

TRATAMENTO DO PROLAPSO RETAL

MICHAEL KEIGHLEY
JOSÉ ALFREDO REIS NETO – TSBCP
HÉLIO MOREIRA – TSBCP

Esta seção tem por objetivo abordar os diversos temas ligados à Colo-Proctologia, segundo uma visão essencialmente prática, ou seja, através da opinião de especialistas de reconhecida experiência, os quais buscarão transmiti-la nas respostas às questões que lhes foram formuladas por esta editoria.

Para este número contamos com a colaboração dos Profs. Michael Keighley, da Universidade de Birmingham, Inglaterra, José Alfredo Reis Neto, da PUCCAMP, Campinas, e Hélio Moreira, da Universidade Federal de Goiás. *Rev bras Colo-Proct.*, 1988; 8(2): 76-81.

1. Como trata o prolapso retal recorrente em crianças? Possui alguma experiência no tratamento cirúrgico destes casos?

Prof. Michael Keighley – O prolapso retal na criança é quase sempre associado a uma evacuação realizada incorretamente. A criança frequentemente faz um esforço excessivo no momento da defecação, em alguns casos buscando atrair a atenção dos pais, uma vez que tal esforço pode resultar em um sangramento retal.

A maioria dos prolapsois retais em crianças irá resolver-se espontaneamente, desde que estas sejam encorajadas a defecar apenas nos momentos em que sentirem necessidade de evacuar, conseqüente à presença de fezes na ampola retal.

Técnicas de contenção que ainda permanecem nos textos de cirurgia não são praticamente utilizadas. É pouco freqüente a indicação cirúrgica para o prolapso retal em crianças. Eu não tenho experiência em tratar crianças, e meus colegas pediatras me relatam que raramente necessitam recorrer a tratamento cirúrgico nestes casos, e quando o fazem, devido ao prolapso persistente, geralmente realizam a retossigmoidectomia.

Prof. J. A. Reis Neto – O prolapso retal na criança deve ser encarado como enfermidade de transição, decorrente das alterações anatômicas próprias das crianças, às quais se agregam condições ambientais e sociais. O prolapso é

freqüente em crianças desnutridas, submetidas a restrições alimentares, ou portadoras de verminoses crônicas debilitantes, com quadros de diarreias crônicas. É comum a sua observação também em crianças constipadas e que sentam, como rotina, em vasos sanitários inadequados (“Penicos ou urinóis”). A ausência da concavidade sacral, a perda de aderência ao sacro, a laxidão dos meios de sustentação e fixação do reto, o aumento da pressão intra-abdominal são as causas do prolapso.

O tratamento, pois, deve basear-se nestes pontos: restabelecer as condições normais de nutrição, dieta adequada, tratamento das parasitoses, normalização da posição de evacuação (de preferência deitada de lado ou em decúbito dorsal, com a cabeça ligeiramente elevada), normalizar o funcionamento intestinal, e nas ocasiões de prolapso, reduzi-lo cuidadosamente, sem traumas, utilizando vaselina líquida e mantendo as nádegas, após a redução, apertadas por uma bandagem de esparadrapo.

É importante eliminar-se a possibilidade de existir um pólipso retal como causa do prolapso.

A infiltração de leite, a cerclagem anal ou quaisquer outros tipos de cirurgia devem ser evitados.

Prof. Hélio Moreira – É necessário realçar que nossa experiência no tratamento do prolapso retal na criança é limitada. Aliás, se consultarmos a literatura especializada verificaremos como o assunto, embora tão importante, não tem merecido a atenção necessária. Existem poucos trabalhos publicados sobre o tema.

Em nosso meio, a causa mais comum de prolapso retal na criança é a DIARRÉIA (causada por verminoses, tais como *giardíase*, *trichuris*, *amebas*), dando como conseqüência o quadro de DESNUTRIÇÃO.

No tratamento do prolapso, nossa atenção deve centrar para estes fatores e por conseqüência tentar corrigi-los. É importante ter em mente que uma porcentagem muito grande de quadros de prolapso de reto na criança irá resolver espontaneamente, independente, às

vezes, da intervenção do médico, à medida que vai surgindo a maturação do esqueleto, com o aparecimento da curvatura do sacro e uma fixação posterior do reto.

