impossibilidade; no entanto, a natureza no que diz respeito à continência anal, consegue fazer isso, expelir um elemento separado do outro.

A continência fecal é dada principalmente pelo estojo esfinteriano perianal, essa continência nós dividimos em várias partes, são vários componentes que ajudam na elevação dessa continência. Inicialmente, a própria ampola retal como reservatório tem uma atuação importante nessa continência. As válvulas de Houston colocadas lateralmente no reto também são um obstáculo para passagem das fezes. A angulação sigmóide-retal, o peso das fezes na sigmóide, aumentando essa angulação, também dificulta a passagem das fezes para o reto. É sabido que a pressão manométrica do esfíncter do canal anal é muito maior do que a pressão dentro do reto e o reto é também maior, tem mais ondas contráteis do que no sigmóide. Essa pressão no canal anal é mais ou menos em média de 80 a 120 mm de mercúrio, ao passo que no reto essa pressão cai para 20, 30. Então essa mudança de gradiente de pressão já é um fator importante, um fator mecânico importante na preservação dessa continência. O músculo pubo-retal acionando posteriormente o canal, dificulta a passagem das fezes. No momento da defecação há um relaxamento dos músculos do esfíncter e uma retificação do canal anorretal facilitando então a descida das fezes.

Quando o indivíduo normalmente controla o músculo pubo-retal acionando o reto no sentido posterior, e a mudança de gradiente de pressão do abdômen força a junção reto-sigmoideana aumentando então essa curvatura, facilita a continência que vai ser dada fundamentalmente pelos músculos esfínteres, pubo-retal e elevador do ânus.

Não é sabido com muita certeza o mecanismo dessa contração; é sabido, no entanto, que o músculo esfíncter interno tem muito pouca coisa a ver com a continência fecal. A continência é

dada fundamentalmente pelo esfíncter externo, pelos músculos pubo-retal e elevadores.

O músculo esfíncter interno, como nós sabemos, tem uma inervação simpática e parassimpática, portanto, não depende da vontade do indivíduo. As fezes chegando na ampola retal provocam uma distensão desse reto e em seguida reflexamente a abertura do esfíncter interno; ao passo que o esfíncter externo já tem uma inervação somática através dos pudendos, dependente da nossa vontade; é por isso que quando ocorre uma lesão de medula acima de S2, por exemplo, o paciente perde inicialmente, tanto o reflexo do esfíncter interno como externo; mas devido à possibilidade de anastomose de inervação entre S1 e S2 com o tempo recupera a inervação do esfíncter interno ao passo que a do esfíncter externo desaparece completamente.

As causas da incontinência nós podemos dividir em *muscular*, *neurogênica*, *patologias anorretais* e *outras*.

Como *causa muscular* nós temos dois grandes grupos, seqüelas de cirurgia (de fístulas, de hemorróides, de episiotomias) e pós-traumáticas.

Um exemplo mostrando uma seqüela de cirurgia, a cirurgia de reto em que há uma anastomose, praticamente da mucosa ao canal anal e, conseqüentemente, o paciente fica sempre com algum tipo de incontinência fecal.

É sabido que todo paciente submetido a uma fistulotomia, apresenta sempre algum nível de incontinência ou pelo menos para gases ou fezes líquidas.

As pós-traumáticas deixam como seqüelas também algum tipo de incontinência, principalmente para fezes líquidas.

Um exemplo é uma fístula chamada em ferradura. Nós temos, realmente, nesses casos esse tipo de incontinência; é necessário, sempre que se vai submeter um paciente a esse tipo de cirurgia, que o médico converse com esse paciente e explique a ele as possibilidades de uma certa incontinência.

O empalamento é uma outra causa importante, cujos resultados são sempre muito ruins. Meus colegas em seqüência deverão mostrar algum caso desse tipo, cujos resultados são sempre muito ruins, principalmente, quando ocorre na infância.

As causas *anorretais* nós consideramos aquelas patologias do canal anal, ou de cólon mesmo, passíveis de provocar apenas com a sua presença algum tipo de incontinência, o prolapso retal, as hemorróides, os abscessos; o megacolo psicogênico é uma causa importante da incontinência, as proctites, como exemplo a recto-ulcerativa.

O prolapso retal é sabido por estudos: a eletromanometria e eletromiografia já demonstra-

ram com muita clareza que o paciente portador de prolapso retal tem sempre algum déficit motor, há sempre uma alteração de emissão da pressão dos esfíncteres, principalmente o esfíncter externo.

Um abscesso também é causa de incontinência porque o paciente não consegue fazer uma contração adequada; o paciente na vigência da patologia encontra-se então com algum grau de incontinência fecal.

O megacolo psicogênico como nós chamamos, é quando a mãe força um pouco o uso do "pinico", na fase muito inicial da criança quando ela não tem condições de manobrar seus reflexos esfíncterianos, então, nós temos os chamados megacolos psicogênicos ou "trauma do pinico".

No caso de um grande megacolo, quando há impaction de fezes na ampola retal e essa impaction leva sempre a um tipo de incontinência fecal, paradoxalmente o paciente tem obstipação, tem fecaloma e, no entanto, está incontinente, nessa eventualidade ao invés de tratarmos a incontinência nós temos que tratar, é claro, a obstipação.

No estudo das crianças com o que nós chamamos de inércia retal, quando colocamos um cateter no esfíncter interno e outro no reto, e quando aumentamos a pressão gradativamente, na seqüência dentro da ampola retal, verificamos que inicialmente o esfíncter interno não abre, com 25 cm começa a fazer uma certa abertura, com 30 abre um pouco mais, 40 dá uma abertura maior, mostrando então que esses pacientes estão com a chamada inércia retal, há uma alteração no seu estojo esfíncteriano interno.

As proctites perianais, no caso, por exemplo, da doença de Crohn, provoca sempre algum tipo de incontinência, mesmo que não haja lesão importante no esfíncter.

