
DILATAÇÃO TÓXICA DO CÓLON NO MEGACÓLON CHAGÁSICO

SHOITI KOBAYASI
ELSON FÉLIX MENDES
CESAR TADEU SPADELLA
MARIA APARECIDA MARCHESAN RODRIGUES
MARCELO FABIANO FRANCO

KOBAYASI S, MENDES EL, SPADELLA CT, RODRIGUES MAM, FRANCO MF - Dilatação tóxica do cólon no megacólon chagásico.

RESUMO: Dilatação tóxica do cólon tem sido relatada em colites de diferentes etiologias. Identificamos esta complicação em 10 pacientes portadores de megacólon chagásico. O quadro clínico registrado em todos os casos foi de dor e distensão abdominal progressiva, acompanhado de febre, toxemia grave e choque. Cinco pacientes desenvolveram o quadro após manipulação para esvaziamento de fecaloma, três apresentaram vôlvo do sigmóide e dois história de diarreia aguda. Quatro pacientes foram submetidos a colectomia total com ileostomia (um óbito), quatro a colectomia parcial (quatro óbitos) e dois receberam somente tratamento clínico (dois óbitos). O exame anatomopatológico evidenciou em todos os casos grave colite, com ulcerações múltiplas e extensão transmural da inflamação. A necropsia dos pacientes submetidos a colectomia parcial revelou colite e enterite residuais em três casos. Nossos dados indicam que o procedimento cirúrgico de escolha deve ser a colectomia total.

UNITERMOS: dilatação tóxica do cólon; megacólon chagásico

A dilatação tóxica (DT) do cólon é uma entidade grave relacionada à evolução fulminante de várias formas de colite^{1, 2, 3}. É uma condição na qual o cólon perde a capacidade de se contrair, torna-se dilatado, distendido, altamente suscetível à perfuração^{4, 5}. O quadro clínico é dramático, frequentemente fatal, caracterizado por rápida progressão dos sinais e sintomas de distensão abdominal, vômitos, diarreia, com instalação de toxemia grave e colapso circulatório^{4, 5, 6}.

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia e Ortopedia e no Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da UNESP, Botucatu - SP

Aceito para publicação em
23 de fevereiro de 1987

No megacólon chagásico foram descritos, em 1976, três casos de dilatação tóxica do cólon⁷. Verificou-se nestes casos colite ulcerativa grave sobreposta ao megacólon. Esta complicação também tem sido observada nos pacientes portadores de megacólon atendidos no HC-FM Botucatu. Frente à importância médica que a colopatia chagásica apresenta em nosso meio, relatamos a casuística de dilatação tóxica do cólon associada ao megacólon chagásico, registrada no Departamento de Cirurgia e Ortopedia da Faculdade de Medicina de Botucatu.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram estudados retrospectivamente 10 casos de dilatação tóxica do cólon associada ao megacólon chagásico, diagnosticados no HC-FM Botucatu - entre 1975 e 1984. Foram também levantados neste período 216 casos de megacólon chagásico, sendo notificada a frequência de ulcerações, registradas como colite ulcerativa. O diagnóstico de dilatação tóxica foi baseado em dados clínicos, radiológicos e morfológicos, obtidos através de revisão de prontuários, exames radiológicos e do material submetido a exame anatomopatológico. A etiologia chagásica dos megas foi documentada por sorologia e histologicamente pelo encontro de rarefação de neurônios e de infiltrado inflamatório nos plexos nervosos mioentéricos.

RESULTADOS

Dos 216 casos de megacólon chagásico 44 apresentaram colite ulcerativa associada. Destes, 10 desenvolveram dilatação tóxica do cólon; portanto, a incidência global desta complicação foi de 4,6% (*Tabela 1*).

Em oito casos houve diagnóstico clínico e tratamento cirúrgico; em dois casos o diagnóstico foi feito retrospectivamente após necropsia. Os dados clínicos dos pacientes são demonstrados na *Tabela 2*. Oito eram do sexo masculino (sete de cor branca, um pardo) e dois do sexo feminino (duas brancas). Suas idades variaram de 32 a 72

Tabela 1 - Incidência de colite ulcerativa e dilatação tóxica do cólon (DT) no megacólon chagásico (1975-1984).

