

TÉCNICA DE DELORME NA ABORDAGEM TERAPÊUTICA DE PROLAPSO TOTAL RETAL E UTERINO EM PACIENTE IDOSA

Vinicius Sussuarana Rocha¹
Raimundo Rocha Neto²
Edinaldo dos Santos Ferreira³
Jeferson Guedes de Azevedo⁴
Juliana Alencar Isacksson Vieira⁵
Ravi Cabral Gabriel⁶

RESUMO: A técnica de Delorme foi descrita pela primeira vez em 1899, pelo cirurgião militar francês Edmond Delorme, caracterizada por um procedimento de remoção da mucosa em casos de prolapso retal completo. O presente trabalho relata a abordagem terapêutica de uma paciente idosa com quadro de prolapso retal e uterino persistente há aproximadamente 4 meses, com agravamento nos últimos dias, sendo realizada cirurgia de Delorme com cirurgia de Thiersch e histerectomia. A técnica de Delorme envolve várias etapas para a correção do prolapso retal e a reconstrução da anatomia local, destacando-se como a forma mais apropriada para a paciente em questão.

Palavras-chave: Prolapso retal. Prolapso uterino. Tratamento cirúrgico. Delorme.

22

ABSTRACT: Introduction: The delorme technique was first described in 1899, by the french military surgeon Edmond Delome, it is a procedure characterized by the mucosa removal in cases of complete rectal prolapse. **Case presentation:** A 83-years-old female patient born and residing in Macapá-AP, sought the city's emergency service complaining of rectal and uterine prolapse that had persisted for approximately 4 months, with worsening in the last few days. **Discussion:** In this case report, after multi-speciality evaluation the patient was referred to a cirurgic treatment. She underwent a Delome's surgery with a Thiersch's surgery due the senil and least tolerant intervention profile. **Conclusion:** Rectal and uterine prolapse cirurgic interventions are diverse, abdominals or perineals. Consequently, decision marking process should be cautious and consider patient conditions, in this case report delorme technique was the most appropriated.

Keywords: Rectal prolapse. Uterine prolapse. Cirurgic treatment. Delorme.

¹ Residente de Cirurgia Geral pela Universidade Federal do Amapá.

² Médico. Cirurgião geral e Coloproctologista. Preceptor da residência de cirurgia geral da UNIFAP. Formação médica pela Universidade Federal do Pará. Residência em cirurgia geral (1992) e coloproctologia (1994) na Real e Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência do Rio de Janeiro, atual Glória D'or.

³ Acadêmico de Medicina pela Universidade Federal do Amapá.

⁴ Acadêmico de Medicina pela Universidade Federal do Amapá.

⁵ Acadêmica de Medicina pela Universidade Federal do Amapá.

⁶ Acadêmico de Medicina pela Universidade Federal do Amapá.

I. INTRODUÇÃO

O conceito de prolapso é a mudança da localização dos órgãos pélvicos, causada por componentes mecânicos ou neurológicos. Sendo assim, o prolapso retal e uterino ocorrem quando há uma exteriorização da espessura do reto pelo canal anal e do útero pelo canal vaginal, respectivamente (Tola; Erdemoğlu; Erdemoğlu, 2015; Fagan *et al.*, 2023). O prolapso retal é incidente em grupos que possuem um distúrbio do assoalho pélvico, estímulo crônico, profundidade de saco de Douglas e multiparidade (Fagan *et al.*, 2023).

Esta condição possui um pico bimodal de incidência nos extremos de idade, com prognóstico mais relevante após os 50 anos, predominando nas mulheres adultas em proporção de 5,7:1 (Cal, 2022).

A literatura esclarece que o seu processo fisiopatológico, ainda não está totalmente elucidado, entretanto, descreve que se inicia a partir de uma invaginação sigmóide-retal ou reto-retal, sendo predominante na faixa etária acima dos 50 anos, tendo fatores etiológicos como a deterioração da função da musculatura esfinteriana, e a supressão de fixação retal (Santos JR, 2005).

