

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA RETOCELE COMO CAUSA DE CONSTIPAÇÃO

JOSÉ VINICIUS CRUZ, TSBCP
CHARLES SUDBRACK, FSBCP
TIMOTHY JOHN WILSON, FSBCP

CRUZ JV, SUDBRACK C, WILSON TJ - Tratamento cirúrgico da retocele como causa de constipação. *Rev bras Colo-Proct.*, 1990; 10(1): 5-7

RESUMO: Os autores propõem uma técnica cirúrgica para reforçar o períneo posterior de pacientes que apresentam dificuldades de expulsão de fezes, devido à lascidão de estruturas músculo-aponeuróticas no septo reto-vaginal. A operação consiste em aproximar os elevadores do ânus com fio inabsorvível em sutura contínua, após extensa dissecação do septo reto-vaginal. Durante o período de novembro de 1986 a julho de 1989, os autores submetem 18 pacientes a esta técnica. A esfínteroplastia anal foi associada em cinco pacientes, nos quais havia laceração de períneo. Dificuldade de expulsão de fezes foi a queixa principal, exceto nas com laceração perineal onde a incontinência fecal motivou a consulta. O "follow-up" médio foi de oito meses, tendo bom resultado em 17 pacientes e regular em apenas um. A única complicação observada foi hematoma no septo reto-vaginal em um caso.

UNITERMOS: reparo de períneo; reparo pélvico; retocele; constipação

Muitos são os fatores causadores de retardo da evacuação, com causas que se relacionam diretamente ao aparelho digestivo e outras extradigestivas.

Pacientes portadores de retocele são, com frequência, acometidos por uma constipação de causa extra-intestinal, onde o retardo evacuatório ocorre na fase de expulsão fecal. A dificuldade se dá por uma deficiência de sustentação da parede anterior do reto, devido à diastase dos elevadores do ânus e alterações das estruturas músculo-aponeuróticas do septo reto-vaginal.

Estas pacientes muitas vezes são tratadas erroneamente com laxativos, como sendo portadoras de constipação intestinal comum, ao passo que outras são submetidas à perineoplastia posterior tradicional, com resultados muitas vezes pouco satisfatórios.

A fim de corrigir este distúrbio, submetemos uma série de pacientes a um procedimento de reforço do períneo posterior.

PACIENTES E MÉTODOS

Durante o período compreendido entre novembro de 1986 a julho de 1989, os autores submetem 18 pacientes à cirurgia proposta.

Em cinco pacientes associou-se a esfínteroplastia, por apresentar laceração de 3.º grau, onde a queixa principal foi incontinência fecal.

A idade variou de 30 a 61 anos, perfazendo uma média de 44,3 anos. Treze pacientes eram brancos e cinco pretos.

Indicou-se a cirurgia naquelas portadoras de retocele que apresentavam dificuldade de expulsão das fezes. Seis pacientes referiam espontaneamente o uso de manobra digital, empurrando o reto através da parede posterior da vagina como parte do processo evacuatório. Nas demais, solicitamos que fizessem a manobra e verificassem o efeito da mesma sobre a evacuação.

Cinco pacientes foram submetidas à perineoplastia posterior prévia em outro serviço, persistindo, porém, a deficiência do septo reto-vaginal e a dificuldade evacuatória. Uma dessas pacientes havia sido submetida a tratamento cirúrgico de fístula reto-vaginal.

Cirurgia

a) Preparo intestinal: realizou-se preparo de cólon com Manitol a 10%. Embrocação vaginal com iodoform aquoso, quatro sessões de 4/4 horas. Tricotomia perineal, antibioticoprofilaxia com Metronidazol e Gentamicina uma hora antes da cirurgia.

b) Tática e técnica operatória: anestesia com bloqueio peridural ou raqui, posição de litotomia, antisepsia e colocação de campos esterilizados e cateterização vesical. Incisão em "U" a 1 cm da transição cutâneo-mucosa no terço inferior da fenda vaginal. Infiltração de adrenalina a 1:250.000; dissecação profunda do septo reto-vaginal, de modo a expor amplamente os elevadores. É importante que a dissecação seja feita em tal profundidade que permita ao cirurgião palpar o colo uterino. Após isto, realiza-se a aproximação dos elevadores mediante sutura contínua, de dentro para fora, com fio inabsorvível prolene 0. Chama-se a atenção para o cuidado de direcionar os nós para o reto e que a aproximação dos elevadores não implique em isquemia ou lacerações. Não é indispensável que as bordas dos elevadores se toquem em toda a extensão da linha de sutura. Procede-se, então, à retirada do excesso de mucosa vaginal e à sutura da mesma, bem como da junção cutâneo-mucosa, com categute cromado 000. Curativo mediante tamponamento de vagina com gaze iodoformada mais creme vaginal.

c) Manuseio pós-operatório: retira-se o tamponamento vaginal com 24 horas e a sonda vesical 48 horas após. Recomenda-se dieta livre, emolientes fecais e higiene perineal com soro fisiológico em jato; orienta-se a paciente para que evite a posição sentada por 15 dias.

RESULTADOS

Os resultados foram considerados bons naqueles pacientes que não mais apresentavam dificuldade de expulsão de fezes nem abaulamento para a vagina. Dos 18 casos, 17 foram considerados bons e, um regular. Este último possuía outras causas de constipação. Nosso seguimento médio foi de oito meses.

Verificamos complicação em apenas um caso, o qual, após 40 dias, apresentou pequeno hematoma no septo reto-vaginal, que foi drenado e marsupializado para a vagina, com boa evolução.

