

# PROMONTOFIXAÇÃO DO RETO POR VIA LAPAROSCÓPICA

JOSÉ REINAN RAMOS, TSBCP  
MAURO PINHO, TSBCP  
FERNANDO POLANIA

RAMOS JR, PINHO M & POLANIA F - Promontofixação do reto por via laparoscópica. *Rev bras Colo-Proct*, 1993; 13(1): 5-6

**RESUMO:** O objetivo deste relato é apresentar a técnica de promontofixação do reto por via laparoscópica utilizada em um paciente com prolapso retal completo operado no Serviço de Colo-proctologia do Hospital do Andaraí.

**UNITERMOS:** procidência; sacropexia; laparoscopia

Devido aos bons resultados obtidos com a colecistectomia laparoscópica (1, 2), a aceitação dos métodos laparoscópicos para diversos procedimentos cirúrgicos é cada dia maior. Colectomias laparoscópicas vêm sendo realizadas com sucesso anastomoses tanto intra como extracorpórea. Apesar disso, o papel da cirurgia laparoscópica em colo-proctologia ainda não está totalmente definido. O objetivo deste relato é apresentar a técnica utilizada em um paciente submetido à promontofixação do reto por via laparoscópica operado no Serviço de Colo-proctologia do Hospital do Andaraí-RJ.

## Técnica operatória

**Preparo pré-operatório:** O preparo do cólon foi realizado com a ingestão de sulfato de sódio (60 g em duas doses) na véspera da operação e para antibioticoterapia profilática foram utilizados metronidazol (1,5 g EV) e gamicina (80 mg IM) uma hora antes do início da operação.

**Posição do paciente:** Após anestesia geral o paciente é colocado na posição de litotomia modificada (Lloyd Davies) e é passada uma sonda nasogástrica e outra vesical.

**Posicionamento dos trocâteres:** Após incisão transversa infra-umbilical de 1 cm de comprimento é realizada punção com agulha de Veress e verificação da posição correta através do teste da introdução de água. A seguir é iniciado o

pneumoperitônio com a introdução de CO<sub>2</sub>, que é seguido de aumento gradual da pressão intraperitoneal até 15 mmHg. Após estabilização da pressão intra-abdominal é retirada a agulha e passado um trocâter de 10/11 mm (Ethicon), por onde é introduzido um laparoscópio de 0 grau (Olympus) com a câmera. A cavidade abdominal é inspecionada e três outros trocâteres de 10-11 mm são colocados sob visão interna, um no quadrante inferior esquerdo, outro na fossa ilíaca direita e o terceiro no flanco direito (Fig. 1).

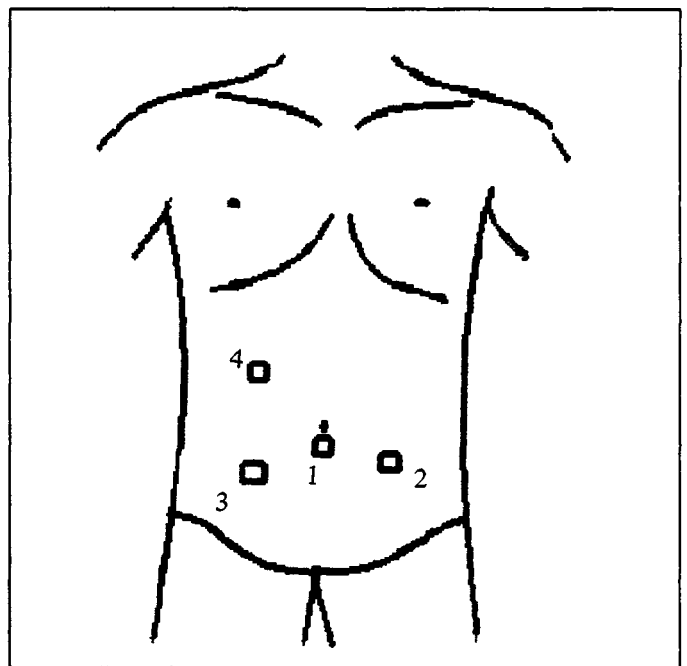


Fig. 1 - Posição dos 4 trocâteres de 10/11 mm para realização de promontofixação do reto.

