

8 REPARAÇÃO DE LESÕES DO ESFÍNCTER ANAL

Reparação imediata

As lacerações do esfíncter anal observadas nas 24 horas após o parto devem ser reparadas de imediato. Não se trata de uma operação menor. A futura continência da paciente depende da qualidade da reparação.

Ao efetuar a reparação, é importante ter em conta que os esfíncteres anais rasgados retraem para a posição das 3 e 9 horas no relógio.

A reparação deve ser efetuada num bloco operatório com condições de iluminação, instrumentos e assistência de boa qualidade. É possível efetuar a reparação sob anestesia local, mas é preferível que a paciente seja submetida a uma anestesia espinal ou uma anestesia geral. A paciente deve ser levada para o bloco operatório com o reto vazio.

A mucosa anorretal é fechada primeiro. Em seguida, são identificadas as extremidades rasgadas do esfíncter externo (não é possível identificar o esfíncter interno como uma camada separada). Estas extremidades têm de ser suturadas com precisão, com pontos bastante grandes, utilizando uma sutura de absorção lenta (de preferência PDS 2-0. Se a PDS não estiver disponível, deve utilizar uma sutura Vicryl pesada ou Dexon). São necessárias duas a três suturas. O corpo perineal é então reparado, seguindo-se a vagina e a pele perineal.

Reparação secundária

Se não for possível efetuar a reparação de imediato, é melhor esperar várias semanas, mas a maioria das pacientes apresenta-se alguns anos após a lesão. Por vezes, as pacientes com lacerações completas antigas afirmam não ter sintomas, pelo que, antes de recomendar a reparação, é importante ter a certeza de que a paciente tem mesmo perdas fecais incómodas. Quando são tratadas nas melhores mãos, mais de 90% das reparações restabelecem por completo a continência. De momento, encontra-se a decorrer um estudo de acompanhamento de um ano, com os resultados provisórios a indicarem uma taxa de continência completa de 95%.

Como as extremidades rasgadas do esfíncter ter-se-ão retraído à volta de metade da circunferência anal, é pouco provável que a simples correção e sutura das margens da laceração produza um bom resultado. O procedimento correto é ilustrado na Figura 8.1.

Em primeiro lugar, identifique a localização mais provável das extremidades do esfíncter anal. Isto não é difícil, uma vez que as extremidades rasgadas do esfíncter puxam a pele sobreposta e criam uma covinha. Existem também dobras na pele, que irradiam a partir do ânus, onde o esfíncter anal subjacente se contrai. O local onde estas linhas terminam é o local onde as extremidades rasgadas do esfíncter se encontram.

É útil utilizar uma quantidade generosa de “sumo da selva” (uma mistura diluída de lidocaína com adrenalina) para ajudar ao nível da dissecação e da hemorragia. Trata-se de uma área vascular e a adrenalina contida no “sumo da selva” ajuda certamente a manter a hemostasia, bem como a encontrar os planos de tecidos através da hidrodissecação.

Coloque a pinça de Allis na extremidade vaginal, próximo do local onde se situará o freio posterior, normalmente logo acima do nível do esfíncter rasgado. Puxe a pinça de Allis em conjunto para garantir que o períneo e o freio têm um aspeto normal a esse nível. Um erro comum passa por tornar o períneo demasiado comprido, o que causa dor e dispareunia. Efetue a incisão ao longo da junção da mucosa anal e/ou retal e, em seguida, ao longo da junção da pele perineal e da mucosa anal até ao nível onde se encontram as extremidades do esfíncter anal.

Mobilize a vagina para fora do ânus, liberte o corpo perineal da pele e liberte ligeiramente a mucosa anal. Em seguida, afaste a pele sobre o esfíncter anal e agarre o esfíncter anal com uma pinça de Allis. Certifique-se de que o esfíncter anal tem uma boa mobilidade, mas lembre-se de que o nervo que alimenta o esfíncter anal está situado às 5 e 7 horas no relógio; pelo que não deve efetuar a mobilização para além destas posições.