DISCUSSÃO

Anatomicamente, logo abaixo do nível do fundo de saco, a vagina está em íntima relação com a parede anterior do reto. Entre os dois existe uma camada de aponeurose pélvica denominado septo reto-vaginal. Na

porção inferior, a vagina e o reto são separados pelo septo-vaginal e pelos músculos do corpo perineal. Este corpo é formado pela união dos músculos elevadores do ânus com os músculos bulbo-cavernosos perineais transversos.

Durante o trabalho de parto, estas estruturas aponeuróticas e musculares sofrem distensão e, com frequência, ruptura. O subsequente trabalho forçado, gestações e outras situações que determinam aumento da pressão intra-abdominal contra o assoalho pélvico provocariam o enfraquecimento do apoio aponeurótico. Isto permitiria a herniação do reto para dentro da vagina, caracterizando a retocele, que levaria à dificuldade evacuatória (1, 3, 6).

Muitos são os procedimentos cirúrgicos descritos para a correção desta afecção.

As primeiras cirurgias vaginais de que se tem registro foram realizadas no século XVI por Ambroise Paré, para lacerações completas do períneo. As primeiras operações eram bastante simples, consistindo em reavivar os bordos lacerados e suturá-los com ponta "em colchoeiro" (2). A partir das perineorrafias desenvolveram-se as colporrafias. As estruturas de suporte dos órgãos genitais eram, então, desconhecidas, bem como as causas dos prolapsos.

No passado, o tratamento das retoceles visava apenas diminuir a abertura do intróito vaginal, segundo técnica defendida por Emmet (2, 3).

Simon de Heidelberg é considerado por alguns o pai da colpoperineorrafia posterior (2). Este relatou o reforço da metade inferior da parede posterior da vagina, aproximando as estruturas músculo-aponeuróticas encontradas entre a vagina e o reto.

Durante a segunda metade do século XIX, muitos desenvolveram a colpo-perineorrafia posterior, inovando a técnica. Hegar descreveu a técnica de desnudar um triângulo de mucosa vaginal na parede posterior, suturando os bordos após o reparo muscular. No início de século a colpoperineoplastia posterior ainda era chamada de cirurgia de Hegar; várias outras modificações foram feitas neste século (2, 4, 5).

A técnica que usamos, para as situações em que a retocele está associada com dificuldade de expulsão de fezes, difere da perineoplastia tradicional na profundidade da dissecação do septo reto-vaginal e na extensão do reparo dos elevadores. Para que seja efetuado um reparo adequado, dissecamos a mucosa da parede posterior da vagina até "sob o colo do útero", de modo que os elevadores fiquem bem expostos. Utilizamos sutura contínua inabsorvível.

Não nos parece que a perineoplastia convencional seja eficaz para o tratamento dessas pacientes, haja vista que cinco delas tinham sido submetidas a tal operação previamente.

Das 18 pacientes operadas, obtivemos boa resposta em 17 e, em apenas uma paciente a melhora foi muito discreta, por apresentar outras causas de constipação.

Nosso tempo médio de seguimento foi de oito meses.

CONCLUSÃO

A extensa dissecação e o uso de fio inabsorvível nos parecem convenientes e necessários, além de não apresentarem complicações nesses casos operados por nós.

A técnica cirúrgica apresentada oferece resultados satisfatórios no tratamento de pacientes com dificuldades à evacuação devido à existência de retocele.

CRUZ JV, SUDBRACK C, WILSON TJ - Surgical treatment of constipation due to rectocele.

SUMMARY: The authors suggest a surgical technique employed to strengthen the posterior perineum of patients who, due to a slackness of the muscular and aponeurotic structures of the recto-vaginal septum, have difficulty to complete evacuation. The operation consists of approximating the levatores ani with a non-absorbable, continuous suture, after an extensive dissection of the recto-vaginal septum. During the period of November, 1986 to July, 1989 the authors performed this technique in 18 patients. Anal sphincteroplasty was associated in 5 patients who had laceration of the perineum. Difficulty to complete evacuation was the predominant complaint, except in the patients with perineal laceration, in which faecal incontinence was the main one. The mean follow-up was 8 months, with good results in 17 patients and fair in one. The only complication which occurred was hematoma in the recto-vaginal septum, in one case.

KEY WORDS: perineal repair; pelvic repair; rectocele; constipation

REFERÊNCIAS

1. Te Linde RW, Mattingly R. Ginecologia Operatória. 5.ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1979.
2. Jeffcoate TNA. Posterior colpoperineorrhaphy. Am J Obst Gynec 1959; 77(3): 490-502.
3. Ward GG. The operative technique for the repair of rectocele and injury to the pelvic floor. Surg Gynec Obst 1913; 17: 399-403.
4. Goff BH. A practical consideration of the damaged pelvic floor with a technique for its secondary reconstruction. Surg Gynec Obst 1928; 46: 855-866.
5. Nichols D, Milley PS. Surgical significance of the rectovaginal septum. Am J Obst Gynec 1970; 108(2): 215-220.
6. Uhlenhuth E, Wolfe WM, Smith EM, Middleton EB. The rectogenital septum. Surg Gynec Obst 1948; 86: 148-163.
7. Parks AG. Anorectal incontinence. Proc R Soc Med 1975; 68: 681-690.
8. Parks AG, Percy J. Rob + Smith's Operative Surgery. 1.ª ed. London, Butterworths, 1983.

Endereço para correspondência:
José Vinicius Cruz
Rua Santa Cecília, 1.650/402
90410 - Porto Alegre - RS