
OPERAÇÃO DE DELORME COM CERCLAGEM - ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 1990 - 1996

HERMES DE JESUS SANTANA, TSBCP
JUVENAL DA ROCHA TORRES NETO, TSBCP
MARIO AUGUSTO DO NASCIMENTO VIDAL
NELMA MARIA BARBOSA DA SILVA SANTANA, ASBCP
JOSÉ JEOVÁ DE OLIVEIRA FILHO
CELSO MARQUES DOS SANTOS
SORAYA RAMALHO SANTOS
VALÉRIA RAMALHO SANTOS

SANTANA HJ, TORRES NETO JR, VIDAL MAN, SANTANA NMBS, OLIVEIRA FILHO JJ, SANTOS CM, SANTOS SR & SANTOS VR - Operação de Delorme com cerclagem - Análise retrospectiva de 1990 - 1996. *Rev bras Colo-Proct*, 1996; 16(3): 129-132

RESUMO: Foram analisados retrospectivamente 11 casos de pacientes com procidência retal, submetidos a operação de Delorme com cerclagem a Thiersch modificada, no período de 1990 a 1996. Os autores observaram que a técnica foi bem tolerada pelos pacientes, evitou a anestesia geral na maioria dos casos e o risco de laparotomia em idosos e debilitados; o acesso perineal foi seguro, a morbidade mínima, mortalidade nula, alta hospitalar precoce e custos reduzidos.

UNITERMOS: prolapso retal; idoso

A procidência é a exteriorização de todas as camadas do reto através do ânus com 5 a 8 cm de comprimento e pregueamento de forma circular causado principalmente por invaginação retal como demonstrou Broden e Snellmann através de técnicas cineradiográficas.

Condição estressante física e emocionalmente pode ocasionar problemas de incontinência, ulceração, sangramento, necrose e deve ser tratada cirurgicamente pela variante técnica que o cirurgião optar, de acordo com a sua convicção do defeito anatômico.

Nesse estudo, apresentamos a associação da técnica de Delorme (1900) ou ressecção em manga da mucosa que cria

um anel fibroso retal "alto" interno com a própria musculatura do reto e a operação de Thiersch (1891) modificada por fio de nylon, vicryl ou tela de marlex que cria um anel fibroso "baixo" externo com o objetivo de conter o reto e reforçar os esfíncteres atônicos.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram revisados 11 prontuários de pacientes com procidência de reto submetidos a operação de Delorme com cerclagem no período de 1990 a 1996 no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital das Clínicas Dr. Augusto Leite.

Quatro pacientes eram do sexo masculino (36,36%) e sete do sexo feminino (63,64%), todos operados eletivamente com preparo intestinal anterógrado (manitol a 10%) ou retrógrado (solução glicerina).

A anestesia empregada foi a peridural (cinco casos), raquianestesia (cinco casos), anestesia geral (um caso).

Técnica cirúrgica:

- 1 - posição de litotomia
- 2 - intestino completamente prolapsado (Fig. 1)
- 3 - tração da procidência



Fig. 1 - Procidência do reto.

4 - Infiltração com soro fisiológico em todo o reto prolapsado (Fig. 2)

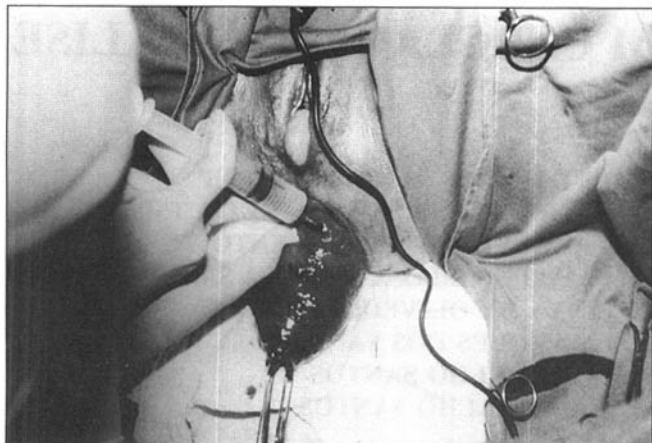


Fig. 2 - Infiltração com soro fisiológico.

