

# ANASTOMOSE COLORRETAL IMEDIATA NA OPERAÇÃO DE DUHAMEL

MANOEL ALVARO DE F. LINS NETO, ASBCP  
CARLA LUZ COUTINHO CANSANÇÃO, FSBCP  
LUIZ ROMERO CAVALCANTE FARIAS

---

LINS NETO MAF, CANSANÇÃO CLC, FARIAS LRC – Anastomose colorretal imediata na operação de Duhamel.  
*Rev bras Colo-Proct.*, 1988; 8(1): 14-16.

**RESUMO:** Trinta e três pacientes portadores de megacólon chagásico foram tratados pela operação de Duhamel com anastomose colorretal imediata, utilizando sutura manual em plano único. As taxas de abscesso de parede e de deiscência parcial do coto retal foram de 6%. Nenhum paciente apresentou fístula ou deiscência anastomótica e a mortalidade operatória foi zero. Dois pacientes (6%) apresentaram incontinência anal pós-operatória imediata.

**UNITERMOS:** megacólon chagásico; operação de Duhamel

---

A operação de Duhamel-Haddad<sup>1</sup> é a mais utilizada no nosso meio para o tratamento cirúrgico do megacólon chagásico<sup>1-8</sup>.

A permanência hospitalar prolongada desses pacientes acarreta transtornos de origem financeira e laborativa, já que a doença de Chagas atinge, principalmente, a população da zona rural numa faixa etária produtiva.

Com o objetivo de avaliar os resultados obtidos com a operação de Duhamel com anastomose colorretal imediata, com relação à permanência do paciente no hospital, a morbidade e a mortalidade, realizamos este trabalho.

## CASUÍSTICA E MÉTODOS

No período de setembro/1985 a junho/1987, 33 pacientes portadores de megacólon chagásico foram submetidos à operação de Duhamel<sup>8</sup>, com anastomose colorretal imediata, no Serviço de Proctologia do Hospital da Agro-Indústria do Açúcar e do Alcool de Alagoas.

---

Trabalho realizado no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital da Agro-Indústria do Açúcar e do Alcool de Alagoas.

A idade variou de 9 a 65 anos para o sexo masculino e de 20 a 50 anos para o sexo feminino, com média de 35 anos.

A maioria dos pacientes apresentava constipação intestinal, que variou de 15 a 90 dias. Fecália foi diagnosticado em 15 pacientes.

Seis pacientes foram submetidos anteriormente a operações em outra unidade hospitalar (três sigmoidectomias, duas colostomias e uma operação de Hartmann).

Em todos os pacientes o diagnóstico foi feito através da anamnese, quadro clínico, enema opaco, reação de fixação e complemento (Machado Guerreiro), que foi positiva em 23/29 pacientes, e confirmado pelo histopatológico. Dezenove pacientes apresentavam bloqueio A-V no eletrocardiograma.

Todos os pacientes foram submetidos a um preparo pré-operatório padrão: limpeza mecânica do cólon (dieta líquida e lavagens intestinais e Manitol a 10% na véspera da operação) associada à antibioticoterapia profilática (Garamicina 80 mg IM + Cloranfenicol 1 g EV, administrados duas horas antes da operação).

## Técnica operatória

Paciente em decúbito dorsal com pernas semifletidas.

### I – Tempo abdominal

- 1) Incisão paramediana pararectal interna esquerda.
- 2) Diérese por planos.
- 3) Visualização do megacólon.
- 4) Identificação + reparo dos ureteres.
- 5) Descolamento do ligamento espleno-cólico.
- 6) Dissecção da porção dilatada do cólon com delimitação da área a ser ressecada conservando a arcada marginal.
- 7) Dissecção romba do espaço retrorretal até ao nível do cóccix:
- 8) Clampeamento do reto a nível da reflexão peritoneal, com secção e fechamento do coto retal com chuleio

de Vicryl 2-0 e invaginação do mesmo com pontos separados de algodão 2-0.

9) Ressecção da porção dilatada com fechamento do cólon a ser abaixado com pontos separados de algodão 2-0.

