

ESTADO ATUAL DAS OPERAÇÕES DE ABAIXAMENTO

Daher E. Cutait¹

As operações de abaixamento têm um lugar de destaque no tratamento cirúrgico das operações benignas e malignas da região retossigmóidea. Nestas operações, o restabelecimento do trânsito se faz sempre por via perineal, podendo, fundamentalmente, ser executado de duas maneiras diferentes: 1) a anastomose é realizada entre o cólon e o canal anal, como foi proposto em 1888 por Hochenegg, e posteriormente adotada, com modificações, por vários autores, entre os quais *Babcock*^{2, 3}, *Bacon*⁴, *Waugh* e *Turner*⁵, *Simonsen*⁶ e *Parks*⁷. Neste método preserva-se a musculatura esfíncterica, mas sacrifica-se a mucosa do reto distal, de importância considerável na manutenção do mecanismo do controle fecal; e 2) a anastomose é realizada entre o cólon e o reto distal, como foi proposto por *Maunsell*⁸ e *Weir*⁹ e posteriormente modificada por vários autores, entre os quais *Toupet*¹¹ e *Black*¹⁰, para o câncer, *Swenson*¹², para o megacólon congênito e *Cutait*¹⁴, para o megacólon chagásico. A preservação de segmento retal suficientemente longo mantém o reflexo retocórtico-anal e conseqüentemente a continência anal.

A escola brasileira tem contribuído largamente para o conhecimento, o avanço e a divulgação das operações de abaixamento. No Serviço de Corrêa Netto foram realizadas várias técnicas: a operação de Swenson foi considerada a de escolha a partir da sexta década, prevaleceu durante muitos anos e foi abandonada em virtude da ocorrência elevada de deiscência da sutura anastomótica, que

atingiu a alta cifra de 42,35% (*Raia*²⁴). Esta operação foi substituída em 1960 pela técnica introduzida por Simonsen e colaboradores, que propuseram a retossigmoidectomia abdominoperineal com anastomose colo-anal. Esta intervenção foi realizada em grande número de pacientes, mas sua indicação foi progressivamente tornando-se menos freqüente, em virtude das complicações surgidas, sobretudo no que concerne à infecção, às fístulas, à estenose e a eventual incontinência. Em 1965, Haddad começou a executar a técnica de Duhamel com uma modificação, consistente na feita da anastomose anorretocólica em dois tempos. A intervenção consagrou-se com a denominação de "operação de Duhamel-Haddad". No primeiro tempo faz-se o abaixamento retrorretal do cólon e exteriorização do mesmo por via perineal, e no segundo, cerca de duas semanas após, a ressecção do cólon excedente. Esta modificação permite reduzir consideravelmente o desconforto pós-operatório que os pacientes sentem na operação clássica de Duhamel, e diminui o

– Conferência realizada no 33.º Congresso Brasileiro de Coloproctologia – Campinas, São Paulo – Setembro, 1983.

1 Prof. Adjunto da Clínica Cirúrgica Fac. Medicina, USP. Chefe do Serviço de Colo-proctologia do Hospital das Clínicas

número de complicações, sobretudo no que concerne a deiscência da anastomose. Na opinião de Haddad, a operação de Duhamel, com ou sem a sua modificação, reduz a incidência de perturbações urinárias e sexuais, que podem eventualmente ocorrer nas operações clássicas de abaixamento, em virtude da dissecação do reto ser mais econômica, apenas em seu contorno posterior, com lesões mínimas dos plexos sacro-pélvicos.

De nossa parte, começamos a executar a retossigmoidectomia pela técnica de Swenson em 1952 (*Cutait*^{1,3}), realizando sempre a colostomia proximal de segurança. O método foi abandonado em 1960, em virtude da elevada incidência de deiscência, que foi superior à 30%, sendo substituído, a partir de 1960, pela retossigmoidectomia com anastomose colorretal retardada (*Cutait*^{1,4, 15, 16, 17, 18, 19} e *Cutait* e cols.^{20, 21, 22, 23}), método por nós introduzido para o tratamento do megacólon, de utilidade também no câncer retal e, em menor escala, em outras entidades clínicas. A introdução desta técnica, baseada no princípio de acolamento entre a camada muscular do reto evertido e a serosa do cólon abaixado e posterior ressecção do excedente do cólon exteriorizado, teve por finalidade prevenir ou reduzir ao mínimo a frequência da deiscência colorretal, objetivo este plenamente alcançado, conforme veremos adiante. Este método proporciona excelentes resultados e constitui nossa operação de eleição até a presente data.