A sintomatologia do paciente com prolapso retal, depende do curso da doença, a medida que evolui, temos como principais o vigor ao defecar, a percepção de plenitude retal, a perda de muco e o sangue nas fezes, em pouca quantidade. Ainda é possível a apresentação de coceira e escoriações, nos casos de prolapso persistente, além da presença de sangramento e perda de muco (Santos JR, 2005).

Diagnóstico do prolapso retal é feito a partir de uma suspeita clínica, por meio da sintomatologia e corroborado por exames físicos. No momento da análise desse prolapso, alguns podem ser vistos sem dificuldade quando o paciente se esforça e estiver em decúbito lateral, ou posição de canivete, outros podem exigir um pouco mais de esforço físico por parte do paciente. E alguns, porventura não vão aparecer no momento da consulta, sendo incentivado que o paciente, assim que perceber, tal quadro, registre por meio de fotografias (Bordeianou *et al.*, 2014).

O tratamento do prolapso retal é feito de forma cirúrgica podendo ter a abordagem abdominal e perineal, sendo essa última indicada para aqueles que apresentem muitas comorbidades e que não suportam anestesia total, além disso, a literatura tem se incentivado para o sexo masculino com o intuito de evitar lesões a nervos pélvicos e por conseguinte

prejudicar a função sexual, uma das principais técnicas instituídas de abordagem perineal, é a técnica delorme (Fagan *et al.*, 2023). Além disso, o prolapso uterino tem dois métodos, o método cirúrgico por meio da histerectomia, e os métodos poupadores, que são os exercícios kegel e o uso de pessário (Tola; Erdemoğlu; Erdemoğlu, 2015).

2. APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, de 83 anos, procurou o serviço de urgência e emergência com um quadro de prolapso retal e uterino persistente há aproximadamente 4 meses, tendo se agravado nos últimos dias apresentando-se no momento como prolapso retal total e uterino grau 4 (Figura 1). Após avaliação inicial pela equipe de Cirurgia Geral, foi realizada a redução do prolapso, seguido pelo encaminhamento da paciente para as especialidades de Coloproctologia e Ginecologia.

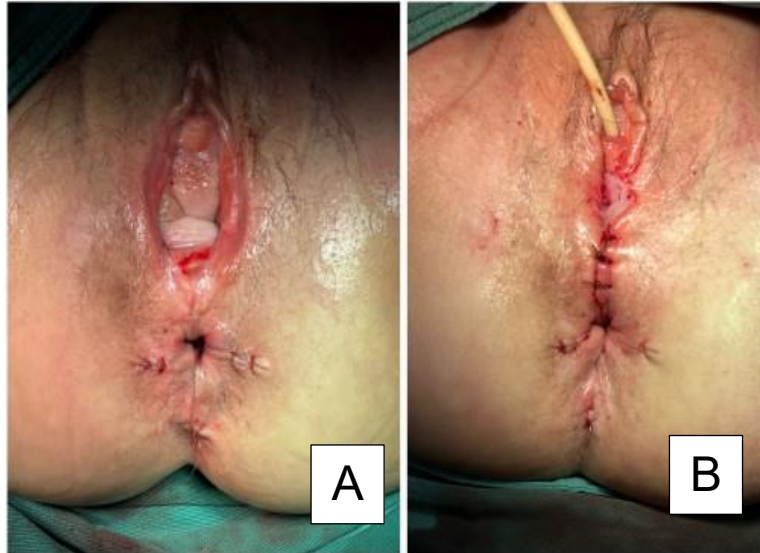
Figura 1 – Prolapso retal e uterino totais em paciente de 83 anos.



Fonte: Imagens cedidas pelos autores.

Posterior à minuciosa avaliação e apresentação dos resultados dos exames pré-operatórios, a paciente foi submetida à cirurgia de Delorme com cirurgia de Thiersch, associada à histerectomia via vaginal, como abordagem terapêutica (Figura 2).

