

SIMPÓSIO — MEGACÓLON

Realizado durante o 33º Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia em Campinas, SP, 1983.

Presidente: Farjalla Sebba (GO)
Moderador: Daher Cutait (SP)
Secretário: João Elias Calache Neto (SP)
Participantes: Anorretomiectomia
Nilson Marcondes Celso (SP)
Hemicolectomia esquerda
Peretz Capelhuchnick (SP)
Duhamel
Hélio Moreira (GO)
Retossigmoidectomia anterior
Geraldo Magela Gomes da Cruz (MG)
Retossigmoidectomia Abdominoperineal
José Hyppolito da Silva (SP).

PRESIDENTE — DR. SEBBA

Quero agradecer à Comissão Organizadora o convite que me fez, pois sinto-me honrado em estar presente na Presidência dessa mesa.

— Cada relator terá um período de 15 minutos para falar e no final de tudo o debatedor, Prof. Daher Cutait, fará os comentários.

Darei ao Prof. Cutait a palavra para iniciar os trabalhos deste simpósio.

DAHER CUTAIT

— É um grato prazer moderar essa mesa sobre Megacólon, que é uma entidade muito nossa, muito do Brasil e de zonas que todos os senhores já conhecem. E nós vamos ter, neste simpósio, uma discussão sobre as diferentes técnicas empregadas no tratamento. Nós não vamos falar sobre as operações que já tinham sido propostas há muitas décadas atrás, como as sobre o sistema simpático, nem também sobre as chamadas esfinterotomias, vamos mostrar aqui apenas as cirurgias que ainda estão em uso em diferentes serviços do nosso país. Temos a sigmoidectomia, que é um método que está sempre sendo usado por cirurgiões de diferentes serviços, a hemicolectomia esquerda que vai ser discutida pelo Dr. Peretz, a colectomia total, a retossigmoidectomia abdominal, que vai ser discutida pelo Dr. Magela, a retossigmoidectomia abdominoperineal, que vai ser discutida pelo Dr. José Hyppolito da Silva, a operação de Duhamel, que vai ser discutida pelo Dr. Hélio Moreira, a anorretomiectomia, também com sigmoidectomia, que vai ser discutida pelo Dr. Nilson Marcondes Celso.

Eu não vou fazer comentário nenhum sobre esses tipos diferentes de cirurgia e eu acredito que cada um dos oradores irá justificar as razões pelas quais indica um determinado tipo de cirurgia, vai mostrar a técnica e os resultados. Após estas exposições os senhores poderão decidir quais as

operações que devem ser consideradas como de escolha. Quero lembrar que essa variabilidade grande de condutas indica que nenhuma operação ainda pode ser considerada como ideal. Cada um dos cirurgiões, portanto, vai procurar justificar a conduta que é por ele seguida no tratamento desta entidade tão importante para o nosso país.

Então agora eu passo a palavra ao Sr. Presidente.

PRESIDENTE

— E eu passo a palavra ao Dr. Nilson Marcondes Celso, que vai falar sobre "Anorretomiectomia".

NILSON MARCONDES CELSO

Sr. Presidente, eu quero antes de mais nada agradecer à Comissão Organizadora deste Congresso, especialmente ao Prof. Reis Neto, pelo convite que me fizeram.

Como o Prof. Daher acaba de referir, as técnicas para tratamento do megacólon são inúmeras, porque ainda hoje não se chegou a uma perfeita conclusão de qual a verdadeira patogenia da moléstia. Kosterlitz procura nos deixar uma imagem visual das unidades funcionais parassimpática e simpática com suas fibras pré-ganglionares, seus gânglios, suas fibras pós-ganglionares. Da harmonia resultante do comportamento dos plexos constituídos por estas unidades, ocorreria a produção normal de acetilcolina. O autor imagina a arco de produção de acetilcolina, onde a placa sensitiva, por um potencial de ação, excita o gânglio, produzindo acetilcolina, este excita a fibra pós-ganglionar, e se obtém então a produção de acetilcolina ao nível muscular. Este simples mecanismo ainda não é perfeitamente conhecido porque existem situações em que há uma contração espástica resistente, mesmo produzida pela fibra parassimpática. E outras vezes, especialmente em casos de sinapses, um relaxamento, o que seria anormal, em relação à fibra parassimpática. Às vezes existe até uma falta de relaxamento na fibra simpática.

Por outro lado, a histopatologia dos vários tipos de megacólon também é completamente diferente. No megacólon congênito a histopatologia é diferente do megacólon adquirido. Os diversos autores que estudaram os plexos mioentéricos de doentes de megacólon encontraram alterações plexulares diferentes de um para outro autor. Nos estudos de Kamijo, ele encontrou fibras pré-ganglionares, não encontrou gânglios, encontrou fibras pós-ganglionares com predo-

mínio de fibras simpáticas. Já Bodian encontrou ausência de fibras pré-ganglionares, ausência de gânglios e um equilíbrio de fibras apenas pós-ganglionares. Temos aqui uma observação interessante de Bonn & Smith. Esses autores são ingleses que pesquisaram o megacólon da tribo Baganda, em Uganda. Os indivíduos dessa tribo têm lesões de S-2, S-3 e S-4, e acabam desenvolvendo um megacólon que nos homens leva freqüentemente ao aparecimento de um volvo de sigmóide. Por fim os achados dos pesquisadores brasileiros Correa Neto, Amorim, Edson, Vasconcelos, Köberle, que mostram uma degeneração de todos os elementos que constituem as unidades funcionais desses plexos. Então como os senhores estão vendo, até hoje não se tem nem a noção de como a coisa funciona normalmente no indivíduo não portador da doença, de maneira que realmente quando o indivíduo está doente a coisa se complica mais ainda e fica difícil a gente explicar completamente aquela patologia.

Nós, em 1961, apresentamos em Minas Gerais e publicamos pela primeira vez em 1962 o tratamento do megacólon adquirido pela anorretomiectomia. Nesta ocasião, nós já sugerimos, embora empiricamente, que esta operação talvez resolvesse os casos de moléstia de Hirschprung de segmento curto de agenesia. Aqui consta aquela primeira nota prévia que nós fizemos, em que a faixa de musculatura a ser ressecada seria uma faixa de musculatura que se iniciando na margem inferior do esfíncter interno, apanhasse toda a extensão desse esfíncter e se prolongasse cranialmente o máximo possível, se o cirurgião conseguir de 8 a 10 centímetros. Então seria uma faixa de 8 centímetros de comprimento por 2 centímetros de largura. A este método nós chamamos de anorretomiectomia a fim de diferenciá-lo de qualquer tipo de esfincterectomia preexistente. E aqui nós temos a cronologia da anorretomiectomia; em 1962, Marcondes Celso; 1964, trabalhando ao mesmo tempo no mesmo assunto, mas um não sabia o que o outro estava fazendo, Bentley, na Inglaterra. Então nós tivemos a felicidade de publicar primeiro, apesar dele estar fazendo a mesma coisa. Posteriormente Lynn, nos Estados Unidos.

Para executar esta técnica utilizamos um espéculo de Cook, que é um espéculo de três ramos. As fotos de técnica nos foram cedidas gentilmente pelo Dr. Abraão Kerzner, que foi o introdutor da anorretomiectomia associada à sigmoidectomia num hospital do INAMPS em São Paulo, Hospital de Heliópolis, cujo serviço de Proctologia é chefiado pelo Dr. José Hyppolito da Silva. Com este espéculo colocado já se nota

perfeitamente a borda inferior do esfíncter interno do ânus que é por onde começará a cirurgia. O autor faz uma incisão quadrangular que terá a finalidade de drenagem, como os senhores verão depois. A partir dessa incisão quadrangular ele isola a musculatura do esfíncter interno em toda a sua extensão e também a musculatura circular em sentido cranial, o quanto ele conseguir. A musculatura clampeada numa grande extensão é depois seccionada. E ele termina por cauterizar as bordas de excisão para evitar um reacolamento. Como pode haver prolapso mucoso, é uma possibilidade que pode surgir, ele então fixa a mucosa ao tecido adjacente para evitar essa situação. E não a fecha totalmente deixando um ponto de drenagem.

Esta cirurgia, quando nós a apresentamos, nós passamos a praticá-la isoladamente em alguns casos de megacólon. Hoje nós estamos convencidos de que para o megacólon chagásico a simples feitura de uma anorretomiectomia não vai ser suficiente. Há necessidade de se fazer uma anorretomiectomia associada a uma sigmoidectomia. Por que nós propomos uma anorretomiectomia e não uma simples esfínterectomia? Nossa opinião é que todo intestino distal, no qual se inclui a ampola retal, passa a formar um obstáculo funcional à progressão harmônica do bolo que vinha do intestino proximal. Assim sendo, nós com esse tipo de cirurgia tentamos simplesmente desfuncionalizar tanto o esfíncter interno do reto, quanto a musculatura própria do órgão, transformando o reto de um obstáculo funcional num conteúdo sem função nenhuma, que permite que depois então com a força da prensa abdominal a pessoa consiga evacuar. Everet Coop viajou muito e nas suas viagens ele foi procurar conhecer a operação de um determinado autor feita pelo próprio. Então ele ficou surpreso de ver, quando assistiu o Swenson fazer a operação que tem o seu nome, que as operações que ele tinha visto outras pessoas fazerem com o nome de operação Swenson não eram realmente a técnica original proposta por aquele autor. Da mesma maneira com relação à operação de Duhamel e à operação de Rehbein. Então às vezes um colega vem e diz, olha eu fiz uma anorretomiectomia, e quando vou ver ele não fez uma anorretomiectomia. Anorretomiectomia é aquela técnica que nós acabamos de apresentar. Matos recentemente defendeu tese na Escola Paulista de Medicina, onde diz que faz anorretomiectomia, mas na nossa humilde opinião isso não é uma anorretomiectomia, isso é uma esfínterectomia. Esta operação obviamente não é a ideal. Ela tem também as suas complicações. Como nós