As **causas neurogênicas**, nós dividimos em dois grandes grupos: as congênitas, o exemplo que mais cabe é a espinha bífida, e as adquiridas por lesões dos nervos autônomos, lesão dos nervos periféricos e lesões medulares.

Um exemplo típico da espinha bífida que nós temos visto é a mielomeningocele, em que há uma hérnia das meninges ao nível do sacro. Tem que ser lembrado sempre quando em proposta de tratamento, que todas as técnicas propostas, no caso de mielomeningocele, mesmo as estimulações elétricas, não respondem nesses casos. Então, há importância de fazer diagnóstico etiológico da incontinência.

No paciente com mielomeningocele, nós temos chamado de inversão do reflexo anal. Quando nós fazemos o toque anal e tracionamos um pouco o pubo retal posteriormente, nós temos como resposta normal a tentativa de fechamento em cima do dedo.

No paciente com mielomeningocele há uma inversão do reflexo anal, esse reflexo continua aberto. É importante salientar que estes pacientes, na medida em que vai evoluindo a doença, apresentam uma certa função do esfíncter interno, porque houve aquela regeneração dos gânglios pericordais; então, o esfíncter interno tem atividade, ao passo que o esfíncter externo está completamente destruído de modo irreversível.

As cirurgias programadas com anastomose bem baixa do tipo endoanal, muito baixa, também provocam sempre algum tipo de incontinência, porque nós temos na mucosa retal terminações sensitivas que levariam informações até o nível do cérebro; conseqüentemente provocaria facilidade de contração muscular. No entanto quando há esses abaixamentos, nós tiramos toda a mucosa retal, há uma alteração importante, embora alguns autores achem que essas terminações sensitivas poderiam estar localizadas bem ao nível do pubo-retal, o que levaria à melhora desses pacientes.

**Outras causas** dessa divisão, nós temos o fator idade, malformações congênitas e as psicogênicas. É sabido que uma causa importante de incontinência fecal é o senil, é o com arteriosclerose, e desse grupo, o senil, o demente, o arteriosclerótico é o grupo mais importante talvez na gênese dessa incontinência, porque embora tenha normais os reflexos tanto de esfíncter interno quanto de esfíncter externo, ele não tem o comando, o paciente, pela sua senilidade, perde o comando ao nível do lobo temporal, e conseqüentemente as fezes chegam na ampola retal, há o reflexo normal que independe do paciente, mas no entanto ele não comanda a fase voluntária da evacuação; então, nós temos o paciente que evacua nas roupas, devido a esse problema de senilidade e arteriosclerose senil.

São essas as considerações que queria fazer, senhor Presidente. O tempo é meio escasso, mas se houver alguma necessidade, durante as perguntas. . .

**Sérgio Brenner:** Quero agradecer ao Dr. Hélio Moreira pela bela exposição e chamar o Dr. Fernando Carvalho que abordará o tema Tratamento Cirúrgico Alternativo da Incontinência.

**Fernando Carvalho:** Eu queria agradecer o honroso convite e a distinção para participar

desse simpósio, à Comissão Organizadora do 35º Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, e queria abordar na questão Tratamento Cirúrgico Alternativo na Incontinência, algumas situações clínicas em que o tratamento cirúrgico se impõe como fator de relevo do manejo da incontinência fecal.

Como nós vimos na bela exposição do Dr. Hélio Moreira, um fator fundamental na continência fecal é um vedamento adequado do canal anal, quer dizer, qualquer processo fibrótico, cicatricial ou estenosante, que deforme o canal anal, que deforme o orifício anal, vai impedir um bom vedamento, um bom fechamento anal e vai, em última análise, resultar em incontinência. Em outra situação, nós podemos ter eventualmente ectrópio da mucosa que também determina má oclusão, e vamos ter perda epitélio-sensitiva, com perda da capacidade de discriminação do conteúdo retal, se seria sólido, líquido ou gasoso e, portanto, perda da possibilidade de escolher se a gente elimina flatos ou se contém o flato, ou elimina fezes ou não, o que, em última análise, vai determinar escape líquido fecalóide e incontinência.

Um exemplo típico dessa situação seria a deformidade resultante de uma ressecção de reto, uma anastomose endoanal à Bacon que resultou numa estenose de canal anal com grande ectrópio de mucosa. Nessa situação clínica, por exemplo, é fundamental reconstruir, vamos dizer assim, o canal anal com epitélio sensitivo, é fundamental ressecar o ectrópio e é fundamental corrigir a estenose. Nesse caso particular, nós optamos por uma cirurgia na qual nós ressecamos esse intestino prolado, quer dizer, o ectrópio, e com uma plástica em S, ou a esseplastia, nós tentamos reconstruir, cortando dois retalhos, o epitélio sensitivo do canal anal, quer dizer, reconstruir o canal anal, com uma anastomose desses dois retalhos, a nível do pubo-retal com o intestino abaixado. Isso seria basicamente os dois retalhos que nós desenhamos e já imobilizado o intestino prolado, para a sua ressecção, e o resultado final.

Outra situação desse tipo em que a deformidade cicatricial de canal anal determina a incontinência foi, nesse caso, uma grande deformidade com estenose e com secção de esfíncter externo após a hemorroidectomia mal executada, que determinou incontinência nessa paciente. O tratamento que nós optamos foi ressecção da extensa área de fibrose e uma tentativa de mobilização dos dois cabos esfíncterianos seccionados, o reparo do esfíncter externo, aí a gente vê o esfíncter externo reparado, e no final resultou uma grande área cruenta que poderia determinar

a formação de grande área cicatricial bem epitélio-sensitiva, novamente com uma possibilidade de deformidade anal e de estenose, e de nova incontinência. Então, para evitar essa possibilidade, a gente rodou um retalho, para dentro do canal anal, para evitar a área cruenta e evitar a deformidade anal.