Na presente exposição, iremos fazer algumas considerações sobre 1.166 casos tratados nas últimas três décadas no Serviço de Colo-Proctologia. As indicações estão expostas na **Tabela 1**, onde pode-se observar a predominância do megacólon e, em menor incidência, do câncer retossigmóideo. Foram executadas, nesta casuística, três diferentes procedimentos (**Tabela 2**):

1) ressecção abdominoperineal com anastomose colorretal, em 728 casos, sendo que 229 pela técnica de Swenson, na qual realiza-se a anastomose colorretal imediata, e em 499 pela técnica da anastomose colorretal retardada, na qual executa-se a sutura em dois tempos;

2) ressecção abdominoperineal com anastomose colo-anal retardada, em dois tempos, de acordo com a técnica descrita por Simonsen e colaboradores, na qual não se preserva segmento algum de reto, em 253 casos; e

3) operação de Duhamel-Haddad, em 185 casos, também executada em dois tempos, e na qual, como resultado final, configura-se uma anastomose anorretocólica término-lateral e preserva-se o reto em extensão variável.

Tabela 1 – Operações de abaixamento

Indicações	Nº casos	%
1. Megacólon chagásico	1.078	92,4
2. Hirschprung	8	0,7
3. Câncer retossigmóideo	57	4,8
4. Tumor viloso do reto	2	0,2
5. Adenomatose colorretal	3	0,3
6. Retite linfogranulomatosa	15	1,3
7. Retocolite ulcerativa	2	0,2
8. Atresia retal	1	0,1
Total	1.166	100,0

Tabela 2 – Operações de abaixamento

Indicações	Nº casos	%
1. Retossigmoidectomia abdominoperineal com anastomose colorretal		
1.1. Imediata	229	19,6
1.2. Retardada	499	42,8
2. Retossigmoidectomia abdominoperineal com anastomose colo-anal	253	21,7
3. Duhamel-Haddad	185	15,9
Total	1.166	100,0

As **Figs. 1, 2, 3 e 4** mostram, em esquema, os tipos de operações realizadas, sendo as duas primeiras correspondentes à retossigmoidectomia abdominoperineal com anastomose colorretal, imediata e retardada, respectivamente, a terceira à retossigmoidectomia com anastomose colo-anal e a última à operação de Duhamel-Haddad.

Deve ser mencionado que nos procedimentos referidos, o abaixamento é, via de regra, executado à custa do cólon sigmóide proximal ou do descendente. Na impossibilidade de utilização destes segmentos, por condições anatômicas desfavoráveis, deve-se proceder à mobilização do ângulo esplênico e abaixar o cólon transverso, que quase sempre oferece comprimento e vascularização adequados para esta manobra sobretudo no megacólon.

Complicações

As complicações mais freqüentes observadas foram a deiscência da anastomose, a necrose do cólon abaixado, a retração do cólon ou do coto colorretal, a infecção pélvica e a estenose. Problemas relacionados à continência anal e à funcionalidade sexual ocorreram eventualmente.