Nos casos em que fomos chamados a intervir, nossa conduta tem sido sempre a mais conservadora possível. Eventualmente, em poucos e selecionados casos, utilizamos injeção de leite na região submucosa do reto. Não indicamos cirurgia em nenhuma oportunidade, mesmo porque, a nosso ver, o prolapso na criança é quase sempre mucoso e em consequência haverá pouca ou nenhuma indicação de cirurgia.

2 - Qual a sua conduta no prolapso mucoso (ou incompleto) do reto?

Prof. Michael Keighley - Eu não trato o prolapso mucoso, uma vez que na minha experiência este é sempre associado a alguma outra anormalidade fisiopatológica. O prolapso anterior de mucosa é muito comum em pacientes com incontinência fecal e avançado grau de períneo descido, podendo ser também visto em pacientes portadores de úlcera solitária do reto e em mulheres com lesão esfinteriana onde a mucosa anterior perde sua sustentação. O prolapso anterior de mucosa pode ainda ser também observado em casos de ânus ectópico ou lesões parciais de cauda equina. Acredito ser este tipo de prolapso uma consequência, sendo mais importante identificar-se a anormalidade fisiopatológica básica, a qual deverá então ser corrigida.

Prof. J. A. Reis Neto - O prolapso mucoso pode ser tratado ambulatorialmente por meio de ligaduras elásticas, aplicadas consecutivamente. Ao se efetuar este tratamento é interessante recordar que as ligaduras devem ser dispostas, sempre, em alturas diversas e em lados opostos.

O prolapso mucoso também pode ser tratado sob anestesia peridural, ressecando-o em cunha, como se fora um prolapso hemorroidário, pela técnica de Milligan & Morgan ou pela de Obando.

No prolapso mucoso é importante a avaliação exata da função esfinteriana, pois é comum ocorrer, em graus mais ou menos acentuados, uma fraqueza muscular esfinteriana.

Prof. Hélio Moreira - O prolapso mucoso do reto, a nosso ver, não deveria ser incluído neste grupo de prolapso retal. Na maioria das vezes é devido a uma doença hemorroidária e como tal deve ser tratada. A conduta dependerá do grau de sintomatologia presente, podendo variar desde a indicação de uma ligadura elástica até à excisão cirúrgica. É necessário salientar que na criança temos também a ocorrência deste prolapso mucoso e a conduta será um pouco diferente, porque diferente também é a etiologia.

3 - Em sua opinião, quais devem ser os principais objetivos do tratamento do prolapso retal completo? Qual a operação de sua preferência?

Prof. Michael Keighley - Existe agora uma substancial evidência de que o prolapso do reto é causado por uma intussuscepção retal completa através do assoalho pélvico.

Conclui-se daí ser bastante improvável que a anormalidade primária seja causada por um assoalho pélvico enfraquecido. Se isto ocorresse seria de se esperar que todos os pacientes portadores de incontinência fecal idiopática viessem a apresentar prolapso retal: isto não ocorre. A videoproctografia tem demonstrado claramente que o reto superior volta-se para dentro durante o esforço defecatório. Posteriormente os ligamentos suspensores do reto tornam-se tão enfraquecidos que a intussuscepção pode vir a ocorrer espontaneamente.

Eu acredito que o objetivo do tratamento é prevenir a intussuscepção através de alguma forma de fixação do reto. Não parece haver nenhuma justificativa para o reparo do assoalho pélvico. Hemery e cols., em um estudo recente, relataram cerca de 50% de persistência de incontinência em pacientes submetidos a reparo pós-anal para tratamento de prolapso retal. Da mesma forma, Goligher abandonou o procedimento de Roscoe-Graham, passando a adotar a retopexia posterior.

