

PROLAPSO RETAL – CASO CLÍNICO E ATUALIZAÇÃO

PROLAPSO RETAL - CLINICAL CASE AND UPDATE

Adriana Paula Mockiuti Silva **GAVIOLI**^{1*}, Fernando José de **PAULA**¹, Nilo Brasil **TREVISAN**².

1. Aluna(o) do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade Ingá, Maringá-PR;

2. Médico, Cirurgião Geral e Gastroenterologista, Docente do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade Ingá, Maringá-PR;

* Av. Duque de Caxias 882 lj.13, Maringá, Paraná, Brasil. CEP 87025-020 drigavioli@gmail.com

Recebido em 29/04/2013. Aceito para publicação em 16/05/2013

RESUMO

Neste artigo foi estudado o prolapso retal, doença que projeta a parede do reto para fora do corpo, com todas as camadas, ou parte delas. A saída de todas as camadas da parede do reto denomina-se Prolapso Retal Completo ou Procidência Retal. Quando há exteriorização apenas da mucosa, a denominação é de Prolapso Parcial Retal ou Prolapso Mucoso. Essa doença provoca um grande desconforto que gera timidez e limitações ao paciente. O tratamento cirúrgico dispõe de várias possibilidades de técnicas (mais de 100). Realizamos um estudo qualitativo e descritivo de um caso clínico, acompanhado da respectiva revisão literária sobre o Prolapso Retal Mucoso e a Procidência Retal, uma vez que o grande número de técnicas cirúrgicas reflete a falta de eficácia das opções existentes. Nosso objetivo foi o de evidenciar à estudantes e profissionais a importância da tomada de decisão durante o ato cirúrgico, incentivando-os à entrada em campo com uma técnica pré-definida, porém com algumas opções em mente, para ser utilizadas de acordo com o achado e de acordo com a capacidade e conhecimento do cirurgião.

PALAVRAS-CHAVE: Prolapso retal, Procidência, Retopexia, Técnica de Longo, Técnica de Milligan-Morgan, PPH.

ABSTRACT

The article was studied rectal prolapse, a disease that projects the wall straight out of the body, with all the layers, or parts of them. Occur when the output of all layers of the wall of the rectum is called Rectal Procidencia or Complete Rectal Prolapse. When there is only a manifestation of the mucosa, is called Partial Rectal Prolapse or Mucosal Prolapse. This disease causes a lot of discomfort that generates shyness and limitations to the patient. For surgical treatment there are several possibilities available techniques (more than 100). We conducted a quantitative and descriptive study of a clinical case with the relevant literary review on the Mucosal Prolapse and Rectal Procidencia, since the large number of surgical techniques reflects the lack of effectiveness of the existing options. Our objective was to demonstrate to students and professionals the importance of decision making during the surgical act, encouraging then to enter into the field with a pre-defined technique, but with a few options in mind, to be used according to the finding and the ability and knowledge of the surgeon.

KEYWORDS: Rectal prolapse, Procidencia, Rectopexy, Longo techniques, Milligan-Morgan techniques, PPH.

1. INTRODUÇÃO

Prolapso retal é a exteriorização da parede retal através do orifício anal, por todas as capas do intestino¹. O prolapso retal é também chamado de procidência retal ou prolapso retal completo, podendo ser aparente ou oculto. Pode ser considerado como um transtorno de estática retal. A incontinência fecal tem relação com o prolapso retal, embora este mecanismo seja pouco claro. Quando é apenas a mucosa que se exterioriza a condição é chamada prolapso simples ou mucoso.

Goligher², usa o termo procidência - descida de alguma parte do corpo para fora do seu lugar; sinônimo de caída ou de prolapso - para diferenciar o prolapso completo (toda a espessura da parede do reto) do incompleto ou parcial, em que somente a mucosa sai pelo canal anal.

Wexner *et al.*³ definem o prolapso como sendo uma invaginação do reto que pode ser classificado em oculto (interno), mucoso e completo. O oculto (ou interno) em que não há a saída pelo ânus; mucoso para definir a saída apenas da mucosa e, completo, quando há a saída de toda a espessura do reto, não importando o tamanho do segmento exposto pelo ânus. Em suma, trata-se de uma patologia incomum e a fisiopatogenia é pouco conhecida.

