

## MODIFICAÇÃO PRÁTICA DAS PINÇAS ESMAGADORAS USADAS NA OPERAÇÃO PARA MEGACÓLON

Alcino Lázaro da Silva<sup>1</sup>

O tratamento cirúrgico do megacólon continua incipiente.

Técnicas se foram, outras apareceram; retornaram as primeiras e as outras são revividas. É o sinal de que o problema continua insolúvel<sup>1, 4, 5, 6, 10, 11</sup>.

A morbidade e mortalidade de todas as técnicas propostas e executadas são altas, além do insucesso terapêutico<sup>14</sup>.

Por essas razões é que, ainda, executamos, sempre que possível, a retossigmoidectomia parcial e o abaixamento cólico-retal, transesfincteriano, transanal, cognominada operação de *Duhamel-Grob*<sup>2, 3</sup>. Esta técnica bem executada tem índices razoáveis de complicações<sup>9</sup>.

Para essa, usa-se uma pinça esmagadora, que simplifica o ato cirúrgico além de propiciar a realização num só tempo. Fazemos uma sugestão que nos tem sido útil, com maior conforto para o doente, dentro do tempo de uso desta pinça que secciona o esporão colorretal.

### Técnica

- Posição de litotomia.
- Laparotomia paramediana, pararretal interna, infra-umbilical esquerda.
- Mobilização do sigmóide e abertura de espaço retrorretal até o nível do elevador do ânus.
- Secção do reto, mais ou menos a nível da reflexão peritoneal. Sigmoidectomia ou preservação para facilitar o abaixamento.
- Fechamento do coto retal em dois planos.

– Proteção do coto do cólon esquerdo ou da porção proximal do sigmóide (porção não megálica).

– Por via perineal, dilatação delicada do esfíncter anal.

– Abertura, ao nível da linha pectínea, de hemicircunferência posterior.

– Descolamento no plano submucoso, sobre o esfíncter interno do reto, até além de cinco centímetros. Este nível corresponde à face superior do feixe puborretal do músculo elevador do ânus.

– Abertura transversal e posterior do esfíncter, na extensão correspondente à hemicircunferência de secção mucosa.

– Penetra-se no espaço retrorretal (pré-sacro).

– Por essa comunicação, exterioriza-se o cólon esquerdo, com o sigmóide, se esse não foi ressecado. Secção do excesso para fora do ânus.

– Sutura da hemicircunferência posterior do cólon esquerdo à mucosa anal posterior.

– Sutura da hemicircunferência anterior do cólon à mucosa retal descolada anteriormente.

– Repara-se este esporão, criado entre as luzes do cólon abaixado e do reto.

1 Professor Titular da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo, do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG.  
Copyright® 1983 by CIDADE-Editora Científica Ltda.

– Colocam-se as duas pinças esmagadoras, de maneira a formarem um triângulo isósceles, de vértice superior, onde as extremidades das pinças se tocam.

– Se as pinças construídas possuírem mandíbulas não muito longas, antes de colocá-las, fazer uma secção parcial do esporão, com sutura imediata entre a mucosa retal e o cólon abaixado, à direita e à esquerda do esporão. Na porção cranial ou intra-retal colocam-se as pinças na mesma disposição anterior.

- Fixação parietocólica esquerda do cólon.
- Peritonização frouxa do assoalho pélvico.
- Síntese da parede
- Fixadas pelas cremalheiras, retiram-se os cabos de ambas as pinças, restando apenas a porção transanal e intra-retal (Figs. 1, 2 e 3).

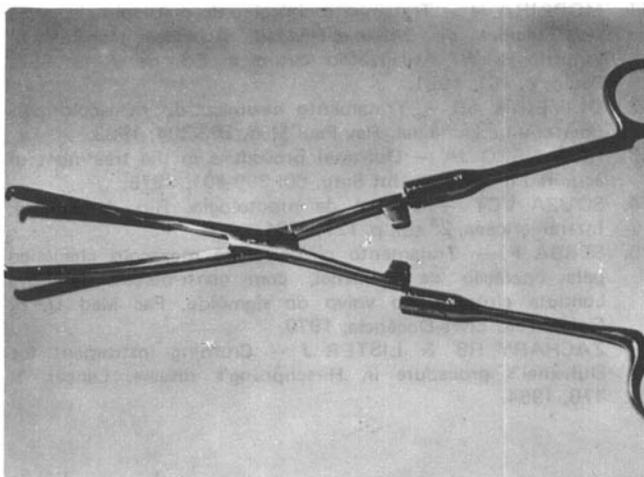


Fig. 1 – Vê-se a pinça curva, denteada e com mandíbulas longas, adaptada com cabos móveis.

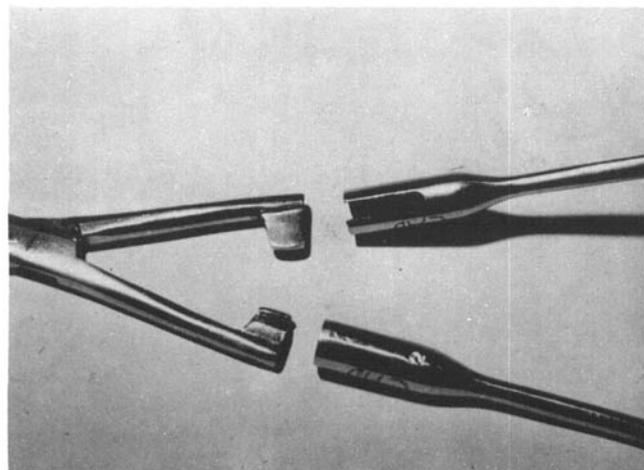


Fig. 2 – Pormenor da adaptação dos cabos da pinça que são retirados após a fixação na área operada.



