

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MEGACÓLON TÓXICO

RAUL RAPOSO DE MEDEIROS, TSBCP
JUVENAL RICARDO NAVARRO GÓES, TCBCP
JOÃO JOSÉ FAGUNDES, TSBCP
CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY, FSBCP

MEDEIROS RR, GÓES JRN, FAGUNDES JJ & COY CSR - Tratamento cirúrgico do megacólon tóxico. *Rev bras Colo-Proct*, 1996; 16(3): 117-120

RESUMO: O megacólon tóxico (MT) pode ser uma complicação fatal da retocolite ulcerativa (RU) e, mais raramente, da doença de Crohn (DC). Entre 1969 e 1996, 20 pacientes portadores de doença inflamatória intestinal foram operados de MT com o diagnóstico sendo feito clínica e laboratorialmente (19 - RU e 1 - DC). Todos foram submetidos a laparotomia, sendo realizada colectomia total com ileostomia terminal. No tratamento do coto retal, a preferência foi pelo seu fechamento primário, mas alguns casos tiveram seus retos deixados abertos como fistula mucosa. A mortalidade observada (15%) foi atribuída principalmente ao diagnóstico tardio. Os pacientes com boa evolução pós-operatória foram posteriormente submetidos a cirurgia de reconstrução do trânsito intestinal. Em conclusão, o diagnóstico de MT e a conduta cirúrgica na urgência devem ser feitos o mais precocemente possível, o que sugere estar associado a melhor prognóstico desta complicação.

UNITERMOS: megacólon tóxico; retocolite ulcerativa; colite aguda fulminante; colectomia total; ileostomia

O megacólon tóxico (MT) constituiu-se numa das mais graves complicações das doenças inflamatórias dos cólons, sendo mais freqüente nos portadores de retocolite ulcerativa (RU). O MT, descrito por Marshack e Lester em 1950⁽²⁴⁾, se caracteriza pela dilatação aguda, total ou parcial do cólon acompanhado de manifestações graves de toxicidade. Sua incidência tem variado entre 1,6% e 21,4% para a RU (Tabela 1) e entre 1,0% e 7,8% para a doença de Crohn (DC) (Tabela 2). No Brasil, a incidência de RU e de DC vem aumentando nos últimos 20 anos, provavelmente devido a me-

lhora dos meios diagnósticos e ao melhor conhecimento das doenças inflamatórias intestinais. A patogenia e os fatores predisponentes são ainda obscuros, mas a administração de esteróides, opiáceos, anticolinérgicos, alterações da flora intestinal, depleção eletrolítica e o uso de enemas baritados podem estar relacionados a esta complicação. A maioria dos autores tem indicado o tratamento cirúrgico o mais precocemente possível, mas existe controvérsia quanto ao melhor momento para a cirurgia ser indicada. O objetivo deste estudo é apresentar a experiência do grupo na abordagem de pacientes portadores de MT e a importância que teria o momento da indicação da cirurgia.

Tabela 1 - Incidência de megacólon tóxico em retocolite ulcerativa.

Autor	Ano	Nº casos de megacólon tóxico %
Bockus	1956	7 (5,6%)
Peskin	1960	9 (6,0%)
Sampson	1961	14 (9,0%)
McInerney	1962	30 (2,9%)
Edwards	1964	10 (1,6%)
Odyniec	1967	36 (9,5%)
Thomford	1969	23 (3,7%)
Scott	1970	47 (12,7%)
Brown	1971	5 (2,5%)
Fegiz	1972	7 (7,4%)
Fry	1972	15 (21,4%)
Adams	1973	16 (4,6%)
Strauss	1976	28 (17,8%)
Sirinek	1977	42 (3,2%)
Cutait e col.	1979	13 (12,3%)
Berti-Riboli	1980	70 (11,0%)
Cunsolo e col.	1985	15 (11,4%)
Hawley	1988	20 (11,4%)

Tabela 2 - Incidência de megacólon tóxico na doença de Cröhn.

