

## PROCIDÊNCIA DO RETO - EXPERIÊNCIA E TÉCNICA PESSOAIS

HORACIO CARRAPATOSO, HSBCEP

*Membro Honorário da Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia, falecido recentemente. Foi Presidente da Sociedade, Livre-Docente de Proctologia da Faculdade de Ciências Médicas da U.E.R.J., Chefe do Serviço de Proctologia do Hospital de Ipanema, INPS, RJ. O artigo foi publicado na Revista Brasileira de Gastroenterologia (1963) vol. 15-2, 61-68 no qual comunica uma técnica pessoal para tratamento cirúrgico da procidência do reto.*

*Joaquim José Ferreira, TSBCEP*

CARRAPATOSO H - Procidência do reto - Experiência e técnica pessoais. *Rev bras Colo-Proct*, 1994; 14(4): 248-251

O objetivo da presente comunicação é trazer a nossa experiência sobre o assunto, num total de 21 casos e insistir sobre as modificações por nós escolhidas para alcançar a cura cirúrgica da procidência do reto.

Como o tema permanece aberto, não há porque não divulgarmos, repetidas vezes, a nossa conduta, visto que nos tem proporcionado, até o presente, os melhores resultados curativos, funcionais e plásticos da região, durante um período superior a sete anos.

Se refletimos profundamente sobre o tema em apreço, depois de termos praticado as técnicas de Delorme em quatro casos e a retossigmoidectomia em sete outros e termos assistido a igual número desta última operação, é porque não nos satisfaziam as bases em que se assentavam. Considerávamos as técnicas laboriosas, traumatizantes, chocantes e inseguras e, se os resultados em nossas mãos não foram desastrosos, pelo menos, como os que acompanhamos, imperfeitos.

A revisão feita por Hughes (1949), no Hospital São Marcos de Londres, confirma estas impressões. Vejamos as suas conclusões, de acordo com diversos tipos de operações:

a) Op. de Lockhart Mummery

32 operações  
29 recidivas

b) Op. de Cann (1928)

12 operações  
12 recidivas

c) Retossigmoidectomias

150 operações  
90 recidivas (60%)  
75 incontinências (50%) - com ou sem recidivas.  
0 mortes operatórias - única coisa boa da operação.

Único efeito: encurtar o cólon e torná-lo tenso.

Se há autores como Goligher (1947-1959) que, em 12 anos, totalizou 72 intervenções, onde inclui 19 operações de Thiersch, 3 perineorrafias, outros como Hughes, Gleason e Turner (1957) com 30 operações, Bjorn Snellman com 42 intervenções, Gabriel (1958) com 145 casos, a grande maioria dos autores, conforme se lê no livro de Brickham e Callender (1955), apresentam sua experiência e técnica modificada com um pequeno número de observações, de 2 a 4, e quase todas com recidivas. Turell (1959) cita que Dickon Wright reuniu 50 técnicas para tratamento da procidência do reto.

Justifica-se também, por isto, a nossa apresentação de 21 intervenções com 11 casos de operação pela técnica por nós modificada.

Queremos realçar aqui a data da nossa 1ª intervenção por via abdominal - 17 set. 1955, época em que, no nosso meio, Rio de Janeiro, não se aceitava a via alta para a cura da procidência. Só mais tarde, com o trabalho de Muir (1955), passou a ser objeto de referência, talvez pelo fato de ter introduzido a ressecção anterior, operação que, então, era muito focalizada na cura do câncer, embora, já em 1946, Hulton houvesse praticado a excisão da sigmóide e obliterado o fundo de saco peritoneal com o objetivo de curar o prolapso completo do reto.