**Mobilização e fixação do reto:** Após colocação do paciente em posição de Trendelenburg e lateral direita inicia-se a liberação do sigmóide distal e do reto superior, com a secção do fásia de Toldt e dos peritônios pélvicos lateral direito e esquerdo, usando-se tesoura com eletrocautério de 5 mm rotativa (trocâter 3) e utilização de pinças de Kelly, Babcock

ou Allis de 10 mm rotativas (Ethicon) para tração e contração do cólon sigmóide e reto (trocâteres 2 e 4). Após visualização dos ureteres esquerdo e direito inicia-se a liberação da parede posterior do reto através do espaço avascular pré-sacral até o cóccix, utilizando tesoura com eletrocautério e tração anterior do reto. Depois realiza-se lateralmente a liberação do reto e finalmente do peritônio retrovesical, sempre facilitado pela tração caudal do reto (anteriormente, lateralmente para a direita ou para a esquerda). Após liberação total do reto pélvico, identifica-se o promontório e fixa-se a parede póstero-lateral direita do reto à fáscia pré-sacral ao nível do promontório com três grampos, utilizando o grampeador de hernia EMS 30 (Ethicon Endo-Surgery). A operação termina com a colocação de dreno a vácuo pélvico e fechamento dos orifícios de punção.

### COMENTÁRIOS

A estimativa do potencial de penetração da cirurgia laparoscópica intestinal é de 20%, sendo que atualmente menos de 1% das ressecções intestinais é realizado laparoscopicamente. Já sabemos que podemos estender alguns benefícios da cirurgia laparoscópica das vias biliares (menos complicações pulmonares, mais rápido retorno da função gastrointestinal, menor tempo de internação, menos dor no pós-operatório, melhor resultado cosmético e mais rápido retorno ao trabalho ou ao lazer) aos pacientes submetidos às operações colorretais<sup>6</sup>.

O custo total da cirurgia laparoscópica colorretal é igual ao da cirurgia convencional (sendo maior o custo do ato operatório e menor o custo do pós-operatório) (4). Do ponto de vista técnico, as ressecções colorretais são operações seguras, como mostram Philips e cols. (3) e Monson e cols. (5).

A promontofixação do reto para tratamento da prociência pode ser realizada facilmente por via laparoscópica, pois não são necessárias ligaduras de vasos ou anastomose intestinal. A maior dificuldade da operação é com a fixação do reto à

fáscia ao nível do promontório, o que foi facilitado neste caso pelo uso do grampeador EMS 30.

O paciente de 56 anos (psicótico) operado no nosso serviço por esta técnica teve evolução satisfatória, com alta hospitalar no sétimo dia de pós-operatório, apesar de evoluir nas primeiras 48-72 horas com distensão colônica.

---

### RAMOS JR, PINHOM & POLANIA F - Laparoscopic rectopexy for rectal prolapse.

**SUMMARY: The aim of this report is to show the technique (laparoscopic rectopexy) used to treat one patient with prociência operated on at the Andaraí Hospital.**

**KEY WORDS:** prociência; sacropexy; laparoscopy

---

### REFERÊNCIAS

1. Stoker ME, Vose J, Omara P, Maini BS. Laparoscopic cholecystectomy: A clinical and financial analysis of 280 operations. Arch Surg 1992; 127: 589-595.
2. Cuschieri A, Dubois F, Moviel J, Mouret P, Becker H, Buess G. The European experience with laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1991; 161: 385-387.
3. Philips EH, Franklin M, Carrol BJ, Ramos R, Rosenthal D. Laparoscopic colectomy. Ann Surg 1992; 216(6): 703-707.
4. Falk PM, Beart RW Jr, Wexner SD, Thorson AG, Jagelman DG, Lavery IC, Johansen OB, Fitzgibbons RJ Jr. Laparoscopic colectomy: a critical appraisal. Dis Colon Rectum 1993; 36(1): 28-34.
5. Monson JR, Darzi A, Carey PD, Guillou PJ. Prospective evaluation of laparoscopic-assisted colectomy in an unselected group of patients. Lancet 1992; 340: 831-833.
6. Regadas FSP, Nicodemo AM, Rodrigues LV, Garcia JHP, Nóbrega AGS. Anastomose colorretal por via laparoscópica: apresentação de dois casos e descrição da técnica operatória. Rev bras Colo-Proct 1992; 12(1): 21-23.

### Endereço para correspondência:

José Reinan Ramos  
Rua Visconde de Silva, 52/701 - Botafogo  
22271 - Rio de Janeiro - RJ