

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MEGACÓLON CHAGÁSICO. RETOCOLECTOMIA ABDOMINAL COM ANASTOMOSE COLORRETAL MECÂNICA TÉRMINO-LATERAL

SURGICAL TREATMENT OF CHAGASIC MEGACOLON. ABDOMINAL RECTOCOLECTOMY WITH MECHANICAL COLO-RECTAL END-TO-SIDE ANASTOMOSIS

José Hyppolito da Silva, TCBC-SP¹
Luciana de Azevedo Sodré²
Cláudio de Oliveira Matheus³
Galdino J. S. Formiga, ACBC-SP³

RESUMO: Trinta e cinco doentes portadores de megacólon chagásico foram operados pela técnica da retocoliectomia abdominal com anastomose colorretal mecânica término-lateral durante o período de 1993 a 1997. Vinte (57,14%) doentes eram do sexo feminino e 15 (42,85%) do masculino. A idade variou de 27 a 76 anos, com média de 51 anos. A operação constou de ressecção do segmento dilatado, sepultamento do coto retal na altura da reflexão peritoneal com grampeador, dissecação do espaço retrorretal até o plano dos músculos elevadores e anastomose colorretal mecânica término-lateral posterior. Em quatro (11,42%) doentes a anastomose foi anterior. Em três (8,57%) doentes, o teste de escape da anastomose foi positivo, o que obrigou a complementação manual da sutura em dois (5,71%) e sutura e ostomia derivativa em um (2,85%). Ocorreram sete (20,00%) complicações pós-operatórias precoces, sendo quatro consideradas relevantes (11,42%) e quatro (11,42%) complicações tardias. Houve um (2,85%) óbito por complicação clínica. Os doentes submetidos a colostomia foram reoperados para fechamento da mesma sem intercorrências. A totalidade dos doentes apresenta hábito intestinal normal. Não houve referências a alterações gênito-urinárias, nem a incontinência fecal. A anastomose foi tocada ou visibilizada em todos os pacientes examinados, durante o seguimento ambulatorial. Não houve casos de fecaloma no coto retal. Embora os resultados iniciais sejam bastante satisfatórios, é necessário maior tempo de observação para se avaliar a possibilidade de recidiva.

Unitermos: Megacólon chagásico; Retocoliectomia; Anastomose mecânica.

INTRODUÇÃO

Inúmeras técnicas têm sido propostas para o tratamento cirúrgico do megacólon adquirido. A diversidade de métodos e o exagerado número de variantes vêm mostrar que ainda hoje não existe uma operação ideal. Teoricamente, a cirurgia ideal deve resolver o sintoma principal, que é a constipação intestinal, atender ao princípio fisiopatológico da doença para evitar a recidiva, ter pouca morbidade e mortalidade e curar o paciente. Alguns desses parâmetros têm sido atendidos por procedimentos utilizados desde o fim do século passado e início deste; outros, contudo, não são considerados e o resul-

tado é uma coleção infindável de processos terapêuticos ineficazes. Assim, foram utilizadas a colotomia, praticada com a finalidade de retirar o bolo fecal do intestino; a colostomia, visando à derivação do conteúdo fecal; a coloplicatura, procurando diminuir o trajeto percorrido pelas fezes; a colopexia, utilizada no volvo; a colocolostomia, pretendendo que a passagem rápida do conteúdo líquido do cólon direito para o cólon esquerdo favorecesse a exoneração intestinal. Essas condutas estão totalmente abandonadas e merecem apenas a citação cronológica.

Outras operações utilizadas foram: a colectomia,¹ cujo objetivo era a retirada da porção ectasiada, e que foi seguida

1. Professor Livre-Docente de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Chefe do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis.
2. Estagiária do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis.
3. Assistente do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis.

Recebido em 26/1/99

Aceito para publicação em 30/8/99

Trabalho realizado no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis – São Paulo – SP.

de complicações e óbitos em números significativamente importantes, pois, na ocasião, era praticada sem o preparo prévio do intestino, além da pouca segurança das anestésias e transfusões de sangue; outro óbice a essa cirurgia é a possibilidade de recidiva, uma vez que o reto não é retirado e, como sabemos, é ele a sede do obstáculo funcional à passagem do bolo fecal; a simpatectomia abdômino-lombar,² que nasceu da observação da melhora da obstipação em pacientes portadores de paralisia espástica dos membros inferiores, porém, praticada em portadores de megacólon,³ apesar dos resultados iniciais satisfatórios, mostrou-se ineficaz com o decorrer do tempo; a esfinterectomia,⁴ proposta para tratar a acalásia do esfíncter pelvirectal com o objetivo de inutilizá-lo anatômica e funcionalmente, mas, a inexistência anatômica do referido esfíncter e os resultados insatisfatórios fizeram com que essa operação fosse substituída pela esfinterectomia do músculo esfíncter interno, logo abandonada.