	Megacólon e Colite ulcerativa	Colite ulcerativa e D.T.	Megacólon e D.T.
Casística	216/44	44/10	216/10
Incidência	20,3%	22,7%	4,6%

anos, sendo em média 52 anos. A maioria dos pacientes (n = 6) situou-se entre 32 e 49 anos. Todos apresentaram história de obstipação intestinal crônica, antecedentes epidemiológicos e/ou sorologia positiva para doença de Chagas. O quadro clínico registrado em todos os casos foi de dor e distensão abdominal progressiva, acompanhada de febre, toxemia grave, desidratação e choque.

Os exames laboratoriais evidenciaram, em comum, leucocitose elevada e alterações bioquímicas decorrentes dos estados de toxemia e choque prolongados. Cinco pacientes apresentaram no momento da consulta quadro clínico e radiológico de fecaloma; foram submetidos à manipulação para esvaziamento das fezes e desenvolveram

após 24-28 h quadro toxêmico grave (Tabela 2). Os demais pacientes (n = 5) já apresentavam, no momento da consulta, dor e distensão abdominal importantes, acompanhados de sinais de toxemia. Havia evidências de volvo do sigmóide em três casos e em dois história de diarreia aguda.

A análise dos exames radiológicos simples de abdômen foi dificultada pelas condições de manipulação prévia dos pacientes portadores de fecaloma. Em geral, caracterizou-se por distensão generalizada, principalmente do intestino grosso (Fig. 1), com presença de pneumoperitônio em dois casos.

Quatro pacientes foram submetidos a colectomia total, quatro a colectomia subtotal e dois foram mantidos em tratamento clínico constituído de decompressão gástrica e retal, além de antibioticoterapia maciça, por não apresentarem condições de intervenção cirúrgica (Tabela 2). Nos casos operados os achados cirúrgicos foram de acentuada distensão de todo o cólon, presença de líquido amarelo citrino ou de material purulento na vigência de perfurações. Estas eram puntiformes, difíceis de serem localizadas durante a cirurgia.

O exame anatomopatológico revelou em todos os casos ulcerações profundas, confluentes, geralmente dispostas ao

Tabela 2 - Dados clínicos cirúrgicos e morfológicos dos 10 pacientes portadores de megacólon chagásico, que desenvolveram dilatação tóxica do cólon.

Idade (anos) sexo/cor	Dados clínicos	Tratamento cirúrgico	Evolução	Lesões intestinais
34 M/Br	Fecaloma Enteroclismas Diarreia, vômitos	-	Toxemia Óbito	Colite ulcerativa Enterocolite ulcerativa
32 M/Br	Fecaloma Enteroclismas Diarreia Pneumoperitônio	Colectomia parcial	Toxemia Óbito (4.º P.O.)	Colite ulcerativa Perfurações Enterite ulcerativa Perfurações
48 F/Br	Diarreia Volvo	Colectomia parcial	Toxemia Óbito (4.º P.O.)	Colite ulcerativa Enterite ulcerativa Perfurações
72 M/Br	Fecaloma Vômitos	-	Toxemia Óbito	Colite ulcerativa Perfurações
66 M/Br	Fecaloma Peritonite	Colectomia total	Abscesso Diarreia	Colite ulcerativa Perfurações
49 M/Br	Diarreia Volvo	Colectomia total	Peritonite Óbito (20.º P.O.)	Colite ulcerativa Enterite ulcerativa Perfurações
64 M/PD	Diarreia Abdome agudo Pneumoperitônio	Colectomia parcial	Toxemia Óbito (3.º P.O.)	Colite ulcerativa Enterite ulcerativa Perfurações
72 M/Br	Abdome agudo Volvo	Colectomia parcial	Arritmia Óbito (4.º P.O.)	Colite ulcerativa
42 F/Br	Abdome agudo Toxemia	Colectomia total	Abscesso	Colite ulcerativa Enterite ulcerativa Perfurações
49 M/Br	Fecaloma Enteroclismas	Colectomia total	Abscesso	Colite ulcerativa Enterite ulcerativa

