

## ACESSO PARASSACRAL

JOSÉ REINAN RAMOS, TSBCP  
MAURO PINHO, TSBCP

---

RAMOS JR, PINHO M – Acesso parassacral. Rev bras Colo-Proct, 7(1): 1987.

**RESUMO:** Descrição do acesso parassacral para o tratamento de lesões do reto.

**UNITERMOS:** acesso posterior; tumor viloso

---

Os acessos posteriores ao reto são usados não somente para ressecção de grandes adenomas sésseis, principalmente os tumores vilosos, localizados no terço médio do reto como também podem ser usados para o tratamento das fístulas retoprostáticas ou retovaginais altas.

O acesso posterior de *Kraske*<sup>1</sup> usado no passado para ressecção de carcinoma retal tem sido utilizado com sucesso para a excisão de lesões benignas situadas na parte média (6-10 cm) do reto. O acesso posterior transesfincteriano de *York-Mason*<sup>2</sup> também tem apresentado bons resultados especialmente para o tratamento das fístulas retouretrais.

Nós utilizamos o acesso parassacral para o tratamento destas mesmas lesões porque esta via apresenta vantagens sobre as outras duas (transacral e transesfincteriana) e pode ser realizada com facilidade se conhecermos adequadamente a anatomia das paredes laterais da pelve<sup>3</sup>. Usando este acesso não é necessário desinserir a rafe anococcígea do cóccix, remover o cóccix ou as peças sacrais inferiores nem ligar os vasos sacrais médios como são realizados quando utilizamos o procedimento de *Kraske*<sup>1</sup> e nem é necessário ressecar o cóccix ou seccionar e suturar a musculatura esfinteriana (músculo esfínter externo, músculo esfínter interno e alça do músculo puboretalis) como na técnica divulgada por *York-Mason*<sup>2</sup>.

---

Trabalho realizado no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital do Andaraí – Rio de Janeiro – RJ

## Técnica

O preparo do cólon é realizado no dia anterior à operação (dieta líquida sem resíduos, sulfato de sódio e enema noturno) e complementado uma hora antes da operação (Metronidazol 1,5g EV e gentamicina 80 mg IM). A anestesia pode ser raqui ou peridural.

O paciente é colocado na “posição em canivete”, ou seja, em decúbito ventral com os membros inferiores flexionados e um coxim sob o púbis, promovendo-se, ainda, um afastamento das regiões glúteas, a fim de expor mais adequadamente o sulco interglúteo (*Fig. 1A*). Uma incisão parassacral é realizada iniciando-se a 2 cm da borda anal e prolongando-se superiormente à direita ou à esquerda (dependendo da localização da lesão) da junção sacrococcígea, próximo ao cóccix e porção lateroinferior do sacro e termina na porção média do músculo glúteo maximus (*Fig. 1B*). A seguir, secciona-se o músculo glúteo para expor o ligamento sacroisquiático, e o músculo elevador do ânus (feixe pubococcígeo e iliococcígeo) e se necessário o espaço infrapiriforme (por onde saem o nervo ciático e os vasos glúteos inferiores) (*Fig. 1C*). A borda inferior do ligamento sacroisquiático é seccionada para melhor visualização do músculo elevador do ânus (feixe iliococcígeo) o qual é seccionado juntamente com o fásia supra-anal ou de Waldeyer. Assim, a parede posterolateral do reto é exposta. A maior mobilização do reto depende do tipo de operação que será realizada (ressecção com anastomose completa ou parcial) e do tamanho e localização da lesão (*Fig. 1D*). O fechamento do reto é realizado em um ou dois planos de sutura (vicryl 3-0). O músculo elevador do ânus é aproximado junto com o fásia de Waldeyer com sutura contínua de vicryl 3-0 (*Fig. 1E*). O ligamento sacroisquiático e o músculo glúteo são aproximados com pontos separados de vicryl 3-0. Drenagem a vácuo é colocada no espaço perirretal (*Fig. 1E*). Pontos separados de catgut 3-0 aproximam o tecido subcutâneo. A pele é fechada com mononylon 4-0.

