

## DEFEITO CLOACAL TRAUMÁTICO: ESFINCTEROPLASTIA E PERINEOPLASTIA COM RETALHO PELA TÉCNICA DE WARREN

### TRAUMATIC CLOACAL DEFECTS: SPHINCTEROPLASTY AND PERINEOPLASTY WITH WARREN FLAP METHOD

Arnaldo Sergio Neris Pereira<sup>1</sup>; Débora Fernandes Barbalho<sup>1</sup>; Jéssica Jeanne Dias<sup>1</sup>; Maria Ondina Machado Diniz<sup>1</sup>; Mateus da Silva Cândido<sup>2</sup>; Carlúcio Cristino Primo<sup>3</sup>.

#### RESUMO

O defeito cloacal traumático é raro e ocorre em mulheres com histórico de laceração perineal durante um parto vaginal traumático. Tem como consequências: incontinência para fezes e flatos, infecção urinária, e impacto sexual e psicossocial. Relatamos neste artigo, o caso de uma paciente de 55 anos que apresentava laceração perineal de grau 4 e um quadro clínico sintomático com evolução de vinte anos. A cirurgia é a melhor forma de reparar essa deformidade, e proporcionar melhor qualidade de vida nessas pacientes.

**Descritores:** Incontinência Fecal. Retalhos Cirúrgicos. Saúde da Mulher. Canal Anal.

#### ABSTRACT

The traumatic cloacal defect is rare and occurs in women with a history of perineal laceration during a traumatic vaginal delivery. It has the following consequences: fecal incontinence, urinary infection, and sexual and psychosocial impact. We report in this article the case of a 55-year-old woman with fourth-degree perineal laceration and a symptomatic clinical condition with a 20-year course. Surgery is the best way to repair this deformity, and to improve the quality of life in these patients.

**Keywords:** Fecal Incontinence. Surgical Flaps. Women's Health. Anal Canal.

#### INTRODUÇÃO

Defeito cloacal traumático ocorre em cerca de 0,003% a 0,3% das mulheres que sofreram laceração perineal durante um parto vaginal traumático. Esta laceração varia desde o grau 1, em que ocorre apenas lesão de pele, até o grau 4, em que ocorre ruptura dos esfíncteres externo e interno e da mucosa retal<sup>1</sup>.

Possui grande impacto na saúde das mulheres. Sua evolução pode levar a condições incapacitantes, como incontinência para fezes e flatos, infecções urinárias, disfunção sexual e sofrimento psicossocial<sup>2,3</sup>.

Existem muitas técnicas diferentes que apresentam bons resultados funcionais. Além da reconstrução do corpo perineal, o septo retovaginal também necessita de reparo, com interposição adequada da pele e do músculo elevador, e do esfíncter anal entre o reto e a vagina. Diversas técnicas reconstrutivas foram descritas. As técnicas de fechamento da pele variam de simples fechamento transversal ou longitu-

dinal até plastias em Z mais complexas, e retalhos-X<sup>4</sup>.

Este relato se justifica por ser um caso incomum e de longa evolução. O diagnóstico foi realizado, baseado na anamnese e no exame físico, já na primeira consulta. A correção do defeito, por meio de uma técnica simples, trouxe de volta a qualidade de vida da paciente e melhora dos sintomas.

#### RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 55 anos, G3P3N3, chegou ao ambulatório de coloproctologia apresentando incontinência para fezes e flatos, além de hematoquezia e dispareunia. O quadro teve início cinco anos após o parto vaginal de seu último filho (há cerca de 25 anos) com sintomas mais brandos e evolução progressiva. Durante toda a consulta, mostrou-se triste e referiu impacto negativo em seu casamento. Comorbidades: depressão há três anos sem melhora com o tratamento medicamentoso.

<sup>1</sup> Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Curso de Medicina, Goiânia, GO, Brasil.

<sup>2</sup> Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo, Goiânia, GO, Brasil.

<sup>3</sup> Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, Serviço de Coloproctologia, Goiânia, GO, Brasil.

O exame físico mostrava-se compatível com seqüela de laceração perineal de quarto grau com cloaca: presença de tecido delgado entre parede vaginal e anorretal, sem musculatura, com tênue separação entre margem anal e introito vaginal (Figura 1). Toque retal: esfíncter anal hipotônico.