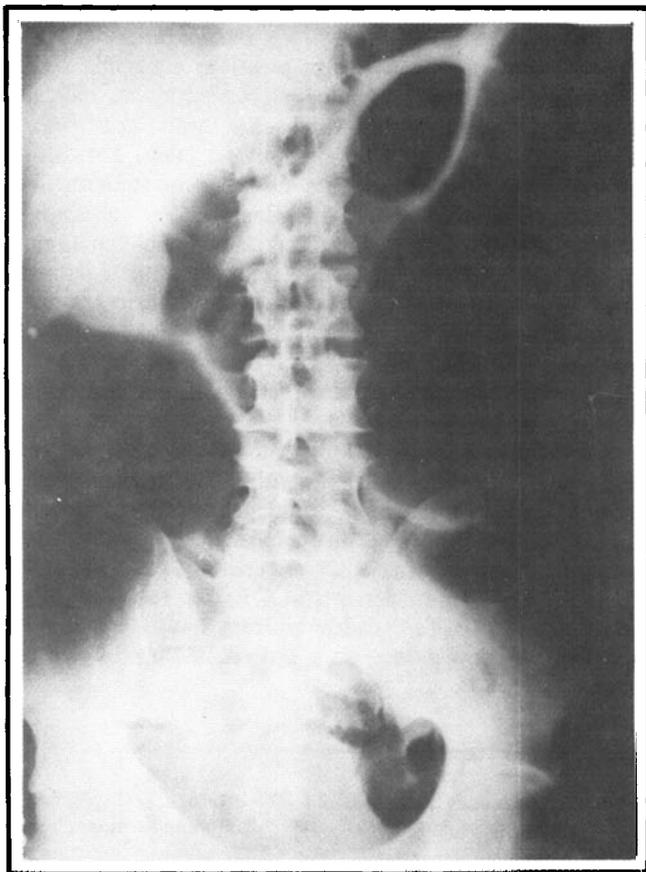


Fig. 1 – Raio X simples de abdômen. Distensão acentuada do cólon.

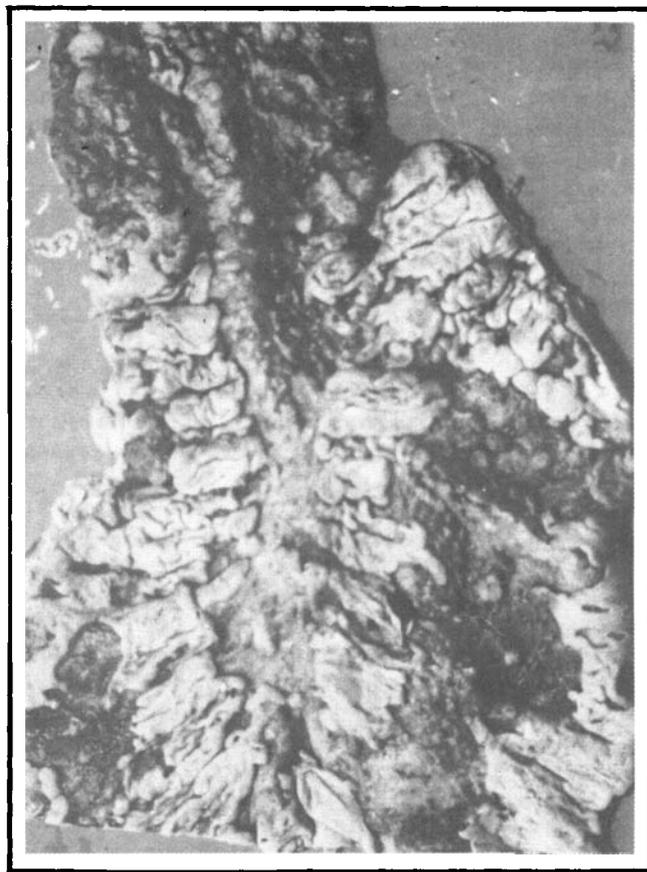


Fig. 2 – Megacólon com ulcerações extensas, confluentes e segmento proximal dilatado, de aspecto necrótico, com ulcerações ao longo das tênias.