Deiscência da anastomose

Esta complicação é de ocorrência elevada quando se restabelece o trânsito por meio da anasto-

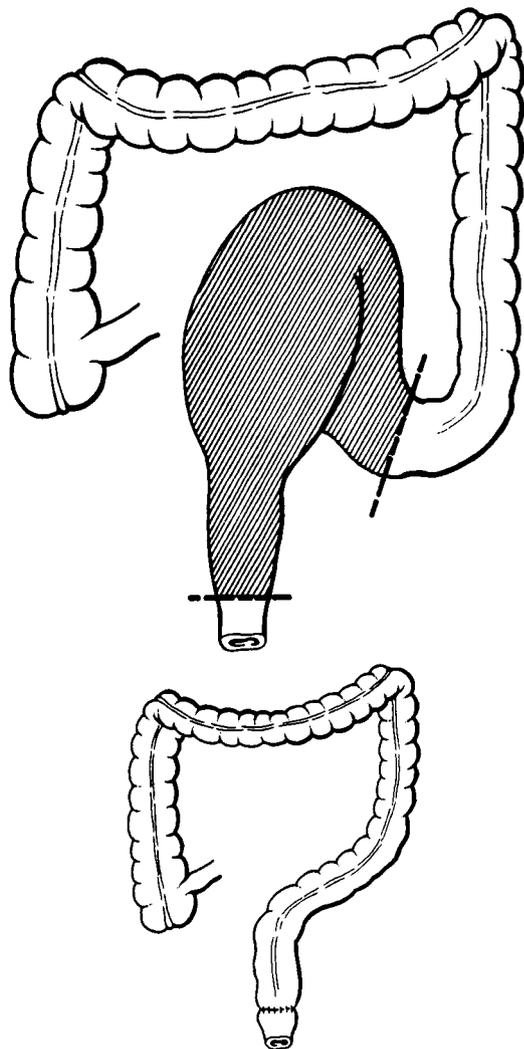


Fig. 1 - Retossigmoidectomia abdominoperineal - Anastomose colorretal imediata.

mose imediata, mesmo fazendo-se de rotina a transversostomia proximal de segurança. Dela podem resultar processos pélvicos sépticos e fístulas colorretoperineais, de resolução clínica satisfatória na quase totalidade dos casos. Em alguns pacientes, contudo, a infecção e a fístula adquirem caráter insolúvel, demandando a feitura de uma colostomia proximal, em geral temporária, mas às vezes, de caráter definitivo. Na anastomose retardada, na qual se executa a sutura em dois tempos, o índice de deiscência é muito menor, qualquer que seja a técnica empregada, a colorretal, a colo-anal ou a anorretocólica. Na **Tabela 3**, pode-se verificar que a deiscência foi muito elevada na retossigmoidectomia abdominoperineal com anastomose colorretal imediata, de cerca de 32%, e de apenas 2,2% na anastomose colorretal retardada, de 2% na anastomose colo-anal e de

5,4% na operação de Duhamel-Haddad, números estes que mostram nitidamente as vantagens das suturas em dois tempos.

Necrose do cólon abaixado

A necrose é sempre conseqüente a falha de ordem técnica da parte do cirurgião, ao fazer, inadvertidamente, o abaixamento do cólon com suplência sangüínea inadequada ou sob tensão, ou ambas. O esfacelo pode atingir somente o segmento distal do cólon exteriorizado; sem maiores conseqüências, ou estender-se ao cólon intrapélvico, acarretando, neste caso, a formação de um abscesso pélvico extenso e, às vezes, peritonite. Uma vez diagnosticada a necrose extensa do cólon, impõe-se o rebaixamento de urgência. Quando as condições anatômicas dos cólons, sobretudo no que concerne à vascularização e ao comprimento, são inadequadas para este procedimento, ou a infecção é acentuada, convém desfazer a anastomose e exteriorizar o cólon na fossa ilíaca esquerda sob a forma de uma colostomia, e drenar a cavidade pélvica. Nesta conduta, a

