
SIGMOIDECTOMIA E ANORRETOMIECTOMIA NO TRATAMENTO DO MEGACÓLON CHAGÁSICO

MURILO BOAVISTA PESSOA MENDES, TSBCP
MANUEL DA SILVA RESENDE, TSBCP
EMERSON JOSÉ MACEDO DE OLIVEIRA, TSBCP
JOSÉ JUVENAL DE ARAÚJO, TSBCP
ALESSANDRO PAOLO SEQUENZIA, ASBCP

MENDES MBP, RESENDE MS, OLIVEIRA EJM, ARAÚJO JJ & SEQUENZIA AP - Sigmoidectomia e anorretomiectomia no tratamento do megacólon chagásico. *Rev bras Colo-Proct*, 1992; 12(1): 9-13.

RESUMO: Os autores analisam retrospectivamente 65 casos de pacientes operados de megacólon chagásico com a técnica de sigmoidectomia e anorretomiectomia na Clínica de Colo-Proctologia do Hospital Presidente Médici, INAMPS-UnB, no período entre 1980 e 1990. Analisam sua experiência com esta técnica, comparando a mortalidade, morbidade e resultados funcionais com outras técnicas. Observando os resultados obtidos e levando-se em conta que nenhuma técnica cirúrgica se propõe a curar a doença e sim seu sintoma, consideramos que esta técnica é a que apresenta menores índices de morbi-mortalidade com resultados funcionais satisfatórios.

UNITERMOS: sigmoidectomia; anorretomiectomia; cirurgia do megacólon

Numerosas têm sido as técnicas cirúrgicas empregadas no tratamento do megacólon chagásico no adulto. Apesar disso, ainda não se conseguiu um consenso definitivo, existindo variantes técnicas que vão desde uma esfincterectomia, preconizada por Correa Neto em 1934, até colectomias vultuosas preconizadas por Vasconcelos em 1964. Entre estes extremos, outras técnicas vêm sendo utilizadas (Duhamel (15), anorretomiectomia (12), Cutait (16), Duhamel Haddad (14), retossigmoidectomia abdominal (13), entre outras.

Se recordarmos que a doença de Chagas é afecção sistêmica que lesa todo o tubo digestivo e cujo controle clínico visa apenas a correção do sintoma, devemos ter critérios para a indicação cirúrgica e tipo de técnica a ser utilizada, a qual deve ser simples, ocasionar mortalidade

mínima, ser de pequena morbidade, proporcionando resultados funcionais satisfatórios.

O objetivo deste trabalho é apresentar os resultados obtidos no tratamento de 65 pacientes submetidos a esta operação.

MATERIAL E MÉTODOS

Num estudo retrospectivo, 65 pacientes portadores de megacólon chagásico foram operados pela técnica de sigmoidectomia e anorretomiectomia no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital Presidente Médici, INAMPS-UnB, no período compreendido entre 1980 e 1990.

Quarenta pacientes (61,5%) eram do sexo feminino e 25 (38,5%) do sexo masculino. A idade variou dos 18 aos 74 anos, com maior incidência dos 40 aos 49 anos com média de 47,3 anos. A cor branca predominou em 63% dos casos. A maioria dos pacientes era de zonas rurais e procedentes de Minas Gerais e Goiás (Tabela 1).

O tempo de duração da constipação variou de quatro meses a 40 anos, com média de 9,95 anos, e o período de constipação variou de três a 72 dias, com média de 14,4 dias. Trinta e cinco pacientes (38,5%) faziam uso regular de lavagens, 55 (84,6%) utilizavam laxativos com frequência, estando ainda presentes cólicas e meteorismo respectivamente em 70,7 e 43% dos casos (Tabela 2).

Em relação ao quadro clínico, 46 pacientes (70,8%) apresentavam fenômenos obstrutivos. Trinta e quatro (52,3%) tiveram obstrução por fecaloma, cujo tratamento foi: lavagens em 14, retirada digital em 10, sob bloqueio em nove e cirúrgico em um, quando foram realizados então ordenha e extração manual. Doze pacientes (18,5%) apresentaram obstrução por volvo, sendo que em sete realizou-se intubação descompressiva. Dois pacientes já haviam se submetido à transversostomia, um à sigmoidectomia à Hartman, um à colostomia do ascendente e dois à distorção cirúrgica, todos em outros serviços (Tabela 3).