Um outro tipo, quer dizer, um outro tipo de incontinência resultante da deformidade de ânus e canal anal é muito difícil a gente estabelecer uma regra, quer dizer, dizer o tratamento cirúrgico é esse ou aquele. A única regra geral que se pode tirar para essa situação é que o tratamento consiste num procedimento plástico necessariamente, que vai envolver a confecção de um enxerto, seja livre ou pediculado. O objetivo básico é sempre a ressecção da fibrose, a correção da estenose e a correção do ectrópio.

Uma outra situação clínica muito comum, muito mais comum do que a gente imagina, que determina a incontinência anal é a que foi descrita por Parks, há já quase 20 anos, que é a síndrome do períneo descido. Nessa situação, que é associada até com a idade, a gente vai encontrar um paciente com hipotonia dos elevadores, com relaxamento do pubo-retal e com a perda do reflexo do pubo-retal; normalmente quando a gente tosse ou quando realiza uma manobra de Valsalva, o pubo-retal se contrai automaticamente, acentuando o ângulo anorretal, que o Dr. Hélio mostrou, e isso impede escape involuntário de material para fora do reto. A perda de função do pubo-retal determina a perda do ângulo retal, determina a redução do canal anal, e isso resulta em incontinência progressiva. Esses pacientes geralmente são mulheres, com história de partos difíceis, prolongados, e há uma associação então com rotura perineal.

Se postula que a síndrome do períneo descido é causada por uma neuropatia pudenda, porque tanto a musculatura do esfíncter externo quando a do pubo-retal nessa situação apresentam evidências microscópicas de desnervação. Então se acredita que a síndrome do períneo descido seja causada por estiramento dos nervos pudendos, o que vai resultar em desnervação do pubo-retal e do esfíncter externo.

Nesse diapositivo, apenas para mostrar o reflexo da tosse e para mostrar a função fundamental do pubo-retal na continência, ou seja, a contração do pubo-retal provoca, além de acentuar a angulação entre o reto e o canal anal, provoca um efeito que eles chamam de válvula, que está mais demonstrado nesse desenho, quer dizer, na qual a pressão intra-abdominal, com o pubo-retal contraído, passa a se exercer contra uma prateleira e não contra o canal anal. Essa válvula é um fator

importante na precisão da continência aos esforços.

Obviamente, quer dizer, se nós temos uma musculatura desnervada, uma musculatura lesada, não se recupera músculo lesado, mas se pode otimizar a função muscular residual. Então, na tentativa de melhorar ou solucionar essa situação, Parks desenvolveu uma cirurgia, que ele chamou de reparo pós-anal dos elevadores, provavelmente a cirurgia que nós mais executamos hoje em nossos pacientes com queixa de incontinência anal. Essa cirurgia consiste na confecção de uma via de acesso posterior ao ânus em V. Com o vértice desse V a oito centímetros do orifício anal, se rebate um retalho até o nível do plano interesfinctérico, quer dizer, do plano entre o esfíncter externo e o esfíncter interno. Como a gente sabe, os dois esfíncteres têm origem embriológica diferente, portanto, o plano entre os dois é um plano avascular e não cruzado por nervo importante. Então, é um plano de descolamento muito fácil.

Nesse plano é fácil alcançar a pelve mais profunda, e dissecando esse plano, a gente vai alcançar a parede retal e a fásia de Waldeyer. É importante lateralmente a mobilização até o nível das tuberosidades isquiáticas, para que se consiga uma aproximação adequada da musculatura pélvica na profundidade.

Chegando profundamente no plano intra-esfinctérico, a gente encontra acima, a parede do reto, e abaixo, um pouquinho mais esbranquiçada, a fásia de Waldeyer. A gente considera que nessa cirurgia para que se obtenha um bom resultado, é fundamental a abertura da fásia de Waldeyer em toda a sua extensão, e a mobilização posterior do reto, o mais alto que se possa, e a gente já vê a fásia de Waldeyer aberta e a parede brilhante do reto, todo mobilizado, a partir da concavidade sacra. É importante a mobilização lateral até o nível das tuberosidades isquiáticas, para que, quando a gente comece a aproximar os feixes musculares dos elevadores, possa fazer o mais profundamente, o mais lateralmente possível. O primeiro feixe que a gente aproxima, procura-se fazer o mais lateralmente possível, seria o feixe pubo-cocígeo. A seguir aproxima-se o feixe pubo-retal e o esfíncter externo.

Com essa cirurgia, a idéia de Parks era essencialmente mecânica, era essencialmente acentuar a prateleira ou o ângulo entre o reto e o canal anal, para melhorar a função muscular residual dos elevadores. Hoje já se sabe, com estudos e eletromiografia de pressão intra-retal e do canal anal, que com essa cirurgia, além de conseguir um

alongamento do canal anal e uma acentuação do ângulo anorretal, se consegue inclusive recuperação da função muscular, quer dizer, os traçados e eletromiogramas da musculatura, seja de pubo ou seja de esfíncter externo, depois do reparo pós-anal, apresentam atividade muscular melhor do que os níveis pré-operatórios.

Com essa cirurgia, os resultados, em termos de readquirir a continência, para os pacientes incontinentes, são de um modo geral bons, variam de 62 a 80% de bons resultados, o que, comparado com as opções que a gente tinha antigamente para isso, nós consideramos excelentes.

Acho que era essencialmente isso que eu queria apresentar.

Muito obrigado.

**Sérgio Brenner:** Obrigado ao Dr. Fernando Carvalho e chamaremos o Prof. Jorge Villegas com o tema: Plástica esfíncteriana:

**Jorge Villegas:** Em primeiro lugar, queria agradecer às autoridades deste Congresso, e às autoridades da Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia pela deferência em nos haver convidado a este exitoso congresso, e especialmente à calorosa hospitalidade que é característica dos paulistas.

