

AVALIAÇÃO CLÍNICA E ELETROMANOMÉTRICA EM PACIENTES PORTADORES DE MEGACOLO CHAGÁSICO SUBMETIDOS À SIGMOIDECTOMIA ASSOCIADA À ANORRETOMIECTOMIA

Delcio Matos¹
Boris Barone²
Jesus Pan Chacon³

RESUMO

Os autores relatam os resultados de avaliação clínica e eletromanométrica, no pré e no pós-operatório, em 22 pacientes portadores de megacolo chagásico, submetidos à sigmoidectomia associada à anorretomiectomia. Observaram melhora da função intestinal em 17 (77,3%) e recidiva do megacolo em cinco (22,7%) dos pacientes em um período médio de 24,3 meses após o ato cirúrgico. Alterações da continência fecal foram detectadas em 13 (59%) dos pacientes, sendo consideradas persistentes em sete (52,9%). A acalásia esfíncteriana persistiu em todos os pacientes e a ampola retal permaneceu dilatada na maioria deles. Com base nos resultados obtidos os autores não encontram justificativa racional para a indicação desta associação de operações.

A sigmoidectomia, através da ressecção do colo dilatado, elimina importante fator de estase, podendo desta forma determinar uma melhora da função intestinal nos pacientes portadores de megacolo chagásico. Como, no entanto, permanece a porção distal do intestino também dilatada, os resultados desta operação são discutíveis e, de certa forma, condenados por vários autores^{3, 4, 6}. A associação da anorretomiectomia à sigmoidectomia^{7, 8} visa atuar sobre o fenômeno da acalásia, na tentativa de eliminar o seu efeito e, conseqüentemente, facilitar o esvaziamento da ampola retal, segmento intestinal não tratado quando se executa a sigmoidectomia isoladamente.

Dando continuidade a nossa linha de pesquisa^{9, 10, 11, 12} e particularmente interessados na investigação das alterações funcionais pós-operatórias, foi estabelecida uma metodologia de trabalho no sentido do estudo das alterações clínicas e eletromanométricas induzidas pela sigmoidectomia associada à anorretomiectomia, em pacientes portadores de megacolo chagásico.

A investigação eletromanométrica, em especial, se relaciona, fundamentalmente, com a verificação das alterações provocadas pela anorretomiectomia sobre o aparelho esfíncteriano. A sigmoidectomia, isoladamente, não determina alterações eletromanométricas ao nível esfíncteriano, como ficou demonstrado com o estudo pós-operatório em separado, de um grupo de pacientes submetidos a esta operação.

PACIENTES E MÉTODOS

Foram realizadas avaliações clínicas e eletromanométricas anorretais, no pré e no pós-operatório de 22 pacientes portadores de megacolo chagásico

Trabalho realizado na Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica do Departamento de Cirurgia da Escola Paulista de Medicina

- 1 Professor-Adjunto
- 2 Professor-Adjunto – Chefe do Grupo de Intestinos
- 3 Professor Titular – Chefe da Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica da Escola Paulista de Medicina

submetidos à sigmoidectomia associada à anorretomiectomia. Todos pacientes apresentavam uma síndrome de obstipação intestinal crônica progressiva, antecedentes epidemiológicos positivos para doença de Chagas, alterações radiológicas sugestivas de megacolo e alterações eletromanométricas anorretais compatíveis com disfunção reto-esfincteriana encontrada na doença de Chagas intestinal⁹. A reação de Machado Guerreiro foi positiva em 17 (77,2%) dos 22 pacientes. O método cirúrgico adotado consistiu, no tempo abdominal, da ressecção da alça sigmoideana dilatada, adotando-se como nível proximal de ressecção a transição descendente-sigmóide, identificada pelo início do mesossigmóide; o nível distal de ressecção situou-se a 5 cm da reflexão peritoneal no retosigmóide. A anorretomiectomia consistiu na ressecção endoanal, submucosa, de uma faixa do músculo esfíncter interno do ânus, a partir do seu bordo inferior, no canal anal, em uma extensão longitudinal de 6 a 8 cm e largura de 1 a 2 cm.

Foi utilizado para as medições das pressões esfincterianas e registro dos reflexos reto-esfincterianos o método dos balões insufláveis miniaturizados⁹, associados a transdutores de pressão Stathan e conectados a um eletromanômetro Beckman de quatro canais modelo R-411. Quando se analisou o traçado gráfico eletromanométrico anorretal, os seguintes parâmetros foram considerados: tono basal esfincteriano, alterações do traçado com estimulações sucessivamente crescentes da ampola retal, alterações do traçado com a supressão brusca do estímulo e registro dos volumes máximos de estimulação retal.

RESULTADOS

A pressão esfincteriana basal (tono de repouso) variou de $19,4 \pm 2,8$ mmHg no pré-operatório para $14,7 \pm 3,5$ mmHg no pós-operatório, diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). A ausência do reflexo reto-esfincteriano foi observada em todos pacientes no pré e no pós-operatório. As medidas dos volumes máximos tolerados de estimulação retal (350 cm^3 de ar no pré-operatório e $298,2 \text{ cm}^3$ de ar no pós-operatório) não mostraram médias variando significativamente, permanecendo em valores acima do normal⁹.

Em relação aos resultados clínicos observou-se melhora da função intestinal em 17 (77,3%) dos pacientes e recidiva clínica e radiológica em cinco (22,7%), 24,3 meses, em média, após o tratamento cirúrgico; em 13 (59%) pacientes foram detectadas alterações mínimas da continência fecal, sendo que em sete (53,9%) esta compli-

cação foi considerada persistente e sem tendência a melhorar com o tempo.