Assim que ambas as extremidades do esfíncter tenham mobilidade, tem tudo pronto para suturar. É útil manter uma pinça de Allis em cada extremidade do esfíncter rasgado e mantê-la fora do caminho, recorrendo para isso a uma pinça para artérias para fixar a pinça de Allis aos campos lateralmente. Isto irá garantir que não perde o esfíncter enquanto repara o ânus/reto.

Em primeiro lugar, repare o ânus com uma sutura Vicryl 2-0 em duas camadas interrompidas, com pontos bem efetuados na musculatura. O esfíncter pode ser reparado de ponta a ponta ou através de uma reparação sobreposta. Algumas pessoas também mobilizam os esfíncteres interno e externo separadamente e reparam os mesmos de forma isolada. Por vezes, é possível definir bem os esfíncteres interno e externo, uma vez que o esfíncter interno é mais branco, por ser composto de músculo liso, e o esfíncter externo é mais vermelho, composto de músculo estriado. No meu caso, limito-me a reparar o esfíncter de ponta a ponta com uma sutura PDS 2-0 de dissolução lenta e obtenho resultados positivos na consulta de acompanhamento de um ano. Outros profissionais defendem que a técnica de sobreposição é superior. No caso das pacientes com lesões crónicas, esta questão ainda não está resolvida.

Em seguida, reconstruo o corpo perineal com a PDS restante e, por fim, reparo a vagina e a pele perineal. Costumo utilizar uma sutura de bloqueio contínua para a vagina, uma vez que a sutura de bloqueio ajuda a manter o comprimento da vagina, e utilizo suturas interrompidas para o períneo. Em ocasiões raras, poderá ocorrer uma infeção no local da ferida. Em caso de suturas interrompidas, é fácil remover uma sutura e deixar o pus drenar. No entanto, se for utilizada uma sutura subcuticular contínua, não é possível proceder desta forma.

Insira cuidadosamente um tampão no local e deixe um cateter de Foley colocado. O tampão e o cateter podem ser removidos no dia seguinte. Assim que recuperarem a mobilidade, peço às pacientes para efetuarem lavagens suaves duas vezes por dia e se secarem com palmadinhas, apenas para manterem a ferida limpa.

Por norma, a paciente é mantida apenas com líquidos no primeiro dia de pós-operatório, seguindo-se uma dieta ligeira no segundo dia. No terceiro dia, pode seguir uma dieta completa, tomando também um laxante ligeiro. Dou-lhes alta quando se alimentarem devidamente, obrarem de forma normal e se sentirem confortáveis.

Problemas contínuos

Algumas pacientes voltam a procurar-nos, continuando a queixar-se de incontinência depois de serem submetidas a uma reparação de laceração perineal. Quando as examinamos, verificamos que o períneo está intacto, mas, se olharmos com atenção, vemos que a pele sobre o ânus anterior é lisa e não tem as linhas radiantes que indicam a contração do esfíncter por baixo. Significa que o esfíncter voltou a romper-se ou não foi devidamente identificado e reparado durante a primeira operação.

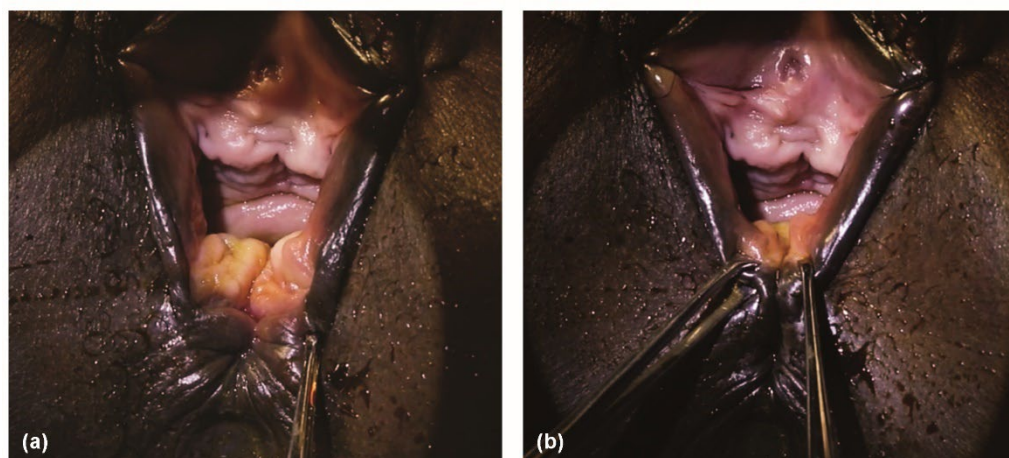


Figura 8.1

a) Uma laceração perineal de quarto grau. A pinça de Allis mostra a localização da extremidade do esfíncter rasgado à esquerda.

