

ABAIXAMENTO RETRO-RETAL DO CÓLON COM COLOSTOMIA PERINEAL NO TRATAMENTO DO MEGACÓLON ADQUIRIDO. OPERAÇÃO DE DUHAMEL MODIFICADA

JORGE HADDAD, TSBCP
ARRIGO RAIÁ
ALÍPIO CORRÊA NETTO

Jorge Haddad foi membro titular da Sociedade Brasileira de Proctologia e Professor do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Deixou inúmeros e importantes trabalhos publicados principalmente na área de Trauma Colorretal. O trabalho apresentado constitui uma importante contribuição no tratamento cirúrgico do megacólon.

Joaquim José Ferreira, TSBCP

HADDAD J, RAIÁ A, CORRÊA NETTO A - Abaixamento retro-retal do cólon com colostomia perineal no tratamento do megacólon adquirido. Operação de Duhamel modificada. **Rev bras Colo-Proct**, 1995; 15(3): 126-130

RESUMO: Os A.A. apresentam um estudo crítico à operação de Duhamel e preconizam modificações técnicas que visam trazer mais conforto aos doentes e maior segurança à cicatrização da anastomose. Dentre estas modificações, destaca-se a supressão das pinças esmagadoras utilizadas por Duhamel, exteriorizando-se o cólon abaixado como colostomia perineal a ser seccionada a partir do 7º dia de pós-operatório. Referem excelentes resultados nos 8 primeiros casos já operados por esta técnica, com restabelecimento normal do trânsito intestinal e da continência para fezes e gases. Não tiveram deiscência de anastomose. Não houve referência de qualquer distúrbio sexual. Não ocorreu nenhum óbito nesta série inicial. Acreditam que esta técnica poderá ser utilizada com as mesmas vantagens tanto no megacólon adquirido como no congênito.

UNITERMOS: megacólon; colostomia; cólon; reto

As complicações da retossigmoidectomia abdominoperineal referidas na literatura^(4, 12, 15, 17), posteriormente confirmadas por vários autores^(2, 7, 9, 10, 11, 16), sobretudo as relacionadas às alterações sexuais e à incontinência fecal, levaram Duhamel, em 1956, a propor uma nova operação para o tratamento do megacólon congênito.

Introduziu algumas modificações à operação que Heitz-Boyer e Hovelacque, em 1912, propuseram para o tratamento da extrofia da bexiga, visando criar uma neobexiga à custa do reto, seccionado e sepultado, no qual implantavam os ureteres. O cólon proximal era abaixado por via retro-retal, através do espaço pré-sacro, até o canal anal, onde era implantado através de uma abertura transversal posterior, sendo então suturado nos 3/4 posteriores do orifício anal. Restabelecia-se assim o trânsito urinário e intestinal.

Duhamel, suprimindo a implantação ureteral preconizou para o megacólon congênito o abaixamento do cólon por via retro-retal, após a ressecção do segmento estreitado, sede da agenesia plexular. Através de uma abertura transversal efetuada na parede posterior do canal anal, seguida por descolamento conjunto da pele e do esfíncter interno do ânus e de secção da parede muscular posterior do reto, atinge-se o espaço pré-sacro, previamente descolado durante o tempo abdominal. Através desta abertura, o cólon a ser abaixado é tracionado e o contorno posterior de sua bôca é suturado, em um único plano, ao esfíncter externo do ânus, exposto durante o descolamento anterior. O septo de contato da parede posterior do reto, descolada, com a parede anterior do cólon abaixado é então esmagado por meio de duas pinças de Kocher-Reverdin, em forma de V invertido, que, introduzidas através do canal anal, deverão assim permanecer até a sua queda espontânea por isquemia. Após a queda destas pinças esmagadoras, estabelece uma ampla anastomose entre o cólon abaixado e o reto.

Com esta técnica, Duhamel pretendeu evitar perturbações urinárias e genitais pela supressão de amplo descolamento retal, conservar a continência fecal por manter a zona reflexógena ano-retal e substituir a anastomose término-terminal, freqüente sede de deiscência.

Esta operação vem sendo difundida por vários autores, entre os quais Goligher, Ehrenpreis, Martin e Altemeier. Entre nós, Vilhena de Moraes vem executando esta técnica para o megacólon congênito, desde 1962, com resultados satisfatórios.