Tabela 1 - Análise quanto à idade, sexo, cor e procedência.

Idade	Nº	%	Sexo	Nº	%	Cor	Nº	%	Proc.	Nº	%
10-19	1	1,5							MG	24	37
20-29	5	7,7				branca	41	63	GO	23	35,4
30-39	9	13,8	masc.	25	38,5				BA	9	13,9
40-49	28	43				parda	23	35,5	PI	6	9,2
50-59	9	13,9	fem.	40	61,5				PE	2	3
60-69	10	15,4				negra	1	1,5	CE	1	1,5
70-79	3	4,7									

Tabela 2 - Avaliação da constipação.

Duração	Tempo	Período	Tempo	Lavagens	Nº	%
Mínimo	4 meses	mínimo	3 dias	sim	25	38,5
Máximo	40 anos	máximo	72 dias			
Média	9,95 anos	média	14,4 dias	não	40	61,5

Laxativos	Nº	%	Cólicas	Nº	%	Meteorismo	Nº	%
Sim	55	84,6	sim	46	70,7	sim	28	43
Não	10	15,4	não	19	29,3	não	37	57

Tabela 3 - Quadro clínico.

Obstrutivos	Nº	%	Tratamento	Nº	%
Fecalomas	34	52,3	Lavagens	14	41,2
			Ret. digital	10	29,4
			Bloqueio	9	26,5
			Cirúrgico	1	2,9
Por volvo	13	20	Intubação por RSC	7	53,8
			Colostomia*	3	23,1
			Bloqueio*	2	15,4
			Sigmoidectomia* de Hartmann	1	7,7
Total	47	72,3			
Constipados crônicos	18	27,7			

*Outros Serviços

Disfagia ocorreu em 16 pacientes (24,6%) e 12 (18,5%) tinham cirurgia prévia para megaesôfago.

Em relação aos exames complementares, a reação de Machado Guerreiro foi positiva em 89,2% dos casos. O ECG foi normal em 37 pacientes (57%) e aspectos eletrocardiográficos sugestivos de miocardiopatia chagásica foram encontrados em 28 (43%). O esofagograma revelou mega em 14 (21,5%), foi normal em quatro e não-avaliado em 47 pacientes. O diagnóstico complementou-se com enema opaco em 37 (57%) e com Raio-X simples com insuflação de ar pelo reto, que evidenciou a dilatação em 28 pacientes (Tabela 4).

O procedimento cirúrgico foi a sigmoidectomia com preservação de pequeno segmento dilatado no cólon proximal para que não haja grande disparidade de calibre na anastomose colorretal. Associamos a anorretomiectomia

Tabela 4 - Análise quanto aos exames complementares.

Exames complementares	Nº	%
Machado Guerreiro	58	89,2
ECG normal	37	57
ECG - miocardiopatia chagásica	28	43
Esofagograma com mega	14	21,5
Esofagograma sem mega	4	6,2
Esofagograma não avaliado	47	72,3
Enema opaco com mega	37	57
RX simples com insuflação de ar pelo reto	28	43

segundo o procedimento preconizado por Marcondes Celso.

A antibioticoterapia foi profilática em 27 pacientes e terapêutica em 38.

O preparo do cólon foi feito pelo método clássico em 20, com manitol em 42 e pela associação dos dois métodos em três pacientes.

RESULTADOS

A avaliação do preparo foi realizada no pré-operatório através de Raio-X simples do abdômen em 23 (35,4%) e retossigmoidoscopia em nove pacientes (13,9%) e não-relatados em 33. No transoperatório foi classificado como excelente em 10, bom em 17 e mau em quatro. Tivemos sete cirurgias associadas que foram: uma de Heler, uma de Thal, dois fechamentos de colostomia, uma reconstrução de trânsito, uma apendicectomia e uma colecistectomia. A colostomia do ascendente fechou-se posteriormente (Tabela 5).

Tabela 5 - Análise quanto ao preparo de cólon e cirurgias associadas.