b) Segure o local onde as duas extremidades do esfíncter se encontram e faça com que se encontrem na linha média. O períneo e o freio posterior parecem normais.

Continuação

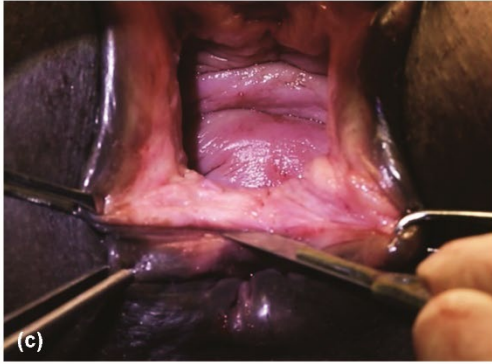
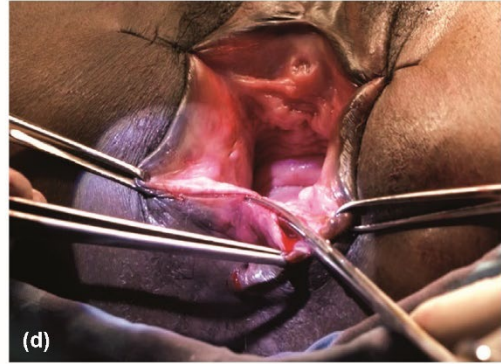
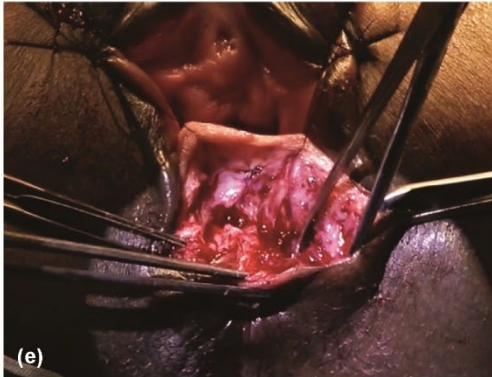


Figura 8.1 (continuação)

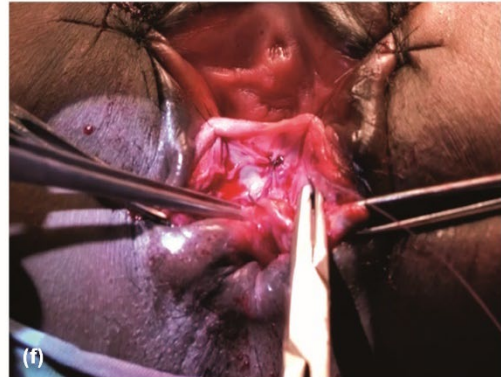
c) Incisão ao longo da junção da mucosa vaginal e anal até ao local das extremidades rasgadas do esfíncter.



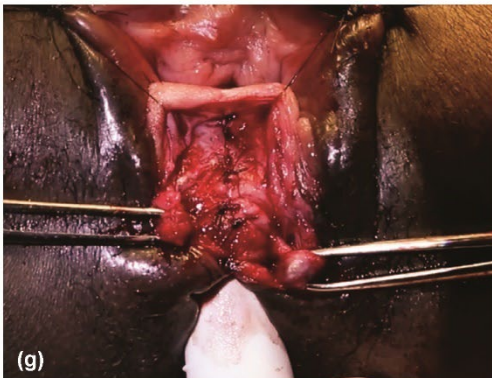
d) Mobilize.