dissemos, na anorretomiectomia nós conseguimos seguir 64 casos, um seguimento pequeno. Nesses 64 casos nós conseguimos obter o seguimento de 12 casos de anorretomiectomia isolada e 35 casos de anorretomiectomia associada à sigmoidectomia. Repito que principalmente depois desses resultados apresentados eu chego à conclusão de que a anorretomiectomia isolada, se é uma boa operação para alguns casos de moléstia de Hirschprung, não deve ser uma operação tentada para o tratamento de megacólon chagásico. Inclusive nós temos 2 óbitos nessa estatística. E também a anorretomiectomia com sigmoidectomia não é nenhum mar de rosas, como os senhores estão vendo. Nós conseguimos seguir 35 pacientes e nesta série os pacientes se beneficiaram com cirurgia evacuando diariamente sem laxativos ou cada dois dias com laxante, exceto 4 casos em que houve recidiva da moléstia e até 2 casos de óbitos nesta série. A seguir nós estamos apresentando, gentilmente cedidas pelo Dr. Hyppolito e pelo Dr. Abrahão, a estatística de anorretomiectomia associada à sigmoidectomia, no Hospital de Heliópolis. Eles, entre 1970 e 1982, operaram 172 casos por essa técnica. E nesses 172 casos eles seguiram praticamente a totalidade dos pacientes porque lá é fácil, como é um hospital da Previdência, se o sujeito vai lá para fazer follow-up ele pelo menos ganha um atestado; então já existe uma motivação para ele comparecer. Então eles observaram as complicações nessa estatística. Tiveram dois casos de deiscência de anastomose e um caso de estenose de anastomose. E aqui as recidivas que eles tiveram nessa estatística, inclusive obrigando um paciente a ser submetido a nova operação, que é a recidiva cirúrgica nesse caso; recidiva clínica em 20 casos, controlada clinicamente. Também tiveram cinco casos de fecaloma e 14 pessoas que evacuavam exclusivamente com laxante. E mesmo nesses cinco casos de fecaloma, resolvido o fecaloma o indivíduo continuou evacuando mais uma porção de tempo. Nós temos também informações que nos foram prestadas pelo Dr. José Ivan de Andrade, que é o chefe do Serviço de Colo-Proctologia da Universidade Federal de Uberlândia; eles têm 60 casos que estão em vias de publicação. Ele fez um estudo comparativo entre anorretomiectomia mais sigmoidectomia, e mais duas outras técnicas que não cabe aqui referir visto que este trabalho será publicado. Ele me disse pessoalmente que considera a cirurgia mais gratificante que já executou no seu serviço. Os colegas me desculpem mas eu também tenho que puxar o peixe para a minha brasa!

Bem, eram estas as palavras que eu queria referir e agradecer à Comissão Organizadora... Obrigado. (PALMAS)

PRESIDENTE

— Em seguida eu passo a palavra ao Prof. Peretz Capelhuchnik, que vai falar sobre hemicolectomia esquerda no tratamento do megacólon chagado...

PROF. PERETZ

Inicialmente eu gostaria de agradecer à comissão executiva deste Congresso o gentil convite para nossa participação na atividade científica.

Em relação aos problemas do megacólon pode-se perceber a existência de controvérsias com relação às técnicas utilizadas. É natural que essas dúvidas tenham uma razão de ser, assim como a escolha de uma determinada operação.

Vivemos praticamente todas as técnicas, e achamos que todo especialista deve saber operá-las; mas deverá adaptar-se àquela que em suas mãos dará o melhor resultado. Entendemos por melhor resultado: cura clínica, baixa morbidade e mortalidade.

A retossigmoidectomia abdominal e abdomino-perineal pareciam ser as operações ideais apreciadas sob o aspecto fisiopatológico, porém apresentaram elevado índice de complicações e mortalidade. Estes aspectos foram corajosamente debatidos em inúmeros trabalhos por Cutait, Raia, Marcondes Celso e outros.

A publicação dos maus resultados, no sentido de complicações graves como: abscessos, fístulas, deiscências, estenoses, peritonite e morte além de graves perturbações sexuais nos conduziu como a outros à procura de novos rumos.

Desde 1965 procuramos realizar uma colectomia mais ampla, mas mais segura uma vez que procuramos não ressecar tanto o reto. Assim sistematizamos a hemicolectomia esquerda que é a cirurgia de nossa preferência para o tratamento do megacólon adquirido.

Acreditamos que os resultados obtidos sejam devidos a ressecção da maior parte do cólon doente responsável pela discinesia e incoordenação motora e a redução da absorção de água devido a maior exérese de cólon. Desta forma prevenimos a formação de volvo ou fecaloma que são as complicações que trazem o paciente ao hospital. O cólon restante menos doente, mantém a função praticamente normal, o que significa cura clínica.

Foram estudados 163 doentes, 76 do sexo masculino e 87 do feminino.

A idade média destes pacientes é de 44,82 anos.

A grande maioria destes procede de S. Paulo, Minas Gerais e Bahia. Oriundos de zonas rurais onde grassa a moléstia de Chagas.

A reação de Guerreiro-Machado foi positiva em 63,64%.

Alterações eletrocardiográficas foram constatadas em 58,18% dos doentes. Extrassístoles polifocais, bloqueios de ramo, vícios de repolarização etc. compatíveis com os encontrados na miocardiopatia chagásica.

A operação consiste na ressecção em um só tempo da metade esquerda do cólon transversal, flexura esplênica, cólon descendente, sigmóide e porção superior do reto. A anastomose término-terminal situa-se entre 8 e 10 cm da borda anal.

Ao término da operação praticamos uma dilatação do ânus e tocamos sempre a anastomose.

A anastomose fica extraperitoneal e é drenada por contra-abertura na fossa ilíaca esquerda.

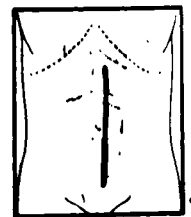


Fig. 1 - Incisão

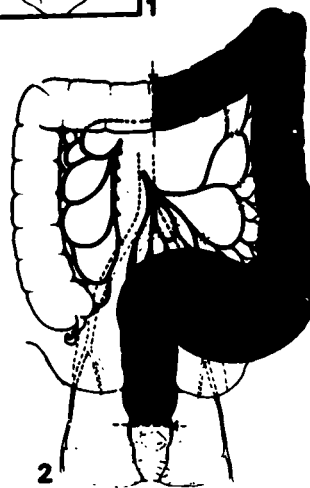


Fig. 2 - Níveis de ressecção proximal e distal.

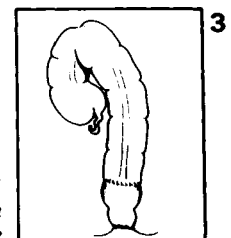


Fig. 3 - Aspecto final após a ressecção do hemicólon esquerdo e anastomose

Os pacientes foram seguidos e estudados do ponto de vista radiológico e clínico.

O estudo radiológico, muito importante como dado objetivo, forneceria a imagem plástica do resultado funcional.

Os resultados obtidos com os cólons cheios de contraste e após esvaziamento espontâneo foram comparados com as radiografias do pré-operatório.

Morfologia do cólon restante apresentou-se normal em cerca de 92% dos casos.

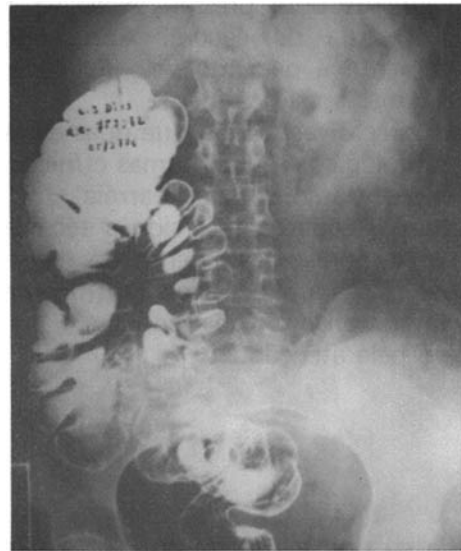
A anastomose transversorretal mostrou boa permeabilidade em todos os casos.

Os pacientes seguidos foram submetidos a um inquérito que visou o estudo dos seguintes dados: hábito intestinal, vida sexual e continência anal.

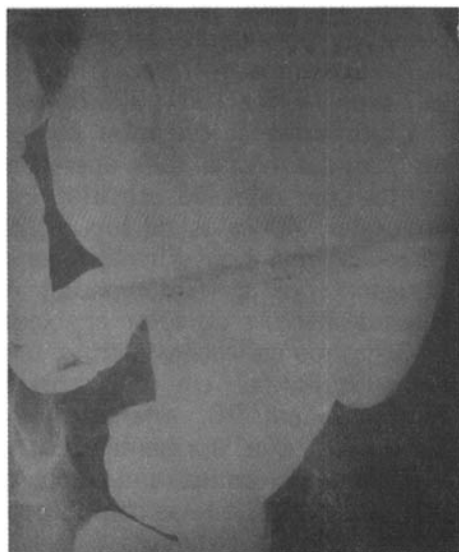
A grande maioria dos doentes passou a evacuar de uma a três vezes ao dia, fezes bem formadas e de consistência amolecida. Alguns confessaram o uso de laxantes com medo de voltar a situação anterior.



