

Migração de Prótese de Rectopexia

Migration of Rectopexy Prosthesis

Liliana Santos¹, Jaime Ramos¹, João Coimbra¹, David Andrade², Rui Macedo²

O prolapso rectal (PR) é uma doença pouco comum em adultos jovens. As manifestações mais frequentes são o prolapso/protrusão *per ânus* e a obstipação, mas pode estar associado a incontinência anal. Podem coexistir colite quística profunda e síndrome da úlcera solitária do recto (SUSR). A SUSR, a manifestação mais frequente do PR, apresenta úlceras, eritema ou formações polipóides na mucosa rectal, classificando-se macroscopicamente em 3 tipos: ulcerativa (55%), polipóide (24%) e plana (21%)¹.

O tratamento consiste numa rectopexia e/ou rectosigmoidectomia, por via abdominal ou perineal. A escolha da abordagem cirúrgica é ditada pela idade do doente e pelas doenças coexistentes.

A rectopexia, laparoscópica ou por laparotomia, obtém melhor resposta funcional e menor taxa de recorrência e é considerada a melhor opção em doentes jovens sem outras doenças.



Fig. 1. Exame proctológico que revela a presença de múltiplos nódulos no recto. **1a** – canal anal proximal; **1b** – anel anorectal e recto proximal; **1c** – recto proximal.



Fig. 2. Prolapso rectal evidenciado durante a realização de rectosigmoidoscopia, após manobra de Valsalva.

A rectopexia por via laparoscópica, com uma taxa de sucesso idêntica à da laparotomia, tem a vantagem de reduzir a dor e os dias de hospitalização. O procedimento consiste na fixação do recto ao promontório, efectuada com sutura simples ou com a colocação de prótese. A prótese é utilizada para induzir uma maior reacção inflamatória e formação de tecido cicatricial, com vista a uma maior fixação do recto e redução da recorrência. No entanto, os estudos realizados revelaram uma maior morbidade associada a este procedimento, nomeadamente a infecção da prótese, formação de estenoses, fístulas ou migração para o recto (7% dos casos), não se tendo constatado diminuição da recorrência. O tratamento preferencial destas complicações consiste na remoção da prótese, por laparotomia ou por via anal.^{2,3}

Apresentamos uma doente, sexo feminino, 26 anos de idade, caucasiana, com quadro com 5 anos de evolução caracterizado por prolapso anal, proctorreia, incontinência anal, rectorragias e dor no hipogastro. Três anos antes tinha sido submetida a cirurgia por prolapso rectal por via anal, sem melhoria. Sem outros dados anamnésicos, nomeadamente actividade sexual.

Ao exame proctológico apresentava proctorreia abundante, fétida e prolapso rectal. A rectosigmoidoscopia mostrou múltiplas formações polipóides no recto (Fig. 1 e 2). As serologias para *Clamydia spp*, VIH (1 + 2), Herpes Simplex (1 + 2), VDRL e TPHA foram negativas. O exame parasitológico e bacteriológico das fezes, do exudado anal e vaginal também se revelaram negativos.

O estudo histológico da biopsia rectal foi compatível com colite infecciosa e pólipos inflamatórios (Fig. 3).

Fez terapêutica com cefuroxime e metronidazol oral, associado a metronidazol e budesonido tópicos, tendo-se verificado significativa redução do volume da proctorreia. Posteriormente, foi submetida a ressecção anterior recto-sigmoideia, rectopexia com colocação de prótese de polipropileno e transversostomia provisória, tendo ficado assintomática. Nove meses depois, foi encerrada a colostomia tendo permanecido sem recidiva das queixas. No entanto, 3 meses depois, inicia queixas de tenesmo e falsas vontades, tendo realizada nova rectosigmoidoscopia, que mostrou migração parcial da prótese de polipropileno para

¹Serviço de Gastroenterologia, ²Serviço de Cirurgia Geral 5 do Hospital Santo António dos Capuchos - Centro Hospitalar de Lisboa Central; **Correspondência:** Liliana Santos, Alameda Santo António dos Capuchos, 1150-199 Lisboa - Portugal; **Telefone:** +351 213 136 300; **E-mail:** llilibracao@gmail.com; **Recebido para publicação:** 29/04/2010 e **Aceite para publicação:** 15/11/2010.

o recto (Fig. 4). Foi submetida a laparotomia com remoção da prótese. Dois anos após a cirurgia, permanece assintomática sem evidência de prolapso rectoanal.