A plástica esfíncteriana tem como objetivo a reconstrução de um esfíncter anal funcional, reconstruir o ângulo anorretal, como já demonstraram os colegas que me precederam, ou uma terceira eventualidade, construir um novo esfíncter, quando as duas primeiras não são possíveis. A transposição do reto interno, operação de Pickrell ou a transposição de músculo liso, pode associar-se a um destes dois procedimentos, tanto o primeiro com o segundo, como o segundo com o terceiro.

De acordo com a causa vamos ter que escolher com que técnica vai ser realizada. Quando a causa é essencial, idiopática, ou seja, a incontinência do ancião ou por debilitamento progressivo como foi proposto hipoteticamente por Parks, por estiramento do nervo, podendo, nesses casos a técnica de Parks, como já mostrou o Dr. Fernando Carvalho, é a técnica de eleição. Quando se produz uma secção cirúrgica ou obstétrica, a reparação primária é a que deve ser realizada de imediato. Quando é uma seqüela cirúrgica ou obstétrica ou tramática, nesse caso a reparação direta é diferida. Quando existe uma ausência de músculos ou de inervação, então, não há outro remédio senão reconstruir, se queremos melhorar ou ter algo de continência. Em alguns casos, são poucas as indicações, o "Thiersch com Silastic" e em último caso a colostomia definitiva.

Quais são os princípios fundamentais da reconstrução direta? Nós consideramos essencial ter

antes da operação uma eletromiografia e uma manometria, tanto do ponto de vista científico quanto do ponto de vista médico-legal, já que esses pacientes têm um sofrimento funcional e nós devemos responder com nossa cirurgia, nossas intenções e ter um documento do estado prévio à operação, e se conseguimos melhorar essa situação.

Em segundo lugar, do ponto de vista cirúrgico, a dissecação ampla dos cabos em caso de uma ausência de um setor do esfíncter externo por secção prévia ou por seqüela. Nunca ressecamos a cicatriz, isso consideramos como um ponto muito importante; a cicatriz serve de apoio aos pontos para a plástica e se nós a ressecamos e levamos a tecidos são, a única coisa que vamos obter são pontos que vão deslizar sobre um músculo que é circular. Assim, nunca dissecamos a cicatriz. O fechamento fazemos com envelope ou o *overlapping*, deixando desta maneira um ânus que deve ficar estreito; se o ânus não fica estreito, permitindo apenas a passagem do indicador, este ânus, quando o paciente se recupera da anestesia, vai ficar hipotônico e portanto persistirá um grau de incontinência.

A sutura é feita com fio de aço, anulando os pontos de fora, de forma a que não haja perigo de que um dos pontos apareça na mucosa anal. O fechamento da mucosa com fio absorvível e a pele amplamente aberta: não se deve fechar a pele e por quê? Porque temos o grande perigo da plástica esfíncteriana que é a infecção; havendo uma infecção, é quase certa a perda da função plástica. Portanto, a melhor maneira de evitá-la é deixar a pele bem aberta: Como todos sabemos, o períneo fecha sempre por segunda, sem nenhum problema. Portanto, deixamos a pele bem aberta.

E este é um tema muito polêmico. Faremos uma colostomia antes da intervenção, ou simultânea à intervenção, de proteção dessa plástica ou não? Nós acreditamos que quando a reconstrução é primária, imediatamente depois da ferida, depois do traumatismo, a colostomia pode ser evitada, quer dizer, pode não ser realizada; mas quando se trata de uma seqüela e ainda mais, se já foi previamente reparada por outro cirurgião ou até por nós mesmos, em uma ou mais vezes, nesse caso está formalmente indicada a colostomia cirúrgica. Quando não fazemos a colostomia cirúrgica, então nós constipamos o paciente durante aproximadamente 10 dias, para dessa maneira nos protegermos de alguma falha por contaminação.

Acreditamos que a técnica de Parks é indicada em muitas situações, seja na incontinência do

ânus como na incontinência associada ao prolapso retal.

Que resultado dá isto? A reparação primária dá 80 a 90% de bons resultados a excelentes. Se a indicação está bem feita, habitualmente a reparação primária é a melhor. Quando a reparação é secundária, a plástica com o *overlapping*, nós, em 14 casos, em 95% tivemos resultados de bons a excelentes, e quando foram somente bons e não excelentes, tivemos pessoas que passaram muitos anos entre o acidente ou a cirurgia, que deixou a seqüela, e o aparecimento da incontinência. E nesses casos nós atribuímos, e depois de estudar os enfermos, ao fato de que, nesses doentes, se associou uma lesão direta do esfíncter e depois um enfraquecimento da massa muscular. Então, posteriormente, e considerando que esses resultados não haviam sido perfeitos, associamos a esses mesmos doentes uma operação de Parks com a qual melhorou muito o resultado que passou a ser excelente.

No Parks idiopático, nós temos apenas sete casos, mas produz uma melhoria da ordem de 90%, mas os resultados não são excelentes em 85, são bons em 75 a 85% dos casos. Os pacientes têm dificuldade e mantêm uma certa incontinência para gases ou para matérias muito líquidas, uma diarreia por exemplo, uma diarreia líquida violenta, é muito difícil que esses pacientes possam contê-la. Porém, para matérias comuns e habitualmente os gases, chegam a contê-los.

Não falaremos de Pickrell, porque o Dr. Simonson vai falar sobre isso.

**Sérgio Brenner:** Muito obrigado ao Prof. Jorge Villegas e ouviremos o Prof. Amadeo Speche que falará sobre o tema Incontinência da Procidência Retal.

**Amadeo Speche:** Quero agradecer ao Presidente do Congresso, ao Dr. Peretz, à Comissão Organizadora e à Sociedade Brasileira pelo amável convite para poder participar com os senhores deste importante congresso.