Preparo do cólon	Nº	%	Avaliação pré-op.	Nº	%	Avaliação transop.	Nº	%
Clássico	20	30,8	RX simples	23	35,4	Excelente	10	15,4
Manitol	42	64,6	RSC	9	13,9	Bom	17	26,1
						Mau	4	6,2
Ambos	3	4,6	Não avaliados	33	50,7	N/aval.	34	52,3
Cirurgias associadas				Nº	%			
Thal				1	14,28			
Heller				1	14,28			
Apendicectomia				1	14,28			
Colecistectomia				1	14,28			
Fechamento de colostomia				2	28,56			
Reconstrução de trânsito				1	14,28			

Cinquenta e dois pacientes (80%) não tiveram complicações no pós-operatório imediato, obtendo alta em torno do 7º dia.

Complicações ocorreram em 13 pacientes (20%). Estas foram gerais em seis (9,2%), que foram: infecção de ferida operatória em quatro; obstrução intestinal em um e hemorragia digestiva alta em um por trauma de SNG em paciente com cardioplastia de Thal prévia.

Como complicações específicas da técnica houve cinco deiscências (7,7%). Quatro foram tratadas pelo procedimento de Hartmann e a outra por transversostomia. Uma paciente apresentou incontinência para fezes líquidas, persistente, que eleva para 9,2% as complicações inerentes à técnica. Houve um óbito no 13º dia de pós-operatório devido a edema agudo de pulmão (Tabela 6).

Tabela 6 - Análise quanto às complicações gerais e específicas.

Gerais			
Tipo de complicação		Nº	%
Infecção de parede		4	6,2
Obstrução intestinal		1	1,5
Hemorragia digestiva alta		1	1,5
Total		6	9,2
Específicas			
Tipo de complicação	Tratamento	Nº	%
Deiscência		5	7,7
	Hartmann	4	
	Transversostomia	1	
Incontinência		1	1,5
	Total	6	
Mortalidade		1	1,5
Sem complicações		52	80

O controle tardio foi avaliado em 35 pacientes (53,8%). Vinte e um apresentavam ritmo intestinal diário (60%), 10 evacuavam de dois em dois dias (28,5%) e quatro apresentavam ritmo intestinal superior a dois dias

(11,5%), sendo que dois deles faziam uso de catárticos ocasionalmente (Tabela 7).

Tabela 7 - Análise quanto ao controle tardio.

Tempo	Nº	%	Ritmo intestinal	Nº	%
De 3 a 6 meses	16	24,6	Diário	21	60
De 6 meses a 1 ano	9	13,8	De 2-2 dias	10	28,5
De 1 a 2 anos	6	9,2	Maior que 2 dias	4	11,5
De 2 a 8 anos	4	6,1	Total	35	100
Total	35	53,8			

Comparando as complicações inerentes à técnica da sigmoidectomia associada à anorretomiectomia com a retossigmoidectomia abdominal com e sem colostomia (13), com a oressão de Swenson com e sem colostomia (13), com a técnica de Cutait (13), com a cirurgia de Duhamel (13) e com sua variante Duhamel-Haddad (17), observamos que é a técnica que apresenta menores índices de complicações e de mortalidade (Tabela 8).

Tabela 8 - Análise quanto às complicações específicas das técnicas.

Técnica	Nº de casos	Complicações (%)	Mortalidade (%)
Retossigmoidectomia abdominal	98	34,68	13,2
Retossigmoidectomia abdominal com colostomia	150	21,96	3,97
Swenson sem colostomia	20	55	10
Swenson com colostomia	62	49,33	14,50
Cutait	67	37,28	4,47
Duhamel	83	32,46	3,61
Duhamel-Haddad	204	32,84	3,90
Sigmoidectomia + anorretomiectomia	65	9,2	1,50

DISCUSSÃO

A doença de Chagas acomete alguns milhões de brasileiros, sendo um caso de Saúde Pública ainda não resolvi-

do em nosso meio. Em relação às formas digestivas da doença, o megaesôfago e o megacólon são predominantes, acarretando repercussões clínicas importantes.