5 - incisão circular a 1 cm da linha pectínea, abrangendo mucosa e submucosa (Fig. 3)

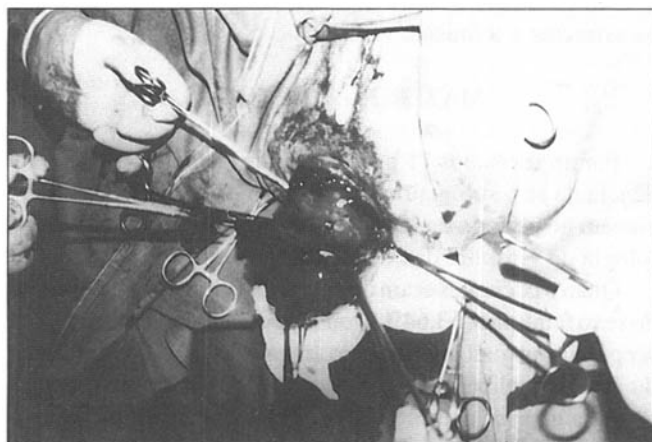


Fig. 3 - Incisão circular da mucosa e submucosa.

6 - exposição da muscular após descolamento da mucosa como uma manga até o ápice do prolapso (Fig. 4)

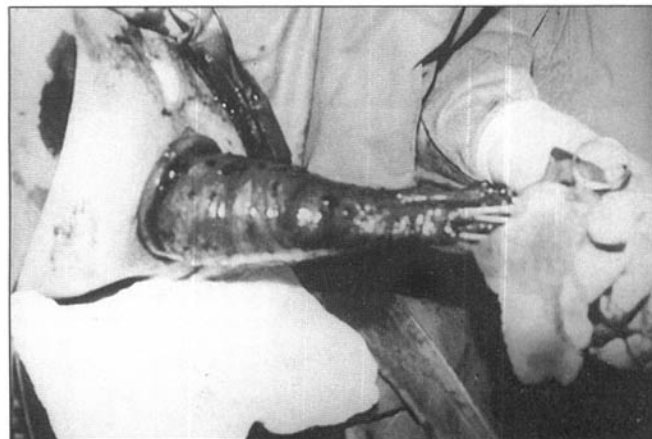


Fig. 4 - Exposição muscular do reto.

7 - excisão da mucosa (Fig. 5)

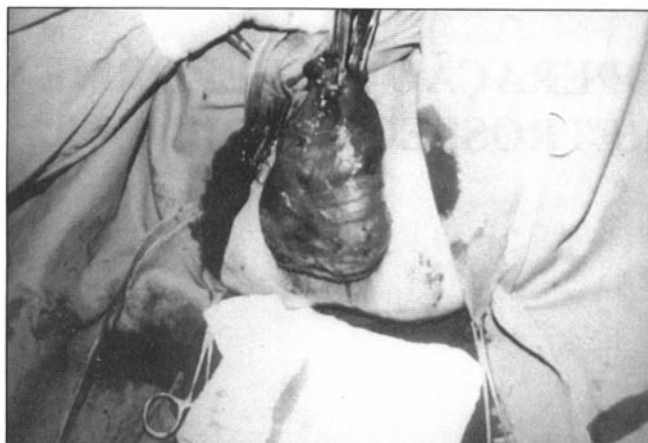


Fig. 5 - Ressecção da mucosa.

8 - pontos de vicryl 0-0 pegando base da mucosa, muscular no sentido longitudinal e ápice da mucosa que, quando amarradas, causam sanfonamento do reto (Figs. 6 e 7)



Fig. 6 - Sutura mucosa-muscular-mucosa.



Fig. 7 - Sanfonamento do reto.