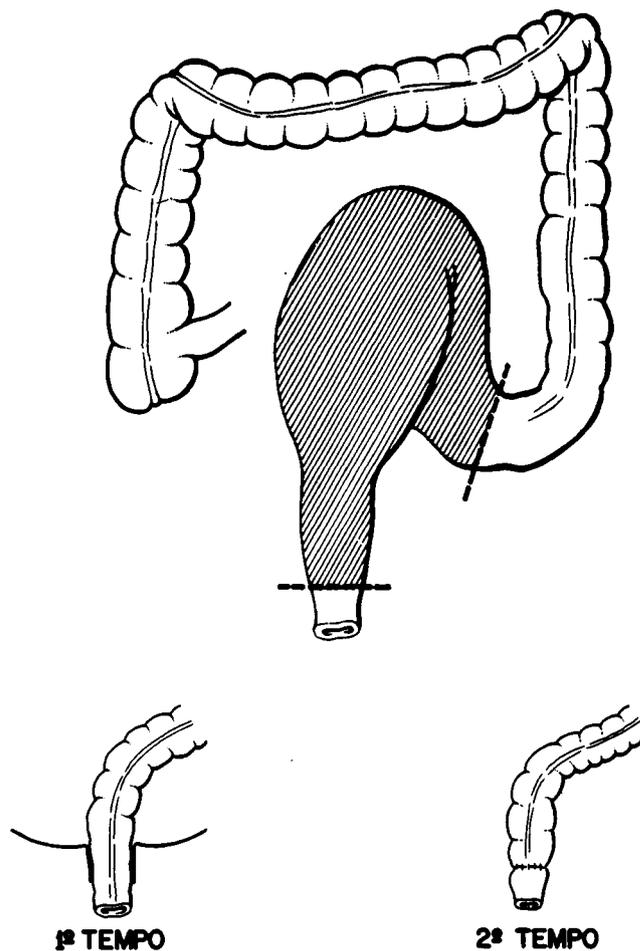


Fig. 2 - Retossigmoidectomia abdominoperineal - Anastomose colorretal retardada.

colostomia freqüentemente adquire caráter definitivo. Na **Tabela 4**, pode-se observar que a incidência de necrose foi relativamente baixa na anastomose colorretal retardada e um pouco maior na colo-anal e na operação de Duhamel-Haddad. É importante salientar que estes números podem ser consideravelmente reduzidos, desde que o cirurgião tome todos os cuidados necessários para abaixar a alça cólica com circulação adequada e sem tensão.

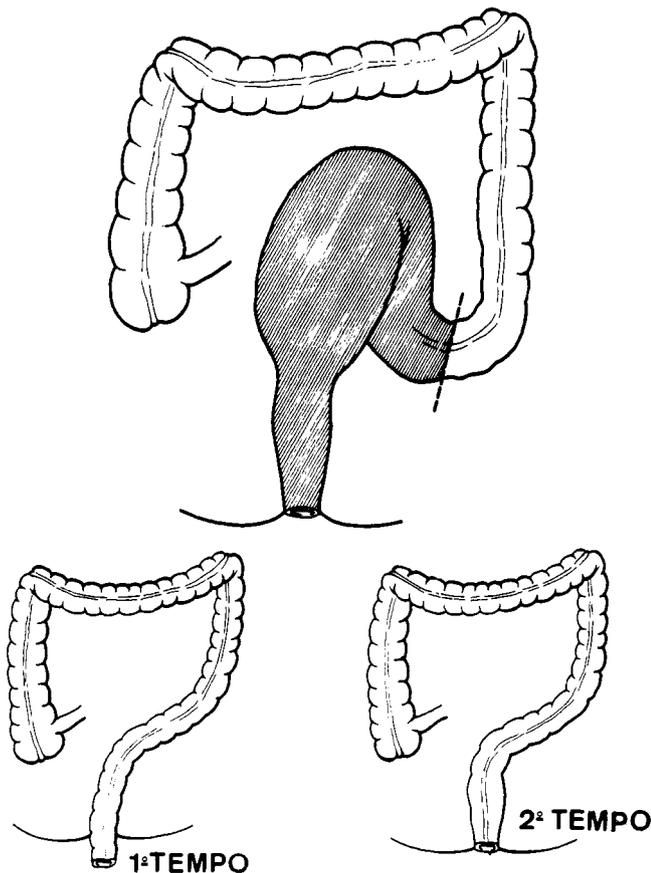


Fig. 3 – Retossigmoidectomia abdominoperineal – Anastomose colo-anal.