O tema que me coube é um pouco específico, mas no tratamento e nos resultados vamos coincidir com os que falaram antes.

O tema que me cabe é Prolapso Retal, e desde que Moscovitch, em 1912, disse que o prolapso retal era devido a uma hérnia do fundo do saco de Douglas, de uma hérnia por deslizamento no fundo do saco de Douglas, que fazia pressão sobre a parede anterior do reto, e que produzia o prolapso retal, surgiu uma série de técnicas para tratar e solucionar justamente o problema do fundo do saco de Douglas. Posteriormente, tratou-se de buscar a etiopatogenia do prolapso e então coincidia que o que sempre se encontrava

no prolapso era uma profundidade anormal do fundo de saco de Douglas, e alia uma frouxidão, uma atonia do assoalho pélvico e do canal anal que conheceríamos agora como síndrome do períneo caído de Parks, e uma falta de fixação normal do reto à parede posterior do oco pélvico, ou seja, à cavidade do sacro; então, desapareceria essa curva do sacro e, posteriormente, *Broden* e *Smelman*, fazendo estudos com cinematografia, demonstraram que na realidade o prolapso se produzia por uma invaginação que começava no terço médio do reto e essa invaginação ia progredindo de maneira que ia fazendo o reto descer até que saía pelo ânus.

Desta maneira, essa invaginação no terço médio do reto que, por outro lado, é bastante freqüente, principalmente quando existem lesões polipóides que possam provocá-las, fazia com que se produzisse na realidade um 'rolete' total, saindo o reto para fora do ânus.

Já Bacon falou do prolapso interno e que seria um estágio intermediário da produção do prolapso. Nós observamos algumas vezes, fazendo retosigmoidoscopia, que quando o paciente empurrava, nós vínhamos com a ponta do retoscópio, apontando o mesmo lugar com o aparelho introduzido pelo menos a 20 cm, e quase saía fora do ânus. Vimos muitas vezes com polipos, o que alguém chamou de polipo fantasma, o polipo que estava alto e que aparecia no ânus. Bem, este prolapso seria a causa desse defeito perianal.

Não vou falar das causas da incontinência anal, porém o prolapso estaria dentro das causas mecânicas juntamente com o fecaloma e a sodomia. Os senhores sabem que na fisiologia da continência, há uma resposta de adaptação, uma resposta de discriminação diante do estímulo o que nos permite reconhecer se é gás, sólido ou líquido o que vai passar, até a resposta de defecação onde se vai produzir todos os reflexos, não vou insistir nisso. E embriologicamente, o piso perianal é formado por dois sistemas, um sistema de músculos lisos, totalmente sem controle nervoso e rodeando tudo isso, um aparato muscular formado pelo elevador do ânus e o esfíncter anal.

É comum observar nas pessoas portadoras de prolapso como o ânus se distende enormemente e pode-se introduzir dois, quatro, seis dedos e inclusive a mão, porém esse defeito não somente se vê no prolapso, mas também em outros pacientes, seja na sodomia ou inclusive naqueles que estão acostumados a introduzir-se elementos estranhos, que, por outro lado, não consideramos pederastas, uma vez que geralmente nós não encontramos nenhum que haja confessado esse

tipo de relação; então eu os colocaria entre os masturbadores anais. Mas esses pacientes geralmente também têm um aparelho muscular esfíncteriano totalmente relaxado. Vimos um homem que tinha esse hábito, e diante do aspecto que tinha o ânus, a distensão do esfíncter, fomos interrogando o paciente e ele nos confessou que há 30 anos que ele ia introduzindo os elementos e cada vez esses elementos tinham que ser de tamanho maior. Por consequência então, essa destruição ou alteração muscular, era a causa dessa incontinência.

Vimos um jovem pederasta de 12 anos, com uma sífilis secundária, condilomas planos, que ao menor estímulo do ânus, o ânus permanecia aberto durante muito tempo. Nós vimos várias vezes este sinal. Não vou insistir sobre isso porque já se falou nisso e o mecanismo de continência; o que se pode dizer é que no prolapso retal, a terça parte dos pacientes que foram tratados por retopexia, quer dizer, por via alta no tratamento do seu prolapso, a terça parte desses pacientes permanecem com incontinência e as outras duas terças partes se recuperam. Portanto, não é aconselhável fazer intervenções simultâneas do prolapso e também tratar de uma possível incontinência. No caso de que a continência persista, a operação mais recomendável é a operação de Parks que já foi mostrada aqui.

Obrigado.

*Sérgio Brenner:* Muito obrigado ao Prof. Amadeo Speche e está com a palavra o Dr. Oscar Simonsen sobre Neo-esfíncteres Musculares.

*Oscar Simonsen:* Meus amigos, agradeço imensamente o convite feito à minha pessoa para falarmos alguma coisa sobre o neo-esfíncter. Peço apenas desculpas por termos chegado de uma viagem longa, ainda me sinto meio atordoado, de modo que se por acaso houver alguma falha, peço desculpas por isso.

Realmente, falar sobre neo-esfíncter é para nós um prazer muito grande, porque há muito lutamos no sentido de utilização de outros músculos, quando o sistema esfíncteriano normal e natural não existe. O nosso entusiasmo começou com a utilização, vendo os resultados de Pickrell, do reto interno para uma tentativa de um neo-esfíncter, casos esses que iam ser portadores definitivos de colostomia, ou seja, naqueles doentes em que era indicada uma cirurgia amputativa. Principalmente nos jovens, era para nós por demais chocante vê-los sem qualquer outra tentativa, sem qualquer outra luta, vê-los ter que usar uma colostomia abdominal definitiva para o resto da vida, pessoas que tinham grandes problemas sociais, pessoais, familiares, de trabalho etc. . .