Nesta série a grande maioria era proveniente de zonas rurais e de baixo nível sócio-econômico.

O fecaloma e o volvo são as complicações mais frequentes, coincidindo com as observações de outros autores (1-3). Houve prevalência do sexo feminino semelhante ao relatado por Resende (4) e em oposição aos achados de Cardoso (7), Almeida (8) e Haddad (9), nos quais há domínio do sexo masculino.

A faixa etária mais comprometida coincide com outras publicações (5, 6). O tempo de duração da constipação é grande e semelhante ao de Moreira (5), sendo o período de 14,4 dias menor do que o referido pelo mesmo autor.

O quadro clínico obstrutivo, seja por volvo ou fecaloma, foi menor do que o da literatura (4) e o número de pacientes portadores de constipação crônica não complicada foi maior que a mesma casuística (4).

Em nossa observação, sete pacientes portadores de volvo que procuravam nosso serviço foram submetidos a intubação descompressiva (1, 2, 10). Outros procedimentos relacionados com a cirurgia do volvo foram realizados em outros serviços.

Em relação ao fecaloma, não se conseguiu, em uma paciente, o esvaziamento do mesmo por medidas clínicas, sendo esta então levada à cirurgia, quando se realizou ordenha com extração manual.

A disfagia e as alterações eletrocardiográficas foram maiores do que o encontrado por Cruz (11), e o Raio-X contrastado de esôfago, com mega, semelhante à série do mesmo autor.

A reação de Machado Guerreiro foi positiva em 89,2% dos casos e semelhante também a outros trabalhos (5, 6, 11).

Hoje em dia acreditamos que o tratamento do megacólon chagásico seja eminentemente clínico; contudo, após experiências com diversas técnicas, achamos que o tratamento cirúrgico deve ser o que acarreta o menor índice de complicações possível, tendo em vista tratar-se de doença benigna, e só indicado naqueles pacientes que já tenham apresentado quadro obstrutivo e ainda naqueles que não mais respondam às medidas conservadoras.

Desde 1980 realizamos a sigmoidectomia associada a anorretomiectomia segundo o preconizado por Marcondes Celso (12).

Em relação à sigmoidectomia, tomamos o cuidado de deixar pequeno segmento dilatado no cólon proximal que permita uma anastomose colorretal sem grandes disparidades de diâmetro.

Com tal procedimento, obviamente não temos as complicações inerentes às cirurgias de abaixamento ou aquelas específicas de determinadas técnicas (13).

Não houve óbitos relacionados à técnica. As complicações são aquelas relacionadas à anastomose colorretal que, embora com cinco deiscências, não levou nenhum paciente ao óbito. Em quatro realizamos o procedimento

de Hartmann devido a amplas deiscências. Em um optamos por transversostomia devido a uma pequena falha anastomótica. Em dois pacientes realizamos relaparotomias para lavagem da cavidade peritoneal. Uma paciente foi ao óbito no 13º dia de pós-operatório devido a graves alterações do ponto de vista cardiológico. A incontinência esteve presente no pós-operatório imediato com rápida resolução da mesma, sendo que em uma paciente houve persistência do quadro para fezes líquidas durante o controle.

Podemos notar que embora o acompanhamento tardio nesta série não tenha sido por longo período, devido à procedência da larga maioria dos pacientes ser de outros estados, o ritmo intestinal de 60% era diário, 28,5% evacuavam de dois em dois dias e 11,5% apresentavam evacuações além de dois dias. Estes, após reeducação alimentar, passaram a ter normalizada esta função. O enema opaco de controle foi realizado em 10 pacientes (28,5%) e não evidenciou dilatação no segmento cólico.

Todos os pacientes foram orientados sobre a necessidade de uma dieta rica em fibras e com ingestão líquida adequada, além de não bloquearem o desejo evacuatório para que consigam uma exoneração diária. Consideramos este aspecto fundamental para o sucesso definitivo do procedimento.

Comparando as complicações específicas desta técnica com as demais técnicas existentes para o tratamento do megacólon, notamos ser esta a que apresenta menores índices de complicações e de mortalidade.