### II - Tempo perineal

- 1) Limpeza do coto retal com povidine.
- 2) Incisão na parede posterior do reto a  $\pm$  2 cm da linha pectínea.
- 3) Descolamento do espaço submucoso até atingir a borda superior do músculo puborretal.
- 4) Secção da parede posterior do reto atingindo o espaço retrorretal

### III - Tempo abdômino-perineal

- 1) Abaixamento do cólon através do espaço retrorretal.
- 2) Realiza-se a anastomose primária com Vicryl 3-0 pontos separados inicialmente com a parede posterior do reto.
- 3) Coloca-se pinça envolvendo parede anterior do cólon e porção superior da parede posterior do reto no sentido de "V" invertido, fazendo a secção da mucosa entre as pinças e anastomose com Vicryl 3-0 pontos separados, iniciando pelo ângulo das pinças (Fig. 1).
- 4) Ao mesmo tempo que se realiza a peritonização do coto retal + síntese p/planos da parede abdominal.

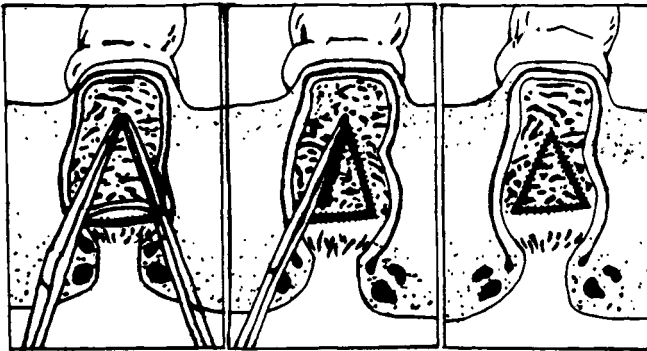


Fig. 1 - Operação de Duhamel - Anastomose imediata.

Tabela 1 - Tempo de permanência no pós-operatório. Operação de Duhamel com anastomose imediata

Dias	Nº de pacientes
Até 8	2
8 - 12 dias	28
+ de 12 dias	3

Tabela 2 - Complicações na operação de Duhamel com anastomose imediata

Complicações	Nº	%
Abscesso de parede	= 2	6
Retenção urinária	= 2	6
Deiscência parcial do coto retal	= 2	6
Incontinência fecal	= 2	6

## RESULTADOS

Entre os 33 pacientes submetidos a esta técnica cirúrgica, 27 (81,5%) evoluíram bem, sendo que a permanência hospitalar pós-operatória, neste grupo, foi em torno de 10 dias (Tabela 1).

Seis (18%) pacientes evoluíram com complicações pós-operatórias (Tabela 2). Dois (6%) pacientes apresentaram incontinência anal que envolveu no pós-operatório imediato, não sendo necessária qualquer medida específica. Os dois (6%) pacientes com deiscência parcial do coto retal, diagnosticado através de retossigmoidoscopia, foram tratados com antibioticoterapia e lavagem do reto com soro fisiológico e povidine tópico. Já os dois (6%) pacientes com abscesso de parede foram tratados com antibioticoterapia e drenagem.

Não houve nenhuma complicação com relação à anastomose primária e a mortalidade operatória foi zero.

## DISCUSSÃO

O tratamento cirúrgico do megacólon chagásico empregando-se a técnica de Duhamel modificada por Haddad em 1965<sup>1</sup> parece-nos ser a melhor opção atualmente, em função dos bons resultados obtidos por vários autores<sup>2, 4, 5, 8</sup>.

Cruz<sup>10</sup> relatou sua experiência com 504 pacientes submetidos a retossigmoidectomia abdominal com anastomose imediata para o tratamento do megacólon chagásico e encontrou um tempo médio de internação hospitalar (10 dias) semelhante ao encontrado nesta série. Entretanto, ele relatou taxas de 6%, 2,3% e 2% para complicação, mortalidade e fístulas, respectivamente. Já Souza e Esper<sup>6</sup> relataram 16% de deiscência de anastomose e 14% de mortalidade quando empregaram retossigmoidectomia abdominal com anastomose imediata sem colostomia de proteção.

Cutait<sup>7</sup>, num estudo sobre operações de abaixamento em 1.166 pacientes, a maioria (1.078) portadores de megacólon chagásico, encontrou 32% de deiscência na retossigmoidectomia abdominoperineal com anastomose colorretal imediata e apenas 2,2% em anastomose colorretal retardada, 2% em anastomose colo-anal e 5,4% em operação de Duhamel-Haddad. Cutait<sup>7</sup> ainda relatou índice de infecção pélvica com anastomose colorretal imediata de 27,9% e 8,2% na operação de Duhamel-Haddad. Neste trabalho nós diagnosticamos 6% de infecção de parede e 6% de deiscência parcial do coto retal. A mortalidade de 6,1% relatada por Cutait<sup>7</sup> nas retossigmoidectomias com anastomose imediata e de 4,2% nas operações de Duhamel-Haddad foi superior à encontrada neste estudo (0%), provavelmente devido a menor casuística.