Bernardes de Oliveira empregou-a para o tratamento do megacólon adquirido, entre nós, com resultados bastante animadores.

Acreditamos, sem dúvida, que esta operação permite evitar as complicações da esfera sexual pela menor amplitude de dissecação do reto e, conseqüentemente, menor possibilidade de lesão dos filetes nervosos destinados aos órgãos genitais. Por outro lado, a conservação do reto condiciona o restabelecimento imediato da continência fecal.

Somos forçados a admitir, entretanto, com base na experiência adquirida com a retossigmoidectomia abdominoperineal, que a operação preconizada por Duhamel, além do grande desconforto que acarreta aos doentes, no pós-operatório imediato, não proporciona a necessária segurança quanto à cicatrização da anastomose.

Longe de procurar diminuir-lhe o mérito, acreditamos que a técnica de Duhamel poderá ser modificada em alguns aspectos, visando exclusivamente trazer melhores condições de cicatrização da anastomose reto-cólica, além de maior conforto para os doentes.

Assim sendo, as pinças utilizadas por Duhamel, para obter a coaptação e o esmagamento do septo reto-cólico formado pela parede posterior do reto e anterior do cólon abaixado, mantendo-se exteriorizadas através do canal anal, além da dor que podem acarretar, trazem grande desconforto ao doente, que fica impossibilitado de movimentar-se livremente, bem como de sentar-se durante a sua permanência. Acrescente-se ainda a dificuldade para a higiene local, uma vez que as evacuações se fazem diretamente sobre as referidas pinças.

Além disso, o cólon abaixado, permanecendo acima do orifício anal, torna impossível ao cirurgião certificar-se, no pós-operatório imediato, se êle está realmente com boa viabilidade.

Considere-se ainda que a cicatrização da anastomose pode ser prejudicada pelo contato direto das fezes. A metade posterior do cólon abaixado, sendo suturada em um único plano, por meio de alguns pontos separados, ao esfíncter externo do ânus, não torna remota a possibilidade de esgarçamento e retração parcial do cólon abaixado, com conseqüente formação de abscessos.

Levando-se em conta que a operação apresenta vários tempos sépticos, temos que admitir a possibilidade de eventual contaminação do espaço pré-sacro, com conseqüente supuração, que dificultará a perfeita cicatrização entre o reto e o cólon abaixado, apesar das pinças esmagadoras. Além disso, a queda destas por necrose do septo, ocorre independentemente da vontade do cirurgião, tenha ou não se verificado a cicatrização completa da superfície de contato reto-cólica. Como conseqüência poderá sobrevir a retração do cólon abaixado, determinando pelviperitonite estercorácea, somente comprovada tardiamente, por suas desastrosas conseqüências.

A experiência anteriormente obtida com a retossigmoidectomia abdominoperineal (Corrêa Netto, 1940 e Swenson, 1948), modificada progressivamente, mostrou-nos que as deiscências eram muito freqüentes, em torno de 42,35% (Haddad e col.), mesmo quando se praticava a anastomose colo-retal com dois planos de sutura e transversostomia simultânea. Assim, acreditamos ser temerário confiar-se na simples queda de duas pinças esmagadoras, por isquemia, quando não acidental e precocemente.

Além disso, não vemos necessidade de sacrificar-se a integridade do esfíncter interno do ânus, como preconizam Duhamel e Bernardes de Oliveira, uma vez que nem a esfínterectomia trouxe a cura definitiva destes doentes, nem a sua conservação na retossigmoidectomia abdominoperineal acarretou qualquer recidiva da moléstia em nossos casos.

Com base nesses pontos assinalados, procuramos introduzir algumas modificações à operação de Duhamel, pretendendo apenas, como dissemos, trazer maior conforto aos doentes pela supressão das pinças esmagadoras, e maior segurança à cicatrização da anastomose por meio da exteriorização do cólon abaixado, como uma colostomia perineal temporária, a ser seccionada juntamente com uma parte do septo reto-cólico, a partir do 7º dia do pós-operatório.

Operação de Duhamel modificada

Com base nas considerações anteriores, especificaremos, a seguir, as modificações que introduzimos à operação de Duhamel:

1) A abertura dos folhetos direito e esquerdo do mesossigmóide prolonga-se apenas até as paredes laterais do reto; não há necessidade de secção do peritônio na reflexão anterior (Fig. 1).