Retração do cólon e do reto

Esta complicação pode resultar na retossigmoidectomia abdominoperineal com anastomose colorretal retardada, ou colo-anal, ou na operação de Duhamel-Haddad, do abaixamento do cólon sob tensão. Impõe-se, nesta eventualidade, a laparotomia de urgência, para a mobilização complementar do cólon. Na anastomose colorretal retardada, a retração resulta quase sempre da dissecação incompleta do reto no tempo abdominal de operação. Nesta eventualidade, ao se proceder a eversão do reto na fase perineal do primeiro tempo da operação, parte do mesmo

permanece dentro da pelve, ocorrência esta que pode facilitar a aspiração do coto colorretal para dentro da cavidade pélvica, por pressão negativa intra-abdominal durante os movimentos inspiratórios torácicos. Na ocorrência desta complicação, o coto colorretal deve ser pinçado com pinça de Babcock, introduzida através de um retossigmoidoscópio, e a seguir exteriorizado e revestido por espessa camada de gaze vaselinada. O coto é mantido sob vigilância até a execução do segundo tempo da anastomose. Conforme pode ser visto na **Tabela 5**, a incidência de retração do coto colorretal foi mínima na retossigmoidectomia abdominoperineal com anastomose colorretal retardada. A retração do coto cólico foi de freqüência maior na retossigmoidectomia abdominoperineal com anastomose colo-anal e na operação de Duhamel-Haddad. Ambos os tipos de retração, em geral, não interferem significativamente nos resultados das operações realizadas, por serem de resolução satisfatória em quase todos os casos com as medidas assinaladas.

Infecção pélvica

A infecção pélvica resulta quase sempre do acúmulo de líquido sero-hemorrágico na cavidade pélvica, proveniente da superfície cruenta das paredes correspondentes às áreas de dissecação. Este líquido constitui excelente meio de cultura para os microorganismos, devendo, por isso, ser adequadamente drenado. A drenagem, em geral, é feita por meio de um dreno grosso de Penrose, exteriorizado por contra-abertura numa das fossas ilíacas. Com esta conduta e o uso de antibióticos de ação contra os germes aeróbicos e anaeróbicos, a incidência desta complicação torna-se muito reduzida. A ocorrência de infecção é tanto maior quanto mais freqüente for a incidência de deiscência da anastomose. Na ressecção abdominoperineal com anastomose imediata, na qual ocorreu elevado índice de deiscência, a percentagem da infecção foi paralelamente elevada, conforme pode ser verificado na **Tabela 6**. Nas três operações com anastomose retardada, nas quais a deiscência foi de índice baixo, a infecção ocorreu em percentagem bem menor de casos. A necessidade de drenagem cirúrgica por via abdominal ou perineal é de extrema raridade.

Estenose da anastomose

A estenose pode ocorrer em qualquer tipo de ressecção, conforme pode ser verificado na **Tabela 7**. Ela é, teoricamente, mais freqüente nas séries em que ocorre maior índice de deiscência