9 - sutura contínua circular dos bordos da mucosa (ápice e base) (Fig. 8)



Fig. 8 - Sutura contínua mucosa.

10 - cerclagem do orifício anal com tela de Marlex (vicryl 0 ou nylon) (Fig. 9)

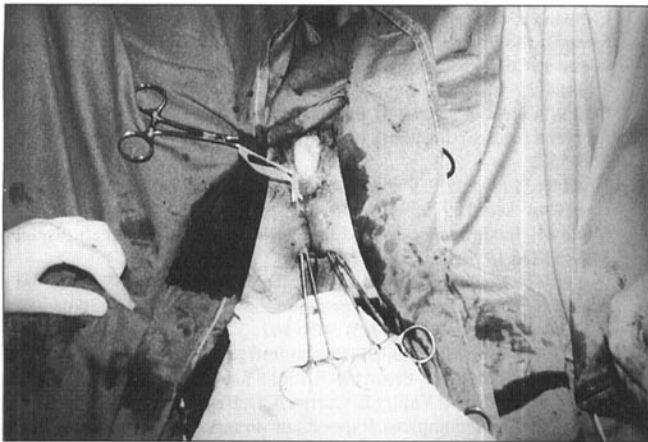


Fig. 9 - Cerclagem com Tela de Marlex.

RESULTADOS

Os pacientes apresentaram idade média de 50 anos com 54,55% deles com mais de 60 anos; houve predomínio do sexo feminino (63,64%) (Tabela 1) e o tempo de evolução da prociência variou de cinco meses a quatro anos.

Três pacientes apresentavam operações prévias, sendo dois para prolapso total e um para hemorróidas (Tabela 2).

Tabela 1

Sexo	Número	%
Feminino	7	63,64
Masculino	4	36,36
Total	11	100,00

Tabela 2

Cirurgias anorretais prévias	Nº de pacientes
Hemorroidectomia	1
Correção de prociência	2
Total	3

As doenças concomitantes foram estenose esofagiana, hipertensão arterial, prolapso uterino, úlcera gástrica com comprometimento do estado geral, doença tireoidiana e psicopatia (Tabela 3).

Tabela 3

Doenças concomitantes	Nº pacientes
Estenose esofagiana	1
Hipertensão arterial	1
Prolapso uterino	1
Doença tireoidiana	1
Úlcera gástrica	1
Psicopatia	2
Total	7

Os sinais e sintomas mais frequentes no pré-operatório apresentaram-se como prolapso total do reto (100%), sangramento retal (54,55%), dor anal (36,36%), incontinência fecal e constipação com 27,27% cada.

Antibioticoterapia profilática foi administrada com as seguintes associações: metronidazol + gentamicina, cloranfenicol + gentamicina, ampicilina + gentamicina.

Não houve necessidade de transfusão sangüínea nem complicação anestésica e a duração média da cirurgia foi de 1 h e 25 m (45 m a 2 h e 35 m).

A permanência hospitalar média pré-operatória foi de 5,5 dias e a pós-operatória de 3,7 dias (2 a 7), sendo que a média do total de dias internados foi de 9,27 dias (3 a 25).

Dor anal leve, tenesmo, saída de secreção serossangüinolenta, diarreia, hipertermia e retenção urinária apresentaram-se como complicações pós-operatórias (Tabela 4).

Não houve mortalidade nessa série.

Tabela 4

Alterações clínicas em pós-operatório imediato	Nº de pacientes
Dor leve	3
Tenesmo	2
Secreção serossangüinolenta	2
Diarreia	1
Hipertermia	1
Retenção urinária	1

DISCUSSÃO

A associação da operação de Delorme com cerclagem é uma variação de técnicas básicas para tratamento da procidência, com o fim de criar um anel fibroso alto e baixo, conter o reto e reforçar os esfínteres de pacientes idosos, debilitados que correriam o risco de uma laparotomia ou não se beneficiariam com uma simples cerclagem.