Autor	Ano	Nº de casos de megacólon tóxico %
Buzzard	1974	12 (6,3%)
Farmer	1975	23 (3,7%)
Greenstein	1975	7 (4,3%)
Julien e Vignal	1976	3 (1,5%)
Saegesser	1977	1 (1,0%)
Grieco	1980	5 (6,4%)
Berti-Riboli	1980	1 (7,8%)
Cunsolo	1985	2 (2,2%)

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Entre 1969 e 1995, 21 casos de MT foram avaliados e, destes, 20 foram submetidos a tratamento cirúrgico. Um caso apresentou evolução favorável com o tratamento clínico. Este estudo se baseia apenas nos pacientes operados sendo que 19 eram portadores de RU e um de DC e foram tratados no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Dezenove brancos e um mestiço, 16 eram do sexo feminino e quatro do sexo masculino. A idade variou de 15 e 56 anos (Tabela 3), sendo a maior incidência entre 21 e 40 anos (85%).

Tabela 3 - Incidência de megacólon tóxico.

Faixa etária	Nº de casos	%
0 - 10	-	
11 - 20	1	5
21 - 30	8	40
31 - 40	9	45
41 - 50	1	5
51 - 60	1	5
Total	20	100

Quatorze pacientes já apresentavam sintomas de doença inflamatória, caracterizada basicamente por diarreia, evacuações pio-mucosangüinolentas, anemia e perda de peso. Seis pacientes (30%) foram atendidos com o diagnóstico de RU da forma fulminante, sem diagnóstico prévio de doença inflamatória e evoluíram para MT. No momento da primeira avaliação clínica todos os pacientes apresentavam queda acentuada do estado geral, taquipnéia, taquisfigmia, febre, anemia, instabilidade hemodinâmica e distensão abdominal difusa ou segmentar. Seis pacientes (30%) apresentavam confusão mental secundária ao quadro toxêmico avançado. A radiografia simples de abdome mostrou em todos dilatação do intestino grosso, sendo em dois casos do sigmóide e em 18 (90%) do cólon transverso (Fig. 1). O hemograma realizado mostrou sempre leucocitose com desvio à esquerda e todos apresentaram hipoproteïnemia e hipopotassemia em vários graus. Dois pacientes (10%) haviam sido submetidos a enema opaco, sete e 10 dias antes da instalação do quadro. Quatro (20%) referiam uso de anticolinérgicos e antiespasmódicos nas duas semanas que antecederam o início dos sintomas.