Existem dois principais métodos de retopexia. O reto pode ser fixado ao sacro posteriormente através de suturas ou por meio da utilização de material não absorvível, como tela de polipropileno ou esponja de Ivalon. A técnica alternativa, ainda popular nos Estados Unidos, é a operação de Ripstein, onde um anel é colocado em torno do reto anteriormente, sendo então fixado aos bordos laterais do sacro. Gordon e cols. demonstraram uma incidência maior de estenoses do reto com o procedimento de Ripstein do que com outros métodos de retopexia. Por estas razões nós preferimos a retopexia posterior. Também preferimos a tela de polipropileno à esponja de Ivalon, por sua menor possibilidade de desenvolver infecção pélvica crônica.

Prof. J. A. Reis Neto - Se considerarmos que o prolapso retal decorre de uma invaginação sigmoide-retal patológica e que nestes casos há uma série de fatores coadjuvantes que terminam por acarretar insuficiência dos meios de suspensão, sustentação e fixação do reto, qualquer procedimento cirúrgico deve visar em primeiro lugar evitar a invaginação e em seguida procurar fixar o reto em sua posição anatômica normal.

Por esta razão preferimos utilizar a retossigmoide-sacropromontopexia por via abdominal, pois em primeiro lugar evitamos a invasão sigmoide-retal pela fixação do mesmo e em seguida fixamos o reto na concavidade sacral e elevamos o fundo-de-saco de Douglas.

Prof. Hélio Moreira - As discussões continuam a respeito da verdadeira causa ou causas do prolapso retal. Existem teorias tentando explicá-las. Duas delas têm resistido ao crivo dos anos:

a) Moschcowitz, que considera o prolapso como uma hérnia de deslizamento, provocada por defeitos no assoalho pélvico e aumento na profundidade do fundo-de-saco de Douglas.

b) Broden e Snellman, que consideram o prolapso retal como uma intussuscepção reto-retal. Teoricamente toda cirurgia a ser proposta para o tratamento do prolapso retal deveria ser dirigida no sentido de se tentar corrigir estes defeitos: reconstruir o diafragma pélvico, obliterar o fundo-de-saco de Douglas e repa-

rar o elevador do ânus. Na tentativa de se corrigir estes defeitos, estão descritas mais de 140 técnicas cirúrgicas para o tratamento do prolapso retal. Temos adotado uma conduta eclética; a técnica cirúrgica a ser adotada variará de paciente para paciente. Utilizamos: sacro-promonto fixação do reto isoladamente, algumas vezes acompanhada por reparo de períneo, fixação do reto com esponja de Ivalon, cirurgia de Delorme, cirurgia Duhamel. Ultimamente temos a nossa atenção voltada para a ressecção anterior do colo, com anastomoses baixas (6 a 8 cm do rebordo anal).

Todas as técnicas cirúrgicas que empregamos trazem no seu bojo algum grau de insatisfação, tanto para o cirurgião como para o lado do paciente (persistente incontinência fecal e recidivas).

Como salientamos, as informações teóricas de que dispomos nos informam que algumas destas técnicas cirúrgicas que temos empregado não são capazes de responder a todas as questões formuladas.

Nem sempre conseguimos corrigir todos os defeitos presentes nos pacientes portadores de prolapso retal com uma única etapa cirúrgica; seriam necessários, em alguns casos, novas cirurgias e às vezes as condições físicas do paciente não as permitem, trazendo como consequência, aquela insatisfação que referimos no início.

4 - Nas retopexias, qual a sua opinião em relação ao local e forma de fixação, assim como ao nível de dissecação retal?

Prof. Michael Keighley - O objetivo da retopexia é estirar o reto e prevenir a ocorrência de posterior intussuscepção. Por esta razão é mais conveniente fixá-lo ao promontório sacro do que à concavidade sacral. Acreditamos ser importante o emprego de suturas firmes, atingindo o periosteio, com o óbvio cuidado de evitar a lesão de vasos ou nervos.

Se o objetivo da operação é prevenir a intussuscepção, nós acreditamos que a dissecação anterior não é necessária. O reto é mobilizado até o nível da ponta do cóccix; os ligamentos laterais são então seccionados, mas o peritônio anterior não necessita ser aberto para que se obtenha o adequado estiramento do reto.