Então, começamos a nossa tentativa nesse sentido. Ou então nos doentes em que nós éramos obrigados a fazer, por razões geralmente neoplásicas, a amputação do reto, então nós começamos a fazer uma tentativa de pegar este colo após a amputação, levarmos o cólon descendente ao períneo e tentarmos o neo-esfincter à custa do reto interno. E nesta cirurgia nós tivemos evoluções altamente interessantes, em que eu gostaria de mostrar a vocês a pouca experiência que nós temos.

Após a amputação do reto, nós temos no diagrama o estudo sobre a localização anatômica do reto interno, o reto interno, esse grande músculo retilíneo que se insere na sua parte proximal no púbis e na parte terminal, na crista da tíbia. Ele se situa na face interna da coxa e o seu terço terminal é recoberto pelo músculo sartório. Inicialmente, como nós precisamos fazer uma reconstrução do assoalho pélvico, porque o músculo elevador do ânus também era retirado desse processo amputativo, nós fazíamos uma incisão e uma ressecção, uma transposição muito mais ampla desse músculo com a sua aponevrose.

Então, uma vez terminada a amputação do reto, fazíamos uma grande incisão na face interna da coxa, dissecávamos os dois retalhos e com isso, era muito fácil nós observarmos onde estava esse reto interno, esse músculo que para nós, belíssimo, roliço, de 2 a 3 cm de diâmetro e que nós procurávamos mobilizá-lo com a sua aponevrose da face interna da coxa, após a sua liberação da crista da tíbia, onde se inseriu o seu tendão exatamente com o músculo semitendinoso e semimembranoso naquela denominação clássica de pata de ganso. Então, uma vez mobilizado esse músculo que era facilmente visto, nós podíamos ver com facilidade outros, o adutor médio da coxa e o sartório.

Esse músculo, uma vez mobilizado, era então dissecado proximalmente até o aparecimento do seu fecho vásculo-nervoso, fecho vásculo-nervoso este com o passar do tempo facilmente identificado, porque era composto de dois ramos arteriais e venosos que vinham da femoral profunda, e a continuação do nervo obturador interno, que na sua continuação era o nervo que dava a vivacidade, a manutenção da contração desse músculo reto interno. Todo esse conjunto muscular e aponevrótico era então, através de um túnel subcutâneo, levado à região perineal.

E nessa transposição, vemos como são nítidos os dois feixes vásculo-nervosos, ou melhor, dois feixes artério-venosos junto com o nervo obturador, facilmente visível, correndo depois através do

músculo, que era transposto então com sua aponevrose para o períneo.

Então, na região perineal nós tentávamos uma reconstrução desse períneo, fazemos o assoalho pélvico com essa aponevrose da coxa, e depois o músculo envolvendo o cólon descendente que era aí colocado após a sua dissecação ampla por via abdominal.

Essa aponevrose era suturada na frente do músculo transversal profundo do períneo, ao lado nas bordas do glúteo e posteriormente era situado não só no cóccix como também na aponevrose de Waldeyer. E com isso, então, nós tínhamos um assoalho pélvico, fazíamos uma incisão nessa aponevrose, baixávamos o cólon, o cólon descendente, que tinha sido mobilizado por via abdominal, e em volta desse cólon, então, nós fazíamos a clássica operação de Pickrell, ou seja, a colocação do reto interno.

Vemos então nitidamente a formação desse anel, em volta do cólon, se fecharmos essa cavidade e deixando o cólon exteriorizado, com uns 4 ou 5 cm que serviriam de uma colostomia perineal e depois então de 15 dias era seccionado e nós tínhamos aqui um pouco da linha cutâneo-mucosa que aí aparecia.

Essa cirurgia aos poucos foi nos entusiasmando muito, entusiasmando porque nós dávamos uma chance para esses doentes, para que numa luta intensa, que às vezes durava de três a quatro meses, e que de modo geral ele precisava de um novo sistema de percepção, precisava aprender a contrair e nessa parte de contração, então, era espetacular, porque nós não temos nenhum doente que não tenha contração. Podemos ter doente que tenha dificuldade de perceber que vai evacuar, mas contração todos têm, e contração violenta desse anel de neo-esfincter feito pelo reto interno.

Então, com esses resultados, nós começamos a nos entusiasmar cada vez mais, e com o aparecimento da dura-máter, tivemos a idéia de podermos fazer o assoalho pélvico à custa dessa dura-máter e não mais com a aponevrose da coxa, e com isso nós podíamos diminuir a extensão das incisões na face interna da coxa, e passamos a fazer então as incisões maiores, uma incisão mais proximal de cerca de uns 6 cm que partiam de uns 5 cm abaixo da espinha do púbis, onde nós podíamos ver nitidamente esse robusto reto-interno cilíndrico, como dissemos, que era então dissecado.

Uma outra incisão, era feita mais distalmente na coxa onde nós podíamos ver, perfeitamente, dissecar o tendão do reto interno, que está recoberto pelo músculo sartório. Esse músculo



sartório é levantado, e nós podíamos ver o tendão do reto interno. E uma terceira incisão — abaixo do joelho, onde está aqui o seu tendão, que era seccionado, esse tendão era transposto para a incisão intermediária, e enfim para a incisão mais proximal.

E com isso, então, o músculo era totalmente dissecado sem a necessidade de uma incisão ampla. Não vamos dizer que era um pouco mais difícil a visualização e a certeza de que nós estávamos diante do músculo reto interno, mas quem já tinha alguma experiência era fácil de identificar e à custa dessas três incisões, nós conseguimos então uma mobilização total desse reto interno.

Esse reto interno era então levantado, eram dissecados e vistos os pedículos vásculo-nervosos e assim num túnel subcutâneo era o músculo transposto para a região perineal.

