

APRESENTAÇÃO DE AFASTADOR PARA RESSECÇÃO TRANSANAL

RUBENS HENRIQUE OLEQUES FERNANDES - FSBCP

FERNANDES RHO. Apresentação de Afastador para Ressecção Transanal. *Rev bras Coloproct*, 2000; 20(3): 175-177

RESUMO: A excisão local de lesões do reto através da técnica transanal é sempre um desafio. Não há unanimidade sobre o afastador mais adequado a ser usado nesta abordagem. O autor apresenta a descrição de equipamento simples, de baixo custo, para ressecar lesões dos três segmentos do reto. Consiste de um círculo rígido e valvas para afastamento intra-retal. Obteve-se êxito em três cirurgias transanais usando este instrumento.

UNITERMOS: Excisão Transanal, Excisão Local, Neoplasias do Reto, Adenoma Viloso.

Atualmente a excisão local de lesões neoplásicas do reto é realizada por 4 técnicas: a técnica transanal, a ressecção pelo acesso posterior, a excisão transesfincteriana e o acesso transperineal (1,2).

A cirurgia pela via transanal apresenta recuperação mais rápida dos pacientes que as demais (3), porém o campo operatório restrito limita sua realização. Vários instrumentos já foram descritos para a sua execução como os espéculos de Fansler, Hill-Ferguson e Sawyer (4) e as válvulas de Pratt e Parks, talvez esta última a mais utilizada. Recentemente o surgimento do aparelho de microcirurgia endoscópica transanal (5) veio suprir a dificuldade de acessar lesões maiores e as localizadas no reto médio-superior, entretanto, pelo seu alto custo e necessidade de treinamento não ganhou popularidade.

Em lesões benignas ou duvidosas quanto à malignidade, a ressecção local endoanal possibilita a retirada de um espécime adequado para o exame anátomo-patológico. Nos adenocarcinomas iniciais há discussão sobre o nível de invasão apto para ressecção local, porém a cirurgia endoanal não dissemina células para sítios adjacentes como as abordagens posteriores (3).

O propósito deste trabalho é apresentar um equipamento para cirurgia endoanal que pode propiciar melhor campo operatório que os instrumentos até agora utilizados.

DESCRIÇÃO TÉCNICA

O aparelho consta de uma parte circular rígida que possui vários orifícios onde são atarrachados os parafusos que são removidos e utilizados para fixar as valvas de

afastamento intraretal. Este círculo é feito em aço inox, possui um diâmetro externo de 7,0 cm e interno de 5,0 cm, que será o espaço por onde o cirurgião irá operar. A espessura lateral tem 1,0 cm com os orifícios de fixação no centro. A espessura em profundidade é de 0,5 cm, o que confere grande resistência e este círculo que não cede com a tração das valvas durante o ato cirúrgico (FIG I).

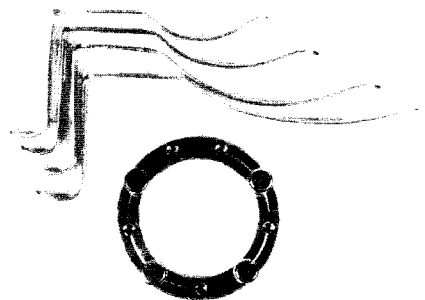


FIGURA I - Dimensões e formas do aparelho

O restante do equipamento é composto por valvas feitas do mesmo material, em forma de L, sendo a sua base com uma chanfradura por onde são inseridos os parafusos e fixadas ao círculo na posição desejada (FIG II). A extremidade da base é curvada para facilitar a tração (FIG I). A parte vertical do L realiza o afastamento intra-retal e foi construída em quatro dimensões (FIG I): 6,9, 12 e 15 cm, em número de quatro unidades para cada tamanho. Esta porção apresenta uma parte retilínea de 4 cm que traciona o canal anal e outra arqueada para a ampola retal. A largura é de 1,5 cm na porção intra-retal e 1,0 cm

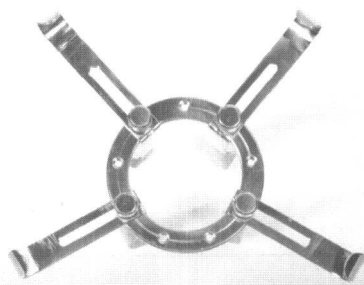


FIGURA II - Colocação das valvas

na parte fixa ao círculo, permitindo assim a colocação lado a lado sem sobreposição dentro do reto, o que facilita a sua retirada e colocação a qualquer momento do ato operatório (FIG III).

DISCUSSÃO

A construção deste equipamento ocorreu em etapas onde foram testadas várias peças resultando em conhecimento de como melhor utilizá-lo. Para introdução no reto deve-se fixar duas valvas menores e aproximá-las no centro do círculo; após a colocação, estas são tracionadas gerando o espaço para introdução das maiores até expor a lesão a ser ressecada. Foram testados círculos de tamanhos diferentes. Se for maior que 8,0 cm (diâmetro externo) tende a se afastar do períneo por atingir as tuberosidades isquiáticas e glúteas. Se for menor que 6,0 cm o campo operatório torna-se restrito, portanto o tamanho ideal situa-se entre 6 e 8 cm. A dilatação do ânus até 6,0 cm parece não produzir incontinência significativa (6).

Não houve problemas de deslocamento do afastador durante o ato operatório. A colocação de valvas a qualquer momento sem retirar o instrumento confere substancial vantagem sobre os afastadores trivalvares existentes.