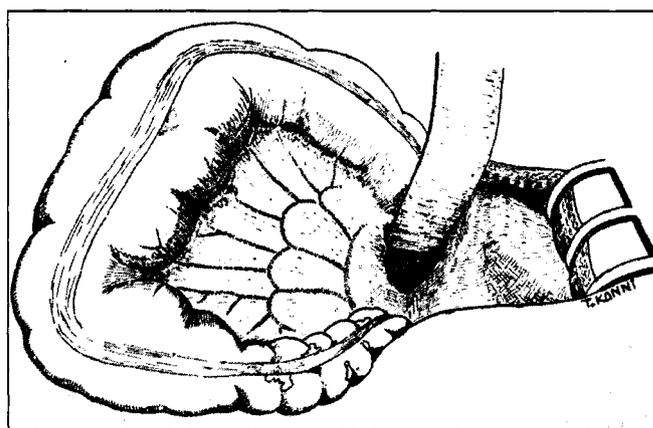


Fig. 1 - Após abertura dos folhetos direito e esquerdo do mesossigmóide, procede-se ao descolamento do espaço retro-retal até os elevadores do ânus.

2) Terminado o descolamento do espaço retro-retal até o assoalho pélvico, o reto é seccionado entre um *clamp* de Wertheim colocado 6 cm acima da reflexão peritoneal e uma ligadura proximal, com fio de seda nº 3. A sutura da boca

distal do reto é efetuada em dois planos: um total contínuo com categute atraumático cromado nº 1 e um seromuscular com pontos separados de fio de algodão nº 10.

Após a devida mobilização do sigmóide e descendente, efetua-se cuidadoso estudo das arcadas vasculares. Secciona-se o cólon entre duas ligaduras de sêda nº 3, no nível previamente escolhido para o abaixamento, cuidando-se que este possa ser efetuado com integridade da arcada marginal e sem tensão do seu meso (Fig. 2).

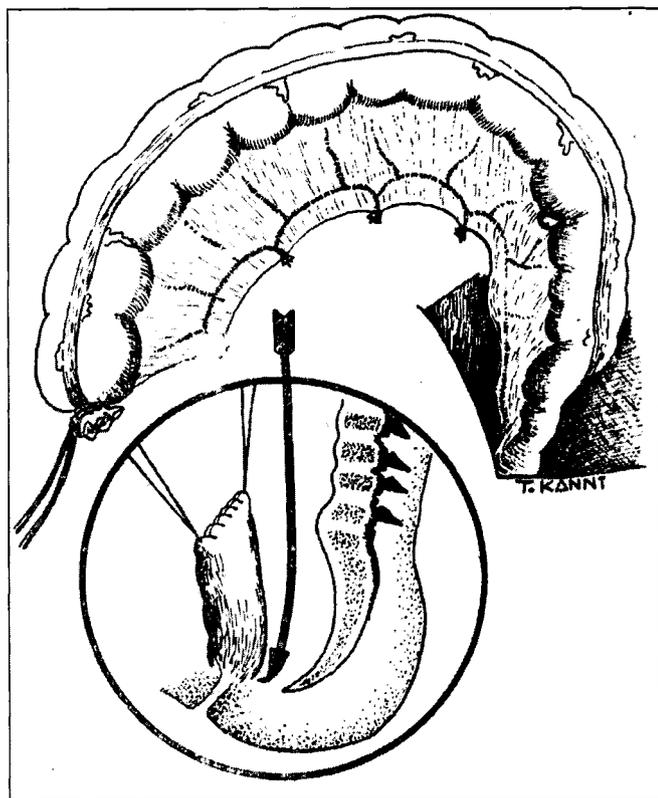


Fig. 2 - Após secção e sepultamento do reto em dois planos, o segmento dilatado do sigmóide é ressecado. O cólon a ser abaixado deverá ser mantido com a arcada marginal íntegra. O esquema anexo indica o trajeto do cólon a ser abaixado e exteriorizado no tempo seguinte como colostomia perineal temporária.

