

PROLAPSO RETAL E UTERINO EM IDOSAS TRATAMENTO CIRÚRGICO - ALTERNATIVAS TÉCNICAS

PERETZ CAPELHUCHNIK - TSBCP
WILMAR ARTUR KLUG - TSBCP
FANG CHIA BIN - TSBCP
JORGE ALBERTO ORTIZ - ASBCP

CAPELHUCHNIK P, KLUG WA, CHIA BIN F, ORTIZ JA, Prolapso retal e uterino em idosas, tratamento cirúrgico - alternativas técnicas. *Rev bras Coloproct*, 2000; 20(2): 107-109

RESUMO: Foram tratadas seis pacientes idosas entre 70 e 85 anos (média 78 anos). Quatro enfermas com prolapso retal e prolapso uterino foram tratadas pela promontosacrofixação, tela de Ivalon anterior e operação de Lefort para suspensão uterina. A enferma com prolapso mucoso retal e uterino foi submetida a ressecção do prolapso mucoso e a operação de Lefort para contenção uterina. O último caso cuja prolapso estava associada a um tumor (adenoma viloso) foi submetida a ressecção anterior e o prolapso uterino solucionado pela suspensão e fixação do útero à parede abdominal utilizando os ligamentos redondos. A evolução dos casos foi sem complicações ou óbitos. Todas foram curadas e duas referem discreta incontinência urinária. Os autores consideram importante a conservação do útero para cura da prolapso retal.

UNITERMOS: prolapso renal, prolapso uterino, cirurgia.

O prolapso retal é visto com mais frequência nos extremos etários, podendo aparecer entretanto em qualquer fase da vida. A literatura mostra maior frequência no sexo feminino, sendo que um terço em nulíparas e em 87% acima dos 60 anos^(4,5,10,11,15)

A associação de prolapso retal e uterino ocorre nas mais idosas e é encontrada em frequência variável de 16% a 27%.

Os sintomas são típicos: prolapso retal e uterino, secreção mucosa que obriga uso de apositos. Sangramento raro e constipação que impõe a esforços exagerados e uso de laxantes que produzem diarreia e incontinência fecal; esta alternância desequilibra a paciente tornando-a depressiva e reclusa. A incontinência urinária é frequente.

O exame deve ser feito após esforço máximo para evacuação que evidencia o duplo prolapso.

O exame proctológico mostra um ânus atônico, o ângulo anorectal desaparece devido a frouxidão do pubo retal. A contração do esfíncter é dificilmente perceptível.

A sigmoidoscopia e colonoscopia devem ser realizadas para afastar outras patologias^(8,10)

O enema baritado e a proctografia podem auxiliar fornecendo informações importantes que indiquem uma ressecção devido a trânsito lento ou dolicolon.

A manometria, eletromiografia ou tempo de latência de pudendo complementam a propedêutica mas do ponto de vista prático não mudam a conduta.

O objetivo deste trabalho é trazer a nossa experiência com o tratamento de seis pacientes idosas que apresentaram a associação de prolapso uterino e retal. Os procedimentos visaram a suspensão e fixação do reto e do útero cuja permanência na pelve consideramos importante para a cura do prolapso retal.

MATERIAL E MÉTODO

Foram tratadas seis enfermas idosas cujos limites etários estavam entre 70 e 85 anos (média de 78,3).

Todas apresentaram prolapso uterino de 3º grau, quatro acompanhadas de prolapso, e uma de prolapso mucoso. O último caso era de prolapso associada com tumor viloso do reto-sigma (Quadro 1).

O exame proctológico das pacientes revelou sempre atonia esfíncteriana, ausência de ângulo ano-retal e assoalho pélvico hipotônico.

A incontinência fecal para fezes líquidas quase sempre ocorria após o uso de laxantes. Todas tinham incontinência urinária. A incontinência anal para fezes líquidas era o denominador comum.