Em 1940, Correa Netto⁵ descreveu a retossigmoidectomia racionalizada, na qual eram tratados o cólon dilatado e o reto, que é a porção do intestino grosso onde as lesões plexulares são mais intensas, sendo a palavra racionalizada indicativa da retirada não só da causa da doença, mas também do seu efeito.

Outros autores empregaram a retossigmoidectomia, quer por via abdominal,⁶ quer abdômino-perineal,⁷ porém, foi seguida de grande número de deiscências da anastomose, o que obrigou à utilização de colostomia prévia ou concomitante,⁸ acarretando a necessidade de dois ou mais tempos cirúrgicos para o tratamento da moléstia. Para evitar esse inconveniente, foi proposta em 1960 a retossigmoidectomia abdômino-perineal com anastomose retardada com duas variantes, a coloanal^{9,10} e a colorretal,¹¹ técnicas de execução requintada e nem por isso isentas de complicações;¹² o mesmo se diga do abaixamento retrorretal proposto por Duhamel¹³ e modificado por Haddad,¹⁴ que evitaria as complicações da esfera urogenital das operações de abaixamento.¹⁵⁻¹⁷

Outra técnica praticada naquele período, denominada colectomia subtotal,¹⁸ preconizava a retirada de maior segmento cólico e anastomose cecorretal.

Com o intuito de diminuir as dificuldades técnicas do ato operatório e as complicações, passamos a utilizar, no início da década de 70, a retossigmoidectomia abdominal associada à esfinterectomia do músculo esfíncter interno do ânus (anoretomiectomia), proposta por Celso em 1962.^{19,20} Essa cirurgia visa a retirada da porção ectasiada e o tratamento da acalásia, respectivamente.

Embora os resultados iniciais tenham sido bons, foi constatada a persistência dos sintomas em cerca de 25% dos pacientes e dilatação do cólon a montante da anastomose, comprovada radiologicamente, em quase 30%.* (*Silva, JH. Dados não publicados)

Importantes contribuições^{21,22} têm sido propostas utilizando-se procedimentos mais ou menos extensos e com anastomoses término-terminais. Esbarram na desproporção dos

segmentos a serem anastomosados, o que pode redundar em dificuldades técnicas e complicações.

Recentemente, foi introduzida por Habr-Gama et al²³⁻²⁴ a retossigmoidectomia com restabelecimento do trânsito por meio de anastomose colorretal término-lateral mecânica. Essa técnica faz, em um só tempo cirúrgico, a ressecção do segmento dilatado, o sepultamento do coto retal e a anastomose do cólon ao reto. Esse procedimento pode ser realizado por via laparoscópica.²⁵

O objetivo do presente trabalho é avaliar os resultados obtidos com essa operação, pela via aberta, no tratamento cirúrgico do megacólon chagásico.

PACIENTES E MÉTODOS

Estudo prospectivo realizado no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis, São Paulo – SP, entre março de 1993 a outubro de 1997, em doentes portadores de megacólon chagásico e submetidos a tratamento cirúrgico com ressecção do segmento ectasiado – retocoliectomia –, utilizando-se suturas mecânicas, respectivamente, para fechamento do coto retal e para o restabelecimento do trânsito por meio de anastomose colorretal término-lateral.

Foram estudados 35 pacientes, sendo vinte (57,14%) do sexo feminino e 15 (42,85%) do sexo masculino. A idade variou de 27 a 76 anos com média de idade de 51 anos (Tabela 1).

Os pacientes foram submetidos à ressecção do segmento dilatado (retossigmoide), sepultamento mecânico do coto retal e anastomose colorretal mecânica término-lateral. Seis doentes necessitaram de ressecções mais alargadas (hemicolectomia esquerda), em virtude de terem dilatação acometendo outros segmentos além do sigmóide. O reto foi fechado na altura da reflexão peritoneal com grampeador RL (30, 60 ou 90) e a anastomose colorretal foi término-lateral (anterior ou posterior) abaixo do sepultamento com grampeador ILS (29 ou 33) em situação a mais distal possível (Tabela 2). Após a anastomose, foi realizado teste de escape com solução aquosa de polivinilpirrolidona-iodo (PVPI).

