

## RESULTADOS DE TRATAMENTO DO PROLAPSO RETAL PELA TÉCNICA DE DELORME E DE RETOPEXIA

CHIA BIN FANG\*, PAULO DE AZEREDO PASSOS CANDELÁRIA, WILMAR ÁRTUR KLUG, PERETZ CAPELHUCHNIK

Trabalho realizado pela disciplina de Coloproctologia, Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP

### RESUMO

**OBJETIVO.** A retopexia é a técnica preferencial para tratamento do prolapso retal e as técnicas perineais são reservadas para os idosos com comorbidades. A técnica de Delorme tem sido indicada para essa situação por ser a cirurgia de menor porte, entretanto pode apresentar maior índice de recidiva. Analisamos os resultados da correção do Prolapso retal pela técnica de Delorme e de retopexia.

**MÉTODOS.** Estudo retrospectivo de 31 doentes portadores de prolapso retal tratado entre 1997 a 2005, sendo 15 doentes (grupo A) tratados pela técnica de retopexia e 16 doentes tratadas pela técnica de Delorme (grupo B). Foram comparados os dois grupos: tempo de permanência hospitalar, morbidade, complicações cirúrgicas e taxa de recidiva.

**RESULTADOS.** Houve maior tempo de permanência, sete dias (3 a 11 dias) no grupo A e quatro dias (2 a 6 dias) no grupo B. A taxa de recidiva foi semelhante, respectivamente 13,3% e 6,6% (diferença não significativa). A maioria dos doentes permanece com esfíncteres hipotônicos apresentando baixa pressão de repouso e contração, porém a metade deles ficou continente após a cirurgia (grupo A=53% e grupo B=50%). A morbidade foi 40% e 18,9%, respectivamente para grupo A e B. Houve um caso de hemorragia sacral (grupo A) que foi controlada no ato cirúrgico e um caso de sangramento no grupo B que não necessitou de reintervenção. Houve uma estenose no grupo B que foi tratada com dilatação digital no ambulatório.

**CONCLUSÃO.** A técnica de Delorme para tratamento do prolapso retal apresenta a eficácia comparável à técnica da retopexia, porém com menor morbidade, podendo ser indicada com maior frequência.

**UNITERMOS:** Prolapso retal. Cirurgia colorretal. Estudos retrospectivos. Resultado de tratamento.

### \*Correspondência:

Rua Voluntários da Pátria,  
3865, Santana -  
São Paulo - SP  
Cep 02401-300  
Colon.reto@terra.com.br

### INTRODUÇÃO

Prolapso retal é uma afecção que acomete todas as faixas etárias, sendo mais freqüente em idosos. Ele sido denominado de procidência retal ou prolapso total do reto para distinguir do prolapso parcial ou prolapso mucoso. Apesar de ser uma afecção conhecida há vários séculos, ainda existem controvérsias sobre o tratamento. O fato é demonstrado pelas várias opções terapêuticas existentes<sup>1-15</sup>. A escolha do procedimento mais adequado continua sendo um problema para o cirurgião, que acaba utilizando a técnica mais familiar, porém não a melhor para as condições do paciente. O grande número de técnicas cirúrgicas é reflexo da falta de eficácia das opções terapêuticas existentes. Podemos classificá-las em dois grandes grupos: o primeiro, as técnicas de acesso abdominal. Dentre essas, a retopexia tem sido a mais popular em nosso meio. O segundo grupo, as técnicas de acesso perineal são reservadas apenas para doentes idosos e de alto risco cirúrgico. Dentre essas, a técnica de Delorme, descrita em 1900 por um cirurgião militar francês - Edmund Delorme<sup>16</sup>, é uma das técnicas de acesso perineal. Embora seja muito antiga, e por motivos desconhecidos, é empregada apenas por poucos. Em nosso meio, prevalecem outras técnicas como a operação de Thiersch ou Notaras, Mikulicz e Altemeier<sup>14-17</sup>.

Em nosso serviço, utilizamos a técnica de Delorme para tratamento dessa afecção desde 2000, inicialmente era indicada para doentes idosos com maior risco cirúrgico. Devido aos bons resultados, passamos a realizar como o método preferencial, ao contrário da maioria dos serviços. Parece-nos que a sua indicação pode não ser tão restrita, desta forma, também utilizada para doentes mais jovens. O presente estudo tem por objetivo avaliar o resultado e as complicações cirúrgicas de pacientes, portadores de prolapso retal, tratados com a operação de Delorme e a técnica da retopexia.