QUADRO 1

PROLAPSO RETAL E UTERINO EM DOENTES IDOSAS

PACIENTE	IDADE	DIAGNÓSTICO	ANO
1. S.M.L. (S.C)	74	Prolapso retal + Prolapso uterino	1991
2. A.B.C. (S.C)	85		1993
3. M.C.P. (S.C)	70	Procidência retal +Prolapso uterino	1990
4. B.M.S.R. (S.C)	76		1990
5. E.D. (C.P)	81(+)		1976
6. M.J.S.S. (S.C)	84	Prolapso uterino Procidência retal (adenoma)	1999

(+) Óbito em 1982 (ICTUS)

TÉCNICA OPERATÓRIA

As pacientes foram colocadas em posição de litotomia e em Trendelenburg.

A via de acesso por incisão paramediana esquerda infraumbilical.

O peritoneo deve ser incisado de ambos os lados da junção retossigmoideana e anteriormente sobre a plica útero-retal.

O reto será mobilizado posteriormente até a ponta do cóccix. A disseção anterior estende-se abaixo do colo uterino.

O reto após mobilização é tracionado para cima e sua face posterior fixada ao facia pré-sacro com 4 a 5 pontos de seda 00.

A face anterior foi envolvida por retângulo de Ivalon que mede 11X8 cm e fixado com pontos separados de algodão 00.

O peritoneo deve ser suturado o mais alto possível.

Em quatro pacientes associou-se a operação de Lefort⁽⁹⁾, uma colpocleise realizada da seguinte maneira: ressecção de um retalho vaginal retangular de cada uma das paredes vaginais, anterior e posterior. As áreas cruentas dos retângulos anterior e posterior vão sendo suturadas uma contra a outra. O útero desloca-se para cima e ao final da cirurgia a vagina está fechada, permitindo somente a drenagem de secreções do colo.

Em uma paciente que apresentava prolapso mucoso retal e uterino, foi realizada a ressecção do prolapso e operação de Lefort.

A última paciente teve o prolapso retal associado a um adenoma de retossigma, e foi submetida a ressecção anterior, preconizada dos diversos autores^(7,12). O útero suspenso pelos ligamentos redondos à parede abdominal. Os ligamentos redondos do útero seccionados em sua parte distal transfixaram os retos abdominais de cada lado e suturados um sobre o outro, pouco acima do pubis trata-se de modificação das operações propostas por Doleris⁽⁹⁾.

RESULTADOS IMEDIATOS

As seis pacientes tiveram excelente evolução sem complicações ou óbitos.

RESULTADO TARDIO

Os cinco casos com prolapso retal e uterino foram operados em 1976, 1990 (dois casos), 1991 e 1993.

Todos tiveram seguimento de mais de cinco anos e ficaram curados da distopia.

Dois ficaram com incontinência urinária.

A continência fecal melhorou em todas as enfermas mas não para fezes líquidas, todas continuam constipadas.

O último caso cuja procidência estava associada a tumor viloso em 1999 e está curado mas em observação pois o tempo de seguimento é ainda muito breve.

O resumo das operações, resultados e complicações podem ser vistas no Quadro 2 e apreciados nos quadros 1 e 2.

QUADRO 2

PROLAPSO RETAL E UTERINO EM DOENTES IDOSAS

CIRURGIAS REALIZADAS	Ressecção do prolapso	1
	+ Op. de Le Fort	1
	Promonto Sacrofixação	4
	+ Ivalon + Le Fort	1
	Ressecção anterior	1
	Histeropexia abdominal	1
COMPLICAÇÕES IMEDIATAS	-	
RESULTADOS	CURADAS = TODAS	
COMPLICAÇÕES TARDIAS	INCONTINÊNCIA URINÁRIA - 2	

COMENTÁRIO

A promonto-sacro fixação restabelece a curvatura posterior do reto ao mesmo tempo que o fixa em posição anatômica desejável^(4,5).

A tela de Ivalon envolvendo a hemicircunferência retal anterior promove uma fibrose nesta área, local onde a invaginação se inicia e desta forma impedindo-a⁽⁶⁾.

A técnica de Lefort e fixação uterina à parede abdominal corrigem o prolapso uterino, são fáceis de executar e muito bem toleradas por pacientes idosas e debilitadas. A técnica de Lefort só deve ser realizada em pacientes que não têm e não pretendem ter relacionamento sexual.

Diversos autores referem que a procidência retal aparece com frequência após histerectomias ^(1,2,3,13,14).