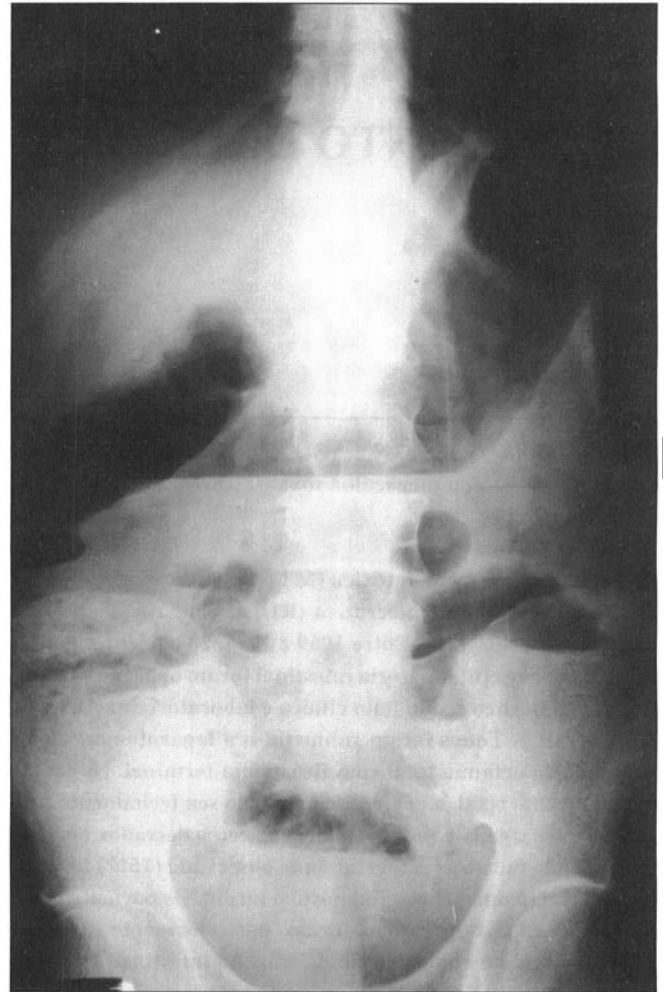


Fig. 1 - Megacólon tóxico. Dilatação e nível hidroaéreo no cólon transverso.

Tão logo foi confirmado o diagnóstico de MT, foi iniciada vigorosa medicação de suporte, que consistiu de hidratação, reposição eletrolítica, plasma, transfusão de sangue, o uso de antibióticos de largo espectro e administração de suporte nutricional. Os pacientes foram avaliados clínico-laboratorialmente e no momento de melhor estabilidade hemodinâmica e o mais precocemente possível foram levados a cirurgia, o que ocorreu entre 24 e 48 horas para os pacientes vistos inicialmente pelo grupo ou mais tardiamente por aqueles que vinham sendo acompanhados por outros serviços. Nenhum apresentou melhora clínica que pudesse sugerir o prolongamento do tratamento clínico e por isso foram operados.

RESULTADOS

Em dois pacientes (10%) foi realizada a proctocolectomia total com ileostomia definitiva. Dezoito pacientes (90%) foram submetidos a colectomia total e ileostomia, possibilitando assim a futura reconstrução do trânsito intestinal.

O exame anatomopatológico realizado nos espécimes de 19 pacientes (95%) mostrou tratar-se de RU e um (5%) de DC.

Um paciente (5%) tratado com colectomia total e ileostomia terminal apresentou no 5º dia pós-operatório profuso sangramento através do coto retal e necessitou reoperação, sendo feita a amputação do reto remanescente.

Três pacientes (15%) evoluíram com instabilidade hemodinâmica irreversível, secundária ao quadro toxêmico grave e morreram no pós-operatório imediato, sendo um no 1º dia, um no 2º dia e um no 3º dia pós-operatório.

Os 17 pacientes restantes (85%) tiveram evolução satisfatória, sendo que dois (10%) tiveram supuração da ferida operatória e um (5%) broncopneumonia.

DISCUSSÃO

A RU vem apresentando em nosso meio aumento significativo de incidência. Cutait e col.⁽¹⁰⁾ referiram 97 casos de RU operados, sendo que 28 (28,9%) apresentavam forma aguda, das quais 13 eram de MT. Este aumento se deve, em parte, à melhora dos meios diagnósticos, principalmente à colonoscopia e em parte a um aumento real na ocorrência de casos, principalmente nos grandes centros urbanos, devido a modificação no modo de vida e dos hábitos alimentares.

A indicação cirúrgica nas formas crônicas tem se fundamentado na análise de alguns parâmetros como a idade do paciente, o tempo de evolução da moléstia, o grau de incapacidade provocado pelos sintomas, o comprometimento do desenvolvimento físico, mental e sexual e a resposta e tolerância ao tratamento clínico adequado. Atualmente, com o advento das cirurgias de reservatório ileal, a indicação cirúrgica tem sido mais liberal, pois permite que o paciente permaneça com a função esfinteriana mantida além de qualidade de vida bastante aceitável.