Alguns autores descrevem como fatores desencadeantes: a presença de parasita⁴ (*Trichuris trichiuria*, *Schistosoma mansoni*, *Entamoeba histolytica*); aumento da pressão intra-abdominal em razão de hipertrofia prostática, diarreia, constipação, doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística, doenças que provoquem tosse persistente; defeito na musculatura do assoalho pélvico; condições associadas à anatomia; neuropatias^{5,6} e condições nutricionais.^{5,6,7,8,9} Estes fatores são predisponentes principalmente em adultos⁶, mas podem ocorrer também em crianças.

De acordo com Coelho¹⁰, a origem do prolapso retal ainda não está estabelecida. Porém, aponta possíveis causas que procuram explicar sua origem: intussuscepção do reto através dos esfínteres, hérnia de deslizamento e deficiência do assoalho pélvico.

Antigas teorias tentam descrever suas causas. A primeira, proposta por Moschocowitz¹¹, data de 1912, e define o prolapso como sendo uma hérnia de deslizamento, ocorrendo através de um defeito na fáscia pélvica observável pelo aspecto anormalmente fundo do saco retrovesical ou retrouterino constante na maioria dos pacientes com prolapso retal. Outra, mais recente, foi proposta por Broden *et al.*¹², em 1968 e depois ratificada por Theuerkauf e *et al.*¹³ na demonstração de que o prolapso se inicia por uma simples invaginação do reto médio ou alto. Estas teorias geram controversas e aceitações, levando em consideração que é possível que as duas teorias estejam certas, diferenciando nos fatores causais.

A incidência é seis vezes maior em idosos³ e mulheres, com acometimento mais acentuado em mulheres acima da quinta década^{14,15}, não dependente da nuliparidade, mas de deformidades anatômicas que podem ser consideradas como fator predisponente, apesar de autores dizerem não haver relação e ser uma consequência do prolapso^{16,17,18,19}. Nas crianças há uma maior propensão no sexo masculino^{20,10}, aparecendo mais em crianças de até 3 anos de idade e com doenças de fibrose cística⁷.

A história clínica é importante para um bom diagnóstico do paciente, levando em consideração que os sinais e sintomas dependem do estágio de desenvolvimento do prolapso. A sensação de protrusão do ânus pode ser confundida com hemorroidas, incontinência fecal (que pode estar presente em alguns casos), ou uma sensação de constante peso no reto. Com a evolução da patologia, podem surgir consequências como frouxidão perineal, alargamento do canal anal com herniações, prurido, descarga de muco e até sangramento²¹.

O exame físico é fundamental no diagnóstico. A inspeção dinâmica no exame proctológico detecta a lascidão esfinteriana, a intussuscepção do reto ou sua exteriorização (prociência). A anatomia morfológica deve ser bem observada através exames complementares, podendo descobrir outras comorbidades que podem estar ou não relacionadas ao prolapso retal. Exames como endoscopia, radiografia, defecográfico e monométrico ajudam a planejar o tratamento e auxiliam em primeira instância, mas podem ser dispensados, se o profissional assim estabelecer. Outros exames como neurofisiológicos, ultrassom, podem ser associados ao diagnóstico tendo em vista a preocupação com a latência motora terminal dos nervos pudendos e aspectos morfológicos esfinterianos do ânus²⁴.

O tratamento é de escolha do profissional e deve ser feito de acordo com sua capacidade e conhecimento tendo como objetivo o melhor resultado no caso. O grande número de técnicas cirúrgicas (mais de 100) é o reflexo da falta de eficácia das opções existentes.⁹ As técnicas podem ser divididas em dois principais grupos de procedimento: os que vão abordar o problema por via perineal, e os que a abordagem é feita por via abdominal,

seja por meio das laparotomias ou das vídeos-laparoscopias, envolvendo operações de maior ou menor liberação e fixação do reto, com ou sem a retossigmoidectomia complementar.^{6,21}

Entre as técnicas mais conhecidas, podemos destacar: Técnica de Thiersch; Técnica de Delorme; Técnica de Retopexia; Técnica de Milligan e Morgan; Procedimento para Prolapso e Hemorroidas (PPH); Técnica de Longo.