A técnica não atende a fisiopatologia da doença, há sangramento per-operatório, e o índice de recidiva da operação de Delorme isolada comparada às retopexias corresponde respectivamente a 18% e menos que 5%; esses inconvenientes seriam compensados pela baixa morbidade demonstrada nesse relato em que o período de internamento pós-operatório médio foi de 3,7 dias, mortalidade nula e custos mínimos, próximos a de uma cirurgia orificial rotineira.

Nesse estudo três pacientes foram submetidos a operações prévias sendo que dois para tratamento de prolapso total e um para hemorroidas, operações que não impediram a realização da técnica proposta que pode ser repetida mesmo após ter havido recidiva da mesma patologia.

Não houve complicação anestésica e 99% dos casos foram submetidos a bloqueios regionais que apresentam baixo índice de complicações no Serviço⁽²³⁾; a transfusão sanguínea foi desnecessária, e a duração média da cirurgia foi de 1 h 25 m, enquanto há relato de 65 m na operação de Delorme isolada⁽¹⁷⁾.

Não houve problema significativo com a defecação após a operação; Senapatia e cols.⁽¹⁷⁾ relatam melhora da continência em 46% de 32 pacientes com média de idade de 70 anos; Abulafi e cols.⁽¹⁾ referem 86,4% de continência normal no pós-operatório da operação de Delorme.

A melhora da continência relaciona-se com o aumento da pressão de repouso, porque o ânus não é mais mantido aberto pelo prolapso e também pela inibição do reflexo inibitório reto-anal que era provocado pela presença da invaginação para dentro da luz do reto agindo como se fosse bolo fecal.

CONCLUSÃO

- Operação de Delorme com cerclagem é uma opção intermediária entre uma simples cerclagem e uma laparotomia arriscada.

- É um procedimento minimamente invasivo.

- Os custos são reduzidos.

- Possibilita o tratamento de idosos e debilitados sendo também utilizado em jovens.

- O pós-operatório é tranqüilo sendo dada alta entre três e quatro dias.

- Anestesia geral e seus riscos são evitados.

- Há melhora da continência.

- Em caso de recidiva pode ser usada a mesma técnica.

SANTANA HJ, TORRES NETO JR, VIDAL MAN, SANTANA NMBS, OLIVEIRA FILHO JJ, SANTOS CM, SANTOS SR & SANTOS VR - Delorme's operation with encirclement - Retrospective analysis from 1990 - 1996.

SUMMARY: Eleven patients with rectal prolapse who were treated with Delorme's surgery and Thiersch's modified encirclement, from 1990 to 1996, were analysed retrospectively. The authors observed that the technique was well tolerated by the patients, avoided the general anesthesia in most cases and the

hazard of laparotomy in elderly and languid; that the perineal access was safe, the morbidity was minimal, the mortality was null and hospitalization and costs were reduced.