A nossa experiência demonstrou que o prolapso uterino precede a procidência retal. Essas considerações tornam evidente a importância da permanência do útero na pelve, evi-

tando a maior ampliação do fundo de saco de Douglas permitindo a ação da pressão abdominal sobre a parede retal.

A utilização de técnicas associadas e algumas não ortodoxas, de uso em ginecologia mostraram a sua utilidade na resolução satisfatória dos casos.

CAPELHUCHNIK P, KLUG WA, CHIA BIN F, ORTIZ JA, Rectal and uterine prolapse in aged - Surgical Treatment.

SUMMARY: The authors treated six aged women between 70 and 85 years (78 years average). Four patients with rectal procidentia and uterine prolapse were treated by presacral rectopexy, implantation of polyvinil alcohol sponge in the anterior rectal wall and the Lefort operation for uterine suspension. One patient with mucosal and uterine prolapse was treated by excision of the rectal prolapse and Lefort operation for uterine suspension. The last case, a procidentia with a villous papiloma and uterine prolapse was submitted to an anterior resection of the rectum and uterine suspension obtained stitching the overlapped round ligaments through the anterior abdominal wall. Results were gratifying, no complications or deaths were recorded. We consider very important to save the uterus for the cure of the rectal prolapse.

KEY WORDS: Rectal prolapse, surgery, uterine prolapse, aged.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Azpuru C.E. - Total Rectal Prolapse and Total Genital Prolapse: A Serie of 17 Cases. *Dis Colon Rectum* 17:4,528-31 1974.
2. Barham K.; Collopy B.T. - Posthysterectomy Rectal and Vaginal Prolapse, A Commonly Overlooked Problem - *Aust. N2. S. Obstet Ginecol*, Aug 33:300-3-1993.
3. Bouret S. M.; De Meeus J. B.; Kalfon A.; Cancel S. Associated Rectal and Genital Prolapse: Valve of Delorme's Operation a case report. *Rev. Fr Gynecol Obstet*, Apr. 87:4,231-7 1992.
4. Capelhuchnik P. - Procidentia Retal - tratamento pela Promonto Sacro Fixação Associada à sutura de Tela de Ivalon à Parede Anterior do Reto - *Rev. Ass. Med. Med. Brasil* - 20:209-210-1974.
5. Capelhuchnik P. - Prolapso Procidentia do Reto - In Speranzini M. *Manual do Residente - Capítulo 76* Editora Guamabara - 1998.
6. Devadhar D. S. - Surgical Correction of Procidentia Surgery 62:847-1967
7. Frykman H.M. e Goldberg S.M. The Surgical Treatment of Rectal Procidentia *Surg. Gynecol Obstet* 129:1225-1230-1969.
8. Goligher S.C. - *Surgery of Anus, Rectum and Colon, Fifth Edition - Chapter 10* Cassel London - 1985.
9. Heinrich Martius - *Operaciones Ginecologicas* Editora Labor SA - Barcelona - Madrid - 1951.
10. Keighley M.R.B. Ando Williams N. S. - *Surgery of the Anus, Rectum and Colon - Chapter 24* W.B. Saunders Company LTD - 1983.
11. Loyghe J. Nordlinger B., Malafosse M. Hughe e Parc R. Rectopexy to the Promontory for the Treatment of Rectal Prolapse: Report of 257 Cases. *Dis Colon - Rectum* 27:356-359 - 1984.
12. Muir E.C. - The Surgical Treatment of Rectal Prolapse In the Adult - *Proc. R. Soc. Med.* - 55.105-109-1962.
13. Tancer M.L.; Fleisher M.; Berkowitz B.S. Simultaneous Colpo - Reto - Sacropexy - *Obstet Gynecol*, Dec, 70:6,951 - 4 - 1987.
14. Vongsangar V, Varma S.S., Watters e Smith A.N. Clinical Manometric and Surgical Aspects of Complete Prolapse of the Rectum - *J.R. Coll Surg. Edinb* 30: 251-254 1985.
15. Zhiova F., Ferchiiov; Pira J.M. Sedoui A.; Meriah S. Uterine Fixation to the Promontory and the Orr - Loygue Operation in Associated Genital and Rectal Prolapse. *Rev. Fr. Gynecol Obstet*, Apr. 88:4,277-81 - 1993.