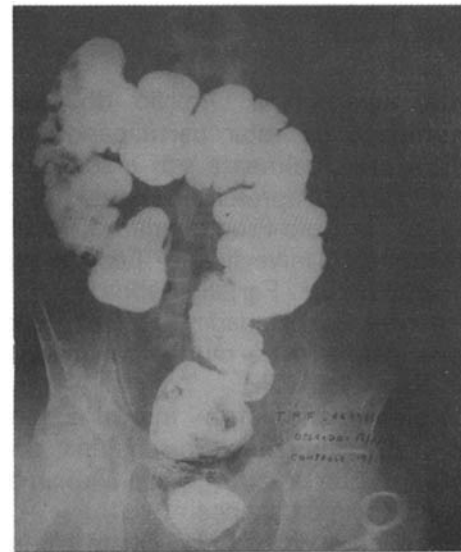
L.S.D. – Pré-operatório 1969.



L.S.D. – Pós-operatório 1976.



T.P.F. – Pré-operatório 1972.



T.P.F. – Pós-operatório 1983.

Com relação à vida sexual constatamos piora em três casos, dois dos quais idosos e um deles realmente atribuível à cirurgia.

Todos os pacientes apresentaram boa continência.

As principais complicações foram: fístulas — 8,5% e oclusão de delgado cerca de 4%. Tivemos outras complicações comuns a qualquer tipo de cirurgia abdominal.

Com relação à mortalidade, nós perdemos apenas um caso com fístula estercoral, peritonite e enfarte do miocárdio.

Veio a falecer também uma paciente que no 25 dia pós-op. foi submetida a uma radiografia de controle. Possivelmente com pressão excessiva o enema provocou rotura do cecum. Apesar de operada imediatamente a paciente veio a falecer com peritonite 15 dias após o acidente.

Tivemos quatro recidivas, sendo que duas delas foram achados radiológicos sem sintomas clínicos. Os outros dois apresentaram-se com diarreia.

A hemicolectomia esquerda tem sido a técnica de nossa preferência para o tratamento do megacólon adquirido e esta é a experiência gratificante que nós procuramos transmitir aos senhores.

Muito obrigado pela atenção.

PRESIDENTE

— Em seguida eu dou a palavra ao Prof. Hélio Moreira, que vai falar sobre a operação de Duhamel no tratamento do megacólon.

HÉLIO MOREIRA

Sr. Presidente, agradeço à Direção do Congresso a oportunidade de estar participando do presente simpósio, principalmente sob a sua direção. O trabalho que vou apresentar representa o material da Clínica de Colo-Proctologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, sob a direção do Dr. Farjalla Sebba.

Nossa homenagem de saudades ao Dr. Tiago Pontes, nosso companheiro de muitos congressos. Também ao Dr. Sílvio D'Ávila.

Estudos de eletromanometria iniciados por Habr Gama e modestamente prosseguidos por nós, nos asseguram que a cirurgia de Duhamel responde à fisiopatologia da doença.

Não temos condições de dizer se existe algum outro parâmetro de fisiopatologia da doença que ainda não foi estudado, mas até onde a eletromanometria pode estudar, convence-nos que realmente a cirurgia de Duhamel corrige estas altera-

ções. E por estarmos certos disto, há cerca de quatro anos atrás fomos premiados pela Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia com um Trabalho em que demonstramos cabalmente que um paciente portador de megacólon do tipo af exposto, pode, desde que a cirurgia proposta para seu tratamento realmente responda à fisiopatologia da doença, ser operado sem a preocupação com a extensão do colo a ser ressecada; isto porque todo o cólon que retiramos e todo o cólon que deixamos no abdome, continua doente. Se a cirurgia não responder à fisiopatologia da doença, não vai adiantar nada ressecarmos um segmento maior ou menor.

Em um paciente com enorme megacólon, simplesmente fizemos a derivação deste cólon, isto é, abaixamos este cólon com toda a sua dilatação. Não tivemos preocupação de ressecar nada do intestino e seis meses depois observamos que este cólon voltou ao calibre normal. Realmente, para nós, a cirurgia de Duhamel responde à fisiopatologia da doença, porque senão não teríamos esta evolução.

Infelizmente não vamos falar aqui sobre uma técnica pessoal, portanto não vamos tentar "puxar a sardinha" para o nosso lado. Vamos apenas apresentar os resultados que temos obtido com a técnica no nosso Serviço em Goiânia.

Por vivermos em zona endêmica de doença de Chagas, a experiência acumulada pelo grupo de Goiás vem aumentando muito. A cidade de Goiânia é um pólo de atração, onde recebemos doentes de quase todo o Estado de Goiás e mesmo Estados vizinhos.

Em 15 anos de experiência, operamos 624 pacientes portadores de megacólon. De 1966 a 1970 operamos 145 pacientes, de 1971 a 1975, 227 e de 1976 a 1981, 225 casos.

Observamos as seguintes complicações imediatas surgidas nestas 624 operações: 15 casos de cistites com retenção urinária; um caso de secção do ureter; 48 casos de supuração endoanal; dois casos em que houve hemorragia da artéria sacra, obrigando-nos a reintervenção; 40 óbitos e 15 casos de necrose do cólon abaixado.

Como complicações tardias tivemos: abscessos sacro-ísquio-retal em 13 casos; fístulas em 29; fecalomas em 16; estenoses em quatro casos. Toda vez que apresentávamos esta estatística verificávamos, comparando com os resultados de outros serviços, que as complicações surgidas com outras técnicas cirúrgicas é mais ou menos igual às complicações surgidas com a técnica de Duhamel. Existe uma máxima no Brasil onde se afirma que "time que está ganhando não se mexe". Temos observado que os nossos resultados têm

tido menos complicações; no entanto, ano após ano, os resultados estatísticos continuam os mesmos. Vimos que à medida que o grupo ia adquirindo maior experiência com a técnica, novos detalhes iam sendo acrescentados no sentido de diminuir a incidência de complicações. Resolvemos então fazer uma reavaliação do trabalho. Dividimos esta estatística de 15 anos, em períodos de cinco em cinco anos e, observamos o seguinte resultado: Analisando as complicações imediatas dos 145 pacientes operados de 1966 a 1970, observamos que surgiram 28 casos de supuração endoanal. Já de 1971 a 1975, observamos que esta complicação diminuiu para 15 casos. De 1976 a 1981, caiu para cinco casos.

De 1966 a 1970 tivemos 15 óbitos; de 1971 a 1975, 15; de 1976 a 1981, 10 óbitos.

De 1966 a 1970 tivemos oito casos de necrose de cólon abaixado; 1971 a 1975, cinco casos; de 1976 a 1981, dois casos.

Os casos de cistite grave com retenção urinária, observamos que inclusive desapareceram no último período de cinco anos.

No que diz respeito às complicações tardias, verificamos que de 1966 a 1970, tivemos 17 casos de fístulas; de 1971 a 1975, oito; de 1976 a 1981, quatro casos.

Fecaloma, nove, cinco e dois casos respectivamente. Abscessos, seis, quatro e três casos.

Já tínhamos esta impressão, acompanhando os pacientes nas enfermarias e nos ambulatórios. Vimos que os resultados estavam cada vez melhores, no entanto, a estatística continuava dando-nos outra informação, devido aos nossos erros da fase inicial. Aceitamos estes erros mas na medida em que foram sendo acrescentados novos detalhes técnicos e conseqüente melhor padronização da técnica cirúrgica, vimos que tínhamos melhorado estes resultados, só não apareciam na estatística. Os dados aqui expostos realmente evidenciam estes fatos.

No que diz respeito à necrose do cólon abaixado, Dr. Daher Cutait salientou muito bem que realmente esta complicação deva ser imputada ao cirurgião e não à técnica em si.

É necessária uma boa visualização da arcada do cólon que vai ser abaixado; depois com o cólon já no períneo, nova visualização desta arcada, através de transiluminação, isto foi inclusive bem salientado pelo Dr. Jorge Haddad. Finalmente seccionamos este cólon e verificamos se tem sangramento nos seus bordos. O cirurgião não tem o direito de sair da sala se ele tem alguma dúvida no que diz respeito a esta vascularização.

Quanto à supuração endoanal, temos verificado que pelo fato do coto retal tornar-se um compar-

timento fechado ainda sujeito à ação dos esfíncteres anais, há maior possibilidade de se acumular secreções no seu interior. Temos procurado drenar esta cavidade com colocação de um dreno no seu interior, promovemos toques às vezes diários e mobilização deste dreno. Temos verificado que realmente tem diminuído a incidência deste tipo de complicação.

Para garantir uma boa drenagem colocamos um dreno no espaço retrorretal e outro dentro do coto retal.

Quanto ao problema de fístula no coto retal e também a presença de fecalomas no seu interior, verificamos que diminuimos as suas incidências. Os fecalomas, praticamente desapareceram nos últimos anos, devido à secção deste coto em nível ideal.

Sabemos, isto nos foi ensinado por Jorge Haddad, que toda vez que este coto ficava muito grande, apareciam os fecalomas tardiamente. Então o problema do fecaloma reside na delimitação ideal do tamanho do coto, nem muito grande e nem muito pequeno (± 10 cm de tamanho).

Quanto ao problema da fístula temos fechado este coto em dois planos de sutura contínua, usando catgut cromado zero, além de recobrimos estas suturas anteriores com peritonização do coto (peritônio visceral), agora com pontos separados, novamente com catgut cromado zero. Realmente verificamos que esta conduta trouxe melhores resultados.

Para nós, a causa principal do aparecimento de abscessos no espaço retrorretal é devida a contaminação deste espaço, quando do abaixamento do cólon. Temos procurado evitar esta ocorrência, com os seguintes detalhes técnicos:

– Cuidadoso fechamento da extremidade distal do cólon, com sutura contínua, utilizando catgut cromado zero, em dois planos.