REFERÊNCIAS

1. Brosens LA, Montgomery EA, Bhagavan BS, *et al*. Mucosal prolapse syndrome presenting as rectal polyposis. *J Clin Pathol*

2009;62:1034-1036.

2. Madiba TE, Baig MK, Wexner SD. Surgical management of rectal prolapse. *Arch Surg* 2005;140:63-73.
3. Tou S, Brown SR, Malik Alrqam, *et al*. Surgery for complete rectal prolapse in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD001758. DOI: 10.1002/14651858.CD001758.pub2.

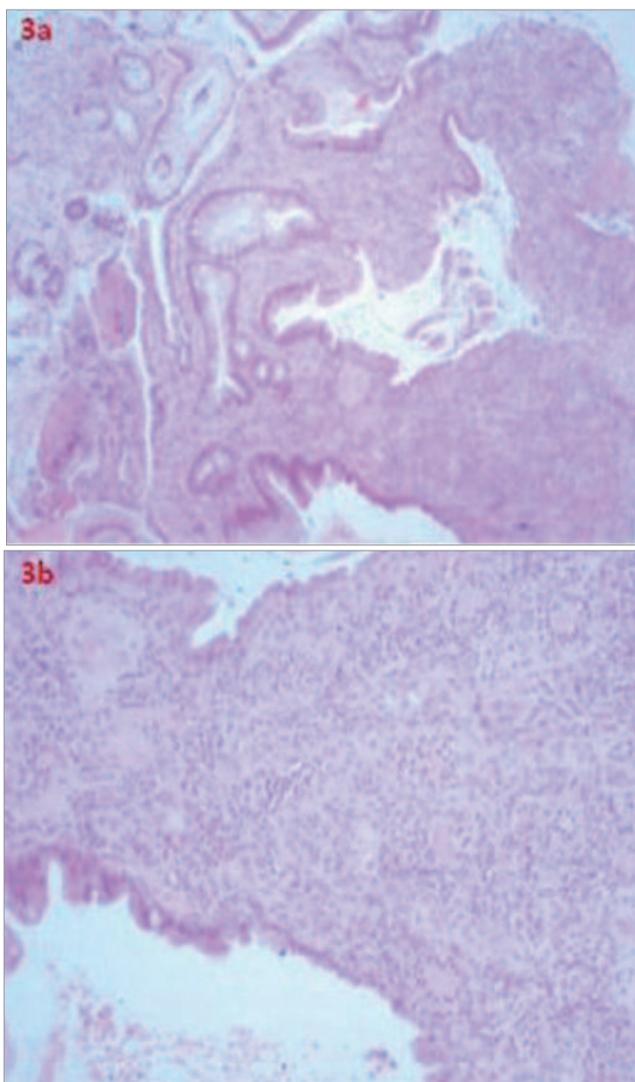


Fig. 3. Exame histológico (Hematoxilina & Eosina) dos nódulos do recto que mostra aspectos de colite infecciosa (3a) e pólipó inflamatório (3b).

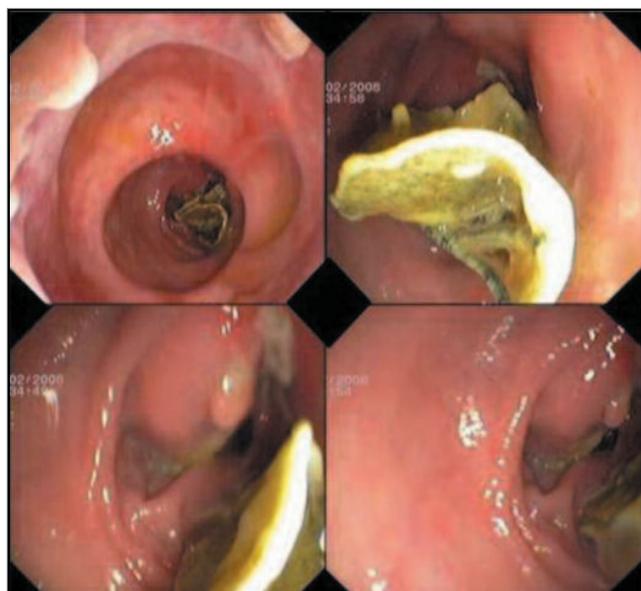


Fig. 4. Rectossigmoidoscopia realizada três meses após a cirurgia, que mostra migração para o recto de prótese de polipropileno colocada aquando da realização de rectopexia.