longo das tênias. Estas lesões eram mais evidentes na porção dilatada do sigmóide (Fig. 2) mas se estendiam por todo o cólon, abrangendo em três casos o íleo terminal. Histologicamente verificou-se abundante tecido de granulação no fundo das úlceras e infiltrado inflamatório que dissociava as camadas musculares até a serosa. Evidenciou-se, nas áreas de megacólon, rarefação de plexos nervosos mioentéricos e de neurônios.

Todos os pacientes submetidos à colectomia subtotal ($n = 4$) evoluíram para óbito. Três faleceram em pós-operatório recente (3.º e 4.º p.o.) com quadro de toxemia; um paciente foi a óbito por arritmia cardíaca. Dos quatro pacientes submetidos à colectomia total, três estão vivos; um evoluiu para óbito por deiscência e peritonite em pós-operatório tardio (20.º p.o.).

Os pacientes que sobreviveram ($n = 3$) apresentaram complicações pós-operatórias, tais como deiscências múltiplas, peritonite; um paciente desenvolveu síndrome do intestino curto, de evolução transitória. Todos os pacientes que evoluíram para óbito foram examinados em necrópsia, que demonstrou colite e enterite ulcerativa residual em três casos submetidos à colectomia subtotal.

DISCUSSÃO

Em 1946, *Chrisholm*⁸ relatou um caso de retocolite ulcerativa idiopática (RCUI) que apresentou dilatação

súbita do cólon, perfuração e peritonite, acompanhado de quadro clínico de grave toxemia. Esta síndrome foi denominada megacólon tóxico⁹. Admitiu-se inicialmente que fosse complicação peculiar à RCUI, mas a literatura tem demonstrado que este fenômeno pode ocorrer em colites de várias etiologias^{1, 2, 3, 8, 10}. O termo dilatação tóxica do cólon tem sido apontado por vários autores como mais descritivo e apropriado para tal síndrome, distinguindo-a das formas crônicas do megacólon congênito e adquirido^{10, 11, 12}. Em nossa casuística, frente às condições inerentes à patologia básica—megacólon chagásico — julgamos que a melhor designação seja dilatação tóxica do cólon. *Ginani* e cols.² também utilizaram tal denominação, quando registraram esta complicação em três casos de megacólon chagásico.

A incidência de dilatação tóxica do cólon relatada na RCUI varia de 1,5 a 5,5%¹³. Estes valores assemelham-se ao que verificamos em nossa casuística (4,6%). Por outro lado, se considerarmos a incidência de dilatação tóxica nos casos de megacólon com colite ulcerativa verificamos que a frequência é bem maior (22,7%). Entretanto esta taxa não deve ser levada em conta visto que não são computados os casos de megacólon com colite ulcerativa sem indicação cirúrgica.

Quanto aos mecanismos fisiopatológicos envolvidos na gênese da dilatação tóxica do cólon, admite-se que o

comprometimento inflamatório das camadas musculares seja importante fator condicionante da atonia e dilatação intestinal^{9, 12, 14, 15}. Contudo, a circunstância crítica que levaria à extensão transmural do processo inflamatório da mucosa não é conhecida. Vários autores acreditam que o processo patológico básico seja um distúrbio da motilidade intestinal com diminuição da contratilidade e da propulsão^{9, 14}.

Substâncias terapêuticas inibidoras da motilidade intestinal como opiáceos, anticolinérgicos e manipulações terapêuticas como enemas ou colonoscopia têm sido apontadas como fatores precipitantes^{10, 14, 16, 17}. A motilidade anômala favorece modificação da flora intestinal e a instalação de infecção secundária na mucosa. Na colopatia chagásica o distúrbio da motilidade intestinal pode ser explicado pela destruição dos plexos nervosos mioentéricos, levando ao megacólon e à estase fecal crônica. Esta propiciaria mudança de flora e o aparecimento de úlceras de estase e de colites. *Ginani* e cols.⁹ imputaram o enteroclisma utilizado no esvaziamento de fecaloma como provável agente desencadeador da dilatação tóxica.