Prof. J. A. Reis Neto - Como dissemos, preferimos a fixação do reto no sacro e no promontório e esta fixação deve ser feita diretamente da parede retal na aponeurose pré-sacra, por meio de duas fileiras de pontos.

Estes pontos devem ser dispostos paralelos à linha média, tomando-se o cuidado de não se lesar os vasos pré-sacros.

Utilizamos, em geral, pontos separados e fio inabsorvível.

Não empregamos fitas de Marlex ou quaisquer outros tipos de corpo estranho para realizar esta fixação, já que a simples sutura da parede retal ao plano aponeurótico pré-sacro é suficiente. Esta fixação deve ser iniciada ao nível do retossigmoido e do promontório e deve se estender até a altura da 4ª peça sacra e da parede retal à altura do fundo-de-saco de Douglas. O reto, portanto, deve ser descolado da concavidade sacral, desde o promontório até a altura do cóccix, identificando-se os músculos elevadores e a aponeurose pré-sacra.

Outra técnica que temos utilizado é a descrita por Carrapatoso, onde o reto é fixado ao ligamento sacro-coccígeo anterior esquerdo.

Prof. Hélio Moreira - Acinamos que a chave do sucesso na cirurgia do prolapso do reto está na liberação completa da sua face posterior até o nível dos elevadores. Se optarmos pela sua fixação, entendemos que esta deva ser feita a partir dos seus ligamentos laterais até a fáscia pré-sacral, utilizando-se pontos separados, fio inabsorvível. Se a opção for fixação do mesmo com interposição de corpo estranho (Ivalon, a nossa experiência), procedemos semelhantemente, iniciando a fixação da esponja na terceira ou quarta vértebra sacral e, com o mesmo fio, fixamos esta mesma esponja aos ligamentos laterais do reto; pontos separados, fio inabsorvível, em número de 4 a 6, de modo a deixar a esponja aderida à face posterior do reto, como se fora um hemi-manguito.

5 - Qual a sua experiência em relação às complicações após retopexias?

Prof. Michael Keighley - Nós realizamos 165 retopexias posteriores com tela de polipropileno. Nossa incidência de infecção foi de 3,5%. Somente um paciente desenvolveu infecção em torno da tela. Hematoma ocorreu em 1,5%. Incontinência persistente ocorreu em um terço dos pacientes que se apresentavam incontinentes no pré-operatório. A videoproctografia tem sido capaz de identificar aqueles pacientes que apresentam maiores possibilidades de permanecerem incontinentes, apesar da retopexia. Nestes casos recomendamos atualmente a realização de reparo pós-anal associado a retopexia abdominal.

Tivemos uma incidência de constipação pós-operatória em 44% dos pacientes (a pré-operatória foi de 19%). Acreditamos que esta seja devida à ocorrência de lesão da inervação autonômica do reto. Estamos no momento avaliando a possibilidade de realizar uma ressecção anterior em lugar de retopexia, particularmente em pacientes com cólon sigmoide redundante ou quando exista quadro de constipação severa no pré-operatório.

Prof. J. A. Reis Neto - As complicações mais freqüentes são: prolapso mucoso, ao redor de 2% dos casos; impactação fecal, em torno de 5% dos casos; persistência de incontinência em 1% dos pacientes e recidiva em 4% dos operados.

O prolapso mucoso pode ser tratado com a aplicação de ligaduras elásticas, ambulatorialmente.

A impactação fecal deve ser evitada com a aplicação de pequenos enemas a partir do 2º dia de pós-operatório e pela utilização de mucilagem, via oral.

A incontinência deve ser pesquisada antes da cirurgia, para que possa ser corrigida conjuntamente com a retopexia. Quando houver lesão muscular, a mesma deve ser reparada. A maior dificuldade está nos pacientes com problemas mentais graves, onde a incontinência é neurológica, central.

A recidiva, em geral, decorre da insuficiência de fixação do reto à aponeurose pré-sacra: ou por falta de dissecação adequada da mesma ou por se confundir a aponeurose com o tecido gorduroso pré-aponeurótico.