3) O tempo perineal difere fundamentalmente pela secção transversal da metade posterior da mucosa retal, cerca de 0,5 cm acima da linha pectínea, e pelo descolamento submucoso, respeitando-se a integridade do esfíncter interno do ânus, até o nível superior do feixe puborretal dos elevadores do ânus, mantendo-se a borda de secção da mucosa retal reparada com hemostáticos. No referido nível efetua-se a secção transversal da parede muscular do reto em extensão de 5 cm, caindo-se no espaço pré-sacro, previamente descolado no tempo abdominal.

Introduz-se uma pinça hemostática longa através da abertura posterior do reto, e apreende-se o fio de ligadura do cólon, a ser tracionado sob orientação do auxiliar que permanece no campo abdominal. O cólon é então abaixado por via retro-retal e, emergindo através da abertura da parede posterior do reto, ultrapassa o canal anal, sendo exteriorizado em

extensão de 6 a 8 cm, como colostomia perineal. A borda da mucosa retal descolada é então suturada à seromuscular anterior do cólon abaixado, com cinco pontos separados de fio de algodão nº 10 (Fig. 3).

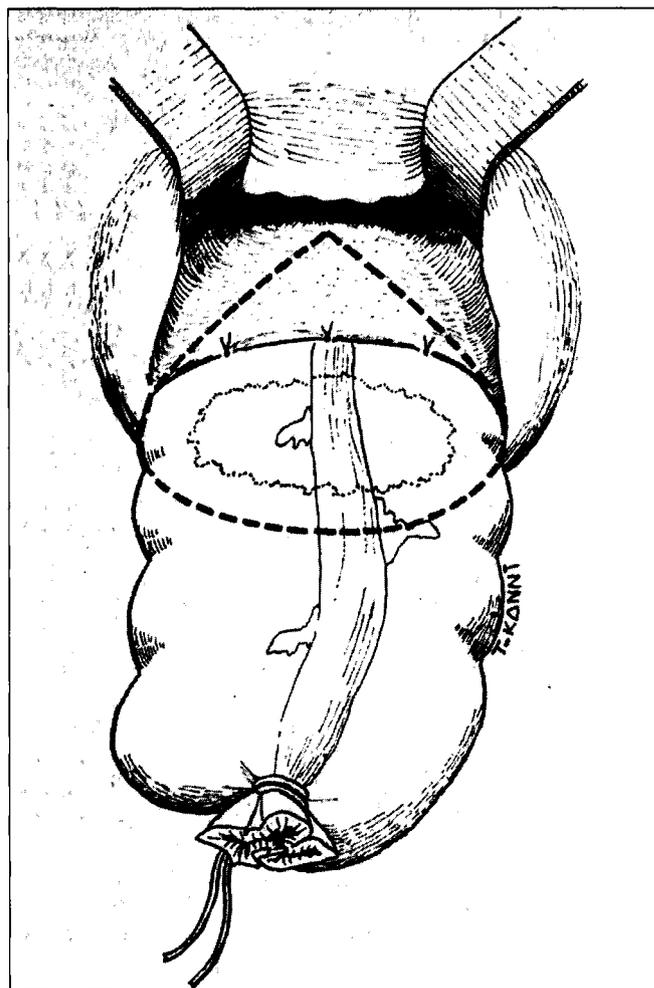


Fig. 3 - O cólon abaixado é exteriorizado através de abertura da parede posterior do reto, ultrapassando o orifício anal em extensão de 6 a 8 cm. Observar os pontos de sutura da mucosa retal descolada à seromuscular anterior do cólon abaixado. A linha pontilhada assinala o nível da futura secção da colostomia perineal.

A ampola retal é drenada com um dreno de Penrose largo, exteriorizado através do orifício anal, para permitir o escoamento de sangue e muco eventualmente retidos. O espaço pré-sacro é também drenado, sendo o dreno exteriorizado pela extremidade inferior da incisão abdominal. Injeta-se 1 grama de cloranfenicol no referido espaço antes de suturar-se o peritônio pélvico em torno do cólon abaixado.

No dia seguinte à intervenção poder-se-á abrir a colostomia perineal, bem como remover a sonda gástrica e vesical, iniciando-se a alimentação por via oral com dieta líquida. O doente poderá levantar-se 24 a 48 horas após a operação.