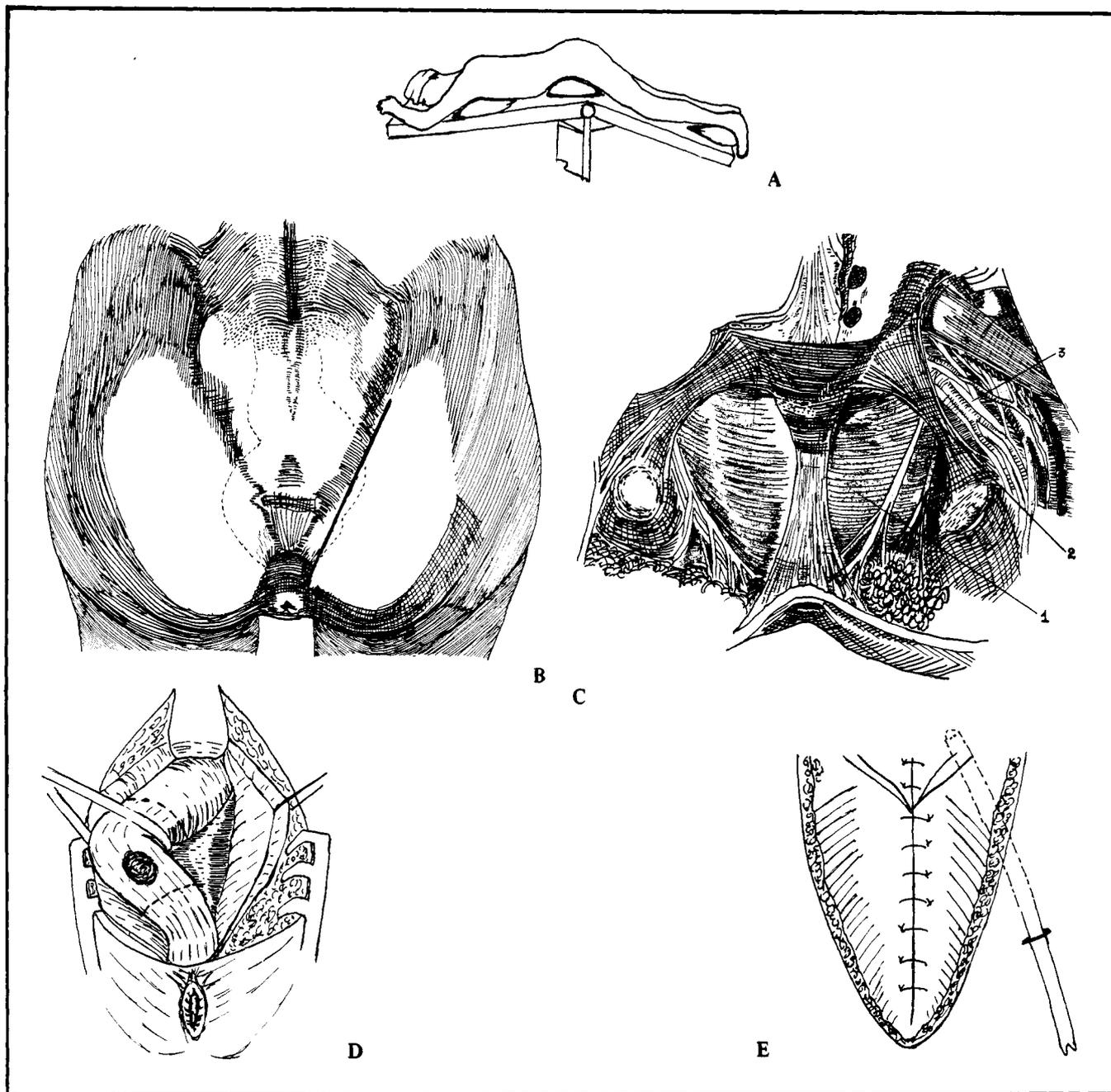


Fig. 1 – Acesso parassacral: (A) posição do paciente; (B) incisão; (C) anatomia da região (1-músculo elevador do ânus, 2-ligamento sacroisquiático, 3-nervo ciático e vasos glúteos inferiores); (D) mobilização e exposição do reto e da lesão após reparo dos músculos elevadores do ânus e do fáschia de Waldeyer; (E) fechamento por planos e drenagem.

Ramos JR, Pinho M – The parasacral approach

**SUMMARY:** This report presents the posterior parasacral technique for surgery of the rectum.

**KEY - WORDS:** posterior approach; villous tumor

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kraske P. Zur Extirpation hochsitzender Mastdarmkrebse. Verh Dtsch Ges Chir 1885; 14: 464-74.
2. York-Mason A. Surgical access to the rectum – a transsphincteric exposure. Proc R Soc Med 1970; 63(suppl): 91-4.
3. Pinho M, Ramos JR, Claros TSB, Bezerra EP. Acessos posteriores ao reto: bases anatómicas e relato de dois casos. Rev Bras Colo-Proct, 1984; 4(4): 211-18.

**Endereço do Autor:**  
José Reinan Ramos  
Rua Visconde Silva, 52/701  
28918 – Rio de Janeiro – RJ