Figura 2 - (A) Pós-operatório imediato da cirurgia de Delorme. (B) Pós-operatório imediato da cirurgia de Delorme e da histerectomia via vaginal.



Fonte: Imagens cedidas pelos autores.

Em decorrência da idade da paciente, foi optado por retaguarda de leito de Unidade de Terapia Intensiva, no pós-operatório (PO) imediato, onde permaneceu por 2 dias. Após o 3º dia de PO, foi transferida para a enfermaria, e, no 6º dia de PO recebeu alta, sem maiores intercorrências.

25

3. DISCUSSÃO

Neste relato de caso, a abordagem interdisciplinar, com a colaboração de especialista em Cirurgia Geral, Coloproctologia e Ginecologia, desempenhou um papel crucial na condução do tratamento para esse caso desafiador. Além disso, a escolha da modalidade cirúrgica revelou-se apropriada e eficaz na resolução do quadro clínico.

A técnica de Delorme, um procedimento perineal, foi selecionada por suas vantagens, como menor complexidade, menor taxa de mortalidade. Essa abordagem se mostrou benéfica para a paciente em questão, devido ao seu perfil senil, o que justificou a preferência por uma opção cirúrgica menos invasiva.

Na técnica delorme, o paciente é posto em posição de litotomia, tem-se o preparo mecânico retal, cateterismo urinário, profilaxia para evitar quadros trombóticos, e antibióticos de curta duração. Pode ser feita com a anestesia geral, ou raquidiana ou a

sedação leve com infiltração de anestésico local, é justamente por esse última modalidade, que a técnica é recomendável para aqueles que não toleram uma anestesia mais agressiva (Binda; Serventi, 2008).

Sempre que é possível o prolapso retal é evertido, para que seja exposto a borda anal, é utilizado um afastador lone-star. Uma incisão circunferencial é realizada na mucosa retal (Figura 3), cerca de 1-1,5cm próximo a linha dentada, com o intuito de realizar uma preservação da mucosa retal e simplificar o processo de anastomose, o músculo circular do reto é um marco importante nessa operação, a dissecação ascendente é finalizada quando não consegue mais deslocar o reto para baixo, nesse momento normalmente 10-15 cm de camada mucosa são mobilizados, mas existe casos que podem chegar acima dos 30 cm de camada mucosa mobilizada (Cal 2022; Santos, 2005).

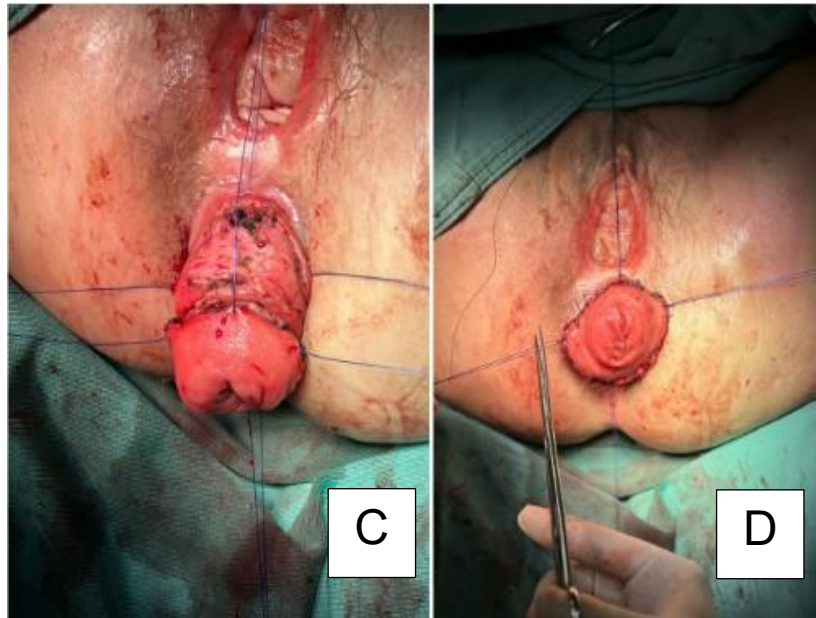
Figura 3 - Incisão circular e descolamento da mucosa e submucosa retal, com prolapso uterino reduzido.