4) Ressecção da colostomia perineal: poderá ser efetuada a partir do 7º dia de pós-operatório, sob anestesia geral ou raquidiana. Após antissepsia do coto perineal e da ampola retal com mertiolato, a ressecção deverá seguir a linha pon-

tilhada observada na Figura 3, isto é, removendo o cólon excedente ao orifício anal, bem como parte do septo reto-cólico, sob forma de V ou U invertidos. A arcada marginal, mantida até então para a nutrição da colostomia, será pinçada e ligada no ponto de secção.

O contôrnio posterior do cólon abaixado é então suturado com pontos separados de categut cromado nº 1 ao esfíncter interno do ânus, fãcilmente exposto pela tração de duas pinças de Allis que englobem a espessura correspondente ao esfíncter externo.

O septo reto-cólico, praticamente já cicatrizado no decurso dos sete dias de pós-operatório, será seccionado, como dissemos, sob a forma de V ou U invertidos, reparando-se a borda de secção com pinças de Allis que, em seguida, são substituídas por pontos em X ou U, com o mesmo categut.

A secção dêste septo poderá também ser efetuada entre

duas pinças de Kocher curvas, colocadas em sentido contrário, permitindo a remoção de um retalho em forma de U invertido. Imediatamente, são dados pontos em U com o mesmo fio, por fora das pinças, retirando-se sucessivamente as pinças. Êstes pontos têm a finalidade de efetuar a hemostasia local, bem como reforçar a linha de anastomose por mais 8 a 10 dias, contrariamente às pinças esmagadoras de Duhamel, que como vimos podem cair espontâneamente no 5º dia de pós-operatório.

Terminada a sutura da anastomose reto-cólica, deve-se efetuar a ressecção de um retalho cutâneo triangular de base externa, na parede posterior do canal anal, como se faz habitualmente na fissurectomia. Êste triângulo de drenagem evitará o aparecimento de plicomas edemaciados, permitindo o escoamento de secreções da sutura do contôrnio posterior do cólon (Fig. 4).