CONCLUSÃO

Achamos que a técnica é muito simples, com mortalidade mínima, morbidade pequena, extremamente maleável do ponto de vista de possíveis cirurgias futuras, acessível à grande maioria dos cirurgiões e com resultados funcionais plenamente satisfatórios.

MENDES MBP, RESENDE MS, OLIVEIRA EJM, ARAÚJO JJ & SEQUENZIA AP - Sigmoidectomy and anorectomy in the Chagasic megacolon treatment.

SUMMARY: The main purpose of this paper is to study 65 cases of Chagasic megacolon operated on by sigmoidectomy and anorectomy on the period 1980 to 1990. The authors discuss the mortality and morbidity emphasizing the simplicity of the surgical technique as well as the good functional results.

KEY WORDS: sigmoidectomy and anorectomy; surgical technique in megacolon by Chagas disease

REFERÊNCIAS

1. Haddad J, Raia A, Simonsen O, Correa Neto A. Volvo do sigmoide. Etiologia e tratamento. Considerações sobre 98 casos. Rev Paul Med

- 1962; 60: 411.
2. Gama HA, Simonsen O, Haddad J, Raia A, Correa Neto A. Volvo de sigmóide. Considerações gerais e resultados do tratamento conservador pelo esvaziamento endoscópico. Rev Ass Med Bras 1968; 14: 287.
 3. Resende MS. Megacólon chagásico: tratamento pela operação de Duhamel. Brasília: Médica 1973; 9(3-4).
 4. Resende MS, Ginani FF, Barbosa H. Megacólon: tratamento cirúrgico. Rev bras Cir 1972; 62(3-4).
 5. Moreira H, Rezende JM, Sebba F, Azevedo IF, Leite ACA, Soares EP. Megacólon chagásico. Rev bras Colo-Proct 1983; 3(4): 152-62.
 6. Gama AH, Goffi FS, Raia A, Ferrão SOT, Yamagushi N. Tratamento cirúrgico do megacólon - Operação de Duhamel-Haddad. Rev Col Bras Cir 1982; IX(1).
 7. Cardoso AA. Tratamento do megacólon chagásico pela retossigmoidectomia com modificação na anastomose colorretal. Rev Paul Med 1967; 70: 179.
 8. Almeida AD. A sigmoidectomia abdominal no tratamento do megacólon. Rev Paul Med 1963; 62: 349.
 9. Hadda J, Raia A, Simonsen O, Correa Neto A. Complicações da retossigmoidectomia abdômino-perineal no tratamento do megacólon adquirido. Rev Paul Med 1961; 59:1.
 10. Resende MS, Oliveira CAP, Martinelli JG, Pereira MG, Ginani FF, Barbosa H. Volvo do sigmóide. Tratamento pela entubação descompressiva. Rev Goiana Med 1970; 14: 69.
 11. Cruz GMG. Megacólon chagásico. Rev bras Colo-Proct 1984; 4(2): 87-98.
 12. Marcondes Celso N. Tratamento do megacólon adquirido pela anorretomiectomia. Rev Ass Med M Gerais 1962; 13: 139.
 13. Souza AG, Esper FE. Tratamento cirúrgico do megacólon adquirido. Rev Col Bras Cir 1985; XII(1).
 14. Haddad J, Raia A, Correa Neto A. Abaixamento retrorretal do cólon com colostomia perineal no tratamento do megacólon adquirido: operação de Duhamel modificada. Rev Ass Med Bras 1965; 11:83.
 15. Duhamel B. Une nouvelle operatione megacolon congenitale. Presse Med 1956; 64: 2249.
 16. Cutait DE, Figliolini JF. Megacólon adquirido: uma nova técnica de anastomose colorretal na retossigmoidectomia abdômino-perineal. Rev Paul Med 1962; 60:447.
 17. Gama RC, Costa JHG, Azevedo IF. Tratamento cirúrgico do megacólon chagásico pela técnica de Duhamel-Haddad. Experiência do Hospital Geral de Goiânia. Análise de 204 casos. Rev bras Colo-Proct 1986; 6(2): 84-88.

Endereço para correspondência:

Murilo Boavista Pessoa Mendes
SQS 313 Bloco F, apto. 603
70382 - Brasília - DF