KEY WORDS: rectal prolapse; elderly

REFERÊNCIAS

1. Abulafi AM, Sherman IW, Fiddian RV, Rothwell-Jackson RL. Delorme's operation for rectal prolapse. *Ann R Coll Surg Engl* 1990; 72(6): 382-385.
2. Bartolo DCC. Gastroenterological options in faecal incontinence. *Ann Chir* 1991; 45(7): 590-598.
3. Berman IR, Harris MS, Rabeler MB. Delorme's transrectal excision for internal rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 1990; 33(7): 573-580.
4. Brenner S, Campos ACL, Souza FJ, Marchesini JB, Malafaia O, Moraes RS. Sacropromonto-fixação do reto com reforço posterior do diafragma pélvico. *Rev bras Colo-Proct* 1988; 8(3): 91-93.
5. Bouret JM, Meeus JB, Kalfon A, Cancel J. Prolapsus rectal et génital associés: intérêt de l'intervention de Delorme. Apropos d'une observation. *Rev Fr Gynécologie Obstétr* 1992; 87(4): 231-237.
6. Coelho CAA, Torres PP, Freitas Neto EA, Saraiva CFS, Fernandes ET, Cintra HPL. Procidência retal: modificação de Notaras na retopexia. *Rev bras Colo-Proct* 1985; 5(3): 133-136.
7. Dorairajan N. Delorme's operation for rectal prolapse (comment). *Ann R Coll Surg Engl* 1992; 74(2): 150.
8. Espeche A, Torres P, Ferreira S, Fillmann E, Todd I. Simpósio sobre prolapso e procidência, realizado no XXXI Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, 6-8 de setembro de 1981. SP. *Rev bras Colo-Proct* 1983; 3(1): 7-11.
9. Fillmann E, Rebel K, Souza VT, Gomes DR, Ferreira SP, Carrapatoso H. Simpósio sobre procidência retal, realizado no XXXIII Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia em Campinas, SP. 1983. *Rev bras Colo-Proct* 1984; 4(3): 123-133.
10. Graf W, Ejerblad S, Krog M, Pahlman L, Gerdin B. Delorme's operation for rectal prolapse in elderly or unfit patients. *Eur J Surg* 1992; 158(10): 555-557.
11. Groebly, Tschantz P. Correction du prolapsus rectal selon E. Delorme. *Helv Chir Acta* 1992; 59(2): 419-421.
12. Michot F. Incontinence anale. Etude critique du traitement chirurgical. *Presse Méd* 1993; 22(17): 822-826.
13. Oliver GC, Vachon D, Eisenstat TE, Rubin RJ, Salvati EP. Delorme's procedure for complete rectal prolapse in severely debilitated patients. *Dis Colon Rectum* 1994; 37(5): 461-467.
14. Ramos JR, Pinho M, Polania F. Promontofixação do reto por via laparoscópica. *Rev bras Colo-Proct* 1993; 13(1): 5-6.
15. Ramos JR, Pinho M, Valory E, Correa JCO, Batista Filho G. Tratamento do prolapso retal completo. Experiência do serviço de Colo-Proctologia do Hospital do Andaraí. *Rev bras Colo-Proct* 1986.
16. Regadas FSP. Tratamento cirúrgico do prolapso retal completo em adulto masculino jovem. *Rev bras Colo-Proct* 1984; 4(4): 183-185.
17. Senapatia, Nicholls RJ, Thomson JP, Phillips RK. Results of Delorme's procedure for rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 1994; 37(5): 456-460.
18. Tjandra JJ, Fazio VW, Church JM, Milsom JW, Oakley JR, Lavery IC. Ripstein procedure is an effective treatment for rectal prolapse without constipation. *Dis Colon Rectum* 1993; 36(5): 501-507.
19. Tobin SA, Scott IH. Delorme operation for rectal prolapse. *Br J Surg* 1994; 81(11): 1681-1684.
20. Write S, Stitz RW. Rectal prolapse: Delorme or Ripstein repair. *Aus N Z J Surg* 1992; 62(3): 193-195.
21. Miranda EM. Prolapso retal. In Souza VCT ed. *Colo-Proctologia*. 3ª ed Rio de Janeiro, Medsi, 1988; 183-188.
22. Simonsen O. Procidência do reto. In Raia AA, Zerbini EJ eds. *Clínica Cirúrgica Alípio Corrêa Netto*. 4ª ed. São Paulo, Sarvier, 1988; 559-563.
23. Santana HJ, Torres Neto JR, Vidal MAN, Santana NMBS, Oliveira Filho JJ, Santos CM, Silva Filho EF, Mendonça RS. Bloqueio peridural em cirurgia Colo-Proctológica de grande porte. *Rev bras Colo-Proct* 1995; 15(4): 178-181.

Endereço para correspondência:

Hermes de Jesus Santana
Hospital das Clínicas Dr. Augusto Leite
Avenida Desembargador Maynard, 174 - Bairro Cirurgia
49055-210 - Aracaju - SE