### MÉTODOS

Analisamos 31 doentes portadores de prolapso retal com a idade variável entre 20 a 84 anos, sendo 25 mulheres e seis homens. Desses, 15 casos consecutivos tratados pela retopexia no período entre 1997 e 2000 e 16 doentes consecutivos de procidência retal tratadas pela técnica de Delorme no período entre 2000 e 2005.

A anestesia foi peridural ou espinal para todos os doentes submetidos à técnica de Delorme enquanto que no grupo de retopexia a anestesia geral foi realizada em 13 doentes.

**A técnica de Delorme consistiu em:**

1. Paciente em posição de litotomia
2. Infiltração da mucosa retal com solução de adrenalina na proporção de 1:100.000.
3. Incisão circular na mucosa retal centímetro acima da linha pectínea.
4. Descolamento mucoso até atingir o ápice do prolapso retal. Hemostasia realizada com eletrocoagulação.
5. Emprego dos fios absorvíveis para suturas da camada muscular do reto, realizando dois pontos em cada quadrante, imbricando e suturando a camada muscular do reto.
6. Secção e excisão da mucosa excedente.
7. Sutura contínua com fios absorvíveis da camada mucosa retal junto a canal anal centímetro acima da linha pectínea.

**A técnica da retopexia**

1. Paciente em posição de litotomia
2. Laparotomia mediana infra-umbilical
3. Tração do reto, incisão do peritônio pélvico, da escavação reto-vesical no homem ou retouterina na mulher.
4. Dissecção e descolamento retal em toda sua extensão, anteriormente até a próstata ou colo uterino, posteriormente até o cóccix.
5. Fixação do reto no promontório sacro, utilizando uma tela de material plástico contornando reto posteriormente em dois terço da sua circunferência. Fixação do reto sobre a tela e a tela sobre o promontório por meios de suturas simples com fios não absorvíveis.
6. Fechamento do peritônio pélvico e da escavação retovesical ou retouterina.
7. Fechamento da parede abdominal.

No pós-operatório, os pacientes foram estimulados a deambular precocemente, receberam laxativos orais para evitar esforço evacuatório e alta hospitalar após a primeira evacuação. A avaliação da continência e o exame proctológico foram realizados no seguimento dos doentes.

**RESULTADOS**

A idade dos doentes submetidos às cirurgias abdominais, retopexia, variou entre 20 a 84 anos (média 58 anos) (grupo A) enquanto no grupo de doentes submetidos à operação de Delorme (grupo B), a idade variou entre 66 a 82 anos (média de 72 anos). Houve predominância do sexo feminino em ambos os grupos, sendo cinco masculinos e dez femininos no grupo A e um do sexo masculino no grupo B. Houve maior tempo de permanência, sete dias (variável entre 3 a 11 dias) no grupo A e quatro dias (variável entre 2 a 6 dias) no grupo B. Tempo de seguimento médio foi 30 meses para grupo A ( 8 a 62 meses) e 25 meses para grupo B (11 a 50 meses). Cinco pacientes perderam seguimento, três pacientes do grupo B faleceram por doenças associada (acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio e broncopneumonia). Entre os oito pacientes (grupo B) que mantêm seguimento ambulatorial, todos estão sem recidiva. A taxa de recidiva foi semelhante, 13,3% no grupo A e 6,3% no grupo

**Tabela 1 - Complicações pós-operatórias decorrentes às técnicas retopexia e de Delorme**

Grupo A (retopexia)	Nº	Grupo B (Delorme)	Nº
Hemorragia sacral	1	Sangramento	1
Broncopneumonia	1	Estenose	1
Infecção de ferida	1	Hematoma	1
Íleo prolongado	2		
Bronco-espasmo	1		
<b>Total</b>	<b>6/15(40%)</b>		<b>3/16(18,9%)</b>