– Dissecção cuidadosa deste espaço utilizando tesoura romba, evitando hemorragia e se esta ocorrer, hemostasia adequada (o sangue acumulado neste espaço irá funcionar como excelente meio de cultura).

– Antes de iniciarmos o descolamento da mucosa anal, promovemos rigorosa limpeza do coto retal, utilizando gazes embebidas em soro fisiológico até verificarmos que realmente não existe fezes e completamos esta limpeza com Merthiolate.

– Dissecção cuidadosa e ampla do espaço submucoso (costumamos injetar ar neste espaço, que a nosso ver, facilita este descolamento), evitando lesar a mucosa que está sendo descolada.

– Introdução de uma espátula maleável, através deste espaço submucoso, de maneira a sair no

espaço retrorretal (esta espátula mede ± 5 cm de largura e apresenta em cada uma das suas extremidades um orifício de $\pm 0,5$ cm de diâmetro). Em seguida é introduzido um dreno de Penrose, por baixo desta espátula, de maneira a também sair no espaço retrorretal; as duas extremidades deste dreno são introduzidas nos dois orifícios das extremidades da espátula e tracionados com pinças hemostáticas. Os movimentos de tração deste conjunto, promovidos pelo auxiliar, irão ampliar sobremaneira o espaço por onde irá

descer o cólon. A ampliação deste espaço, dará inicialmente uma boa visualização da região, quando podemos promover uma última revisão hemostática e fundamentalmente facilita a descida do cólon, que deverá acontecer sem tensão.

Este dreno utilizado nesta manobra é deixado neste espaço e será tracionado diariamente no pós-operatório, até a retirada total que deverá ocorrer por volta do 3º ao 5º dia, de acordo com a evolução.

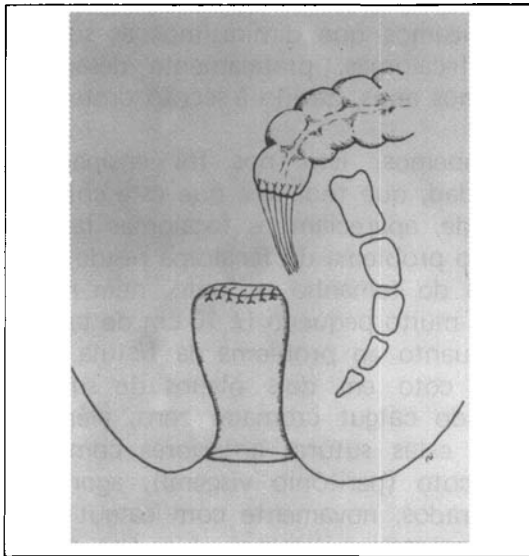


Fig. 1 – Desenho esquemático, mostrando o espaço retrorretal aberto, colorretal fechado e o cólon a ser abaixado já liberado.

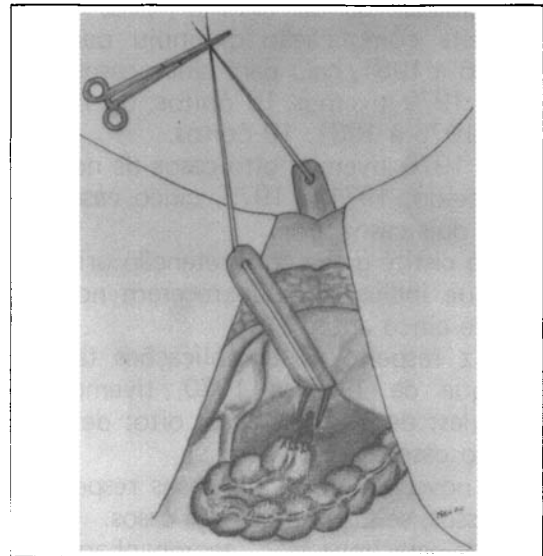


Fig. 2 – A espátula maleável é colocada na posição adequada (visão desde o abdome) e tracionada com o auxílio dos dois drenos de Penrose, introduzidos nas suas duas extremidades. Observar por baixo da espátula o aparecimento da pinça que irá tracionar o cólon até o períneo.

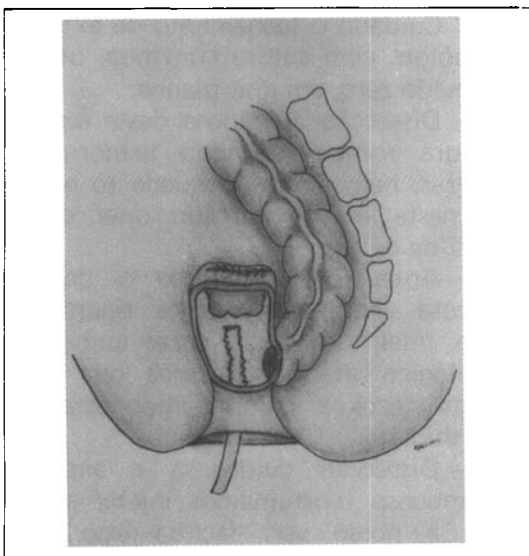


Fig. 3 – Desenho esquemático mostrando a drenagem do coto retal dando saída pelo canal anal de secreção advinda da invaginação da sutura.

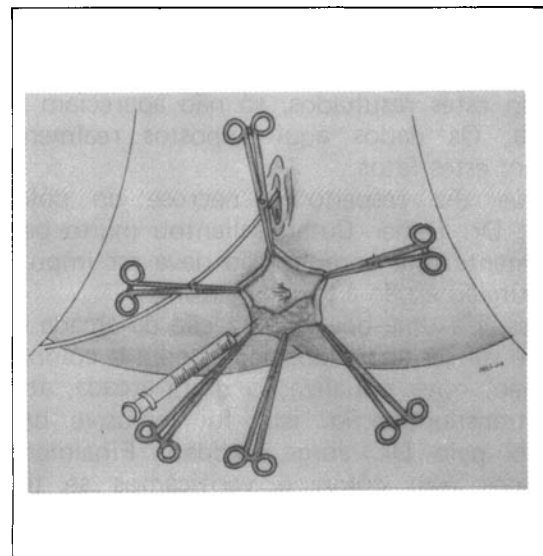


Fig. 4 – Tempo perineal da cirurgia – A injeção de ar por debaixo da mucosa anorretal facilita o seu descolamento.

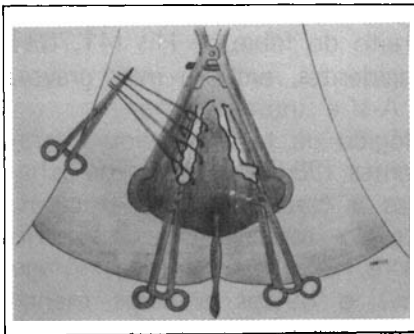


Fig. 5 – 2º Tempo da Cirurgia – Colocação do espéculo de Mathieu, facilitando sobremaneira a feitura dos pontos separados até o ápice das duas pinças colocadas em forma de V invertido.

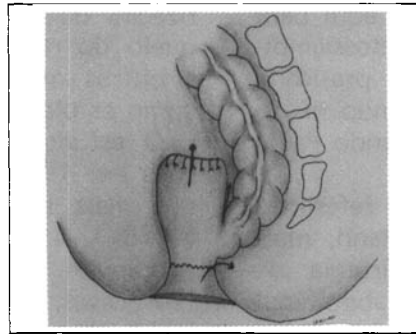


Fig. 6 – Desenho esquemático mostrando pelas setas os locais mais comuns das fistulizações.

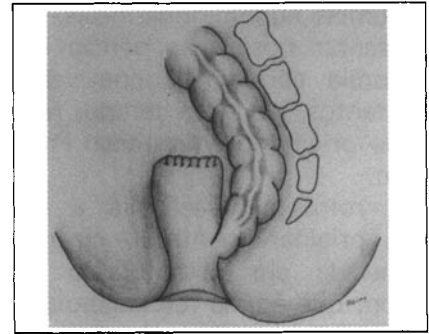


Fig. 7 – Aspecto final da cirurgia de Duhamel-Haddad.

A estatística confirma esta assertiva de que realmente ano após ano, os resultados têm sido melhores.

Quanto ao problema das fístulas, que realmente é a grande dor de cabeça do cirurgião, principalmente quando surgem fístulas entre o coto retal e o cólon abaixado, porque são fístulas de difícil solução, também temos verificado que a incidência da fístula do coto retal também diminuiu talvez devido ao maior cuidado no fechamento do mesmo.

A fístula baixa, na junção do cólon abaixado com o coto retal, é uma fístula que temos condições de realmente manusear melhor, como vou mostrar daqui a pouco, com o auxílio do espéculo de Mathieu.

Mas a fístula que surge na junção alta entre o cólon abaixado e o coto retal, é motivo de muita preocupação, muitas vezes levando-nos a indicar colostomia.

A figura mostra uma fístula baixa, que é possível se resolver por via anal. Felizmente sua ocorrência tem diminuído ano após ano, talvez pelo acréscimo destes detalhes técnicos antes mencionados.

Quanto a estenose, que como salientamos, aparece justamente na junção do coto com o cólon abaixado, é o chamado esporão da junção. Muitas vezes pode haver dificuldade de acesso ao mesmo, que nem sempre é fácil, principalmente se não dispomos de material adequado. O uso do espéculo de Mathieu facilita sobremaneira este tempo, pela maior exposição das estruturas a serem manuseadas. Após seccionarmos o "Tabique" com colocação de duas pinças em disposição de um "V" invertido, iniciamos do ápice de cada uma delas, colocação de pontos separados, em número de 4 a 5 de cada lado, utilizando também o catgut cromado zero. A utilização destes pontos separados contribui, a nosso ver, para diminuir a

incidência de estenose e também é fundamentalmente porque temos condições de iniciarmos esta sutura o mais alto possível, bem no vértice das pinças.