Em caso de recidiva, constatando-se o defeito anterior,

pode ser tentada uma nova retopexia, por via abdominal.

Em alguns casos pode ser realizada a retopexia por via perineal.

Prof. Hélio Moreira — As duas mais importantes e também preocupantes complicações pós-operatórias de qualquer cirurgia para o prolapso retal são a incontinência fecal e a recidiva da doença; além destas outras complicações devem ser enumeradas: abscessos, hemorragia, rejeição do corpo estranho.

A *incontinência* fecal deve merecer uma análise bem judiciosa. Consultando a literatura, iremos verificar que pacientes portadores de prolapso retal apresentam no período pré-operatório quadros de incontinência fecal que variam de 10 a 80%.

O desiderato da cirurgia proposta para o tratamento do prolapso deve estar voltado para estes dados; não nos basta a cura anatômica da lesão, necessitamos dar uma resposta adequada a estas alterações funcionais. Não creio, se fizermos uma análise criteriosa, que técnica alguma irá conseguir melhorar estes índices mais do que 60%; conseqüentemente teremos um contingente alto de pacientes que continuarão insatisfeitos. Não conseguiremos porque o paciente portador de prolapso retal apresenta também desnervação da musculatura do assoalho pélvico e dos esfíncteres, devido a lesões dos nervos pudendos e perineais, além de alteração do ângulo anorretal. Daí a importância que se tem dirigido hoje para a necessidade de se estudar previamente todo paciente que for se submeter a uma intervenção cirúrgica para o tratamento do prolapso retal. Além da medida do ângulo anorretal, estudos de eletromanometria e eletromiografia, para se tentar detectar possíveis alterações funcionais da região perineal, com possível indicação de técnicas capazes de tentar corrigi-las. Ultimamente tem surgido, na literatura, trabalhos mostrando também, com inquietante freqüência, alterações da atividade motora do colo esquerdo.

Recidivas: Consultando a literatura, iremos verificar que toda técnica cirúrgica proposta para o tratamento do prolapso retal apresenta recidivas.

A promonto-fixação do reto mostrou em nossas mãos índices de recidivas aceitáveis, porém com outras complicações indesejáveis, o que nos levou a procurar outra ou outras soluções.

Nossa experiência com a técnica de se colocar uma esponja de Ivalon interposta entre o reto e o sacro mostrou resultados melhores no que diz respeito às recidivas, porém com algumas complicações preocupantes (uma delas foi a rejeição da esponja, com formação de abscesso, com evolução para fibrose intensa na região e posterior estenose cerrada do reto e colostomia definitiva).

Hemorragia: Talvez uma das mais temidas complicações que surge no ato operatório seja devida à lesão inadvertida das artérias pré-sacrais, sempre de difícil manuseio por se situarem no plano interósseo. Provavelmente apanágio das cirurgias de fixação do reto, quando aprofundamos um pouco mais a agulha na fáscia pré-sacral.

Abscesso: Advém sempre da hemostasia não muito

perfeita do espaço pré-sacro, que, por se tratar de uma cavidade fechada, as condições de drenagem são as mais difíceis possíveis.

6 — Considera válida a utilização dos procedimentos de cerclagem anal em casos de prolapso retal completo? Quando os indica e qual a técnica de sua preferência?

Prof. Michael Keighley — Acredito que a operação de Thiersch deva ser retirada dos textos de cirurgia. Ocorre que nesses casos ou o fio está tão apertado que o paciente se torna constipado ou então frouxo de tal forma que é incapaz de controlar o prolapso. Porter reviu os resultados com o procedimento de Thiersch para prolapso do reto e conclui que este não encontra justificativa para sua realização. Hopkinson sugeriu que o silastic possa ser preferível ao fio de aço e relatou excelentes resultados em 52 pacientes com uma incidência de prolapso recorrente em apenas 10% dos casos. Entretanto, muitos destes implantes desenvolveram infecção. Corman e outros têm usado um anel de silastic, o qual apresenta elasticidade em seu eixo longitudinal mas não no vertical. Sua experiência na utilização deste material em prolapso é, no entanto, ainda limitada. Eu não acho que procedimentos de cerclagem anal devam ser usados para o prolapso do reto. Acredito, no entanto, que possa haver local para operação de Delorme para pacientes de alto risco cardiorrespiratório portadores de prolapso retal. Christianson, em Copenhague, em Brennan, em Leeds, relataram, em separado, índices de recorrência entre 10 e 15%.