CASUÍSTICA

| Nº                                | Registro      | Identidade | Sexo | Idade   | Data oper. |
|-----------------------------------|---------------|------------|------|---------|------------|
| <b>Operação de Delorme</b>        |               |            |      |         |            |
| 1                                 | 7720          | A.S.M.     | F.   | 20 anos | 20-7-53    |
| 1                                 | 12368         | E.V.C.     | M    | 20 anos | 19-11-54   |
| 3                                 | 13456         | D.V.F.     | F.   | 60 anos | 2-8-54     |
| 4                                 | 14030         | D.N.R.     | M.   | 24 anos | 4-11-54    |
| <b>Operação de Bergeret-Miles</b> |               |            |      |         |            |
| 5                                 | 72            | J.C.       | M.   | 35 anos | 5-4-48     |
| 6                                 | 87            | A.S.       | M.   | 23 anos | 1-12-48    |
| 7                                 | 121           | A.S.       | F.   | 35 anos | 9-12-48    |
| 8                                 | 7997          | N.C.T.     | M.   | 25 anos | 19-11-51   |
| 9                                 | 866           | A.E.       | M.   | 23 anos | 6-3-52     |
| 10                                | 14327         | M.G.S.     | F.   | 67 anos | 8-8-55     |
| 11                                |               | P.F.       | M.   | 72 anos | 23-1-60    |
| <b>Fixação abdominal</b>          |               |            |      |         |            |
| 12                                | Penitenciária |            | M.   | 30 anos | 17-9-55    |
| 13                                | 1694          | D.V.       | M.   | 22 anos | 19-4-56    |
| 14                                | 2175          | D.R.C.     | M.   | 64 anos | 24-5-56    |
| 15                                | 6302          | I.L.S.     | M.   | 37 anos | 23-3-57    |
| 16                                | 6311          | A.F.G.     | M.   | 51 anos | 28-3-57    |
| 17                                | 16271         | T.P.N.     | F.   | 71 anos | 17-9-59    |
| 18                                | 18302         | O.G.M.     | M.   | 22 anos | 24-3-60    |
| 19                                | 15073         | M.D.       | M.   | 28 anos | 16-7-60    |
| 20                                | 26013         | M.P.       | M.   | 33 anos | 1-2-62     |
| 21                                | 27968         | J.G.       | M.   | 27 anos | 6-8-62     |

Da análise do nosso quadro chama atenção:

a) que em 1960 praticamos uma retossigmoidectomia (com colostomia complementar), por se tratar de um caso de procidência irreduzível e gangrenada que, em nossa opinião, é a única indicação atual desta operação.

b) que nele não constam as operações de Thiersch por as considerarmos paliativas.

c) que a proporção homens/mulheres é de 15/5, ou seja 3/1, ao contrário da observação de outros autores. Fato que evidencia que o trabalho de parto não deve ser o responsável pelo aparecimento da procidência. São observações interessantes a respeito:

1 - a raridade de concomitância do prolapso genital e retal

2 - a proporção de nulíparas, em relação às que deram à luz é de 1:3

3 - a longa observação pode mudar a opinião dos autores: Gabriel, em 1948, dava importância ao parto como causa do aparecimento da procidência, enquanto nega o seu valor em 1958.

A conduta que tomamos visando à cura da procidência do reto partiu:

a) do conhecimento teórico de Napalkoff (1906) e Beresnegorowsky (1910) de que a procidência só ocorre quando o f.s. peritoneal desce abaixo de uma linha que une o cóccix à sínfise púbica (Fig. 1), do conhecimento da persistência da profundidade do f.s. peritoneal, o chamado "estado pato-

lógico profundo do Douglas" (Reichel e Tietze, 1930) e, ainda, da teoria de Luloff e Moschowitz (Fig. 2).

b) da fraqueza da fixação retal. É fato de observação comum aos cirurgiões que reoperam casos de ressecção anterior que, após o descolamento do reto da face anterior do saco, forma-se entre eles um firme plano de aderências. Este princípio tem sido aproveitado em várias técnicas.

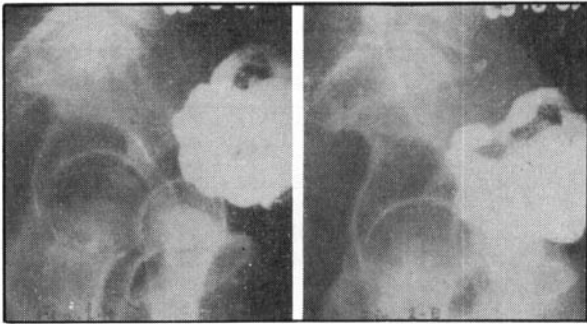
Estas duas causas da procidência citadas por Howet (1935) são as mesmas defendidas por Bjorn Snellman, de Estocolmo, na revista "Diseases of the Colon and Rectum" - May-June - 1961, apreciada um mês após o nosso trabalho no "Jornal Brasileiro de Medicina" - maio - 1961.