A seguir mostra-se uma radiografia de um paciente submetido a cirurgia há cerca de 10 anos, com boa junção anastomótica e clinicamente sem queixas.

Não temos conhecimento, pelo menos publicado na literatura, de casos de recidiva da doença em pacientes operados pela técnica de Duhamel. Em nosso material também, até quando temos condições de acompanharmos estes pacientes, não temos nenhum caso de recidiva da doença.

Muito obrigado!

PRESIDENTE

Em seguida vem a palavra do Prof. Geraldo Magela Gomes da Cruz, que vai falar sobre retossigmoidectomia anterior.

GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ

Gostaria de externar meus agradecimentos à Comissão organizadora do XXXIII Congresso Brasileiro de Colo-proctologia, na pessoa do Dr. José Alfredo dos Reis Neto, pelo convite para participar deste Simpósio sobre Magacólon Chagásico. É um imenso prazer participar desta mesa, presidida pelo Prof. Farjalla Sebba, moderado pelo Prof. Daher Cutait e secretariado pelo Dr. João Elias Calache Neto, dividindo o prazer com este elevado quilate de simposiastas.

Representam os simposiastas desta mesa, as mais importantes correntes atualmente seguidas no tocante à cirurgia para o megacólon chagásico no Brasil, quais sejam: as anoretomiectomias, as colectomias, os abaixamentos retrorretais, as retossigmoidectomias abdominais e as retossigmoi-

dectomias abdominoperineais. Estamos aqui para apresentar nossa experiência com a retossigmoidectomia abdominal, que vem sendo praticada por tantos, há tanto tempo, representando nós o grupo originário do saudoso Prof. Edmundo Paula Pinto.

A retossigmoidectomia a que nos referimos vem, originariamente, da cirurgia de Mann, mais conhecida em nosso meio como cirurgia de Dixon, que é uma retossigmoidectomia abdominal baixa, com secção das asas laterais do reto e anastomose primária término-terminal. Em nosso meio, foi a cirurgia de Dixon adaptada, em 1953, por Cutait, para o megacólon chagásico, que veio, posteriormente (1958), a abandoná-la, através de modificações pessoais do abaixamento endoanal de Swenson e Bill. É sobre a retossigmoidectomia abdominal, que continuamos praticando, já com inúmeras modificações pessoais, que se refere nosso trabalho, que representa o grupo de Paula Pinto, desde 1958 (integramos o grupo 5 anos após). Nestes 22 anos tivemos a oportunidade de acompanhar 504 pacientes portadores de megacólon chagásico, dos quais 430 foram operados — retossigmoidectomia abdominal.

O pico etário foi de 42 anos e meio, com cerca de 58% dos pacientes pertencendo à 4ª e 5ª décadas, sem predomínio de sexo, com cerca de 52% do sexo masculino e 48% feminino. O sintoma-chefe é a constipação intestinal, presente em todos os casos, mostrando tratar-se de uma constipação crônica, evolutiva, resistente a tratamentos clínicos. Aproximadamente 60% dos pacientes desenvolveram este sintoma em menos de três anos. O fecaloma esteve presente em 287 pacientes (56,94%) tendo 92 (32,05%) sido removido clinicamente, 176 (61,32%) com manobras patológicas e 19 (6,63%) com cirurgias. A reação de Machado-Guerreiro apresentou um elevado índice de positividade (467 casos positivos, isto é, 92,66%).

Todos os pacientes foram submetidos ao enema opaco, que revelou dolico-mega-retossigmóide em 478 casos (94,84%) e mega-retossigmóide nos restantes (26 casos).

Lesões chagásicas concomitantes levaram a patologias e sintomas em outros órgãos. No esôfago, apesar de a disfagia estar presente em apenas 60 pacientes (11,90%), os estudos radiológicos do esôfago evidenciaram megaesôfago em 113 casos (22,42%). Na área cardiológica, apesar de os sintomas de cardiopatia estarem presentes em apenas 57 pacientes (11,31%) os eletrocardiogramas mostraram alterações em 170 casos (33,74%). Destas, as alterações eletrocardiográficas mais importantes foram o distúrbio de repola-

rização do miocárdio ventricular (45,30%), bloqueio do ramo direito do feixe de His (41,76%) e outros menos incidentes, embora mais graves, como os bloqueios A-V e sinusal.

O estudo radiológico de tórax revelou alterações em 196 pacientes (38,90%), sendo os achados mais incidentes a cardiomegalia (76 casos, 38,78%), a compressão torácica pela distensão abdominal (72 casos, 36,72%), o megaesôfago (26 casos, 13,26%) e outros achados menos incidentes, como derrame pleural, enfisema pulmonar e tuberculose pulmonar.

As complicações agudas e graves do megacólon chagásico resumem-se em 2: volvo do sigmóide e perfuração de úlcera estercoral levando à peritonite fecal. O volvo de sigmóide fez-se presente em 62 casos (12,30%), excluídos os volsos incompletos ou de Brusgaard, de resolução meramente clínica. Foi dispensado tratamento proctológico (retossigmoidoscopia e intubação retossigmoideana descompressiva) a 32 pacientes (51,60%) e cirurgia a 30 (48,40%), englobando colectomia à Hartman (nove casos), colectomia à Mikulicz (oito casos), distorção e pexia (sete casos) e outras manobras menos comuns. Devido aos fatores de resistência do próprio megacólon, felizmente, a gravíssima complicação de peritonite fecal foi de incidência desprezível — quatro casos, 0,80%. Ao lado do tratamento padronizado — drenagem ampla e limpeza rigorosa da cavidade abdominal — foram realizados colectomia e colostomia em todos os quatro casos. Enquanto o volvo de sigmóide decorre, principalmente, do excessivo alongamento do mesossigmóide, a peritonite fecal é causada pela rotura de úlcera estercoral retal, ao nível do promontório sacro, determinado pelo fecaloma retal.

Dos 504 pacientes portadores de megacólon examinados, 74 não foram operados, por vários motivos: recusa do paciente (40 casos), óbito por cardiopatia (12), megaesôfago cirúrgico (8), tuberculose pulmonar (5), enfisema pulmonar (2), caquexia e óbito (2), câncer de esôfago, câncer gástrico, peritonite fecal e óbito (um caso cada), e volvo de sigmóide e óbito (2).

Assim, 430 pacientes foram operados, submetidos à retossigmoidectomia abdominal, sob anestesia geral (317 pacientes, 73,72%), bloqueios raqueanos e peridurais (106 pacientes, 24,65%) e neurolepto (sete pacientes, 1,63%). Esquemáticamente, a retossigmoidectomia abdominal baixa em um tempo cirúrgico, com anastomose término-terminal, pode ser descrita assim:

1. Laparotomia paramediana pararretal interna esquerda, por planos anatômicos, pu-bo-supra-umbilical.

2. Proteção da cavidade e das vísceras, facilitada com a posição de Trendelenburg.
3. Ligadura e secção dos vasos mesentéricos inferiores.
4. Dissecção e secção dos 2 folhetos do mesossigmóide, a partir da ligadura da mesentérica inferior, convergindo para o espaço vesicorretal.
5. Visualização dos ureteres, com atenção especial para o esquerdo.
6. Secção e ligadura do tecido entre os 2 folhetos do mesossigmóide.
7. Aprofundamento da dissecção dos fundos de saco em volta do reto até, aproximadamente, 8-10 cm abaixo do promontório sacro.
8. Ligadura das asas laterais do reto, quando a dilatação da ampola retal for evidente. Quase sempre este procedimento é usado, e que facilita, enormemente, a ressecção e anastomose baixas do reto.
9. Secção das 2 extremidades, retal e sigmoideana, removendo-se a peça cirúrgica.
10. Após limpeza de ambas as extremidades colorretais realiza-se uma anastomose término-terminal descendente-retal em 2 planos. Atualmente, todos, senão quase todos, vêm fazendo esta anastomose em plano único.
11. Peritonização de todo fundo-de-saco, sepultando-se a anastomose, que fica extra-abdominal.
12. Eventualmente a anastomose é drenada.
13. Fechamento da parede abdominal por planos anatômicos.

A anastomose realizada dentro de tais critérios fica a aproximadamente 8 cm de altura do ânus.

A retossigmoidectomia abdominal foi realizada em 430 dos 504 pacientes portadores de megacólon, devido aos motivos evidentes. O período de pós-operatório em regime de hospitalização foi acima daquele verificado em pacientes de bom nível sócio-econômico-cultural, ou seja, acima de 10 dias ao invés de abaixo de sete dias. Tal fato se deveu, evidentemente, às precárias condições de tais pacientes, às quais se soma o fato de não morarem em Belo Horizonte, não dispondo de recursos para permanecerem em regime extra-hospitalar.

Complicações e mortalidade pós-operatórias de importância: Dos 430 pacientes submetidos à retossigmoidectomia abdominal, 404 (93,95%) desenvolveram pós-operatórios sem quaisquer complicações de importância. Assim, somente 26 pacientes (6,05%) apresentaram complicações, entre os quais, as mais incidentes foram a fístula

estercoral (10 casos, 2,32%) e peritonite fecal (nove casos, 2,09%).

Dos 10 pacientes portadores de fístula estercoral por deiscência de anastomose, sete receberam tratamento estritamente clínico, sem resultar em qualquer caso de óbito. Já dos três restantes, que receberam colostomia, dois desenvolveram-se bem no pós-operatório, sobrevivendo, vindo um a falecer. Concluímos ser esta complicação de tratamento eminentemente clínico, somente devendo levar o paciente à cirurgia em caráter excepcional. A conduta, inicialmente cirúrgica, além dos riscos da cirurgia em si, ainda leva o paciente a uma outra operação para restabelecer o trânsito intestinal, aumentando a morbidade.