Prof. J. A. Reis Neto — A cerclagem anal pode ser utilizada em pacientes idosos, em mau estado geral e nos quais a fixação por via abdominal esteja contra-indicada.

Damos preferência à cerclagem pela técnica de Thiersch, sob anestesia local. Empregamos fio de aço, envolvido por uma sonda plástica, fina, e que é passado do períneo anterior ao posterior e aí amarrado. O fio deve ser passado na profundidade da musculatura esfíncteriana profunda (esfíncter externo profundo).

Cuidados como o preparo pré-operatório: limpeza retal adequada por clisteres e antibioticoterapia profilática.

Prof. Hélio Moreira — Já tivemos a oportunidade de utilizar a cerclagem no tratamento do prolapso retal. Ahamos, no entanto, que a utilização deste procedimento no tratamento do prolapso retal deva ser considerada como coisa do passado; pertence à história da Colo-Proctologia. De acordo com os conhecimentos acumulados e principalmente aos que dizem respeito aos resultados funcionais e às complicações surgidas, não mais se justifica a adoção desta técnica.

No último mês de julho, durante a Jornada conjunta de Colo-Proctologia patrocinada pelo Hospital São Marcos de Londres e a International Society University Colon and Rectal Surgeons, o presidente de uma sessão sobre incontinência fecal indagou quantos dos presentes no auditório ainda faziam cerclagem; apenas dois americanos ergueram as mãos. Explicaram, talvez, para diminuir o constrangimento que usavam não a técnica original de Thiersch, mas sim uma modificação.

Creio que nos casos de pacientes idosos com riscos

operatórios e com quadro de prolapso considerável, eles podem ser manuseados perfeitamente com a técnica de Delorme, aliás, como tem sido nossa conduta.

7 - Qual a sua conduta nos casos de incontinência associada ao prolapso?

Prof. Michael Keighley - Em nossa experiência dois terços de todos os pacientes incontinentes portadores de prolapso recuperam a continência após a operação. Anteriormente considerávamos inadequada a realização sincrônica de retopexia e reparo pós-anal devido à incidência de complicações, em especial infecciosas, as quais poderiam vir a comprometer os resultados. Estamos agora analisando uma série de parâmetros, como a extensão do canal anal, o grau de descida perineal e o ângulo anorretal, os quais poderiam auxiliar a identificar aqueles pacientes capazes de persistir com incontinência após a retopexia abdominal. Nestes casos consideramos adequada no momento a associação da retopexia com o reparo pós-anal.

Prof. J. A. Reis Neto - Como já nos referimos anteriormente, a incontinência deve ser diagnosticada no pré-operatório, para que se agregue à retopexia a cirurgia adequada de correção da incontinência.

Para os casos de desgarramento perineal, consecutivos ao trabalho de parto, a operação ideal é a reconstrução do períneo anterior, refazendo-se a musculatura da parede vaginal posterior e do canal anal. Importante manter-se a distância normal entre o reto e a vagina.

Para os casos de incontinência devidos à retificação do ângulo reto-anal, a operação de Parks apresenta bons resultados. Neste caso, para a perfeita identificação da causa da incontinência é importante a realização de um defecograma pré-operatório, para análise correta do ângulo reto-anal. Temos utilizado, para tal, o balão de Lahr, que permite a medida adequada deste ângulo, bem como da função do elevador.

Quando a incontinência é de origem neurológica, seja ela central ou periférica, cirurgia alguma terá bom resultado.

Prof. Hélio Moreira - Como já assinalamos anteriormente, a incontinência fecal está presente nos quadros de prolapso retal com uma incidência muito alta. Se considerarmos os vários graus desta alteração (gases, fezes líquidas, soiling, fezes formadas) provavelmente verificaremos que cerca de 80% dos pacientes são incontinentes.