O tratamento cirúrgico do MT está associado historicamente a elevadas taxas de mortalidade variando de 13%⁽²⁶⁾ a 71%⁽²⁵⁾ e ao emprego de variadas alternativas táticas cirúrgicas⁽¹⁶⁾. A evolução dos princípios que regeram as opções técnicas para este tratamento indicou tendência para a ressecção colônica total e ileostomia, o que estaria associado a melhor prognóstico do que a opção de apenas ileostomia ou cecostomia de descompressão⁽¹⁶⁾. O procedimento proposto por Turnbull e col. em 1971, que constava de ileostomia e colostomias múltiplas sem ressecção colônica, representou para muitos um retrocesso no tratamento do MT^(16, 37). Entretanto, apesar desses conceitos serem bem aceitos na atualidade, persiste controvérsia sobre o momento certo para se indicar a cirurgia. A indicação precoce poderia significar tratamento em até três tempos operatórios, em pacientes críticos e que poderiam ter o quadro agudo eventualmente revertido clinicamente, sendo a cirurgia realizada com maior segurança em bases eletivas. Por outro lado, a indicação tardia implicaria em indicar cirurgia em paciente já crítico o que certamente estaria associado a taxas de complicações e mortalidade muito elevadas.

Alguns autores têm procurado estabelecer alguns parâmetros para a escolha do momento adequado para se indicar a cirurgia, sendo que a maioria concorda que deva ser realizada nas primeiras 48 horas após iniciado, sem sucesso, o

tratamento clínico. Hawley⁽²⁰⁾ considerou que, quando a cirurgia é indicada nos primeiros cinco dias, o prognóstico é bom, com mortalidade abaixo de 20%. Fry e Atkinson⁽¹⁶⁾ atribuíram o sucesso dessa cirurgia a menor tempo de internação antes da indicação da cirurgia. Greenstein e col.⁽¹⁸⁾ consideraram que o prognóstico da cirurgia do MT piora muito quando os pacientes têm idade superior a 40 anos. A maioria dos autores^(1, 5, 6, 8, 9, 11, 14, 22-24, 27, 35, 36), no entanto, tem preferido indicar a cirurgia sempre que não ocorre melhora evidente nas primeiras 24 horas após feito o diagnóstico e instituído o tratamento clínico. Este tem sido o critério utilizado pelo Serviço de Colo-Proctologia do Hospital de Clínicas da UNICAMP desde 1969, com preferência pela realização de laparotomia mediana ampla, xifopúbica, colectomia total e ileostomia. Quando o reto abdominal se apresenta em condições satisfatórias, realiza-se o seu fechamento por sutura com pontos separados. Nos casos em que o reto possa ser considerado de alto risco para fechamento primário, a opção tem sido sua exteriorização como fístula mucosa.

Alguns meses após, com a melhora das condições gerais e do estado nutricional, o trânsito intestinal é então restabelecido através de confecção de reservatório ileal anastomosado ao canal anal. Nos dois primeiros casos a cirurgia realizada foi proctocolectomia, pois se tratava de período anterior às cirurgias de reservatório ileal e o reto remanescente estava muito comprometido. Nos demais foi realizada a colectomia total e ileostomia. Todavia um deles necessitou reoperação e amputação do reto remanescente no 5º dia pós-operatório, devido a hemorragia de grande porte.

Dos 17 pacientes que sobreviveram, dois ficaram com ileostomia definitiva e em 15 o trânsito foi reconstruído, sendo em dois por anastomose íleo-retal e em 13 por anastomose íleo-anal com confecção de reservatório ileal.

Os resultados satisfatórios verificados nesta série se devem principalmente à indicação precoce de cirurgia, uma vez que os três óbitos (15%) ocorreram em pacientes que foram operados com mais de 48 horas de tratamento clínico sem sucesso. Além disso, o preparo adequado pré-operatório, a cirurgia realizada com especial atenção aos cuidados com a mobilização de todo cólon foram também considerados importantes. No momento da mobilização dos cólons a delicadeza no manuseio das alças é de fundamental importância, tendo em vista a intensa friabilidade dos segmentos afetados e o elevado risco de perfuração intra-operatória o que está associado a um aumento significativo da morbidade e mortalidade.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir desta análise que, uma vez estabelecido o diagnóstico clínico-radiológico de MT e se o tratamento clínico instituído não indicar uma rápida reversão do quadro toxêmico, o paciente deverá ser imediatamente preparado para cirurgia e o mais precocemente possível submetido a colectomia total com ileostomia terminal, o que sugere estar associado a um melhor prognóstico para esta grave complicação.