\* Não significante p=0,2524 Teste Exato de Fisher

**Tabela 2 - Recidiva após correção cirúrgica do prolapso retal pela técnica de retopexia e de Delorme**

	Grupo A (retopexia)	Grupo B (Delorme)
Maior que 4 cm	2*	1**
Menor que 4 cm	4	1
Reoperações por recidiva	2	2
<b>Total</b>	<b>2/15(13,3%)</b>	<b>1/16(6,3%***)</b>

\* Dois casos de reoperações

\*\* A mesma paciente recidivou duas vezes

\*\*\* não significante P = 0,5995 Teste Exato de Fisher

B. (Tabela 2). A recidiva foi classificada conforme o seu tamanho, maior ou menor que 4 cm de comprimento. Na técnica de retopexia, os dois doentes recidivados foram submetidos novamente a retopexia com resultado satisfatório. Na técnica de Delorme, uma doente recidivou duas vezes, e foi reoperada as duas vezes com a mesma técnica (Delorme), obtendo sucesso após segunda reoperação. A maioria dos doentes permaneceu com ânus hipotônico ao exame proctológico e apresentou baixa pressão de repouso e contração à manometria. Contudo, metade dos doentes referiu ter ficado continente após cirurgia (grupo A= 53% e grupo B = 50%). A morbidade foi 40% para grupo A e 18,9% para grupo B. As complicações estão listadas na Tabela 1. Houve um caso de hemorragia sacral que foi controlada no ato cirúrgico e um caso de sangramento no grupo B que não necessitou de reintervenção. Houve uma estenose no grupo B que foi tratada com dilatação digital no ambulatório.

**DISCUSSÃO**

A existência de numerosas opções cirúrgicas para tratamento da prolapso retal reflete na falta da eficácia de uma única operação e da controvérsia a respeito do assunto. As técnicas por via abdominal, como a retopexia abdominal, têm sido a mais preferida em nosso meio, devido à menor taxa de recidiva. A retopexia pode ser realizada de

várias formas desde simples sutura, a clássica promonto-sacro-fixação, até o emprego de próteses como a tela de polipropileno, esponja álcool-polivinil ou outros materiais<sup>2,4,7,8,13</sup>. Recentemente, as retopexias têm sido realizadas por meio de videolaparoscopia<sup>10-13</sup>, e apresentam algumas vantagens, tais como menor agressão cirúrgica, menor tempo de internação e melhor resultado estético. No entanto, o acesso videolaparoscópico necessita de pneumoperitônio e, conseqüentemente, de anestesia geral. As técnicas de acesso perineal têm sido reservadas apenas para doentes de alto risco cirúrgico pelas condições clínicas e idade avançada<sup>14-20</sup>. Entre as técnicas via perineal, a técnica de Altemeier tem sido a preferida em detrimento a técnica de Delorme<sup>20-23</sup>. O sangramento e a taxa de recidiva são argumentos principais para esta escolha. O sangramento não representou problema cirúrgico e tampouco como complicação pós-operatória na nossa experiência. A tática empregada por nós, com infiltração da submucosa usando solução de adrenalina e hemostasia metuclosa, pode ter contribuído para baixa taxa de complicações. Santana associou a técnica de Delorme com a cerclagem do canal anal com objetivo de reduzir recidiva<sup>24</sup>. O critério de recidiva é outro fator que pode influir nas taxas de recidiva. A recidiva pode ser considerada presente apenas em doentes que apresentam protrusão maior ou que necessitaram da reoperação. Estes critérios podem ser mais rigorosos e podem resultar em menor taxa de recidiva. Entre as técnicas com acesso perineal, preferimos a técnica de Delorme em detrimento à técnica de Mickulicz ou Altemeier, por não necessitar de ressecção completa do reto e anastomose reto-retal, conseqüentemente os riscos inerentes a sutura intestinal. Vários estudos recentes sugeriram que a técnica de Delorme apresenta índices de recidiva comparáveis às técnicas abdominais<sup>25,26,27</sup>. Nosso resultado é semelhante: a taxa de recidiva é comparável à técnica de retopexia abdominal utilizando a tela de polipropileno. Uma paciente dessa série apresentou recidiva duas vezes e foi repetida a técnica de Delorme com resultado satisfatório após a terceira correção, demonstrando que ela pode ser reaplicada na recidiva sem maiores dificuldades. Dentre as outras técnicas perineais, a operação de Thiersch tem sido mais comumente utilizada pela simplicidade na execução, no entanto a falta de eficácia e as complicações, como impacção fecal ou extrusão do material, são motivos limitantes ao seu emprego. Para evitar a impacção fecal como complicação, a técnica tem sido empregada com materiais elásticos tais como tiras de politetrafluoretileno (Teflon®), silicone ou poliéster (Mersilene®), porém infrutíferas mesmo com essas modificações<sup>15</sup>. A outra complicação decorrente dessa técnica é prolapso retal com estrangulamento por meio da cerclagem com materiais elásticos. O resultado funcional desses doentes apresenta uma tendência de melhora com o tempo, conforme nossos doentes e de outros<sup>28,29</sup>, porém há necessidade de mais estudos em maior tempo de evolução para apreciar o ganho durante longo tempo. Concluímos que a técnica de Delorme pode ser executada com baixo índice de morbidade e recidiva, sendo comparáveis às técnicas convencionais. O seu emprego pode ser ampliado por ser uma cirurgia menos invasiva.