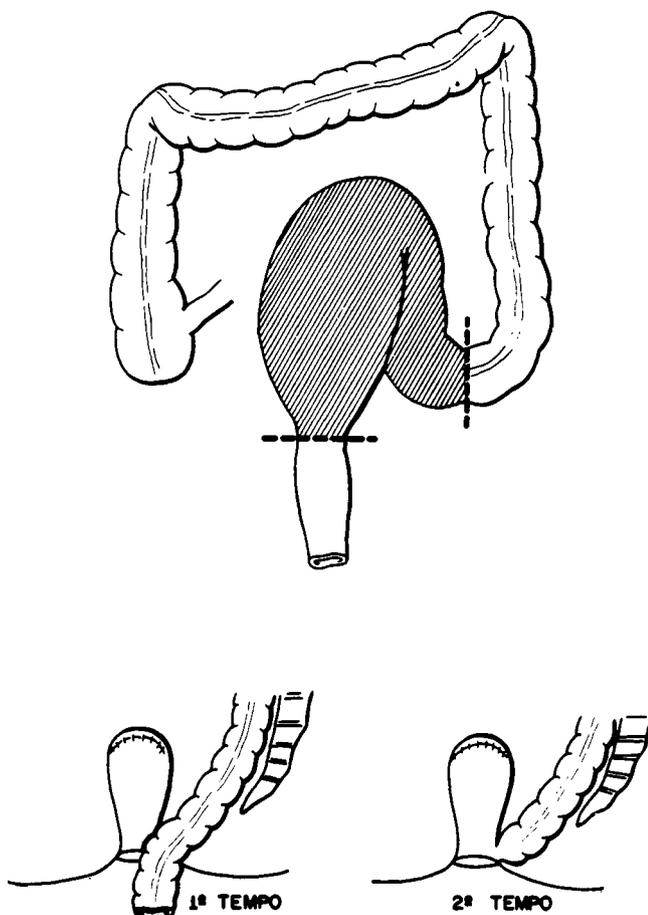


Fig. 4 – Operação de Duhamel-Haddad.

da sutura anastomótica, porquanto a cicatrização, nestes casos, se processa por segunda intenção, com retração da parede e conseqüente diminuição da luz. Na casuística apresentada, ela foi bastante reduzida na anastomose colorretal retardada. Na imediata, não obstante o alto índice de deiscência, a freqüência da estenose foi relativamente baixa, provavelmente em virtude das mesmas serem, em geral, mínimas, e os pacientes terem sido submetidos à colostomia transoperatória proximal de segurança. Na anastomose colo-anal, não obstante o baixo índice de deiscência, a estenose foi mais freqüente, isto, provavelmente por retração, em alguns casos, do coto abaixado após a ressecção do cólon excedente, no segundo tempo da operação. Na operação de Duhamel-Haddad, a estenose da anastomose foi de incidência relativamente baixa.

Incontinência anal

Na maioria dos casos submetidos às operações de abaixamento, surgem diarreia e pseudo-incontinência pós-operatória imediata, de duração de algumas semanas ou, raramente, de meses. Na

Tabela 3 – Operações de abaixamento – Deiscência da anastomose

Técnica	Nº casos	Deisc.	%
1. Retossigmoidectomia abdominoperineal com anastomose colorretal			
1.1. Imediata	229	73	31,9
1.2. Retardada	499	11	2,2
2. Retossigmoidectomia abdominoperineal com anastomose colo-anal	253	5	2,0
3. Duhamel-Haddad	185	10	5,4
Total	1.166	96	8,2

Tabela 4 – Operações de abaixamento – Necrose do cólon

Técnica	Nº casos	Necrose	%
1. Retossigmoidectomia abdominoperineal com anastomose colorretal			
1.1. Imediata	229	—	—
1.2. Retardada	499	15	3,0
2. Retossigmoidectomia abdominoperineal com anastomose colo-anal	253	19	7,5
3. Duhamel-Haddad	185	13	6,5
Total	1.166	47	4,0

Tabela 5 – Operações de abaixamento – Retração do coto colorretal

Técnica	Nº casos	Estenose	%
1. Retossigmoidectomia abdominoperineal com anastomose colorretal retardada	499	7	1,4
2. Retossigmoidectomia abdominoperineal com anastomose colo-anal	253	9	3,6
3. Duhamel-Haddad	185	5	2,7
Total	1.166	21	2,2

Tabela 6 – Operações de abaixamento – Infecção pélvica

Técnica	Nº casos	Infecção	%
1. Retossigmoidectomia abdominoperineal com anastomose colorretal			
1.1. Imediata	229	64	27,9
1.2. Retardada	499	34	6,8
2. Retossigmoidectomia abdominoperineal com anastomose colo-anal	253	24	9,5
3. Duhamel-Haddad	185	15	8,2
Total	1.166	137	11,5

Tabela 7 – Operações de abaixamento – Estenose da anastomose

Técnica	N.º casos	Infecção	%
1. Retossigmoidectomia abdominoperineal com anastomose colorretal			
1.1. Imediata	229	10	4,4
1.2. Retardada	499	8	1,6
2. Retossigmoidectomia abdominoperineal com anastomose colo-anal	253	19	7,5
3. Duhamel-Haddad	185	7	3,8
Total	1.166	44	3,8

retossigmoidectomia abdominoperineal com anastomose colorretal, imediata ou retardada, a normalização do hábito intestinal se processa na quase totalidade dos casos. A incidência de incontinência permanente para as fezes sólidas é praticamente nula, mas em alguns casos persiste incontinência para os gases, e eventualmente para as fezes líquidas. Na retossigmoidectomia com anastomose colo-anal, a continência pode ser normal, regular e insatisfatória. Na operação de Duhamel-Haddad, raramente ocorre alteração do controle anal, podendo a operação ser considerada satisfatória sob este aspecto. Deve ser novamente insistido que a conservação do reto, conforme já foi mencionado, desempenha papel fundamental na manutenção do controle anal.