**Figura 1.** Lesão no intra-operatório.

Foram solicitados exames pré-operatórios e, posteriormente, encaminhada para reconstrução cirúrgica através da técnica "retalho de Warren". O procedimento ocorreu sem intercorrências. A figura 2 mostra a correção cirúrgica da lesão. A paciente apresentou evolução satisfatória, e recebeu alta no quarto dia pós-operatório.



**Figura 2.** Correção da lesão no pós-operatório.

Após três meses, retornou ao ambulatório para reavaliação (Figura 3). Negou incontinência, sangramento e dispareunia. Estava sem queixas e há dois meses sem medicação para depressão devido à melhora clínica. Além disso, relatou melhora significativa de sua autoestima e de sua qualidade de vida, principalmente em seu casamento. Continua em seguimento no ambulatório.



**Figura 3.** Evolução após três meses da cirurgia.

## DISCUSSÃO

As lacerações perineais de terceiro ou quarto grau estão associadas à nuliparidade, parto com fórceps e episiotomia mediana. A falha do reparo primário pode acontecer, principalmente, em decorrência de complicações infecciosas locais com deiscência da ferida<sup>5</sup>. Em cerca de 0,003% a 0,3% dos casos, esta falha levará a uma alteração morfológica e funcional grave assemelhando-se a uma cloaca<sup>1</sup>. Tal defeito é caracterizado por uma ruptura completa do corpo perineal, lesão no segmento anterior do esfíncter anal e perda distal do septo retovaginal, criando uma região de contato direto entre o canal anal e a vagina<sup>5</sup>.

O principal sintoma desta deformidade cloacal é a incontinência para flatos e fezes<sup>5</sup>. Ocasionalmente, no entanto, a passagem de fezes e flatos pela vagina também é queixa nas consultas, como se houvesse uma fístula retovaginal. Sintomas adicionais incluem irritação da pele, disfunção sexual, sofrimento emocional, social e psicológico<sup>5,3</sup>.

No caso, a paciente teve sintomas brandos cinco anos após a lesão. Por isso não procurou atendimento médico no início. A evolução ocorreu durante 20 anos até então, manifestando-se através de um quadro clínico mais importante, com incontinência para fezes e flatos e dispareunia. Esse prejuízo em sua qualidade de vida relaciona-se com a depressão apresentada. A evolução progressiva explica-se devido à idade jovem da paciente no momento da lesão, ainda com um funcionamento normal da musculatura puborretal e com o tempo, apresenta disfunção<sup>6</sup>.

A história clínica (principalmente em relação a antecedentes obstétricos) e o exame físico da região perineal são suficientes para o diagnóstico, apesar de existirem exames complementares (ultrassonografia anorretal e manometria)<sup>1,7</sup>.

A correção cirúrgica dessa deformidade apresenta alguns cuidados. O esfínter anal, o corpo perineal e o septo retovaginal, estão intimamente relacionados, mas cada um possui suas particularidades anatómicas e funcionais. O reparo necessita ser realizado de maneira coordenada. Existe grande risco de ruptura das suturas do músculo esfínteriano. Além disso, a ausência de cobertura epitelial para proteger o esfínter reparado e o septo retovaginal do fluxo fecal aumenta o risco de infecções da ferida com o uso da técnica de reparo simples<sup>8</sup>.

Em 1875, Warren descreveu o uso do retalho da mucosa vaginal para proteger o reparo do reto lesionado e do ânus. Uma base adequada para o esfínter suturado é fornecida pela restauração do septo retovaginal e do corpo perineal. O revestimento epitelial do esfínter reparado e da parede retal é fornecido por um retalho de parede vaginal posterior. Escritores posteriores chamaram isso de "*Warren apron technique*" e "*Warren flap method*"<sup>9</sup>.