A técnica por nós seguida aproveita estes dois princípios da seguinte maneira:

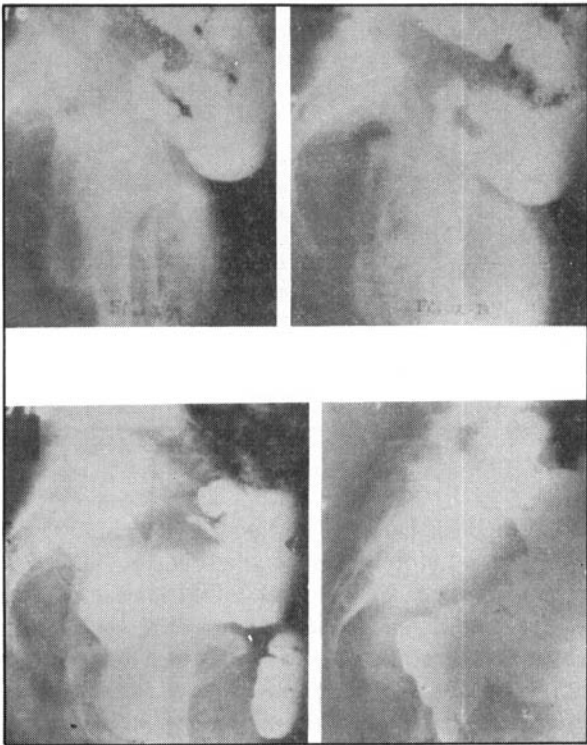
a) Laparotomia pubo-umbilical paramediana, para-retal interna, esquerda.

b) Exploração abdominal e exposição da pelve, afastando-se as alças delgadas.

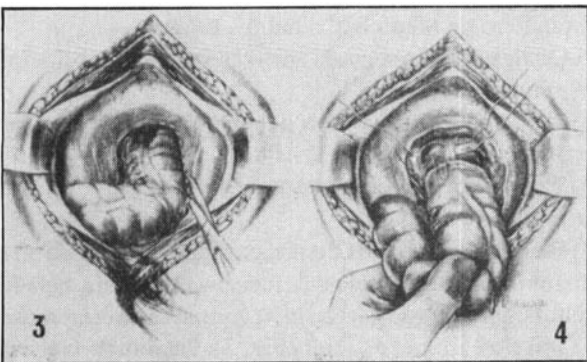
c) Incisão dos folhetos do mesossigmóide reunida ao nível do fundo do saco. Inicia-se a incisão à esquerda, pela fossa intersigmóide que guarda relação com as artérias mesentérica inferior, ilíacas e ureter (Fig. 3). Depois de incisados os folhetos do meso em U, pratica-se o descolamento do peritônio pélvico, lateral e anteriormente. Esta manobra é fácil. O peritônio é frouxamente aderido, abundante e espesso. Deve-se ter o cuidado de não adelgaçá-lo, nem perfurá-lo.



**Fig. 1** - Radiografia de paciente normal. A - Após 2 horas de ingestão baritada, as alças delgadas contrastadas pelo bário estão na pelve. Paciente em pé, sem esforço; B - Ao esforço: as alças não penetram na pequena bacia.



**Fig. 2** - Caso de procidência. A, B, C, D - As alças penetram cada vez mais baixo na pequena bacia à proporção que o paciente é solicitado a se esforçar.