Com isso, eram feitas duas incisões e ao redor de um cólon abaixado era feita a reconstrução desse músculo reto-interno nessa região. A reconstrução desse músculo nessa região é muito bonita porque forma um anel e que nós damos uma tensão tal em que o dedo digital colocado dentro da luz desse mesmo cólon, nós sintamos a constrição intensa desse reto.

Com isso a operação está praticamente terminada e posteriormente essa colostomia é então ressecada.

Meus amigos, esse ensejo de fazermos o reto interno começou a se ampliar cada vez mais. No princípio, nós utilizávamos apenas pós-amputação de reto. Aos poucos, com os resultados que nós fomos tendo, começaram a nos chegar às mãos casos de traumatismos extensos de Pronto-Socorro, em que havia destruição completa de esfíncter, lesões neurológicas, traumáticas ou não, em que havia completa descontração desses mesmos esfíncteres, começou a nos chegar às mãos aqueles casos todos em que, por uma anomalia anorretal geralmente congênita, em que houve transposição do reto para o períneo, ou tinha sido feito sem qualquer esfíncter, então, várias foram as causas em que nós pudemos aos poucos irmos utilizando esse neo-esfíncter. Atualmente o privilégio de termos 107 casos de neo-esfíncter, quase que a metade nós o fizemos para os casos de amputação, pós-amputação de reto, mas a outra metade foi por todas essas causas por nós citadas, inclusive ultimamente até por lesões de queimaduras extensas no esfíncter por destruição completa dele.

Então, a utilização do reto interno foi sempre algo mais que nós pudemos lançar para esses casos de destruição, ausência ou desnervação

completa do sistema esfíncteriano. Desses 107 casos, nós temos que dizer coisas profundamente interessantes.

Naturalmente, nós temos dois problemas a enfrentar, um é o problema da contração, em que a manometria vem mostrar, ou pelo toque digital; essa contração sempre existe e é intensa nessas transposições de reto interno.

E a segunda parte é a percepção. Naturalmente, quando nós fazemos o neo-esfíncter num doente que tem o reto no lugar, apenas não tem a parte esfíncteriana, então o mecanismo de percepção existe, essa sensação de evacuar existe. Mas naqueles casos que nós tivemos por essa ou por aquela razão que fazer um abaixamento pouco ou mais ou menos extenso, em que foi colocada uma região que não estava, não foi feita para ter a sensação de evacuação, então esse doente precisava sentir alguma coisa para poder contrair, não adianta ele ter a contração do músculo após ter deixado escapar as suas fezes. E nós pudemos ver que essa contração aos poucos, com a pouca experiência que fomos tendo, nós pudemos sentir no doente que as coisas iam aparecendo dessa ou daquela maneira, porque o homem, quando ele quer lutar, percebe coisas que para nós são quase impossíveis. Eu, se tiver que usar um piano, e for tocar com o dedo mínimo, todos os meus dedos se mexem muito, ao passo que num pianista, é só aquele dedinho que mexe com uma elegância extraordinária.

Da mesma maneira é essa luta, nessa procura dessa percepção, então, começamos a ver que alguns doentes tinham a sensação de repuxamento da coxa, onde tinha sido mobilizado esse músculo; outros tinham uma sensação de prurido anal, borborismo, e semelhantes ao natural até alguns que tinham esse cólon abaixado. E com isso então eles começaram a perceber e contrair, começavam a ter a sensação da possibilidade de uma contenção. E o mais bonito de tudo isso é que essa luta desses doentes é uma luta contínua sempre para melhora; vários casos que nós rotulávamos de razoáveis e de bons, começaram com o passar do tempo a serem espetaculares. Por quê? Porque sempre a tendência é para melhorar e nunca para piorar. A única coisa dura para nós é quando, muitas vezes, naqueles casos de amputações feitas para gente jovem, quando nós começávamos a ficar contentes porque eles tinham alcançado um bom índice satisfatório de continência, estava na hora do aparecimento de metástase, aparecimento de outras localizações desses tumores que os levavam à morte.

Mas, quando nós começamos então a fazer esses neo-esfíncteres, naqueles doentes não porta-

dores daquelas doenças, dessa doença neoplásica, então essa melhoria contínua era espetacular. Hoje em dia nós temos muitas satisfações. Vamos continuar lutando com esse neo-esfincter apesar de sabermos que não é em todos que nós temos resultados tão bons assim, mas vale a pena porque são vários que têm resultados espetaculares, vários que nós colocamos outra vez como pessoas normais, que voltaram a pensar nos seus casamentos, que voltaram a pensar no seu trabalho natural, e começaram a pensar nessa situação de vida que, para nós, passa despercebido porque a continência nossa é uma continência quase que inconsciente, mas para esses doentes é de uma importância brutal.

Tenho a alegria de ser atualmente padrinho de casamento de várias mocinhas que voltaram a pensar em casar. Recebi livros de pessoas, dessas escritoras que conseguem ter essa facilidade de escrita, para mostrar o agradecimento que tinha de poder ter voltado a ter uma sensação e uma continência que há muito tempo não tinham. E é essa luta, meus amigos, que eu quero transmitir para vocês, não que seja uma luta espetacular, vamos ter vários percalços e dificuldades, mas que vale a pena essa luta, com o reto interno nas nossas costas, para podermos, em grande parte, colocarmos esses doentes numa situação, numa melhoria tal, porque a incontinência anal é realmente um fator realmente deprimente para nós, homens. De modo que vale à pena essa luta com o reto interno, para buscarmos uma continência desses mesmos doentes.

Em último caso, quando aqueles doentes não conseguem praticamente ter a sensação que os levam a ter uma boa continência, mas como eles todos têm contração, podem fazer diariamente pequenos clisteres e com isso passar com segurança o resto do dia, sem perderem fezes ou gases por causa de já ter sido feito o esvaziamento do cólon, da parte esquerda do cólon.