Dos nove pacientes que desenvolveram peritonite fecal em decorrência da deiscência de anastomose sem tamponamento, oito foram tratados cirurgicamente, dentro dos critérios convencionais — laparotomia para limpeza e drenagem ampla da cavidade abdominal e colostomia. O último paciente faleceu antes de vir a ser operado, de manifestação aguda de bloqueio AV pela doença de Chagas — síndrome de Stokes-Adams. Destes oito pacientes colostomizados, somente um sobreviveu, vindo sete a falecer, dos quais, quatro por manifestações agudas de miocardite chagásica crônica, no pós-operatório imediato (1) e na sala cirúrgica (3). Os três restantes faleceram no período pós-operatório por complicações abdominais.

Dos dois pacientes com obstrução mecânica de intestino delgado por aderências, um foi submetido a enterotripsia e outro a enterectomia, vindo, este último, a falecer no ato cirúrgico, por complicações cardíacas ligadas à própria doença.

Dos quatro pacientes que desenvolveram estenose de anastomose sem resolução clínico-proctológica (dilatação com velas) um foi re-retossigmoidectomizado após colostomizado temporariamente; os outros tiveram a cirurgia complementada para uma retossigmoidectomia abdômino-reto-retal à Duhamel-Haddad, sem ocorrências obituárias.

O único caso de abscesso subfrênico recebeu tratamento cirúrgico convencional — drenagem — com plena recuperação.

Assim, a ocorrência de óbitos atingiu a cifra de 10 casos (2,32%).

Considerações sobre a experiência cirúrgica: Estudamos um paralelo entre 195 pacientes operados de 1958 a 1968 e 235 pacientes operados entre 1968 e 1982. O índice de óbito entre os primeiros 195 pacientes foi de 4,10%, ou seja, oito casos de óbito para 195 operações. Na 2ª fase, ou seja, dos 235 pacientes operados após 1968, observamos apenas 2 óbitos, caindo a

mortalidade para 0,85%. Fica claro, destarte, o significado estatístico dos 3 valores: mortalidade média de 2,32%, com os extremos de 4,10% do início (1958-1968) e 0,85% na segunda fase (1968-1982).

No tocante aos 2 períodos de observação, concluímos que: a técnica é muito boa e sua segurança foi obtida com a experiência dos componentes do grupo. A segunda verificação é que os pacientes foram, na 2ª fase, mais bem preparados para a cirurgia, quer sob o prisma das cardiopatias, quer no tocante à escolha da melhor anestesia para cada caso, no preparo intestinal e do estado geral.

Endereços:

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais
Alameda Ezequiel Dias, 275
Caixa Postal, 1756
30000 – Belo Horizonte – MG

Residência

Rua Rio Grande do Norte, 1037, ap. 503

PRESIDENTE

Em seguida tem a palavra o Prof. José Hyppolito da Silva que vai falar sobre "Retossigmoidectomia Abdominoperineal"

JOSÉ HYPPOLITO DA SILVA

Sr. Presidente. Coube a nós trazeremos a experiência do Serviço de Cirurgia Colo-Proctológica do Hospital das Clínicas de São Paulo, sobre o tratamento do megacólon chagásico com a técnica de retossigmoidectomia abdominoperineal, com anastomose colorretal retardada.

A retossigmoidectomia com anastomose colorretal retardada visa a retirada do segmento ectasiado, em geral o cólon sigmóide, e a maior parte do reto que é a sede funcional do obstáculo à passagem do bolo fecal; destina-se ao tratamento de uma série bastante grande de enfermidades, notadamente o megacólon chagásico.

Uma vez procedida a laparotomia nós encontramos um cólon dilatado e alongado e a primeira manobra consiste no estudo da vascularização do segmento a ser abaixado. Sem dúvida alguma, é uma das manobras mais importantes o estudo da arcada marginal (**Fig. 1**), não só da arcada de Riolando, no cólon transversal, mas também da arcada de Drummond, no cólon esquerdo. Uma vez eleito o ponto a ser abaixado, colocamos uma ligadura de separação no cólon, e a seguir procedemos à abertura do mesocólon, quer seja o ventral e o dorsal, até à altura da reflexão peritoneal. Nesse

momento passamos à ligadura dos vasos sigmoidianos e após a abertura da reflexão prosseguimos o descolamento, anteriormente, separando o reto dos órgãos uro-genitais, posteriormente da coluna sacro-coccígea e bilateralmente fazemos a ligadura da asa lateral, na qual se encontra a hemorroidária média. Esse descolamento deve ser prosseguido até o plano dos músculos elevadores do ânus. Esse tempo leva em geral cerca de 20 a 30 minutos, suficiente para quando voltarmos ao tempo abdominal verificarmos se aquele ponto que escolhemos é viável para ser abaixado.

Em seguida um cirurgião no tempo perineal introduz o mandril, ou obturador de um retossigmoidoscópio, e o cirurgião do tempo abdominal procede uma ligadura, uma amarradura na ogiva desse obturador e o retocólon então é tracionado e evertido mostrando todo o segmento cólico evertido (**Fig. 2**), que foi liberado por via abdominopélvica. Em seguida fazemos uma secção (**Fig. 3**), a cerca de 3 a 4 centímetros da margem anal, secção essa que deve ser prolongada em toda a circunferência após o que exteriorizamos todo o segmento dilatado que vai ser então dispensado. Como decorrência dessa fase aparece, então, o ponto escolhido e demarcado através de uma ligadura de separação no tempo abdominal. Em seguida, damos quatro pontos cardeais entre o reto evertido e o cólon abaixado, sendo que os laterais são fixados à pele perianal (**Fig. 4**). Através desse coto retocólico o paciente passa a evacuar, por uma verdadeira colostomia perineal durante cerca de uma semana a 10 dias. A serosa do cólon abaixado torna-se sede de um processo inflamatório, a serosite (**Fig. 5**).

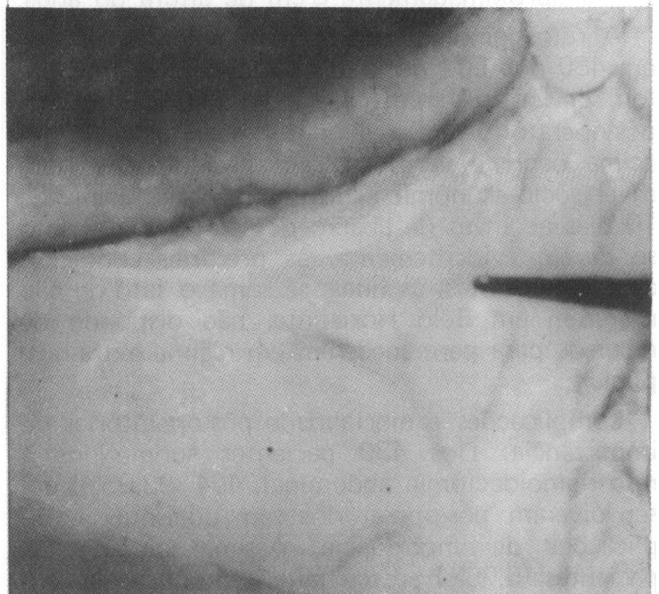


Fig. 1 – Estudo da arcada marginal.

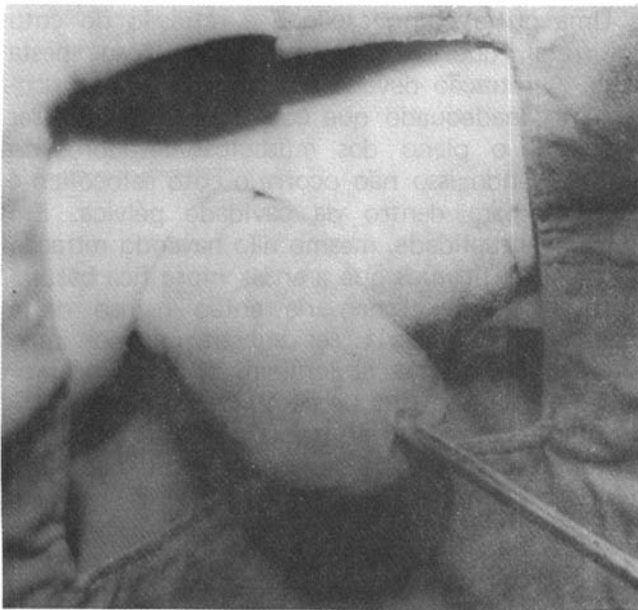


Fig. 2 – Reto evertido. Notar haste do mandril.

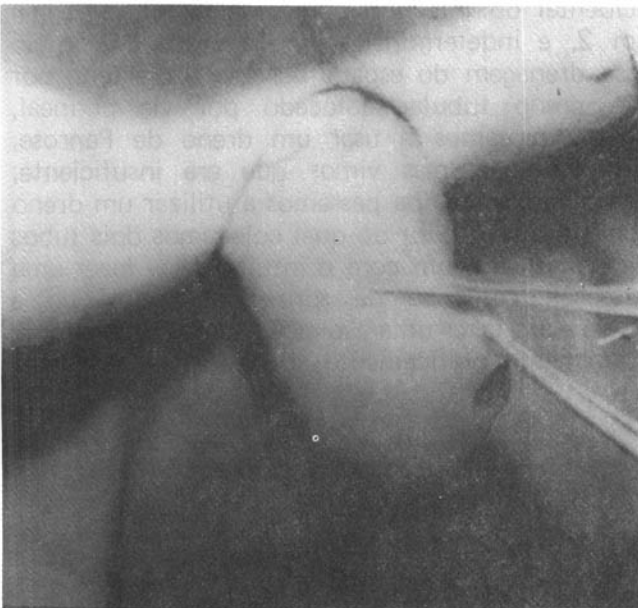


Fig. 3 – Secção do reto a cerca de 3 a 4 cm da margem anal.