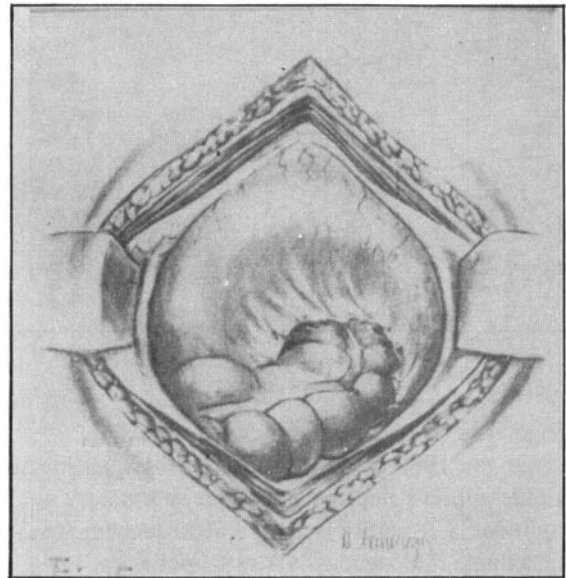


**Fig. 3** - Incisão dos folhetos do mesossigmóide.

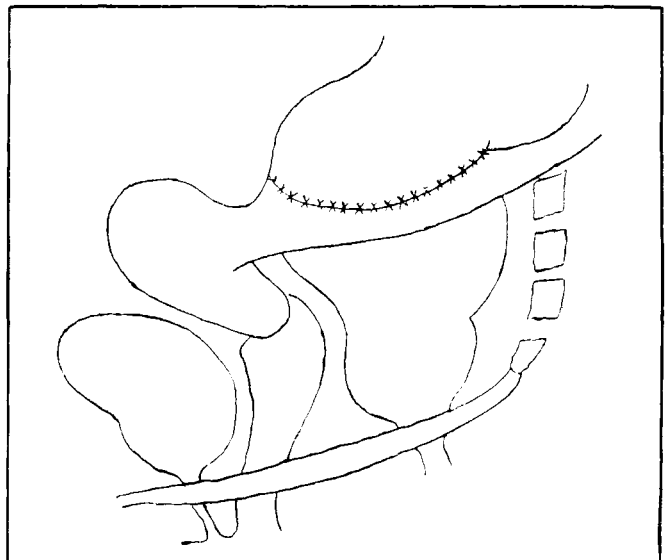
**Fig. 4** - Depois de descolado o reto da face anterior do sacro, é o mesmo mantido elevado pelo auxiliar e fixado nesta nova posição por 2 pontos de linho passados da face anterior do reto ao ligamento sacro-iliaco anterior esquerdo.

d) Descolamento retrorretal. O descolamento é levado até ao cóccix e de tal maneira que se evite lesar os vasos mesentéricos inferiores e os nervos hipogástricos. Com estes cuidados a operação é exangue e não há repercussão para os aparelhos genital e urinário. Depois de descolado, o reto é mantido pelo auxiliar, elevado e sob tensão.

e) A fixação do reto levantado é conseguida e mantida por dois pontos de linho, passados, de um lado, através da parede do retossigmóide e, do outro, a um ponto fixo da pelve, o ligamento sacro-iliaco anterior esquerdo, escolhido após estudo radiológico orientado por corpo opaco colocado no reto exteriorizado, tendo-se verificado que, tanto em repouso, como ao esforço, o reto se mantinha sempre à esquerda da linha mediana. A linha mediana deve ser evitada pela possibilidade de poder provocar lesões vasculares (veias pré-sacras e artéria sacra média) ou nervosa, por compressão do plexo hipogástrico superior (Fig. 4).



**Fig. 5** - Aspecto da pelve após o término da operação.



**Fig. 6** - Peritônio pélvico horizontalizado (modificado de Goligher)

f) Peritonização pélvica. Reconstruiremos o assoalho peritoneal, horizontalizado, ao nível do estreito superior, por sutura em chuleio contínuo (Figs. 5 e 6).

g) Fechamento do abdome em três planos, sem drenagem. Mantemos o paciente acamado por uma semana apenas.

---

Resultados:

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| Recidivas                        | 0   |
| Incontinência                    | 0   |
| Repercussão ap.<br>geniturinário | 0   |
| Morte                            | 0   |
| Complicação                      | 1 prolapso mucoso<br>(paciente de 71 anos, nº 17) |
| Média de internação              | 22 dias   |
| Repouso no leito                 | 1 semana  |

---

REFERÊNCIAS

1. Altmeir WA, Hoxworth PI, Giuseffi J. Further experience with the treatment of prolapse of the rectum. *Surg Clinic North America* 1955; 35: 1437.
2. Avila S. Prolapso e Procidência do Reto - Livraria Odeon - RJ, 1947.
3. Bacon HE. Anus-Rectum-Sigmoid Colon. JB Lippincott Co. Philadelphia, 1949.
4. Bickham-Callender. Surgery of the Alimentary Tract - W.B. Saunders Co. Philadelphia, 1955.
5. Carrapatoso H. Contribuição ao tratamento cirúrgico da procidência do reto. *J Bras Med* 1951; IV: 123.
6. Carrasco M. Prolapsus du Rectum. Masson & Cie., Paris, 1934.
7. Castro AF. Procidentia of the Rectum. *Diseases of the Colon and Rectum* 1958; 1: 97.
8. Dunphy JE, Botsford TW, Savlov E. Surgical treatment of procidentia of the rectum. *Am J Surg* 1953; 86: 605.
9. Dunphy JE, Pikuła JV. Rectal Prolapse, in Turell, R (16).
10. Gabriel WB. The treatment of complete prolapse of the rectum by rectosigmoidectomy. *Diseases of the Colon and Rectum* 1958; 1: 241.
11. Hayden EP. Surgical Treatment of Complete Prolapse of the Rectum. *Anais VIII Congr Bras Proct*, 1958.
12. Kelsy CB. Disease of the Rectum and Anus, William Wood & Co. N. Y., 1882.
13. Nigro ND. Restoration of the levator sling in the treatment of rectal procidentia. *Diseases of the Colon and Rectum* 1958; 1: 123.
14. Snellman B. Complete prolapse of the rectum. *Diseases of the Colon & Rectum* 1961; 4: 199.
15. Thompson HR. Prolapse. *British Surg Practice* 1950; 7: 373.
16. Turell R. Diseases of the Colon and Rectum. W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1959.