Perturbações sexuais

Uma crítica que tem sido feita às operações de abaixamento é a possibilidade de diminuição ou perda da potência sexual, "coeundi" ou "generandi". Estas complicações são atribuídas por muitos a lesões dos plexos sacro-pélvicos e dos nervos erigentes nas manobras de dissecação do reto. Contudo nas lesões benignas, como particularmente no megacólon, a dissecação é feita rente à parede retal, com o que evita-se, ao menos teoricamente, agressões aos elementos nervosos mencionados. Acreditamos antes que as alterações sexuais observadas em alguns dos pacientes submetidos à retossigmoidectomia com anastomose colorretal imediata, sejam devidas a presença, sempre indesejável pelos pacientes, da transversostomia proximal executada rotineiramente neste tipo de operação e, particularmente, às seqüelas da deiscência da anastomose, freqüentemente observada, tais como infecções perineo-pélvicas, abscessos e fístulas colorretoperineais. Estes fatores, porte de colostomia e complicações sépticas perineais purulentas, podem, em nossa opinião, interferir no comportamento de atividade

sexual. As perturbações cessaram praticamente após ter-se começado a executar a ressecção abdominoperineal com a anastomose colorretal retardada, nas quais não é executada a colostomia proximal e a integridade da anastomose é via de regra absoluta, sem, portanto, as complicações e seqüelas referidas, indubitavelmente depressíveis sob o aspecto psicológico. Na retossigmoidectomia com anastomose colo-anal, as alterações sexuais são também em número limitado e podem ocorrer eventualmente nos casos em que surgem as complicações e seqüelas acima referidas. Na operação de Duhamel-Haddad, em que a dissecação do reto é limitada à parede posterior, as alterações sexuais são muito raras.

O problema da ocorrência de transtornos de ordem sexual é importante e deve ser rigorosamente pesquisado, sob os aspectos orgânicos, funcional e psicológico, uma vez que não se conhece ainda, em bases sólidas, o mecanismo íntimo de sua gênese.

Mortalidade

A Tabela 8 mostra a mortalidade nos diferentes tipos de operação em nossa série. Pode-se verificar que em média foi de 3,8%, sendo de incidência menor na retossigmoidectomia com anastomose colorretal retardada, seguramente porque nela as complicações graves foram menos freqüentes.

Para terminar, deve ser novamente enfatizado que as operações de abaixamento merecem ocupar lugar de destaque na Colo-Proctologia e devem, por isso, ser incluídas no armamentário cirúrgico de todos os especialistas, no sentido amplo e exato da palavra.

Tabela 8 – Operações de abaixamento – Mortalidade

Técnica	N.º casos	Óbitos	%
1. Retossigmoidectomia abdominoperineal com anastomose colorretal			
1.1. Imediata	229	14	6,1
1.2. Retardada	499	11	2,2
2. Retossigmoidectomia abdominoperineal com anastomose colo-anal	253	11	4,3
3. Duhamel-Haddad	185	8	4,2
Total	1.166	44	3,8

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. HOCHENEJG J – Die sacrale Methode der Extirpation von Mastdarmkrebsen nach Prof. Kraske. Wien. Klin. Wschr., 1: 254, 1888.