Observou-se que o melhor campo operatório se dá com a colocação de quatro valvas pois aproxima da forma cilíndrica do reto. A presença de hemorróidas internas volumosas pode exigir a colocação de mais valvas para afastar o canal anal.

O cirurgião deve utilizar iluminação frontal de boa qualidade para obter visibilidade adequada.

O material cirúrgico deve ser delicado e longo, podendo-se utilizar equipamento de videocirurgia em lesões altas do reto.

A ressecção endoanal de tumores do terço médio do reto permanece como um desafio. Os afastadores comumente usados não atingem satisfatoriamente este

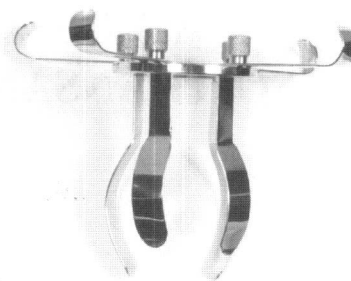


FIGURA III - Disposição intra-retal das valvas.

segmento (4). Faivrel (7) descreveu a técnica onde a mucosa e submucosa são dissecadas desde a linha pectínea até atingir a lesão a ser tratada, conseguindo assim excisar lesões mais altas. A atenção pela técnica transanal não aumentou nas últimas décadas, talvez pelo pequeno percentual de casos aptos para excisão local, em torno de 5% (8).

A válvula de Parks foi modificada por Benati (9), para propiciar afastamento somente do canal anal, pois a dificuldade em posicioná-la adequadamente dentro do reto comprimia o tumor impossibilitando sua ressecção. Com este afastador as duas valvas principais são obrigatoriamente colocadas nas laterais do canal anal e reto inferior. O afastador bivalvar de Pratt propicia ampla mobilidade durante a cirurgia, porém permite um bom campo operatório apenas no canal anal. Os afastadores tipo calha de Hill-Ferguson e Sawyer progridem vários centímetros no reto, no entanto o espaço para instrumentação e iluminação são restritos.

A microcirurgia endoscópica transanal tem sido preconizada por alguns centros (4,5) como opção para evitar operações mais radicais como ressecção anterior e abordagens de Kraske e York -Mason. Buess descreve ótima visibilidade com o instrumento, e obteve resultados satisfatórios em 140 pacientes operados (10). Possivelmente o custo deste aparelho, em face do pequeno número de casos de cada cirurgião, tenha sido o maior empecilho na sua propagação.

Foram realizadas três ressecções com o instrumento aqui descrito. Os pacientes apresentavam respectivamente: um adenoma tubulo-viloso com 3,0 cm em reto inferior; um adenocarcinoma exofítico com 3,5 cm de diâmetro em reto médio; e o último, um adenoma viloso que estendia-se dos 6 aos 12 cm da margem anal. A evolução foi satisfatória, sem complicações pós-operatórias nos três casos, e sem recidiva tumoral em 6 meses de acompanhamento.

CONCLUSÃO

A ressecção local de lesões do reto pela via transanal apresenta menor morbidade que as demais e pode ser valiosa para lesões benignas ou malignas iniciais.

Dentre os instrumentos já desenvolvidos, nenhum

encontrou destaque para cirurgia transanal. O afastador aqui apresentado pode propiciar bom campo cirúrgico e facilidade técnica para o cirurgião. Nos três casos operados foi de grande valia, em um deles permitiu a ressecção de um adenoma extenso do reto médio-superior.

SUMMARY: Local excision of rectal lesions through transanal technique is always a challenge. There isn't consensus about the best speculum to be used in this approach. The author presents a simple and low cost equipment to excise lesions from the three rectal segments. It consists of a stiff circle and valves for intrarectal traction. It was used in three transanal excisions with good results.

KEY WORDS: Transanal Excision, Local Excision, Rectal Neoplasms, Villous Adenoma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Corman ML. Colon and Rectal Surgery, Third edition, Philadelphia, J. B. Lippincott Company, 1993.
2. Selvaggi F, di Carlo ES, Maffettone V, et al. Intersphincteric surgical access to the rectum for the treatment of villous adenomas. Dis Colon Rectum 1992; 35:92-94.
3. Nicholls RJ, Dozois RR. Surgery of the Colon and Rectum, New York, Churchill Livingstone, 1997.
4. Gordon PH, Nivatvongs S. Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum and Anus, ST Louis, QMP, 1992.
5. Buess G, Mentges B, Manncke K, et al. Technique and results of transanal endoscopic microsurgery in early rectal cancer. Am J Surg 1992; 163: 63-68.
6. Goligher J. Cirurgia do Ânus, reto e colo. Quinta Edição, São Paulo, Editora Manole, 1990.
7. Faivre J. Transanal Electron-resection of rectal tumor by means of tractable mucocutaneous anal flap. Coloproctology 1980; 2: 77-80.
8. Killingback MJ. Indications for local excision of rectal cancer. Br J Surg 1985; 72: 554-57.
9. Benatti M. Tratamiento local del cáncer de recto. In: Atualização em Coloproctologia: 44 Congresso Brasileiro de Coloproctologia, Editores Angelita Hagr-Gama, Boris Barone, 1995: 114-118.
10. Buess G, Kipfmüller K, Ibaldo R; et al. Clinical results of transanal endoscopic microsurgery. Surg Endosc 1988; 2: 245-250.

Endereço para correspondência:
Rubens Henrique Oleques Fernandes
Rua Pinheiro Machado nº 2321-51
Centro - Caxias do Sul - RS
95020-172