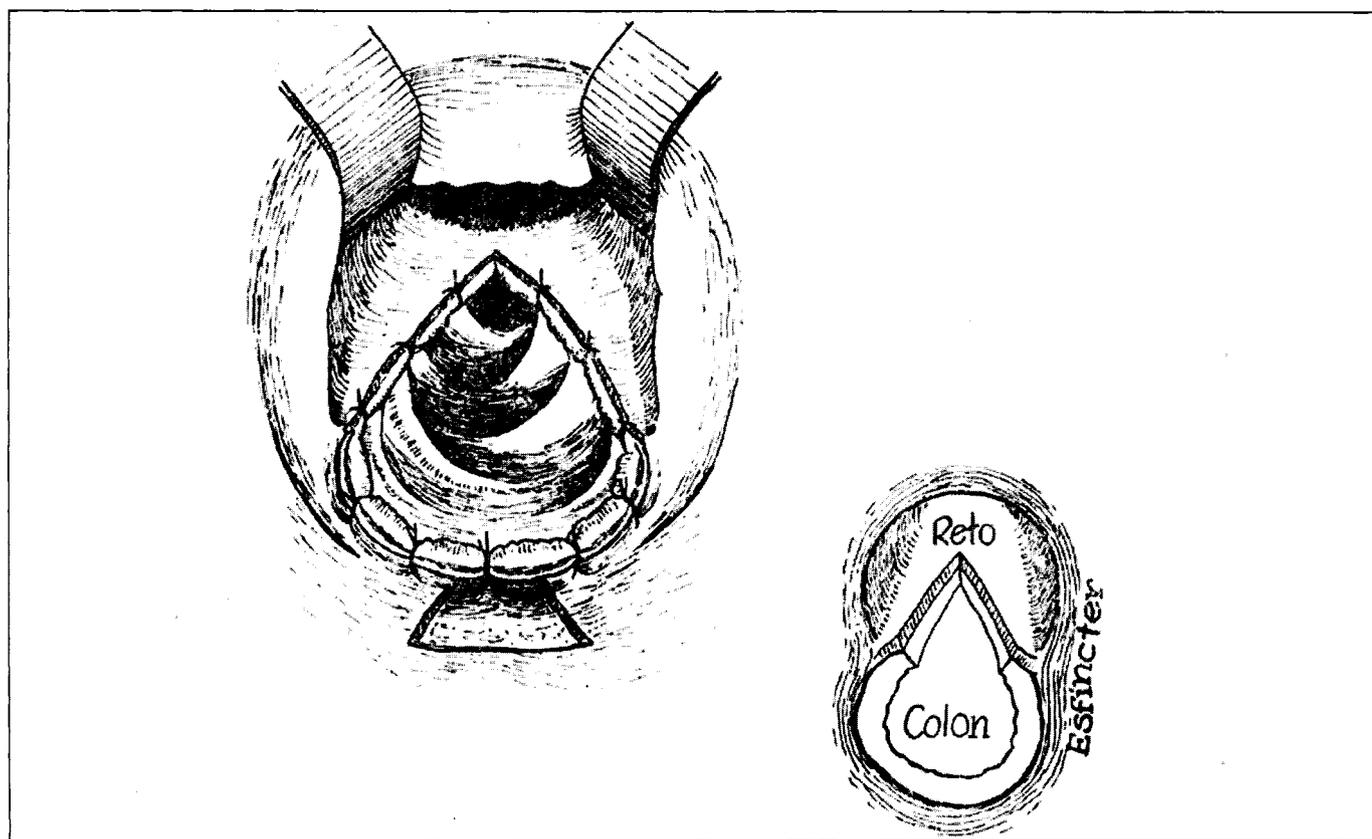


Fig. 4 - Aspecto final da anastomose reto-cólica após a ressecção da colostomia perineal, juntamente com um retalho em V invertido do septo de contato entre parede posterior do reto e anterior do cólon abaixado. O triângulo de drenagem efetuado na parede posterior do canal anal facilita o escoamento de secreções da sutura posterior.

COMENTÁRIOS

As modificações técnicas que procuramos introduzir à operação de Duhamel visam trazer maior confôrto aos doentes pela supressão das pinças esmagadoras utilizadas na técnica original. Evita-se, com isto, a dor que as mesmas podem determinar durante sua permanência e facilita-se a higiene e o levantar precoce dos doentes.

A secção do reto 6 cm acima da reflexão peritoneal torna mais fácil ao cirurgião o seu sepultamento, sem qualquer

inconveniente no resultado pós-operatório.

A abertura posterior do reto acima da linha pectínea e não na parede posterior do canal anal visa impedir que uma cicatrização baixa do contôrnio do cólon abaixado predisponha ao prolapso de sua mucosa.

A colostomia perineal temporária que introduzimos na operação, além de permitir a constatação segura da viabilidade da alça abaixada no pós-operatório imediato, proporciona melhores condições de cicatrização, pois as evacuações dar-se-ão distalmente à linha de anastomose reto-cóli-

ca. Além disso, desde que sua ressecção possa ser efetuada no 7º dia de pós-operatório, não haverá aumento da hospitalização.

Nos casos em que ocorrer supuração pélvica, ou qualquer outra complicação, o cirurgião poderá adiar sua ressecção, conforme julgar conveniente. Não dependerá, portanto, da queda imprevisível de duas pinças esmagadoras, que poderá ocorrer em presença de contaminação pélvica e, portanto, sem que se tenha processado a cicatrização entre o reto e o cólon abaixado, o que trará, indiscutivelmente, complicações gravíssimas, pela retração do mesmo.

Os primeiros 8 casos de megacólon adquirido operados por esta técnica apresentaram resultados bastante satisfatórios, quanto ao restabelecimento do trânsito intestinal, pois todos os doentes tiveram alta evacuando 1 a 3 vezes ao dia. O restabelecimento da continência fecal e para gases verificou-se entre 48 e 72 horas após a ressecção da colostomia perineal. Não tivemos nenhum caso de deiscência de anastomose nesta série.

Apenas um dos doentes apresentou uma coleção purulenta na ampola retal, o que nos fez adiar por alguns dias a ressecção da colostomia, sem, entretanto, ter ocorrido deiscência da anastomose ou comprometimento da continência fecal. Em consequência desta complicação, passamos a empregar sistematicamente a drenagem da ampola retal através do orifício anal. Nenhum doente desta série apresentou qualquer distúrbio sexual após a operação. Não tivemos nenhum óbito nesta série referida.