Fonte: Imagens cedidas pelos autores.

Hemostasia tem que ser realizada com cuidado visando ter campo limpo, nesse momento da operação deve ser plicado o músculo retal longitudinalmente com fios absorvíveis (Imagem C), é sugerido que seja incluído a camada mucosa ao final da sutura, nos pontos cardinais (Imagem D), para que seja reforçado a plicatura (Santos, 2005).

Figura 4 - (C) Imbricação e sutura da muscular do reto com dois pontos por quadrante (pontos cardinais), com fios absorvíveis. (D) Sutura da camada mucosa retal junto ao canal anal.



Fonte: Imagens cedidas pelos autores.

Cateter urinário permanece no período pós-operatório (Imagem F), sendo retirado no 1º dia de PO (Binda; Serventi, 2008), e é avaliado o estado geral do paciente para o recebimento de alta, sendo a paciente recebendo a alta no 6º dia de PO.

27

CONCLUSÃO

É perceptível que o tratamento para o prolapso retal e uterino é complexo e de múltiplas modalidades, fazendo-se necessária sempre uma avaliação do quadro clínico e do perfil de cada paciente para submissão ao procedimento cirúrgico.

A participação das especialidades de coloproctologia e ginecologia são de fundamental importância para caracterização do grau de comprometimento, contribuindo desta forma com a escolha da abordagem terapêutica.

Através do tratamento multidisciplinar e da realização da cirurgia de Delorme em conjunto com a histerectomia via vaginal, obteve-se sucesso na resolução do prolapso retal e uterino em uma paciente idosa. A abordagem terapêutica personalizada foi adotada para atender às necessidades específicas dessa paciente com condição clínica complexa, garantindo uma recuperação tranquila e livre de complicações.

REFERÊNCIAS

1. BINDA, G. A. SERVENTI, A. Perineal Approach to External Rectal Prolapse: The Delorme Procedure. In: Altomare, DF, Pucciani, F. (eds). **Rectal Prolapse**. 1.ed. Milão: Springer. 2008. cap.II, p.89-95.
2. BORDEIANOU, L. *et al.* Prolapso retal: uma visão geral das características clínicas, diagnóstico e estratégias de manejo específicas do paciente. **J Gastrointest Surg**, v.18, p. 1059-1069, 2014.
3. CAL, F. B. Prolapso rectal completo procedimiento de Delorme. **Salud Militar**, v. 41, n.1, p. e503-e503, 2022.
4. CIRENZA, C. F. *et al.* Correção De Prolapso Mucoso Retal Por Proctectomia Mucosa (Técnica De Delorme): Demonstração Da Técnica Cirúrgica. **Journal of Coloproctology**, v. 42, p. S1-S219, 2022.
5. FAGAN, G. *et al.* Outcomes for men undergoing rectal prolapse surgery - a systematic review. **Colorectal disease**. Great Britain and Ireland, v.25, p. 1116-1127, 2023.
6. FAGUNDES, João José *et al.* Operação de thiersch como o emprego de fita de dacron: alternativa de exceção para prociência retal. **Rev. colo-proctol**, pág. 245-8, 1998.
7. SANTOS JR. JC. Prolapso do Reto Aspectos Clínicos e Cirúrgicos. **Rev bras Coloproct**:25(3): 272-278, 2005.
8. TOLA, E. N., ERDEMOĞLU, E., & ERDEMOĞLU, E. Uterine sparing surgical methods in pelvic organ prolapse. **Turkish journal of obstetrics and gynecology**, v. 12, n.3, p.168-172, 2015.