A técnica de Thiersch se resume na colocação de um anel (podendo ser de metal ou plástico) em torno do esfíncter anal. Esta técnica também é denominada de cerclagem anal²¹. A técnica de Delorme é uma das mais antigas e foi descrita em 1900 por um militar francês – Edmund Delorme²². É de acesso perineal e apesar de ser uma técnica antiga, é usada em doentes idosos e de alto risco cirúrgico.

A retopexia é uma técnica de acesso abdominal e tem sido a mais usada hoje em dia, podendo ser feita via vídeo-laparoscopia, com as vantagens advindas desta técnica, mas com contra indicações em alguns casos como: DPOC, coagulopatias, doenças hepáticas graves²³.

A técnica de Milligan e Morgan (1937) consiste na exérese de 3 pedículos hemorroidários com conservação de 3 pontes cutâneo-mucosas de cerca 1 cm de modo a evitar o aparecimento de estenose anal. A ferida operatória é deixada aberta, para cicatrização objetivando menor incidência de hematomas, rompimento de ligaduras, infecções e abscessos.

Em 1993, Longo *et al.* descreveram a hemorroidectomia em que se usa um grampeador intestinal (*stapler*) e leva o nome de PPH (“*Procedure for Prolapse Hemorrhoids*” ou Procedimento para prolapso e hemorroide) ²⁴. Nesta técnica o autor propôs uma alternativa de tratamento que faz uma excisão circunferencial de uma faixa de mucosa acima da linha denteada elevando os cochins no canal anal sem excisá-los, reduzindo o prolapso. As vantagens sugeridas eram menos dor ou ausência de dor no pós-operatório e retorno precoce ao trabalho, porém foram encontradas complicações importantes como sepSES, perfuração retal, incontinência e dor de origem indeterminada.

As técnicas perineais (Thiersch, Delorme) são utilizadas para os idosos com comorbidades, sendo a retopexia é a técnica preferencial para tratamento do prolapso retal.

2. RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente D.F.J., 77 anos, masculino, afrodescendente, casado, aposentado, hipertenso, com história de prociência retal há 30 anos.

No exame proctológico, na inspeção dinâmica (manobra de Valsalva), observou-se uma mucosa anal constituída aparentemente sem exteriorização das camadas do reto, prolapso mucoso. Paciente foi orientado para

realização de cirurgia de correção. Foi feito pré-operatório, com avaliação cardiológica, Raios X de tórax e colonoscopia. Os resultados dos exames foram normais, e o paciente foi encaminhado para cirurgia.



Figura 1. Prolapso retal

Após o preparo intestinal foi realizada a cirurgia com anestesia raquidural.

Na conduta inicial foi prevista o uso da técnica de PPH (Procedimento para Prolapso e Hemorroida) com grampeador hemorroidal circular.

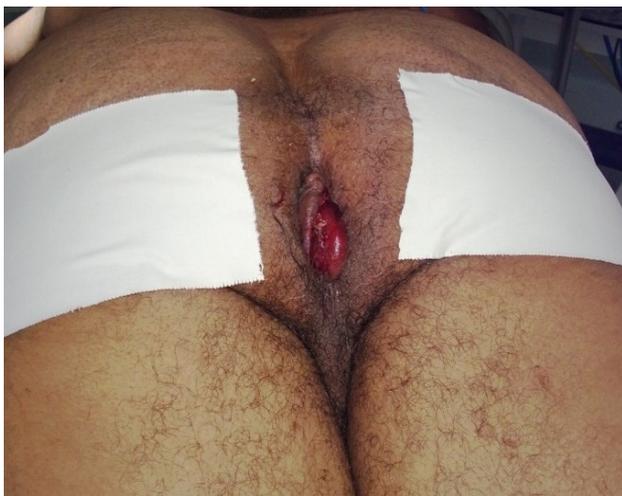


Figura 2. Preparo do paciente para cirurgia.

A técnica cirúrgica utilizada seguiu os passos abaixo descritos:

1. Paciente sob efeito da anestesia raquidural, na posição de decúbito ventral, posição de canivete (*jackknife*), com faixa de esparadrapo na altura das coxas.