Tabela 1
Distribuição etária

Faixa etária	Número de pacientes
21 a 30 anos	02 (5,71%)
31 a 40 anos	08 (22,85%)
41 a 50 anos	08 (22,85%)
51 a 60 anos	10 (28,57%)
61 a 70 anos	04 (11,42%)
71 a 80 anos	03 (8,57%)

Tabela 2
Localização do grampeamento

Localização	Número
Término-lateral anterior	04 (11,42%)
Término-lateral posterior	31 (88,57%)

O acompanhamento ambulatorial dos pacientes variou de doze a 67 meses, considerando o tempo entre o tratamento cirúrgico e a última consulta realizada em outubro de 1998.

RESULTADOS

A integridade das suturas, avaliada por meio do teste de escape da anastomose, mostrou que em 91,42% dos casos havia continência à injeção da solução com PVPI (Tabela 3)

A conduta seguida no teste de escape da anastomose positivo variou entre sutura complementar e sutura seguida de ostomia derivativa (Tabela 4). As complicações pós-operatórias precoces (até sete dias) e as condutas seguidas encontram-se expressas na tabela 5.

Tabela 3

Avaliação intra-operatória do teste de escape da anastomose

Escape	Número
Positivo	03 (8,57%)
Negativo	32 (91,42%)

Tabela 4

Conduta no teste de escape da anastomose positivo

Conduta	Número
Sutura complementar	02 (5,71%)
Sutura e ostomia derivativa	01 (2,85%)
Total	03 (8,57%)

Tabela 5

Complicações pós-operatórias precoces (até sete dias)

Complicação	Número	Conduta
Deiscência de anastomose	02 (4,00%)	Laparotomia com sutura de ponto deiscente e transversostomia derivativa
Escape de anastomose	01 (2,00%)	Tratamento clínico
Infecção de ferida operatória	02 (4,00%)	Curativos
Abscesso intracavitário	01 (2,00%)	Laparotomia com transversostomia derivativa
Deiscência de parede	01 (2,00%)	Ressutura de parede
Total	07 (20,00%)	

Tabela 6

Complicação clínica

Tipo de complicação	Número
Insuficiência hepática e óbito	01 (2,85%)

Tabela 7

Complicações tardias (até um ano)

Complicação	Número	Conduta
Constipação	02 (5,71%)	Tratamento clínico
Estenose de anastomose	02 (5,71%)	Plástica da estenose (1) Dilatação (1)
Total	04 (11,42%)	

A complicação clínica encontra-se na tabela 6. As complicações tardias estão citadas na tabela 7.

Do total de quatro derivações, um paciente foi a óbito por complicação clínica. Os outros três permaneceram com a transversostomia durante quatro a oito meses com média de seis e depois foram reoperados, sem intercorrências, para fechamento das colostomias.

A totalidade dos pacientes apresenta atualmente hábito intestinal normal (100%). Não houve referência a alterações da esfera gênito-urinária, nem de incontinência fecal. A anastomose foi tocada ou visibilizada em todos os pacientes examinados. Não houve casos de fecaloma no coto retal.

DISCUSSÃO

Considerando que o megacólon é a manifestação intestinal da doença de Chagas e que não existe cura para essa moléstia, o tratamento cirúrgico deve contemplar os outros requisitos teóricos, quais sejam, aliviar os sintomas, evitar recidiva, ter poucas complicações e baixa mortalidade. A melhora da constipação intestinal é a regra na maioria das operações propostas, porém, com o passar do tempo, gradual e progressivamente, vai havendo uma deterioração do funcionamento intestinal, culminando com o retorno do sintoma na mesma intensidade da época pré-operatória. O corolário é a recidiva. Daí a necessidade de se realizarem operações mais alargadas, visando não só a retirada da porção ectasiada, mas também do reto, que é a sede do obstáculo funcional à passagem do bolo fecal. Os procedimentos mais abrangentes (abaixamentos)^{9,11,13,14} tropeçaram num elenco de complicações infundável. Deiscências das anastomoses, infecções do espaço pré-sacral, necroses e retrações do coto retal, incontinência fecal, impotência sexual, para citar as mais comuns,¹⁴ fizeram dessas operações um espectro do medo. Do paciente, pela possibilidade de acabar com uma colostomia ou mesmo morrer; do médico, pela expectativa do insucesso. Operações mais simples foram revividas (colectomias), associadas a pequenos procedimentos (anorretomiectomias),^{19,20} porém, o índice de recidiva tornou o método proibitivo.

A recente proposição de retossigmoidectomia por via abdominal com anastomose colorretal término-lateral,^{23,24} realizada com aparelho de sutura mecânica na face posterior do reto, apresenta a vantagem da simplicidade de execução aliada à redução do período de internação, pois é feita em um só tempo. A configuração final dessa técnica assemelha-se à de Duhamel-Haddad,¹⁴ sem ter passado pelos riscos desta.

