

ABORDAGEM DA FERIDA PERINEAL NO ESVAZIMENTO PÉLVICO POSTERIOR: CONFEÇÃO DE NEO-VAGINA; NOTAS DE TÉCNICA.

DR. MARCOS PIRES E ALBUQUERQUE

Cirurgião Assistente da Seção abdômino-pélvica do INCa

DR. ARY FRAUZINO PEREIRA

Cirurgião, Diretor do INCa.

DR. RUI VIEIRA

Cirurgião chefe da seção de cirurgia plástica e reparadora do INCa.

RESUMO:

Os autores comentam a indicação dos esvaziamentos pélvicos posteriores, tecem comentários sobre a invalidez sexual que este procedimento acarreta e propõem uma abordagem reparadora da ferida perineal no sentido de permitir que estas pacientes possam vir a ter um relacionamento sexual semelhante ao coito normal.

INTRODUÇÃO

Os tumores da porção inferior do reto são tratados mediante uma ressecção abdômino-perineal. No homem tal cirurgia foi inicialmente realizada por Miles em 1926¹. Na mulher, a presença anatômica da vagina, que com a sua parede posterior guarda íntima relação com a parede anterior do reto através do chamado septo reto-vaginal, permite que os tumores da parede anterior do reto freqüentemente com-

prometam este septo, sendo o motivo de recidivas pélvicas após uma operação de Miles clássica.

Por isto, nestes casos nós associamos à amputação do reto, uma pan-histerectomia com ressecção da parede posterior da vagina em monobloco e chamamos a este procedimento de "esvaziamento pélvico posterior", que nos parece oncológicamente correto dada a maior radicalidade e portanto menor índice de recidiva pélvica.²

A radicalidade cirúrgica por seu lado é sempre mais agressiva e mutilante, acarretando nestes casos uma invalidez sexual permanente. Principalmente em mulheres jovens, sexualmente ativas, o Esvaziamento Pélvico Posterior causa graves problemas de ordem psicossocial que devem ser levados em consideração pelo cirurgião no momento de indicá-la, cientificando a paciente e seus familiares mais próximos dos problemas inerentes a esta operação.

Sob este prisma, dois mecanismos vão atuar após uma operação abdômino-perineal: primeiramente a dissecação pré-sacra, comum a todas as amputações por câncer de reto, acarreta uma denervação pára-simpática levando, na maioria das vezes a uma impotência irreversível. O segundo aspecto, inerente apenas ao Esvaziamento Pélvico Posterior, ocorre em decorrência

da ablação do órgão genital externo da mulher, incapacitando-a definitivamente para o relacionamento sexual.

Tentando minimizar este segundo enfoque, propomos neste trabalho a perpetuação do "sinus" perineal mediante o tratamento da ferida perineal por segunda intenção, associando posteriormente uma cirurgia reparadora simples com a intenção de confeccionar uma neo-vagina.

Para isto, preferimos manter a ferida perineal aberta mediante a utilização de um curativo tampão renovável diariamente nos primeiros 20 dias de pós-operatório. Deste modo a fixação da parede vaginal anterior ao sacro induz à formação de uma cavidade ou "cloaca perineal", formada posteriormente pelo assoalho fibrótico da pélvis e superiormente pela bexiga (fig. 1).

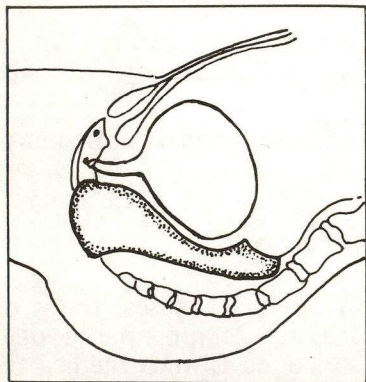


Fig. 1 - Corte sagital pos-operatório

Anteriormente vemos a uretra, o clitóris e terço superior dos lábios vaginais (fig. 2).

Uma segunda intervenção será necessária cerca de 4 meses após a primeira cirurgia, quando a "cloaca perineal" estiver com boa granu-

lação e em condições de receber um enxerto.

Visamos neste tempo "forrar" a parede posterior da "cloaca", mediante a rotação de dois retalhos dérmicos laterais da região perineal (fig. 2).

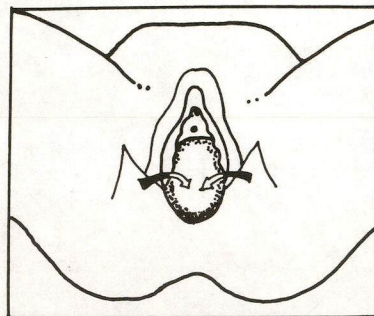


Fig. 2 - Aspecto Perineal pré-reparadora

Este procedimento plástico reparador, cuja técnica descrevemos abaixo, possibilita à neo-vagina condições de absorver o trauma durante o ato sexual sem desconforto.

Da mesma forma evita a longo prazo que a "cloaca" encurte com a gradativa queda da bexiga, assim como impede a estenose da porção ínfero-anterior no períneo.

As pacientes por nós submetidas a esta operação têm, no seu relacionamento sexual, referido razoável satisfação decorrente da nova situação.

Nestas condições, amenizamos consideravelmente um problema de difícil solução na área psicossomática, devolvendo às nossas pacientes já traumatizadas por uma colostomia definitiva um tipo de vida o mais próximo possível da normalidade.

TÉCNICA

Em posição de litotomia procede-se inicialmente à ressecção em cunha do tecido fibrótico que corresponde ao assoalho da "cloaca perineal". Naquelas pacientes em que a "cloaca" está por demais alargada, damos 2 a 3 pontos de "cat-gut" cromado 0, aproximando as bordas laterais da área previamente ressecada, à semelhança do procedimento de aproximação dos músculos elevadores do ânus. A seguir, marcamos dois retalhos triangulares no períneo, um de cada lado da "cloaca" com o pedículo vascular (base do triângulo) voltado para baixo. Estes dois retalhos doadores são então descolados com boa camada de tecido celular subcutâneo, rodados para dentro da "cloaca perineal" e saturados entre si nas bordas internas com fio de "cat-gut" 3.0.

Os ápices dos triângulos são fixados ao fundo da "cloaca". A área é saturada com fio de mononílon 4.0 unindo suas bordas (fig. 3).

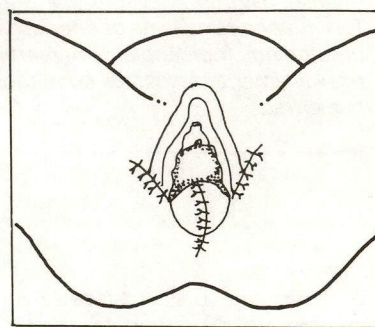


Fig. 3 - Aspecto Perineal pós-reparador