2. Feita a antissepsia e assepsia, foram colocados os campos operatórios.

3. O procedimento teve início com a anuscopia e fixação do anuscópio como preconiza a técnica de Longo. Inicialmente tentou-se aplicar a técnica que utiliza o PPH para fixação das paredes do reto, iniciando a sutura do reto 2 cm acima da linha pectínea, quando deparou-se com a dificuldade para realização desta sutura, em decorrência do grande volume de mucosa e plexo inferior hemorroidário. Considerando que não seria possível a confecção segura da técnica de Longo, tomou-se a decisão de abandono do procedimento iniciado adotando-se a conduta cirúrgica da técnica de Milligan-Morgan para um melhor resultado final. Ao final, observou-se a redução completa do prolapso mucoso do reto.

4. Curativo com bacteriostático e gaze.

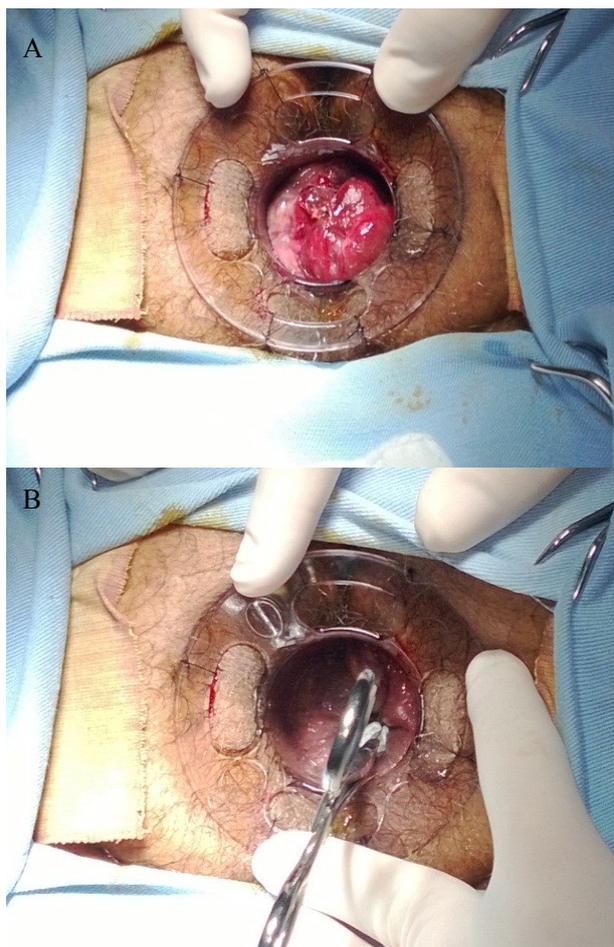


Figura 3. Fixação do anuscópio. A. procedimento inicial; B. anuscópio totalmente fixado e tentativa de sutura 2cm acima da linha pectínea.

O paciente recebeu alta hospitalar no 2º dia pós-operatório, e retornou para controle com 7, 14, 21 e 35 dias, conforme sumarizado na Tabela 1.

Tabela 1. Evolução clínica do paciente entre o segundo e o trigésimo quinto dia de pós-operatório

Número de dias do período Pós-Operatório	Alterações
2 dias	Paciente queixa-se de dor ao evacuar, principalmente na incisão cirúrgica; pouco sangramento ao evacuar, sem náuseas, sem vômito, bom estado geral, hidratado, corado eupineico, afebril.
7 dias	Desconforto ao evacuar, leve sangramento, paciente relata fezes finas.
14 dias	Pouca dor ao evacuar, ausência de sangramento; paciente relata fezes normais
21 dias	Sem dor, sem sangramento; evacuações com fezes normais
35 dias	Função evacuatória normal

3. DISCUSSÃO

Para o tratamento do prolapso retal existem muitas opções cirúrgicas, o que sugere controvérsias a respeito da eficácia do tratamento utilizando-se uma técnica única. Há uma preferência pela via perineal, mas no caso acima descrito foi utilizada a técnica de Milligan-Morgan, após a tentativa de usar a técnica de PPH (de Longo). Tendo em vista o relaxamento muscular do paciente, prejudicado no exame clínico, não houve condições de se avaliar o real tamanho do prolapso. Foi escolhida a técnica de PPH para este paciente, por ser minimamente invasiva e levar a menos complicações pós-cirúrgicas. Ao realizar a cirurgia foi iniciado o procedimento com a técnica de PPH, todavia, durante o procedimento foi trocada a técnica, devido a dificuldade da sutura acima da linha pectínea e o grande volume apresentado na projeção de mucosa na luz do reto. Tendo uma dificuldade de sutura em bolsa e total visualização, optamos por trocar de técnica abandonando a PPH para utilização da técnica de Milligan-Morgan. A opção por esta última se deve ao fato de ser minimamente invasiva e não necessitar de ressecção completa do reto e anastomose reto-retal, minimizando os riscos inerentes a sutura intestinal.