Sempre foi nossa crença que o resultado satisfatório dessa operação fosse devido ao fato de que, por mais discinético que se encontre o cólon anastomosado, não existe o obstáculo funcional à jusante (acalásia), representado pela parte mais distal do reto, este funcionando apenas como um receptáculo ao conteúdo fecal, nem existindo a possibilidade de se restabelecerem as terminações nervosas entre a parte proximal e distal.

No material estudado, todas as anastomoses foram feitas na face posterior do reto, à exceção de quatro. Esta tática evita a dissecação da bexiga, próstata e vesículas seminais no homem e da vagina na mulher e as complicações decorrentes.

A positividade do teste de escape da anastomose em três casos foi considerada aceitável por se tratar de sutura realizada em segmento intestinal espessado devido à hipertrofia da camada muscular do reto e o grampo não ter atingido toda a parede. A conduta seguida foi sutura em dois casos, tendo um evoluído sem intercorrências e o outro com formação de abscesso que obrigou laparotomia e transversostomia, posteriormente fechada. O paciente que fez ostomia faleceu com insuficiência hepática no décimo dia de PO, sem sinais de deiscência. Das complicações pós-operatórias precoces, apenas quatro (11,42%) foram consideradas relevantes, ou seja, mereceram reintervenção: duas deiscências tratadas por laparotomias e colostomias, um abscesso intracavitário com tratamento similar e uma deiscência de parede com ressutura. Das complicações tardias, duas constipações foram tratadas

cl clinicamente e duas estenoses, uma com dilatação e outra com plástica.

A constatação de hábito intestinal normal nos sobreviventes fala em abono do método. A ausência de complicações na esfera urogenital, assim como a referência à continência fecal, mostra a baixa morbidade do procedimento.

Tratando-se de anastomose baixa, acessível ao toque retal, existe a possibilidade de se verificar a presença ou não de estenose e a ocorrência de fecaloma no coto retal.

Embora o tempo de seguimento não ultrapasse 67 meses, a evolução mostrou não ter havido casos de recidiva, atestando a eficiência do método. A despeito de não ter sido realizada em todos os casos, a avaliação radiológica por meio de enema opaco comprova os bons resultados obtidos.

Apesar do procedimento relatado para o tratamento do megacólon chagásico ser bastante atraente, por se tratar de operação de fácil execução, realizada em um só tempo cirúrgico e ter baixa morbi-mortalidade, a real eficácia do método será melhor avaliada com o passar dos anos.

ABSTRACT

Thirty five patients with chagasic megacolon were operated on by the technique of recto-colectomy with colo-rectal mechanical end-to-side anastomosis, anterior or posterior, during the period of 1993 to 1997. Twenty (57.14%) patients were female and 15 (42.85%) male. The age ranged from 27 to 76 years, with a mean of 51 years. The operation consisted of resection of the dilated colon, closure of the rectal stump at the level of the peritoneal reflexion, dissection of the retrorectal space down to the level of the levator ani and posterior end to side colo-rectal mechanical anastomosis. Four (11.42%) patients had the anastomosis made anteriorly. Three (8.57%) patients had a positive test of the anastomosis integrity and demanded suture in two (05.71%) and suture and ostomy in one (02.85%). There were seven postoperative early complications, four (11.42%) considered important and four late complications. There was one (2.85%) death due to clinical complication. Patients that underwent colostomy were reoperated in order to close it with no problems. The totality of patients has normal bowel function. There were no complaints of sexual, urinary disturbances or fecal incontinence. The anastomosis was examined in all patients. There was no case of fecaloma in the rectal stump. Although the initial results are good, a long follow up is necessary to evaluate the possibility of recurrence.