**Conflito de interesse:** não há

## SUMMARY

### SURGICAL TREATMENT OF RECTAL PROLAPSE BY THE DELORME TECHNIQUE AND RECTOPEXY

**OBJECTIVE.** Rectopexy is the most common technique used to correct rectal prolapse. Perineal procedures such as the Delorme technique and others are employed for older frail patients with significant comorbidity because of the higher recurrence rate. This study evaluated results of the Delorme technique and rectopexy.

**METHODS.** Retrospective study of 31 patients with rectal prolapse treated from 1997 to 2005. Among them, 15 patients (group A) were treated by rectopexy and 16 by the Delorme technique (group B). Analysis of hospital stay, morbidity, complications and recurrence rate was carried out.

**RESULTS.** There was longer hospital stay, seven days (3 to 11 days) in group A, compared to four days (2 to 6 days) in group B. Recurrence rate was similar, respectively 13.3% and 6.6% (not significant). Most patients presented low rest and squeezing pressure, although half of them became fully continent after surgery (group A=53% and group B=50%). Morbidity was 40% and 18.9%, respectively for groups A and B. Sacral hemorrhage occurred in one patient and was controlled during rectopexy. A case of bleeding occurred in group B and ceased spontaneously without surgical procedure. There was a rectal stricture in group B treated successfully with digital dilatation at the doctor's office.

**CONCLUSIONS.** The Delorme technique for treatment of rectal prolapse is a safe procedure and presents results similar to rectopexy. In addition it also has lower morbidity, and could be more often indicated. [Rev Assoc Med Bras 2008; 54(2): 142-5]

**KEY WORDS:** Rectal prolapsed. Colorectal surgery. Retrospective studies. Treatment outcome.

## REFERÊNCIAS

1. Boutsis C, Ellis H. The Ivalon-sponge-w-rap operation for rectal prolapse: an experience with 26 patients. *Dis Colon Rectum*. 1974;17:21-37.
2. Wells C. New operation for rectal prolapse. *Proc R Soc Med*. 1959;52:602-3.
3. Moschowitz AV. The pathogenesis anatomy and care of prolapse of the rectum. *Surg Gynecol Obstet*. 1912;15:7-21.
4. Cutait D. Sacro-promontory fixation of the rectum for complete prolapse. *Proc R Soc Med*. 1959;52(Suppl):105-6.
5. Muir EG. The surgical treatment of severe rectal prolapse. *Proc R Soc Med*. 1959;52(Suppl):104-5.
6. Frykman HM, Goldeberg SM. The surgical treatment of rectal procidentia. *Surg Gynecol Obstet*. 1969;129:1255-30.
7. Ripstein, C.B. Procidentia: definitive corrective surgery. *Dis Colon Rectum*. 1972;15:334-6.
8. Capelchnik P. Rectal prolapse-treatment by using promontory-sacrum fixation associated with Ivalon sponge suture to the anterior wall of the rectum. *Rev Assoc Med Bras*. 1974;20:209-10
9. Graham W, Clegg JF, Taylor V. Complete rectal prolapse repair by a simple technique. *Ann R Coll Surg Engl*. 1984;66:87-9.
10. Berman IR. Sutureless laparoscopic rectopexy for procidentia. Technique and implications. *Dis Colon Rectum*. 1992;35:689-93.
11. Munro W, Avramovic J, Roney W. Laparoscopic rectopexy. *J Laparoendosc Surg*. 1993;3:55-8.
12. Baker R, Senagore AJ, Luchtefeld MA. Laparoscopic-assisted vs. open resection. Rectopexy offers excellent results. *Dis Colon Rectum*. 1995;38:199-201.