4. CONCLUSÕES

A seleção do procedimento mais adequado continua sendo um problema para o cirurgião, que acaba escolhendo a técnica que melhor se ajusta ao perfil do paciente a ser tratado e muitas vezes a conduta é decidida no ato operatório, satisfazendo melhor os aspectos físicos e mecânicos do problema, bem como satisfazendo também plenamente os aspectos funcionais.

A avaliação clínica pode ser restrita em virtude do exame clínico e físico ser feito sem efeito da anestesia, não permitindo, muitas vezes, a identificação correta do

prolapso retal.

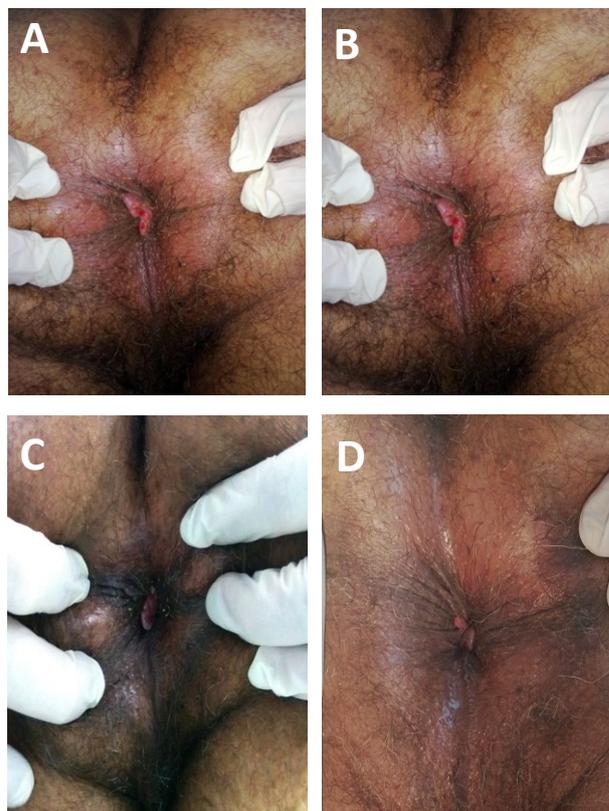


Figura 4. Aspecto no período pós-cirúrgico. A: 7 dias; B: 14 dias; C: 21 dias; D: 35 dias.

Ao relaxar o paciente com a anestesia tem-se uma visão mais exata da doença. Portanto, a conduta é melhor analisada durante o ato operatório. Ao planejar a cirurgia o médico deve ter em mente duas ou três alternativas para atender plenamente este paciente. No caso clínico em questão, durante a consulta ambulatorial, foi realizado um planejamento com a análise clínica e física do paciente com uma técnica, decidindo-se pela mudança de técnica durante o ato cirúrgico. Ao final, esta alteração da técnica mostrou-se bastante adequada, resultando na completa correção do defeito (prolapso de mucosa).

5. FINANCIAMENTO

UNINGÁ, Unidade de Ensino Superior Ingá LDTA.

REFERÊNCIAS

- [1] César MAP, Vasconcellos BM, Soares CBCC, Campos CC, Salera C, Bortman D, Sansoni GC, Leite JM, Gomes LVT, Silva NRKS, Muniz RCC, Coradini RM. Técnica de Dolorme como Opção para o Tratamento da Procidência Retal