Key Words: *Chagasic megacolon; Recto-colectomy; Mechanical anastomosis.*

REFERÊNCIAS

1. Raia A, Campos OM – A evolução do emprego das colectomias no tratamento cirúrgico do megacólon. *Rev Paul Med* 1955; 47:29-38.
2. Royle ND – A new operative procedure in the treatment of spastic paralysis and its experimental basis. *MJ Australia* 1924;1:77-86.
3. Wade RB, Royle ND – The operative treatment of Hirschsprung's disease: a new method with an explanation of the technique and the results of operation. *MJ Australia* 1927;1:137-141.
4. Corrêa Netto A – Tratamento cirúrgico do megacolo pela resecção dos chamados esfínteres funcionaes do intestino grosso (Observação de cinco casos curados). *Rev Cir São Paulo* 1934;1:249-295.
5. Correa Netto A – Um caso de megacolo curado pela amputação perineal intra-esfincteriana do reto. *Rev Med São Paulo* 1940;24:29-39.
6. Cutait DE – *Tratamento do megassigma pela retossigmoidectomia*. Tese. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1953.
7. Cutait DE, Figliolini FJ, Oliveira MR, Bastos ES – Tratamento do megacólon chagásico pela retossigmoidectomia, com especial referência à anastomose colorretal retardada. In Bastos ES. *Rumos modernos da cirurgia*. Fundo Editorial Prociencx. São Paulo, 1969. pp 604-614.
8. Raia A – Pathogenesis and treatment of acquired megacolon. *Surg Gynec Obstet* 1955;101:69-79.
9. Mendonça LER – *Retosigmoidectomia abdomino transanal com conservação dos esfínteres no tratamento do megacolo*. I Congresso Latino-Americano, II Internacional e X Brasileiro de Proctologia. Anais. São Paulo. 1960;2:847-854.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MEGACÓLON CHAGÁSICO: RETOCOLECTOMIA ABDOMINAL COM ANASTOMOSE COLORRETAL MECÂNICA TÉRMINO-LATERAL

10. Simonsen O, Habr AK – *Retosigmoidectomia endoanal com ressecção da mucosa retal*. I Congresso Latino-Americano, II Internacional e X Brasileiro de Proctologia. Anais. São Paulo. 1960;2:855-856.
11. Cutait DE – *Megacolo. Nova técnica de retossigmoidectomia abdômino-perineal sem colostomia*. I Congresso Latino-Americano, II Internacional e X Brasileiro de Proctologia. Anais. São Paulo. 1960;2:831-846.
12. Cutait DE, Silva JH, Cutait R – *Cirurgia do Intestino Grosso. Ressecção colorretal. Amputação colorretal abdômino-perineal*. In Goffi F. *Técnica Cirúrgica. Bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia*. Livraria Atheneu. Rio de Janeiro-São Paulo, 1978. pp 759-774
13. Duhamel B – *Une nouvelle operation de megacolon congenital*. *Presse Méd* 1956;64:2249-2250.
14. Haddad J – *Tratamento do megacólon adquirido pelo abaixamento retro-retal do cólon com colostomia perineal (operação de Duhamel modificada)*. Tese. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1968.
15. Habr-Gama A, Goffi FS, Raia A – *Tratamento cirúrgico do megacólon. Operação de Duhamel-Haddad*. *Rev Col Bras Cir* 1982;9:25-31.
16. Moreira H – *Megacólon*. Simpósio. *Rev Bras Colo-Proct* 1984;4:12-15.
17. Reis Neto JA – *Contribuição ao tratamento cirúrgico do megacólon adquirido. Emprego do abaixamento retrorretal e transanal do colo (Técnica de Duhamel)*. Tese. Faculdade de Medicina da Universidade de Campinas, São Paulo. 1968.
18. Vasconcelos E – *Colectomia sub-total e anastomose ceco-retal no tratamento do megacólon no adulto*. *Rev Hosp Clin Fac Med Univ S Paulo* 1964;19:321-327.
19. Celso NM – *Tratamento do megacolo adquirido pela anorretomiectomia*. *Rev Ass Med Minas Gerais* 1962;13:139-146.
20. Silva JH – *Sigmoidectomia associada à anorretomiectomia*. In Raia A. *Manifestações digestivas da moléstia de Chagas*. Sarvier. São Paulo, 1983. pp 229-234.
21. Capelhuchnik P – *Tratamento do megacólon adquirido pela hemicolectomia esquerda*. Tese. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 1975.
22. Cruz GMG – *Megacólon chagásico*. *Rev Bras Colo-Proct* 1984;4: 87-98.
23. Habr-Gama A, Bocchini SF, Kiss DR, Sousa Jr AHS – *Retossigmoidectomia abdominal com anastomose mecânica colorretal na parede anterior do reto para cirurgia do megacólon*. *Rev Bras Colo-Proct* 1990;10(Supl 1):38.
24. Habr-Gama A, Kiss DR, Bocchini SF, Teixeira MG, Pinotti HW – *Megacólon chagásico. Tratamento pela retossigmoidectomia com anastomose mecânica colorretal término-lateral. Resultados preliminares*. *Rev Hosp Clin Fac Med S.Paulo* 1994;49:199-203.
25. Martins FA, Santos FA, Wiering AP, Souza JVS – *Tratamento do megacólon chagásico por via laparoscópica*. *Rev Bras Colo-Proct* 1995;15:68-69.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. José Hyppolito da Silva
Rua Frei Caneca, 1.212 cj.91
01307-002 – São Paulo-SP