Após esse período ocorre um acolamento fisiológico entre a muscular do reto evertido e a serosa do cólon abaixado. Em seguida procedemos à secção do excesso do coto retocólico, secção essa feita em toda a circunferência, tomando-se o cuidado de fazê-la em sentido biselado com o intuito de economizar um pouco mais de mucosa do cólon abaixado. Isso tem importância depois na anastomose. A secção progride em toda a extensão e em seguida fazemos a sutura de aproximação entre as duas mucosas. A cirurgia baseia-se portanto, não só no acolamento fisiológico que ocorreu entre a muscular do reto evertido e a

serosa do cólon abaixado, mas também na sutura de aproximação entre os dois segmentos, com um plano único de sutura, unindo-se as duas mucosas (**Fig. 6**). Em seguida introduz-se esse coto retocólico para dentro da cavidade abdominopélvica, ou com uma simples pressão digital (**Fig. 7**), ou muitas vezes utilizando uma gaze com o intuito de exercer pressão maior no coto, ou em certas ocasiões fazendo-se uma pressão bimanual. O nível da anastomose, bastante baixo, corresponde aos anseios da cirurgia, que é a retirada de maior segmento do reto.

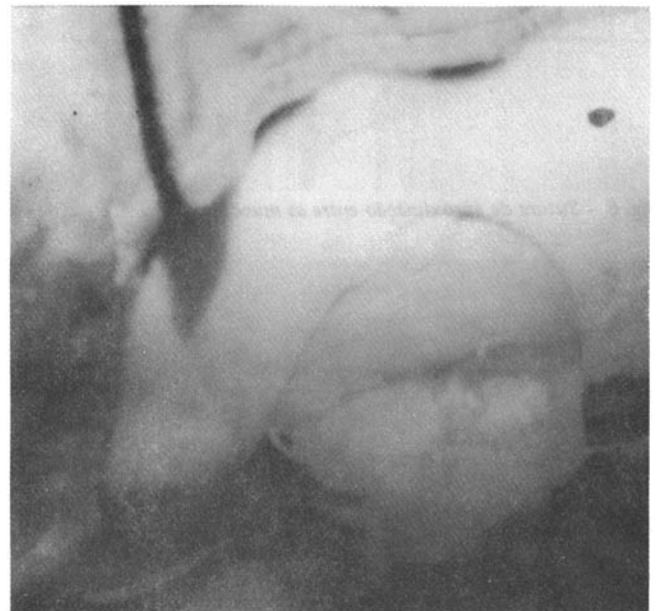


Fig. 4 – Coto reto-cólico. Notar pontos laterais de fixação à pele perianal.

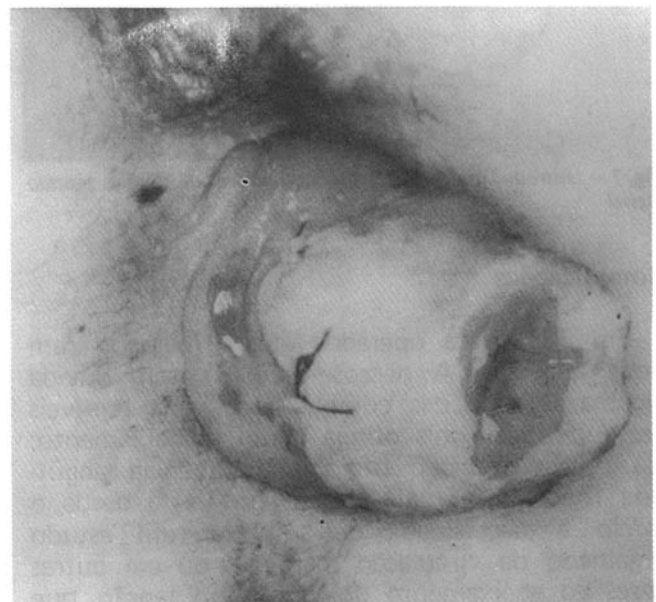


Fig. 5 – Coto retocólico. Notar serosite.

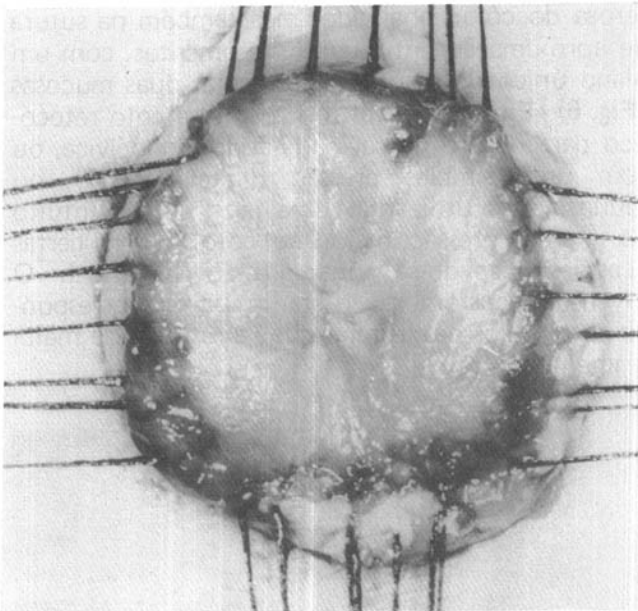


Fig. 6 – Sutura de aproximação entre as mucosas.

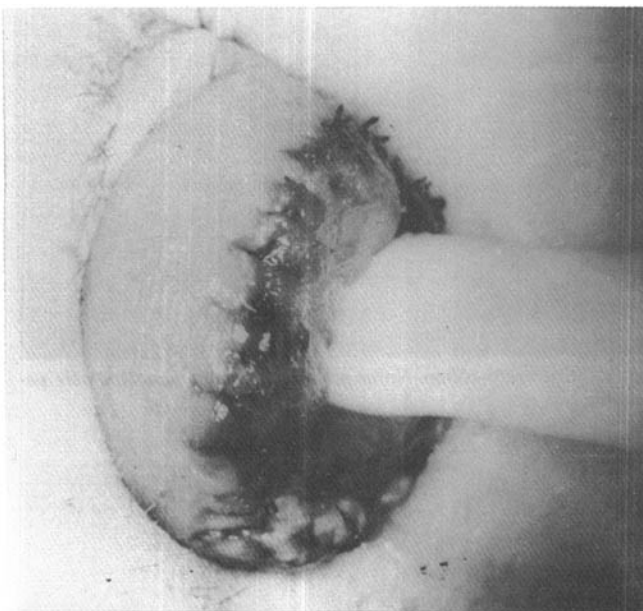


Fig. 7 – Introdução do coto retocólico através de simples pressão digital.

Complicações

Em 337 casos operados até 1978 ocorreram nove necroses. A necrose (**Fig. 8**), sem dúvida alguma, é uma das complicações mais temíveis nessa cirurgia, pois obriga a um reabaixamento; ela é devida basicamente a uma suplência sangüínea inadequada, daí termos enfatizado desde o início a necessidade de se fazer um estudo detalhado da circulação marginal; ou em outras vezes ao abaixamento do cólon sob tensão, que acaba por romper a arcada marginal.

Uma outra complicação é a retração do coto colorretal, que ocorreu em quatro casos nesta série. A retração deve-se basicamente a um descolamento inadequado que como frisamos deve ser feito até o plano dos músculos elevadores do ânus. Quando isso não ocorre o coto retocólico é aspirado para dentro da cavidade pélvica. Em outra eventualidade, mesmo não havendo retração do coto verificamos que a anastomose fica bastante alta, o que dispensaria então o uso desta técnica, que poderia ser substituída por uma retossigmoidectomia abdominal. A maneira prática de evitar esse tipo de complicação é procedendo um descolamento de maneira tal que os dedos, tanto do cirurgião do tempo perineal, como do tempo abdominal, se toquem através da pele perianal.

Uma outra complicação é a infecção pélvica, que ocorreu em 36 casos, decorrente de deiscência da anastomose em sete casos, necrose do coto em nove, retração do coto retal em 2, perfuração acidental do intestino em 4, acidental da vagina em 2, e indeterminado em 12 casos. No início essa drenagem do espaço pelvirretal era feita por um dreno tubular colocado por via perineal, depois passamos a usar um dreno de Penrose, simplesmente, mas vimos que era insuficiente; numa terceira etapa passamos a utilizar um dreno tubular, no interior do qual colocamos dois tubos de polietileno, um com o intuito de se fazer uma irrigação contínua de soro com antibiótico e outro para fazer uma aspiração também contínua. Atualmente praticamente abandonamos esse tipo

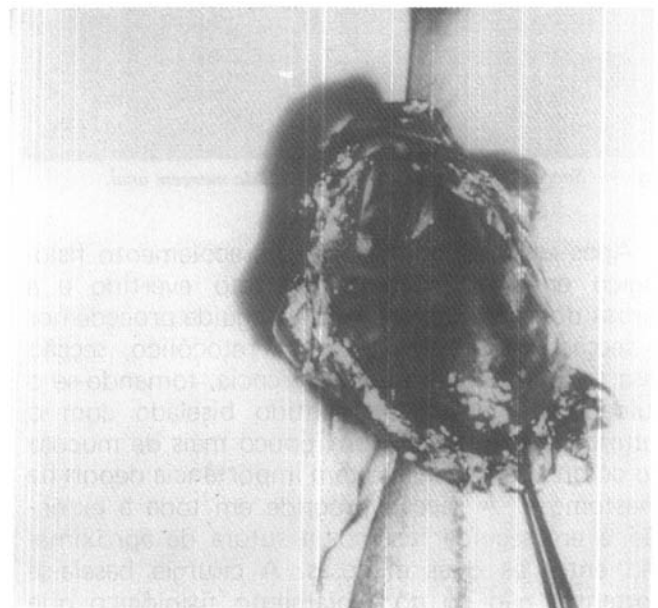


Fig. 8 – Necrose do coto abaixado.

de drenagem e voltamos à utilização de um dreno de Penrose com resultados satisfatórios, porém, tendo-se o cuidado de peritonizar o assoalho pélvico tanto mais baixo quanto possível, fazendo com que o espaço pélvico praticamente desapareça.