- Recidivada: Relato de Caso. Rev Bras Coloproct, 2010; 30(1): 083-086.
- [2] Goligher JC. Surgery of the anus, rectum and, colon. 5th Ed. 1984 _ Prolapse of the rectum 246-84.
- [3] Wexner SD, Cera SM. Section 4 _ Alimentary Tract and Abdomen; section 32 - Procedures for rectal prolapse. In ACS Surgery Principles and practice.2004 WebMD, Inc.http://www.acssurgery.com/aes_home.htm Acessado em 09-04-2013.
- [4] Kotze PG, Martins JF, Steckert JS, Scolaro BL, Rocha JG, Miranda EF, Sartor MC. Infestação por Míiase em Prolapso Retal: Relato de Caso e Revisão de Literatura. Rev bras Coloproct, 2009; 29 (3): 382-385.
- [5] Hendren WH. Pediatric Rectal e Perineal Problems. Pediatric Clinics of North America, 1998. Pediatric Surgery for the Primary Care Pediatrician, Part II.1364-5.
- [6] Santos JR. Prolapso do Reto: Aspectos Clínicos e Cirúrgicos. Rev bras Coloproct, 2005; 25(3): 272-8.
- [7] Gomes DR, Rocha JJR. Prolapso do reto. Introdução. www.fmrp.usp.br/cg/rcg432/PROLAPSO%20DO%20RETO.PDF Acessado em 09-04-2013.
- [8] http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/16-HemorroidaTrat.pdf Acessado em 09-04-2013.
- [9] Díaz AM, Camacho PKÁ, Tovar AV, Moreno JAL. Rev Mexic de Coloproctol. 2007 Sept-Diciemb; 13(3):100-5.
- [10] Coelho J. Manual de Clínica Cirurgica Cirurgia Geral e Especialidades 1(120-10): vol.01 Ano 2009 Ed. Atheneu Incontinência Anal e Prolapso Retal 1203-5.
- [11] Moschocowitz AV. The pathogenesis, anatomy and cure of prolapse of the rectum. Surg Gynecol Obstet 1912; 15:7-21.
- [12] Broden B, Snellman B. Procidencia of the rectum studied with cineradiography: A contribution to the discussion of causative mechanism. Dis Colon Rectum 1968; 11:330-347.
- [13] Theuerkauf FJ Jr, Beahrs OH, Hill Jr. Rectal prolapse: Causation and surgical treatment. Ann Surg 1970; 171:819-25.
- [14] Wijffels NA, *et al.* Natural history of internal rectal prolapse. The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. Colorectal Disease. 2010; 12:822-30.
- [15] Sobrado CW, *et al.* Surgiral treatment of rectal prolapse: experience and late results with 51 patients.Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo 2004; 59(4): 168-171,.
- [16] Keigley MRB, Shouler PJ. Abnormalities of colonic function in patients with rectal prolapse and fecal incontinence. Br J Surg 1984; 71:892-95.
- [17] Gordon PH. Rectal procidencia. In Gordon PH, Nivatvongs S. Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum, and Anus. St Louis, Missouri: Quality Medical Publisher, 1992:449-81.
- [18] Eu KW, Seow-Choen F. Functional problems in adult rectal prolapse and controversies in surgical treatment. Br J Surg 1997; 84:904-11.
- [19] Neill ME, Parks AG, Swash M Physiology studies of the anal sphincter musculature in fecal incontinence and rectal prolapse. Br J Surg 1981; 68:531-36.
- [20] http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/16-HemorroidaTrat.pdf Acessado em 09-04-2013.
- [21] Corrêa PAFP, Averbach M, Cutait R.Técnica e resultados do tratamento da procidência retal por vídeo-laparoscopia. Rev Bras Coloproct 2004; 24(4):385-395.
- [22] Fillmann ÉEP, Fillmann HS, Fillmann LS, Procidência do Reto: Aspectos etiológicos, clínicos e terapêuticos. www.proctosite.com/library/books/livro_reis_novo/cap14.pdf Acessado em 09-04-2013.
- [23] Chia BF, Candelária PAP, Klug WA, Capelhuchnik P. Resultados de Tratamento do Prolapso Retal pela Técnica de Delorme e de Retopexia. Rev Assoc Med Bras 2008; 54(2): 142-5
- [24] Almeida MG, Rolim DCS, Ribeiro FLM, Mendonça PM, Baraviera AC, Vilarinho TC, Abud RM, Alleiros VF, Nascimento EFR, Volpiani JA. Tratamento Cirúrgico de Hemorróidas Internas e Prolapso Mucoso do Reto Pela Técnica de Longo (Grampeamento Circular) - Experiência Inicial. Rev bras Coloproct, 2004;24 (3):225-229.