Em nossa casuística, 50% dos pacientes eram portadores de fecaloma e desenvolveram quadro de dilatação tóxica após manipulações de esvaziamento. Acreditamos que a adição de líquidos à alça dilatada, com maior superfície de absorção e com lesões ulcerativas da mucosa, deve favorecer a absorção de toxinas e a extensão transmural da inflamação.

O diagnóstico de dilatação tóxica é baseado em dados clínicos e radiológicos^{10, 11, 15, 18}. No megacólon chagásico a suspeita desta complicação deve ser apoiada mais no quadro clínico rapidamente evolutivo de distensão abdominal e toxemia grave, do que no acompanhamento radiológico. Em nosso material, a revisão dos exames radiológicos simples de abdômen não permitiu identificar diferenças relevantes entre as características radiológicas registradas antes e após a evolução para dilatação tóxica. Nos casos diagnosticados como volvo do sigmóide não houve melhora da distensão abdominal após manipulação endoscópica. Os pacientes cursaram com acentuada piora do estado geral após manipulação. Provavelmente já apresentavam o quadro de dilatação tóxica que poderia ter favorecido em sua evolução uma torção do sigmóide. Merece também destaque o fato de que 60% dos casos apresentavam perfurações múltiplas no segmento colônico ressecado e os exames radiológicos revelaram pneumoperitônio em apenas dois casos.

Outro aspecto que deve ser considerado é o péssimo estado geral e nutricional dos pacientes, com conseqüente resposta alterada ao estresse que pode explicar a aparente estabilização de suas condições gerais apesar do estado toxêmico grave. Desta forma, o leucograma com contagem específica é importante parâmetro para monitorizar os pacientes suspeitos, juntamente com as medidas gerais. O leucograma tende a subir rapidamente, lembrando o quadro hematológico da trombose mesentérica.

No tratamento cirúrgico da dilatação tóxica do cólon têm sido utilizadas a proctocolectomia com ileostomia, a colectomia subtotal com ileostomia e a ileostomia com colostomia descompressiva. Não há na literatura consenso

sobre a intervenção ideal e cada uma tem suas vantagens e desvantagens^{9, 10, 12, 17, 18, 19}. No megacólon chagásico, o fato da colite ulçerativa preservar a ampola retal, afasta a possibilidade de intervenções cirúrgicas radicais como a proctocolectomia total. Em nossa casuística, empregamos tanto a colectomia subtotal como a colectomia total com ileostomia. Este último procedimento foi utilizado quando o processo inflamatório e ulcerativo atingiu todo o cólon, acometendo também o íleo terminal. Nos casos apresentados, a colectomia subtotal não foi associada a ileostomia. Entretanto, pela evolução pós-operatória dos pacientes que continuaram com toxemia e distensão do segmento colônico proximal apesar da descompressão gástrica, pode tornar válida a utilização da ileostomia descompressiva.

A mortalidade pós-operatória observada nos procedimentos cirúrgicos utilizados fica difícil de ser comparada, seja pela casuística pequena, como pelo grave comprometimento do estado geral dos pacientes. A maioria dos óbitos ocorreu nos pacientes submetidos à colectomia parcial, e a necropsia demonstrou, nesses casos, colite e enterite residuais. Tais dados indicam que a colectomia total com ileostomia deve ser o procedimento cirúrgico de escolha.

Kobayasi S, Mendes EF, Spadella CT, Rodrigues MAM, Franco MF - Toxic dilatation of the colon complicating Chagas megacolon.

SUMMARY: Toxic dilatation of the colon has been reported in the course of many types of colitis. We have seen this complication in 10 cases of Chagas megacolon. Clinically all patients became acutely ill with rapid deterioration in their overall condition, progressive abdominal distention, signs of toxemia and shock. Five patients had the onset of the symptoms following management of protracted fecal impaction. Three patients had volvulus of the sigmoid colon and two had acute diarrhea. Total colectomy with ileostomy was performed in four cases (one death) and subtotal colectomy in four cases (four deaths). Two patients received only clinical care (two deaths). Histopathologically, there was in all cases severe colitis with multiple ulcerations and transmural extension of the inflammatory process. Post-mortem examination showed residual ileocolitis in three of four patients submitted to subtotal colectomy. Our data suggest that total colectomy could be the best surgical procedure for this complication.