13. Corrêa PAFP, Averbach M, Cutait R. Técnica e resultados do tratamento da procidência retal por vídeo-laparoscopia. *Rev Bras Coloproctol.* 2004;24:385-95.
14. Thiersch C. Carl Thiersch 1822-1895. Concerning prolapse of the rectum with special emphasis on the operation by Thiersch. *Dis Colon Rectum.* 1988;31:154-5.
15. Notaras MJ. The use of Mersilene mesh in rectal prolapse repair. *Proc R Soc Med.* 1973;66:684-6.
16. Mikulicz J. Zur operativen Behandlung des prolapsus ecti et Coli invaginati. *Arch Klin Chir.* 1889;38:74.
17. Altemeier WA, Cuthbertson WR, Schowengerdt C, Hunt J. Nineteen years experience with one age perineal repair of rectal prolapse. *Ann Surg.* 1971;173:993-1001.
18. Delorme R. Sur le traitement des prolapsus de la muqueuse rectale ou tectolique. *Bull Mem Soc Chir.* 1900;26:498-9.
19. Ramos Jr JR, Pinho M, Correa JCO, Batista Filho G. Tratamento do prolapso retal completo. Experiência do serviço de Colo-Proctologia do Hospital do Andaraí. *Rev Bras Coloproctol.* 2004;24:43-49.
20. Sobrado CW, Kiss DR, Nahas SC, Araújo SEA, Seid VE, Cotti G, et al. Surgical treatment of rectal prolapse: experience and late results with 51 patients. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo.* 2004;59:168-71.
21. Bueno RN, Rocha JJR, Rodrigues RG, Feres O, Koga DY, Veneziano SG, et al. Proctosigmoidectomy via perineal no tratamento do prolapso retal. *Acta Cir Brás.* 2001;16(supl 1):82-3.
22. Santos Jr JC. Prolapso do reto aspectos clínicos e cirúrgicos. *Rev Bras Coloproctol.* 2005;25:272-8.
23. Kalil M, Brahim CC, Delboni PSF, Passos RRB, Filho DS, Pamplona RR. Prolapso retal: estudo retrospectivo e prospectivo com as técnicas de Delorme e Altemeier (17 Casos). In: Congresso Brasileiro de Cirurgia Geral, 1ª Jornada da Academia Mineira de Medicina, 2005, Belo Horizonte. Congresso Brasileiro de Cirurgia Geral e 1.ª Jornada da Academia Mineira de Medicina; 2005. v.38. p.41.
24. Santana HJ, Torres Neto JR, Vidal MAN, Santana NMBS, Oliveira Filho JJ, Santos CM, et al. Operação de Delorme com cerclagem – análise retrospectiva de 1990–1996. *Rev Bras Coloproctol.* 1996;16:129-32.
25. Lechoux JP, Lechoux D, Perez M. Results of Delorme's procedure for rectal prolapse. *Dis Colon Rectum.* 1995;38:301-7.
26. Sielezneff I, Malouf A, Cesari J, Brunet C, Sarles JC, Sastre B. Selection criteria for internal rectal prolapse repair by Delorme's transrectal excision. *Dis Colon Rectum.* 1999;42:367-73.
27. Tsunoda A, Yasuda N, Yokoyama N, Kamiyama G, Kusano M. Delorme's procedure for rectal prolapse: clinical and physiological analysis. *Dis Colon Rectum.* 2003;46:1260-5.
28. Watts AMI, Thompson MR. Evaluation of Delorme's procedure as a treatment for full-thickness rectal prolapse. *Brit J Surg.* 2000;87:218-22.
29. Pescatori M, Interisano A, Stolfi VM, Zoffoli M. Delorme's operation and sphincteroplasty for rectal prolapse and fecal incontinence. *Int J Colorectal Dis.* 1998;13:223-7.

---

Artigo recebido: 02/07/07  
Aceito para publicação: 31/10/07

---