Meus amigos, era isso que eu queria vos transmitir, desculpem os meus entusiasmos.

**Sérgio Brenner:** Obrigado Prof. Oscar Simonsen.

Bom, realmente a incontinência anal é um tema bastante apaixonante para os especialistas, justamente o que individualiza o especialista, porque operar hemorróida, operar uma fístula, um câncer de reto, quer dizer, qualquer cirurgião bem informado, geral, faz; agora o tratamento de uma complicação importante como é a incontinência anal realmente é apanágio dos médicos especialistas. É isso que nós podemos apreciar nesta Mesa, e devido ao adiantado da hora, eu vou me abster de comentar um por um. Tenho a impressão de que as apresentações foram extrema-

mente boas. Nós vamos passar diretamente às perguntas.

Eu tenho uma pergunta à Mesa: "Nos casos de incontinência anal em pacientes operados de ânus imperfurado, que possibilidades hoje temos para melhorar a atividade esfinteriana, ou como poderemos melhorar a incontinência anal? A cirurgia de Parks estaria indicada?"

Perguntaria à Mesa quem tem experiência com esses doentes?

**Jorge Villegas:** Nesse caso particular de enfermos operados multioperados de ânus imperfurado, temos quatro casos, num dos quais se fez uma operação de Pickrell, com resultados de melhoria porém de continência imperfeita. Os outros três casos tinham uma má posição, quer dizer, a primeira operação havia sido realizada em um dos lados do aparelho esfinteriano e não no centro do nó esfinteriano. Este é um problema que se vê com certa freqüência quando a operação inicial foi feita no recém-nascido.

Realmente o que ocorre nessas cirurgias, agenesias de ânus e de reto, é que o cirurgião não faz o abaixamento dentro do anel, dentro do pubo-retal. Então, é preciso analisar primeiro caso por caso. O estudo de eletromiografia seria importantíssimo para definir se realmente esse cólon está dentro da sua normalidade anatômica, no que diz respeito aos esfínteres.

Algum comentário, Dr. Simonsen, sobre a pergunta da incontinência anal? O senhor já praticamente disse na sua conferência alguma coisa.

**Oscar Simonsen:** Realmente, nesses casos de incontinência anal em operados com ânus imperfurado, em que foi colocado fora do esfínter, realmente, é uma quantidade de doentes que nós temos e não vemos outra possibilidade a não ser fazer um neo-esfínter com o músculo do reto interno. E é um dos resultados bons porque toda a ampola retal sensitiva está no lugar, só está faltando algo que, quando esse doente percebe a vontade de evacuar, possa contrair, de modo que é um dos casos que dá bons resultados a utilização do reto interno.

Nós tivemos oportunidade também de fazer em dois pacientes. Como o Dr. Villegas disse, são doentes que foram operados quando crianças por atresia e esses dois doentes tinham 15 ou 16 anos e estavam totalmente incontinentes. Então, fizemos uma laparotomia, desinserimos todo o intestino, e colocamos novamente o intestino por dentro do músculo elevador. Foi interessante que foi muito fácil nós vermos o elevador por via abdominal, quer dizer, depois de tirar o intestino, desinseri-lo completamente, o elevador apareceu

muito bem desenhado, e foi extremamente fácil passar o intestino por dentro do músculo elevador. E surpreendentemente, nós temos o seguimento de um desses doentes apenas e ele está muito bem, continente, de maneira que eu tenho a impressão de que seria uma cirurgia de opção.

**Sérgio Brenner:** Eu queria fazer uma pergunta pessoal ao Dr. Simonsen, se ele, nesses casos em que usou a técnica de Pickrell, ele voltou atrás, se houve necessidade de desfazer a cirurgia de Pickrell.

**Oscar Simonsen:** Desfazer por quê?

**Sérgio Brenner:** Por algum motivo, vamos dizer necrose de músculo ou complicação infecciosa ou eventualmente um desses maus resultados funcionais?

**Oscar Simonsen:** Nós não tivemos nenhum caso em que precisássemos desinsérer novamente o músculo, apenas tivemos casos em que indicamos a utilização do reto do lado oposto, porque a primeira cirurgia tinha sido feita numa fase da criança muito jovem; era uma criança que, por dificuldades de entrar na escola, tinha apenas oito anos, foi indicada a operação de Pickrell e nós não gostamos de utilizar nesta época, porque então vai apenas o tendão. Na operação de Pickrell, o Pickrell tem uma tendência à utilização do músculo um pouco diferente da nossa, ele faz um estreitamento, o máximo que ele pode, e nós já vimos até casos do tendão

aparecer dentro do reto de tão apertado que ficou. E nos trabalhos dele, sempre usa a utilização do relaxamento para a evacuação. Nós temos uma tendência diferente, não sei, não sou eu quem vou dizer que esteja certo ou errado, em que nós utilizamos a contração do músculo para segurar, naquele momento em que ele sente vontade porque depois que passa a vontade ele pode relaxar, como todos nós relaxamos, que não mais evacua. Então, nós não apertamos tanto como aperta o Pickrell.

Mas nós gostamos de utilizar massa muscular; então, foi usada nessa época da sua vida, um dos lados da coxa, mas a família já sabendo que quando ele desenvolvesse a coxa, em que o fêmur cresce muito mais do que o espaço perineal, e eu posso levar massa muscular, seria feita então a colocação do outro lado, como foi. Foram dois casos que nós tivemos nesse sentido; de modo que esses dois casos estão com dois músculos na região, de desfazer completamente aquilo que foi feito; nós nunca tivemos.

**Sérgio Brenner:** Bom, devido ao adiantado da hora, foi-nos pedido para encerrar a Mesa, eu passaria então a palavra ao Dr. Klaus Rebel.

**Klaus Rebel:** Eu quero agradecer a todos os componentes pela apresentação, e à platéia também pela sua presença e está encerrada a Sessão.