HADDAD J, RAIA A, CORRÊA NETTO A - Retro-retal howe-ring of the colon with perineal colostomy in the treatment of acquired megacolon.

SUMMARY: The AA. describe modifications of the Duhamel operation for the surgical treatment of acquired and congenital megacolon with excellent results in eight cases. The crushing clamps are avoided and a temporary perineal colostomy is performed. All patients have normal bowel function and fecal continence following resection of the colostomy.

KEY WORDS: megacolon; colostomy; colon; rectum

REFERÊNCIAS

1. Bernardes de Oliveira, A.: Tratamento cirúrgico do megacólon pela operação de Duhamel. *Rev. paul. Med.* 63: 283, 1963.
2. Corrêa Netto, A., Haddad, J., Azevedo, P. A. V. & Raia A.: Etiology, pathogenesis and treatment of acquired megacolon. *Surg. Gynec. Obstet.* 114: 602, 1962.
3. Corrêa Netto, A.: Um caso de megacólon curado pela amputação intra-esfinteriana do reto. *Rev. Med. S. Paulo*, 24: 29, 1940.
4. Cutait, D. E.: *Tratamento do megacólon pela retossigmoidectomia*, tese à Fac. Med. Univ. S. Paulo, Brasil, 1953.
5. Duhamel, B.: Une nouvelle operation de megacolon congenital, *Presse med.* 64: 2.249, 1956.
6. Duhamel, B.: *Technique Chirurgical Infantile*, Masson, Paris, 186: 1957.
7. Ehrenpreis, T.: *Long-term results of retossigmoidectomy in Hirschsprung's Disease, with a short note on Duhamel's operation*, simpósio e mesa-redonda sobre Megacólon Congênito, anais do I Congresso Latino-Americano, II Internacional e X Bras. de Proctologia, S. Paulo, Brasil, 1960.
8. Goligher, J.C.: *Duhamel's Operation, Surgery of the Anus, Rectum and Colon*, Cassel & Company Ltd., London, 237: 1961.
9. Haddad, J., Raia, A. & Ehrhart, E. A.: Estudo das atividades sexuais nos pacientes portadores de megacólon, antes e após a retossigmoidectomia abdominoperineal, *Rev. paul. Med.* 55: 343, 1959.
10. Haddad, J. & Raia, A. Estudo da continência fecal nos pacientes portadores de megacólon submetidos à retossigmoidectomia abdominoperineal, *Rev. Assoc. med brasil.* 6: 221, 1960.
11. Haddad, J., Raia, A., Simonsen, O. & Corrêa Netto, A.: Complicações da retossigmoidectomia abdominoperineal no tratamento do megacólon adquirido. *Rev. paul. Med.* 59: 1, 1961.
12. Hallenbeck, G. A. & Waugh, J. M.: The surgical treatment of megacolon. *Surg Clin N. America.* 32: 1.203, 1952.
13. Heitz-Boyer et A., Hovelacque: Création d'une nouvelle vessie et d'un nouvel uretre, em Ferreira Santos, J.: *Extrofia da Bexiga*, tese de doutoramento, S. Paulo, 1919.
14. Martin, L. W. & Altemeier, W. A.: Clinical Experience with a New operation (Modified Duhamel procedure) for Hirschsprung's Disease, *An. Surg.* 156: 678, 1962.
15. Petit, P. & Decaudaveine, J.: Maladie de Hirschsprung ou mgacolon congenital; traitement chirurgical, *J. chir. Par.* 75: 521, 1956.
16. Raia, A. & Haddad, J.: Sexual function and fecal continence following abdominoperineal resection of rectosigmoid for acquired megacolon, *Surg. Gynec. Obstet.* 111: 357, 1960.
17. State, D.: Surgical treatment for idiopathic congenital megacolon (Hirschsprung's disease), *Surg. Gynec. Obstet.* 95: 201, 1952.
18. Swenson, O. & Bill, A. H.: Resection of rectum and retosigmoid with preservation of the sphincter for benign spastic lesions producing megacolon: an experimental study, *Surgery* 24: 212, 1948.
19. Vilhena-Moraes, R.: Megacólon congênito. Casuística e Operação de Duhamel, entregue para publicação na *Rev. Paul. Med.*