A incontinência anal pós-operatória encontrada em dois pacientes (6%) é semelhante à relatada por outros autores que utilizaram técnicas de anastomose imediata<sup>6, 7, 11</sup>.

Steichen e col.<sup>12</sup> e Parrish<sup>13</sup> relataram bons resultados com a operação de Duhamel<sup>9</sup> com anastomose imediata com grampeador mecânico (GIA) para tratamento da doença de Hirschsprung. Sieber e Kiesewetter<sup>14</sup> propuseram uma sutura contínua da anastomose colorretal término-lateral para crianças maiores com doença de Hirschsprung.

As principais vantagens desta alternativa técnica (op. de Duhamel com anastomose colorretal imediata) são: 1) Facilidade de execução; 2) Menor incômodo para os pacientes; 3) Diminuição da permanência hospitalar; 4) Cirurgia realizada em um só tempo, sem colostomia perineal ou abdominal; 5) Morbidade e mortalidade baixas; 6) Facilidade de controle do coto retal no pós-operatório imediato e 7) Evitar colocação de drenos na ampola retal.

---

LINS NETO MAF, CANSANÇÃO CLC, FARIAS LRC - Duhamel operation with primary anastomosis.

**SUMMARY:** Thirty-three patients with chagasic megacolon were operated on by Duhamel operation with primary anastomosis using a single layer of interrupted polyglycolic acid sutures. The wound infection rate and the rectal dehiscence rate were 6%. There was no anastomotic fistula and the mortality was zero. Two patients (6%) presented anal incontinence in the postoperative period.

**KEY WORDS:** chagasic megacolon; Duhamel procedure

---

#### REFERÊNCIAS

1. Haddad J. Tratamento do megacolo adquirido pelo abaixamento retrorretal do colo com colostomia perineal (operação de Duhamel modificada). São Paulo, 1967. Tese Faculdade de Medicina e Universidade de São Paulo.
2. Haddad J, Raia A, Correa Neto A. Abaixamento retrorretal do cólon com colostomia perineal no tratamento do megacolon adquirido (operação de Duhamel modificada). Rev Ass Med Bras 1965; 11: 83.
3. Medeiros RR de. Estudo comparativo entre as técnicas de Duhamel-Haddad na cirurgia do megacolon chagásico. Rev Paul Med 1960; 96: 61.
4. Moreira H. Tratamento do megacolon chagásico pela técnica de Duhamel-Haddad. Experiência Pessoal Arq. Gastroenterologia 1971; 8: 185.
5. Reis Neto JA. Duhamel procedure in the treatment of acquired megacolon. International Surgery 1975; 60: 399.
6. Souza AG, Esper FE. Tratamento cirúrgico do megacolon adquirido. Rev Col Bras Cir 1985; 12(1): 13-17.
7. Cutait DE. Estado atual das operações de abaixamento. Rev Bras de Colo-Proct 1984; 4(2): 73-79.
8. Habr-Gama A, Goffi SF, Raia A, Toledo Ferrão OS, Yamaguchi N. Tratamento cirúrgico do megacolo. Operação de Duhamel-Haddad. Rev Col Bras Cir 1982; 9: 25-31.
9. Duhamel B. Une Nouvelle Opération de Megacolon Congénital. Presse Méd 1956; 64: 2249.
10. Cruz GMG. Megacolon chagásico. Rev Bras Colo-Proct 1984; 4(2): 87-98.
11. Reis Neto JA. Resultado tardio da operação de Duhamel no tratamento do megacolon adquirido. Rev Ass Med Bras 1972; 18: 57.
12. Steinchen FM, Talbert JL, Ravitch MM. Primary side-to-side anastomosis in Duhamel operation for correction of hirschsprung's disease. Surgery 1968; 64: 475-483.
13. Parrish RA. Modified Duhamel operation for Hirschsprung's disease. The American Surgeon 1977; 43: 283-286.
14. Sieber WK, Kiesewetter WB. Duhamel's operation for Hirschsprung's disease. Arch Surg 1963; 87: 111-119.