As complicações gerais pós-operatórias foram frequentes sendo, no entanto, consideradas benignas, apresentando boas evoluções. Não houve mortalidade.

COMENTÁRIOS

A melhora da função intestinal observada não pode ser considerada definitiva; a discinesia colorretal e a acalásia esfincteriana são fenômenos persistentes, pois que dependem da lesão fundamental representada pela destruição ganglionar e desnervação intestinal difusa. A instalação da recorrência da obstipação intestinal dependerá, portanto, do grau de lesão do intestino remanescente. É provável que os resultados obtidos se devam à ressecção do segmento cólico dilatado e não à anorretomiectomia, dado o fato de que, em prazo relativamente curto, a maioria dos pacientes apresentou perfil eletromanométrico semelhante ao do pré-operatório.

Parece provável que a redução da pressão esfincteriana anorretal, em seguida à anorretomiectomia, tenha sido um fator importante para o aparecimento da incontinência mínima. A repetição do exame eletromanométrico anorretal em cinco pacientes portadores de incontinência mínima pós-operatória persistente, num período médio de tempo variando entre 10 e 68 meses após o ato operatório, demonstrou persistência dos valores baixos de pressão esfincteriana basal em todos os pacientes. A fibrose linear submucosa longitudinal no canal anal e as alterações da sensibilidade local, que se observaram após a cicatrização da anorretomiectomia, podem, teoricamente, serem responsabilizadas pelas alterações da continência fecal^{1, 2, 5}.

CONCLUSÕES

1. A anorretomiectomia determinou, na maioria dos pacientes, uma redução da pressão ao nível do canal anorretal, não interferindo, contudo, no fenômeno da acalásia, o qual persistiu, no pós-operatório, em todos os pacientes.

2. A anorretomiectomia determinou incontinência mínima pós-operatória em 59,1% dos pacientes sendo que, em mais da metade deles, esta complicação foi considerada persistente e sem tendência a melhorar com o tempo.

3. A anorretomiectomia não determinou alterações da fisiologia da ampola retal, detectáveis pelo método de exame empregado, quer na

tonicidade da sua parede, quer na sensibilidade à recepção de estímulos máximos.

4. Baseado na fundamentação teórica da indicação da associação da anorretomiectomia à sigmoidectomia, no tratamento do megacolo chagásico, e nos resultados de eletromanometria anorretal pré e pós-operatória, parece não haver justificativa racional para a indicação desta associação de operações.

SUMMARY

The authors report clinical and manometric evaluation of 22 patients with Chagas' disease of the colon, submitted to sigmoidectomy associated with internal anal sphincterectomy, before and after surgical treatment. Overall results showed, in the short term, normal bowel function in 17 (77.3%) and recurrence of symptoms in 5 (22.7%) patients; 13 (59%) referred minor defects in anal continence which persisted in 7 (53.9%). They noted persistence of sphincteric achalasia and dilated rectum in the postoperative period. Based on these results they do not find support to recommend this association of operations.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BENNETT RC & DUTHIE HL — The functional importance of the internal anal sphincter. *Brit J Surg*, 51: 355-357, 1964.
2. CERDÁN FJ, DELÉON AR, AZPIROZ F, MARTIN J & BALIBREA JL — Anal sphincteric pressure in fissure-in-ano before and after lateral internal sphincterotomy. *Dis Col Rect*, 25: 98-201, 1982.
3. CUTAIT DE — Tratamento do megassigma pela retossigmoidectomia. São Paulo, 1953. Tese — Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
4. FINOCHIETTO R — Megassigmoideum: resultados alejados de la sigmoidectomia. *Rev Cirurg B Aires*, 6: 712-729, 1927.
5. FISCHER M, THERMANN M & HAMELMANN H — Manometrische untersuchungen des Analkanales bei der primarchronischen Fissur vor und nach der Behandlung durch Dehnung oder sphinterotomie. *Der Chirg*, 49: 111-113, 1978.
6. GUTIERREZ A — Tratamiento quirúrgico del megacolon pelviano. In: *Congresso Brasileiro e Americano de Cirurgia*, 2.º Anais. Rio de Janeiro, 2: 45-89, 1940.
7. KERZNER A & MUNHOZ JB — Sigmoidectomia com anorretomiectomia para o tratamento do megacolon chagásico. In: *Congresso Brasileiro de Proctologia*, 23.º Temas Livres. Rio de Janeiro, p. 11, 1973.
8. MARCONDES CELSO N — Tratamento do megacolo adquirido pela anorretomiectomia. *Rev Ass Med M Gerais*, 13: 139-146, 1962.
9. MATOS D — Eletromanometria anorretal: sua avaliação nos indivíduos normais e naqueles portadores de megacolo chagásico. São Paulo, Tese — Escola Paulista de Medicina, 1977.
10. MATOS D, MARTINS JL, BARONE B, CHACON JP & PINUS J — Eletromanometria anorretal: análise dos resultados de 100 exames realizados em pacientes portadores de obstipação intestinal crônica. In: *Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia*, 31.º Anais. S. Paulo, p. 49, 1981.
11. MATOS D, OLIVEIRA E & CHACON JP — Eletromanometria anorretal: sua avaliação nos indivíduos normais e naqueles portadores de megacolo chagásico. *Rev Col Bras Cir*, 8: 140-145, 1981.
12. MATOS D, WERNECK JAL & OLIVEIRA E — Anatomia do piloro anorretal e suas implicações cirúrgicas. *Bol Sanat S. Lucas*, 38: 147-160, 1977.

Endereço do Autor:
 Delcio Matos
 Rua Edison, 981 — Ap. 143
 Campo Belo
 04618 — São Paulo — SP