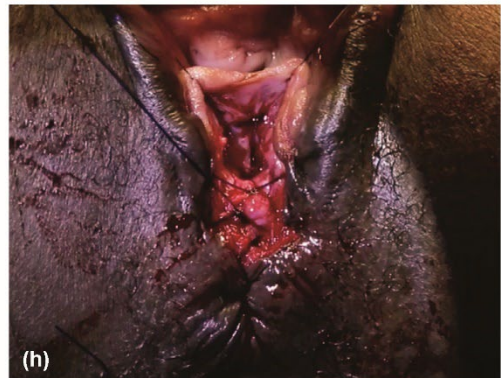
e) Agarre a extremidade do esfíncter rasgado. Esta está localizada mesmo ao lado da mucosa anal distal. Mobilize as duas extremidades, a esquerda e a direita.



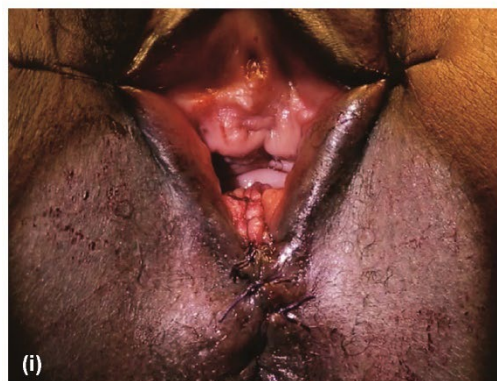
f) Repare a mucosa anal com suturas interrompidas, desde o ápice até à extremidade anal.



g) O ânus é reparado em duas camadas.



h) O esfíncter anal é reparado com PDS 2-0.



i) A vagina e o períneo estão fechados.

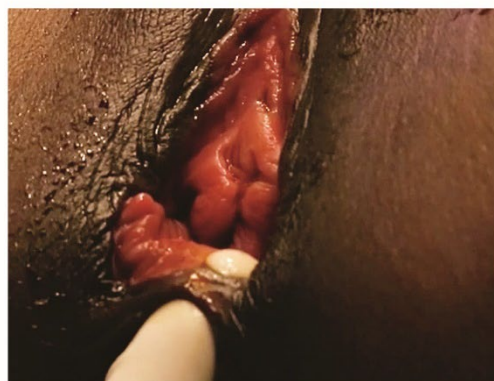


Figura 8.2 (acima)

Inicialmente, a paciente apresentava uma laceração de quarto grau que foi reparada no momento do parto, sendo que apenas a pele perineal foi suturada. O esfíncter permaneceu rasgado, o ápice da laceração não foi reparado e a paciente apresentava uma pequena ponte cutânea sobre o períneo.

É necessário realizar uma pequena operação para mobilizar novamente o esfíncter, de preferência com uma sutura PDS 2-0 de absorção lenta. Para o efeito, infiltre o períneo e a zona circundante do ânus com uma solução salina ou “sumo da selva”, efetue uma incisão na linha média ao longo do períneo e afaste a pele lateralmente do corpo perineal e em sentido descendente sobre o esfíncter anal. Agarre o tecido muscular lateralmente ao canal anal de cada lado e repare-o. Por vezes, após a mobilização, verifica-se a existência de um defeito na extremidade anal, diretamente na mucosa. Repare o defeito antes de reparar o esfíncter. Depois de reparar o esfíncter, reconstrua primeiro o corpo perineal por cima e depois a pele. O tratamento pós-operatório deve ser idêntico ao tratamento de uma laceração de quarto grau (consulte os parágrafos finais da secção Reparação secundária acima).

Também irá deparar-se com muitas pacientes que apresentam uma laceração reparada incorretamente. O ápice do defeito anorretal pode não ter sido fixado, resultando numa fístula retovaginal (FRV). Vejo frequentemente casos em que apenas foi reparada a pele sobre o períneo, pelo que tudo o que resta é uma ponte cutânea sobre o períneo, uma FRV atrás e o esfíncter ainda avulso. É melhor cortar a ponte cutânea para recriar a laceração de quarto grau e efetuar uma reparação formal. (Figura 8.2)