Portanto, quando falamos em tratamento do prolapso retal, estamos falando também em tratamento da incontinência fecal. Com qualquer técnica cirúrgica que empreguemos, haverá sempre um contingente de pacientes que continuarão a ter algum grau de anormalidade, devendo ser considerada a necessidade de uma nova cirurgia, para se tentar sua correção.

A cirurgia que no momento apresenta melhores resultados para este desiderato é o chamado reparo pós-anal de Parks e esta tem sido a nossa conduta, quando possível, de acordo com as condições do paciente e de acordo com o grau de tolerância que o mesmo apresenta para conviver com esta alteração.

8 - Com relação ao prolapso retal interno, como orienta o diagnóstico e qual a sua opção terapêutica?

Prof. Michael Keighley - Não há dúvida que clínicos e cirurgiões têm diagnosticado a intussuscepção incompleta mais frequentemente com a utilização da videoproctografia. Esta intussuscepção interna pode ser vista em pacientes com úlcera solitária do reto, e em alguns com constipação crônica. É certamente possível corrigir a anormalidade radiológica pela retopexia abdominal. Infelizmente em minha experiência o controle dos sintomas foi raramente conseguido. Operamos até o momento 12 pacientes portadores de intussuscepção interna e embora a retopexia tenha invariavelmente controlado a ocorrência desta, os pacientes persistiram com sintomas severos de tenesmo, sangramento retal, dor perineal e hábito intestinal alterado. Deve ser dito que muitos destes pacientes apresentavam distúrbios psiquiátricos e uma recente avaliação psicológica em pacientes com constipação crônica e intussuscepção interna revelou uma alta incidência de anormalidades.

Prof. J. A. Reis Neto - Descrita por Tuttle, em 1905, a procidência retal interna ou prolapso retal interno tem permanecido praticamente desconhecida dos proctólogos. Primeiro porque os sintomas são pouco específicos e segundo porque os métodos diagnósticos não têm sido usados como uma rotina.

Temos utilizado como propedêutica o toque retal e a endoscopia associada ao esforço defecatório do paciente. De grande valia tem sido a utilização do defecograma, onde se pode demonstrar claramente a intussuscepção interna.

Da mesma forma que no prolapso retal completo *visível*, o prolapso retal interno (ou oculto) deve ser tratado pela retopexia.

Creio ser importante diferenciar o prolapso retal interno da síndrome do descenso perineal, da retocele e da esterocele, da hérnia do fundo-de-saco de Douglas e da hérnia de Uhr.

Prof. Hélio Moreira - A definição de prolapso retal interno, sob nosso ponto de vista, refere-se àqueles casos em que o prolapso de mucosa retal fica restrita à ampola retal, portanto não prolaba para fora do canal anal.

O diagnóstico clínico é praticamente impossível, pois as queixas são incaracterísticas: obstipação intestinal, tenesmo retal, perda de muco pelo ânus e ocasionalmente dores.

O quadro de incontinência fecal dificilmente faz parte da sintomatologia e quando presente assume proporções não preocupantes.

A endoscopia comumente não apresenta nada de característico, a não ser uma possível irritação de mucosa ou mesmo edema e eventualmente a presença da úlcera solitária do reto, que tem sido muito discutida ultimamente, como indicativa de prolapso interno da mucosa retal. Quando solicitamos ao paciente que "faça força" no sentido de evacuar, poderemos surpreender, na vigência da endoscopia, invaginando para dentro do endoscópio um prolapso de mucosa que será maior ou menor de acordo com o grau evolutivo da doença.

O tratamento deve ser, sempre que possível, conser-

vador, com medidas terapêuticas clínicas (banhos de assento com água morna, antiespasmódicos, correção do ritmo intestinal etc.).

Naqueles casos em que, apesar das tentativas de

tratamento clínico, os pacientes continuam evoluindo progressivamente para pior, temos proposto ligadura elástica em vários níveis, sempre acima da linha pectínea, em várias sessões, sempre com bons resultados.