Fig. 3 – As pinças estão presas ao esporão colorretal, exteriorizando-se com um pequeno segmento.

### COMENTÁRIOS

No tratamento do megacólon chagásico, temos adotado a técnica do abaixamento cólico-retal, transanal, a exemplo de muitos autores nacionais, pioneiros e experientes, por julgá-la mais simples para um problema relativamente complexo<sup>1, 2, 13, 15</sup>

Os motivos que nos levam a essa atitude, parece-nos, superaram, positivamente, o desconforto imposto ao paciente, que fica durante sete dias com pinças esmagadoras presas ao seu reto e exteriorizadas no períneo.

Aqueles motivos são: faz-se só uma cirurgia; o tempo operatório é bem menor; a mobilização do reto é pequena, o que diminui a morbidade e não se cria problema na esfera sexual; caso o colo abaixado fique com tensão discreta, não há possibilidade dele retrair-se, pois as pinças impedem essa complicação; a higiene do paciente portador de pinças é tão difícil e incômoda quanto um outro com o cólon exteriorizado; o risco de arrancamento das pinças é nulo, desde que a enfermagem e o paciente redobrem os seus cuidados locais; o uso das pinças não impede o funcionamento intestinal normal, se as funções se regularizarem precocemente; a secção do septo intercolorretal é mais alta e mais completa, além de mais simples e fácil do que a feita por secção e sutura; se houver infecção, a deiscência é remota, o que não se passa quando se faz a secção e sutura do septo.

Há vários pontos negativos que, em parte, estão contidos entre os motivos citados acima. Outros não necessitam ser considerados porque são comuns às outras técnicas usadas para a cirurgia do megacólon.

As desvantagens apontadas como próprias do método são: desconforto das pinças que se exteriorizam; queda precoce; possibilidade de formação de fecaloma se o coto retal for grande, secção do esfíncter interno do ânus.

Se raciocinarmos em torno desses problemas e se racionalizarmos o tipo e o uso das pinças esmagadoras, acreditamos ser um método menos mórbido, menos molesto e com uma só intervenção dentro de uma média mais curta de hospitalização.

Esta assertiva fica, quem sabe, pouco mais valorizada se conseguirmos construir pinças menores, aquém da cremalheira, que consigam o objetivo do esmagamento, sem complicações e sem incomodar demais o doente.

Inspirado em outras leituras<sup>7, 8, 16</sup> e nas dificuldades de artesanato que temos quanto a instrumental cirúrgico, julgamos que a sugestão que fazemos seja exequível no nosso meio, ao mesmo tempo em que são eficazes, tecnicamente, segundo nossa comprovação.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CUTAIT D — Tratamento do megassigma pela retossigmoidectomia. Fac. Med. U.S.P., Tese Docência-Livre, 1953.
2. DUHAMEL B — Une nouvelle opération de mégacolon congenital. Presse Med, 64: 2.249-50, 1956.
3. GROB M, GENTON N & VONTOBEL V — Experiences with surgery of congenital megacolon and suggestion of a new surgical technic (modification of Duhamel's procedure). Zbl Chir, 84: 1781-89, 1959.
4. HABR-GAMA A, GOFFI FS, RAIA A, FERRÃO SOT & YAMAGUSHI N — Tratamento cirúrgico do megacolo-Operação de Duhamel-Haddad. Rev Col Bras Cir, 9: 25-31, 1982.
5. HADDAD J — Tratamento do megacolon adquirido pelo abaixamento retro-retal do colon com colostomia perineal (operação de Duhamel modificada). Rev Hosp Clin Fac Med S. Paulo, 23: 235-53, 1968.
6. HADDAD J, RAIA A & CORREA NETO A — Abaixamento retrorretal do colon com colostomia perineal no tratamento do megacolon adquirido. Operação de Duhamel modificada. Rev Assoc Med Brasil, 11: 83-88, 1965.
7. IKEDA K — New technique in the surgical treatment of Hirschprung's disease. Surg, 61: 503-08, 1967.
8. LEGER L — Écraseur pour l'opération de Duhamel. Presse Med, 74: 1820, 1966.
9. LÁZARO DA SILVA A & TAFURI WL — Megacolum. Int Surg, 60: 402-4, 1975.
10. LÁZARO DA SILVA A — Cirurgia do megacolon, in Resende Alves, J. B. Cirurgia geral e especializada. Belo Horizonte, Ed. Mec-Vega, p. 343, 1974.
11. MOREIRA H — Tratamento cirúrgico do megacolo chagásico pela técnica de Duhamel-Haddad. Aspectos técnicos. In Pinotti, H. W. Atualização cirúrgica. Ed. do Autor, São Paulo, p. 161, 1981.
12. OLIVEIRA AB — Tratamento cirúrgico do megacolo pela operação de Duhamel. Rev Paul Med, 283-304, 1963.
13. REIS NETO JA — Duhamel procedure in the treatment of acquired megacolon. Int Surg, 60: 399-401, 1975.
14. SOUZA VCT — Manual de proctologia. Rio de Janeiro, Interamericana, 2ª ed., p. 127, 1981.
15. SEBBA F — Tratamento cirúrgico do megacolo chagásico pela operação de Duhamel, com contribuição de nova conduta cirúrgica no volvo do sigmóide. Fac Med U. F. Goiás, Tese Livre-Docência, 1970.
16. ZACHARY RB & LISTER J — Crushing instrument for Duhamel's procedure in Hirschprung's disease. Lancet, 1: 476, 1964.