KEY - WORDS: toxic dilatation of the colon; Chagas megacolon

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marshak RH, Lester LJ, Friedman AI. Megacolon: A complication of ulcerative colitis. *Gastroenterology* 1950; 16: 768-772.
2. Ginani FF, Rezende MS, Magalhães AV, Barbosa JA, Barbosa HB. Dilatação aguda do cólon no megacólon chagásico. *Rev Ass med Brasil* 1976; 22: 32-33.
3. Mateo S, Casanova D, Blazquez C, Martin J, Audicana J, Le-bolla JH. Megacolon tóxico por colitis amebiana. A propósito de três casos. *Rev esp Enf Ap digest*, 1984; 66: 543-545.
4. Odyniec NA, Juad ES, Sauer WG. Toxic megacolon: Significant improvement in surgical management. *Arch Surg* 1967; 94: 638-643.

5. Thomford NR, Rybak JJ, Pace WG. Toxic megacolon. *Surg Gynecol Obstet* 1969; 128: 21-26.
6. De Rombal FT, Watts JM, Watkinson G. Intraperitoneal perforation of the colon in ulcerative colitis. *Proc R Soc Med* 1965; 58: 713-715.
7. Foley WJ, Weaver DK, Coon WW. Toxic megacolon and granulomatous colitis. Report of two cases. *Am Surg* 1971; 37: 67-72.
8. Chrisholm TC. Acute fulminating ulcerative colitis with massive perforation and peritonitis. Report of a case. *Arch Surg* 1946; 53: 462-476.
9. Fazio VM. Toxic megacolon in ulcerative colitis and Crohn's colitis. *Clin Gastroenterol* 1980; 9: 389-407.
10. Smith FW, Law DN, Nickelw F Jr. Fulminant ulcerative colitis with toxic dilatation of the colon. Medical and surgical management of 11 cases with observations regarding etiology. *Gastroenterology* 1962; 42: 233-243.
11. Adams TJ. Toxic dilatation of the colon. A surgical disease. *Arch Surg* 1973; 106: 678-682.
12. Prohaska JV, Greer D Jr., Ryan JF. Acute dilatation of the colon in ulcerative colitis. *Arch Surg* 1964; 89: 24-30.
13. Binder CS, Paterson JF, Glotzer DJ. Toxic megacolon in ulcerative colitis. *Gastroenterology* 1974; 66: 909-915.
14. Norland CC, Kirsner JB. Toxic dilatation of the colon (toxic megacolon): etiology, treatment and prognosis in 42 patients. *Medicine* 1969; 48: 229-250.
15. Roth JLA, Valdes Dapena A, Stein GN. Toxic megacolon in ulcerative colitis. *Gastroenterology* 1959; 37: 239-255.
16. Jalan KN, Sircus W, Card WI, Falloner CWA, Bruce J, Crean JP, McManos JPA, Small WP. An experience of ulcerative colitis. Toxic dilatation in 55 cases. *Gastroenterology* 1969; 57: 68-82.
17. Truelove SC, Marks CG. Toxic megacolon. Part 1: Pathogenesis, diagnosis and treatment. *Clin Gastroenterol* 1981; 10: 117.
18. Muscroft TS, Warren PM, Asquit AP, Montgomery RD, Sokhi GS. Toxic megacolon in ulcerative colitis: a continuing challenge. *Postgrad Med J* 1981; 57: 223-227.
19. Turnbull RB Jr., Hawk WA, Weakley GL. Surgical treatment of toxic megacolon: Ileostomy and colostomy to prepare patients for a colectomy. *Am J Surg* 1971; 122: 325-331.

Endereço do Autor:

Shoiti Kobayasi
Rubião Júnior
18610 – Botucatu – SP