2. BABCOCK WW — Experience with resection of the colon and elimination of colostomy. *Amer J Surg*, 46: 186, 1939.
3. BABCOCK WW — Radical single-stage extirpation for cancer of the large bowel, with retained functional anus. *Surg Gynec Obst*, 85: 1, 1947.
4. BACON HE — Evolution of sphincter muscle preservation and reestablishment of continuity in the operative treatment of rectal and sigmoidal cancer. *Surg Gynec Obst*, 81: 113, 1945.
5. WAUGH JM & TURNER JC Jr. — Abdominoperineal resection with preservation of the anal sphincter for carcinoma of the midrectum. *Surg Gynec Obst*, 107: 777, 1958.
6. SIMONSEN O, HABR A & GAZAL P — Retossigmoidectomia endoanal com ressecção de mucosa retal. *Rev Paul Med*, 57: 116, 1960.
7. PARKS AG — Per-anal anastomosis. *World J Surg*, 6: 531, 1982.
8. MAUNSELL HW — A new method of excising the two upper portions of the rectum and lower segment of the sigmoid flexure of the colon. *Lancet*, 2: 473, 1892.
9. WEIR RF — An improved method of treating high-seated cancers of the rectum. *J Amer Med Ass*, 37: 801, 1901.
10. BLACK BM — Combined abdomino-endorectal resection: technical aspects and indications. *Arch Surg*, 65: 406, 1952.
11. TOUPET A — Techniques de résection du rectum abdomino-transanale par retournement sans anus préalable avec abaissement systématique du côlon transverse. *J Chir*, 66: 37, 1950.
12. SWENSON O — A new surgical treatment for Hirschprung's disease. *Surgery*, 28: 381, 1950.
13. CUTAIT DE — Tratamento do megassigma pela retossigmoidectomia. Tese — Docência-Livre Fac. Med. USP. Editora Saraiva, SP, 1953.
14. CUTAIT DE — Megacólon: Nova técnica de retossigmoidectomia abdominoperineal sem colostomia. Anais do I Congresso Latino-Americano, II Internacional e X Brasileiro de Proctologia. SP — BR, 831, 1960.
15. CUTAIT DE — Technic of rectosigmoidectomy for megacolon; report of 425 resections. *Disc Col & Rec.*, 8: 107, 1965.
16. CUTAIT DE — Prevention of pelvic complications in pull-through operations for cancer and benign lesions. *Proc Royal Soc Med*, 63: 121, 1970.
17. CUTAIT DE — Endo-anal abdominoperineal pull-through resection with colorectal anastomosis. *Operative Surgery*, 3ª ed., Butterworths, London, 1977.
18. CUTAIT DE — Tratamiento quirúrgico del megacólon adquirido — In Lentini, J. — *Temas de Coloproctologia* — Ed. Fontalba, Barcelona, 63: 76, 1982.
19. CUTAIT DE — Abdominoperineale Durchzugsresektion. Em Reifferscheid, M. *Rektumkarzinom* — G. Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 63: 71, 1983.
20. CUTAIT DE & FIGLIOLINI FJ — A new method of colorectal anastomosis in abdominoperineal resection. *Dis. Colon Rect*, 4: 335, 1961.
21. CUTAIT DE & FIGLIOLINI FJ — Cirurgia conservadora no câncer do reto: nova técnica de anastomose colorretal nas retocolecotomias abdominoperineais. *Rev Ass Med Bras*, 8: 91, 1962.
22. CUTAIT DE & FIGLIOLINI FJ — Megacólon adquirido: Nova técnica da anastomose colorretal na retossigmoidectomia abdominoperineal. *Rev Paul Med*, 60: 447, 1962.
23. CUTAIT DE, FIGLIOLINI FJ & BRANCO PD et al. — Experiência com o tratamento do megacólon adquirido pela sigmoidectomia e descrição da técnica da anastomose colorretal retardada. *Rev Ass Med Bras*, 11: 429, 1965.
24. RAIA AA & HADDAD J — Megacolo. In Zerbini, E.J., *Clínica Cirúrgica Alípio Corrêa Netto*, Edit. Sarvier, p. 51, 1974.
25. HADDAD J, RAIA A & CORREA NETO A — Abaixamento retrorretal do côlon com colostomia perineal no tratamento do megacólon adquirido (operação de Duhamel modificada). *Rev Ass Med Bras*, 11: 83, 1965.