A técnica inicialmente sugeria que o paciente estivesse na posição de "canivete" (jack-knife), porém atualmente utiliza-se a posição de litotomia, tornando a vagina e o anoreto mais acessíveis<sup>8,9</sup>. O colo do útero e a parede posterior do reto são expostos pelo espéculo de Sims, e uma pinça Kocher é colocada na mucosa da parede vaginal posterior, logo abaixo do colo do útero. A partir deste ponto, é feita uma incisão em ambos os lados, que diverge para a margem anal e envolve o terço anterior do orifício anal,

formando um retalho triangular ("Warren apron"). Com a pinça Kocher para tração no ápice do retalho, o retalho da mucosa vaginal é liberado através de dissecação no orifício retal<sup>8</sup>. As suturas com catgut cromado são realizadas de dentro para fora, incluindo a fâscia do músculo levantador, o corpo perineal, a fâscia de Colles, músculos bulbocavernosos e o levantador do ânus. As suturas são puxadas sob tensão e amarradas. As extremidades retraídas do músculo esfínteriano externo são aproximadas da linha média anterior do ânus. As extremidades do esfínter são suturadas juntas ao corpo perineal. Duas suturas são colocadas na fâscia retal para diminuir a tensão nas extremidades do esfínter. A mucosa vaginal é fechada com sutura contínua<sup>8,10</sup>.

A esfínteroplastia e a perineoplastia com retalho pela técnica de Warren é efetiva para o reparo do corpo perineal, graças a seus benefícios e às poucas complicações. A entrada no plano do septo retovaginal através da parede vaginal posterior, juntamente com a extensão perianal anterior curvilínea da incisão, proporciona adequada exposição para a identificação da lesão. Mostra-se como uma técnica eficaz em reconstruir o períneo danificado para obter uma boa cobertura da pele livre de tensão<sup>7,10</sup>. Há menos dissecação perineal adicional do que outros procedimentos que requerem a implementação de retalho cutâneo<sup>7</sup>.

As complicações são menores quando comparadas com as outras técnicas. São descritas: infecção de ferida operatória, fistula retovaginal, necrose de retalho ou até recorrência<sup>8,10</sup>. A recuperação após a cirurgia geralmente é rápida e os pacientes não necessitam de longa internação hospitalar, nem gerenciamento complexo de feridas. A alta hospitalar ocorre, geralmente, em dois dias<sup>10</sup>.

O tratamento cirúrgico traz melhora satisfatória na qualidade de vida da paciente. A técnica de Warren utiliza planos familiares ao cirurgião colorretal e está associado à recuperação rápida, segura e a bons resultados funcionais<sup>4</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Abcarian H, Orsay CP, Pearl RK, Nelson RL, Briley SC. Traumatic cloaca. Dis Colon Rectum. 1989;32(9):783-7.
2. Woodman PJ, Graney DO. Anatomy and physiology of the female perineal

- body with relevance to obstetrical injury and repair. *Clin Anat.* 2002;15(5):321-34.
3. Spanos CP, Mikos T, Kastanias E, Georgantis G. Surgical repair of traumatic cloaca. *Arch Gynecol Obstet.* 2012;286(3):815-8.
  4. Hollingshead JR, Warusavitarne J, Vaizey CJ, Northover JM. Outcomes following repair of traumatic cloacal deformities. *Br J Surg.* 2009;96(9):1082-5.
  5. Kaiser AM. Cloaca-like deformity with faecal incontinence after severe obstetric injury--technique and functional outcome of ano-vaginal and perineal reconstruction with X-flaps and sphincteroplasty. *Colorectal Dis.* 2008;10(8):827-32.
  6. Handa VL, Danielsen BH, Gilbert WM. Obstetric anal sphincter lacerations. *Obstet Gynecol.* 2001;98(2):225-30.
  7. Nicholls J. Sphincter repair for incontinence. *Colorectal Dis.* 2009;11(6):545-6.
  8. Block IR, Rodriguez S, Olivares AL. The Warren operation for anal incontinence caused by disruption of the anterior segment of the anal sphincter, perineal body, and rectovaginal septum: report of five cases. *Dis Colon Rectum.* 1975;18(1):28-34.
  9. Warren JC. A new method of operation for the relief of rupture of the perineum through the sphincter and rectum. *Trans Am Gynaecol Soc.* 1882;7:322-30.
  10. Narula HS, Wadhawan H, Short-house A, Brown S. Traumatic cloacal defect, the Warren flap revisited a description of the technique. *Polish J Surg.* 2010;82(12):687-93.

Recebido em: 03/01/2019

Aceito para publicação: 29/03/2019

Conflito de interesses: Não

Fonte de financiamento: Não

**Endereço para correspondência:**

Arnaldo Sergio Neris Pereira

E-mail: [arnaldo.snp@gmail.com](mailto:arnaldo.snp@gmail.com)