Um outro tipo de complicação é a deiscência da anastomose. Ela ocorreu em apenas 2,1% dos casos; é uma das complicações que tem quase que desaparecido em nosso meio.

Finalmente, a mortalidade ocorreu em apenas oito casos, que deu uma porcentagem bastante baixa de 2,6%, em comparação à técnica da retossigmoidectomia por via abdominal, que deu 9,6% em 73 casos e abdominoperineal com anastomose imediata de 6,8% em 222 casos.

Finalmente temos as complicações tardias que podem ocorrer nesse tipo de cirurgia. A estenose de anastomose é uma complicação bastante fácil de ser corrigida; a diarreia, em geral dura dois meses, mas tem uma volta ao normal ao cabo desse tempo; a incontinência fecal, em geral também demora dois meses para ser corrigida; complicações urinárias já foram descritas, e finalmente o problema da impotência sexual, que está em aberto e que na nossa experiência muitas vezes pode preceder ao ato cirúrgico.

MODERADOR – DAHER CUTAIT

Em primeiro lugar agradeço à Comissão Diretiva desse magnífico Congresso a oportunidade que me foi dada de moderar este Simpósio. O tratamento cirúrgico do megacólon há várias décadas tem sobremaneira preocupado os autores nacionais. Em sua longa vivência com o manuseio desta entidade clínica, o Serviço de Colo-Proctologia do Hospital das Clínicas teve a oportunidade de executar quase todas as técnicas propostas para o seu tratamento cirúrgico, tais como as esfínterotomias, a sigmoidectomia, a hemicolectomia esquerda, a colectomia total, a retossigmoidectomia abdominal, a retossigmoidectomia abdominoperineal com anastomose colorretal, imediata ou retardada, a retocoliectomia com anastomose colo-anal, a operação de Duhamel e a anorretomiectomia, em maior ou menor escala.

Entre as operações com as quais o Serviço tem menor experiência está a anorretomiectomia, que o Dr. Nilson Marcondes Celso apresentou com tanta probidade. No conceito deste destacado cirurgião, esta operação seria ideal, pela facilidade de execução técnica e pela ausência das complicações que ocorrem nas ressecções e nas técnicas de abaixamento. No entanto, o próprio Dr. Nilson

situiu bem o problema, uma vez que, baseado em sua grande experiência, externou a opinião que a anorretomiectomia, como operação isolada, não proporciona resultados satisfatórios em todos os doentes. Associa, por isso, a sigmoidectomia a este tipo de operação, com o que obtém melhores resultados, conforme demonstrou em suas estatísticas. Permanece ainda, contudo, a dúvida se a evolução mais satisfatória é devida a associação destas duas operações ou apenas a ressecção do sigmóide propriamente dita. Mesmo assim sabemos muito bem que a sigmoidectomia proporciona bons resultados no pós-operatório imediato, mas que a longo prazo pode eventualmente ser seguida de recidiva da ectasia cólica, conforme foi demonstrado pelo próprio Dr. Nilson e conforme também foi observado em alguns dos nossos pacientes. Espera-se, então, num futuro próximo, que o Dr. Nilson, com seguimento mais detalhado, possa mostrar com maior segurança a validade ou não da conduta por ele preconizada, de associação da anorretomiectomia e sigmoidectomia. Felicito o Dr. Nilson pela importante contribuição ao tratamento cirúrgico do megacólon.

Desejo externar o meu grande apreço pelo trabalho de alto nível científico do Dr. Peretz, que mostrou uma estatística expressiva de 173 pacientes operados de hemicolectomia esquerda com anastomose transversorretal. Seus resultados foram bastante satisfatórios, com um índice de complicações desprezível, mesmo executando uma anastomose manual em nível baixo. As anastomoses baixas são, em geral, de execução técnica difícil. A nossa experiência pessoal de 56 casos de retossigmoidectomia com anastomose colorretal baixa mostrou um alto índice de deiscência, mesmo fazendo-se a transversostomia proximal de segurança. Esta foi uma das principais razões pelas quais abandonamos o método e começamos a executar as operações de abaixamento. Felicito o Dr. Peretz por esta apresentação excelente e pela enorme contribuição que tem dado e certamente continuará a dar à solução do tratamento cirúrgico do megacólon chagásico.

O Dr. Magela mostrou sua enorme casuística, de várias centenas de casos, nos quais realizou a dissecação do cólon ectasiado e do reto proximal com restabelecimento do trânsito pela anastomose baixa entre o cólon descendente e o reto. Fiquei com a impressão que executa atualmente anastomoses mais baixas do que antigamente. O índice de complicações foi também reduzido, mesmo não tendo feito a transversostomia proximal de segurança. Penso que a anastomose por ele realizada situa-se talvez em nível mais alto do que o executado em nossa série de casos.

Por outro lado, tomo a liberdade de discordar de sua afirmativa de que a operação atende, com segurança, a fisiopatologia da doença. Acredito que ainda não se conhece, em bases sólidas, o mecanismo fisiopatológico do gênese do megacólon, não obstante saber-se que o plexo de Auerbach está comprometido e que existem alterações cinéticas importantes do intestino grosso, particularmente do reto. Temos a impressão que o reto é a sede principal do obstáculo à passagem do bolo fecal e a ectasia do cólon a montante resulta deste fato.

De acordo com a nossa experiência cirúrgica pessoal, todas as vezes que se conserva o reto há possibilidade de recidiva da moléstia a longo prazo e essa possibilidade é tanto maior quanto maior for o segmento de reto poupado. Esta é a razão de nossa preferência atual às operações de abaixamento. Quero terminar esta curta apreciação, louvando a grande contribuição do Dr. Magela e do Serviço a que ele pertence, não só pela vasta experiência como também pela abundante documentação e maneira elegante de exposição.

No que concerne ao trabalho apresentado pelo Dr. Hélio Moreira sobre a operação de Duhamel-Haddad, desejo, inicialmente, exaltar a sua fabulosa experiência de quase 700 casos, que seguramente constitui a maior casuística do mundo em relação a esse tipo de operação, e o esforço despendido pelo destacado colega, que tão brilhantemente tem representado a Faculdade de Medicina de Goiás. Estou certo que a operação de Duhamel-Haddad é satisfatória, principalmente no que concerne aos resultados funcionais. Acredito que os bons resultados sejam devidos ao fato da anastomose ser realizada na parede distal do reto. A operação apresenta também, como foi demonstrado pelo Dr. Hélio, algumas complicações, entre as quais a formação eventual de fecalomas no reto conservado, aparentemente tanto maior quanto mais longo for o segmento preservado, além de fístulas da cúpula retal. A incidência da deiscência da anastomose não é muito grande. Mais freqüente talvez seja a estenose. São complicações que não invalidam a técnica, que está bastante difundida, não só em nosso meio, como também no exterior. Segundo o autor, não ocorrem alterações substanciais na continência e

na esfera sexual. Felicito mais uma vez o Dr. Hélio, do qual sou grande admirador, pela notável contribuição ao desenvolvimento da cirurgia do megacólon.

O Dr. José Hyppólito da Silva fez comentários sobre a casuística de 378 casos submetidos a retossigmoidectomia abdominal com anastomose colorretal retardada, do Serviço de Coloproctologia do Hospital das Clínicas, no período 1952-1978, referindo poucas complicações, resultados satisfatórios e índice de mortalidade reduzido. Nunca falei e jamais falarei que esta é a melhor operação, não obstante o nosso entusiasmo pela mesma. O Dr. Hyppólito tem enorme experiência com este tipo de operação e externou sua opinião favorável à mesma. Aproveito a oportunidade para felicitá-lo pela brilhante exposição e mais uma vez exaltar a sua excelente contribuição à cirurgia do megacólon. É ele nosso leal e grande companheiro de serviço, o que muito nos honra e envaidece.

Para terminar, acredito que todas as operações apresentadas são válidas, cada uma com seus fundamentos. Penso, por isso, que os expositores devem prosseguir executando a operação que mais os convence. Na verdade, nenhuma delas satisfaz integralmente, pela razão simples de não se conhecer ainda com exatidão as alterações anatomo-fisiopatológicas da lesão que estamos considerando.

São estas as considerações que eu desejava fazer, felicitando os simposiastas pelas magníficas apresentações. Agradecendo mais uma vez à Comissão Diretiva pela oportunidade que nos foi dado de moderar este importante simpósio, dou a palavra ao Sr. Presidente para encerrar a sessão.

Presidente

Depois das palavras do Prof. Daher Cutait eu acho que não há mais nada a acrescentar, porque ele representa uma das maiores experiências do país no assunto. Eu quero então, para terminar, em nome da Comissão Organizadora do Congresso, agradecer ao Sr. Secretário e aos Srs. debatedores aqui presentes, e dou por encerrada a sessão. (PALMAS)