**MEDEIROS RR, GÓES JRN, FAGUNDES JJ & COY CSR -
Surgical treatment of toxic megacolon.**

SUMMARY: Toxic megacolon (TM) can be a fatal complication of ulcerative colitis (UC) and less frequently, Crohn's disease (CD). From 1969 to 1996, 20 patients having inflammatory disease were operated on with clinical and radiological diagnosis of TM (19 - UC and 1 - CD). All of them were submitted to total colectomy and terminal ileostomy. For the treatment of the rectal stump, the preference was to close it primarily, but some cases had their rectum left opened like a mucous fistula. Mortality was related to delayed diagnosis. Patients with good clinical outcome had their intestinal transit eventually restored. In conclusion, the diagnosis of TM and surgical approach must be done as much earlier as possible and it might be associated with a better prognosis of this complication.

KEY WORDS:toxic megacolon; ulcerative colitis; fulminant colitis; total colectomy; ileostomy

REFERÊNCIAS

1. Adams JT. Toxic dilatation of the colon: a surgical disease. Arch Surg 1973; 108: 676-682.
2. Baylesi T. Current Medical Management. 7th Colorectal Disease. Cleveland Clinic Florida 1996: 53-64.
3. Berti-Riboli G. Toxic megacolon as a complication of ulcerative colitis and Cröhn's disease of the colon. When and how to operate. Min Dietol Gastroent 1980; 26: 153-159.
4. Bockus HL. Ulcerative colitis. Classification of types, clinical behavior, life history, prognosis. In Avery Jone SF (ed.). Modern Trends in Gastroenterology. New York 1958: 296.
5. Brown CH, Ferrante WA. Toxic dilatation of colon complicating pseudomembranous enterocolitis. Am J Dig Dis 1968; 13: 813.
6. Buckell NA, Lennard-Jones. How district hospitals see acute colitis. Lancet 1979; 1: 1226.
7. Buzzard AJ, Baker WNW, Needham PRG, Warren RE. Acute toxic dilatation of the colon in Cröhn's colitis. Gut 1974; 15: 416.
8. Cooksey G, Gunn A, Watherspoon WC. Surgery for acute ulcerative colitis and toxic megacolon during pregnancy. Br J Surg 1985;
9. Cunsolo A, Bragaglia RB, Sc B, FICS, Arena N, Mastromatteo MG, Vecchi R, Gozzetti G. Toxic Megacolon complicating ulceratives colitis and Cröhn's disease. In Surg 1985; 70: 339-43.
10. Cutait DE, Figliolini FJ, Silva JH, Manzione A, Cutait R, Raia A. Contribuição ao tratamento cirúrgico da retocolite ulcerativa inespecífica. Revta paul Med 1979; 94: 1-10.
11. Danovitch SH. Fulminant colitis and toxic megacolon. Gastroenterology Clinics of North America 1989; 18: 73-82.
12. Edwards FC, Truelove SC. The course and prognosis of ulcerative colitis. I. Short-term prognosis. Gut 1963; 4: 299-308.
13. Farmer RG, Hawk WA, Turnull RB. Clinical patterns in Cröhn's disease: a statistical study of 615 cases. Gastroenterology 1975; 68: 627.
14. Fazio VW. Ileoanal reservoir complication, and their management. 7th colorectal disease. Cleveland Clinic Florida 1996: 11-32.
15. Fegiz G. Chirurgia della colite ulcerosa. Atti Soc It Chir 1972.
16. Fry PD, Atkinson KG. Current surgical approach to toxic megacolon. Surg Gynecol Obstet 1976; 143: 26-30.
17. Greenstein AJ, Kark AE, Dreiling D. Cröhn's disease of the colon. III. Toxic dilatation of the colon in Cröhn's colitis. Am J Gastroent 1975; 63; 117.
18. Greenstein AJ, Sachar DB, Gibas A, Schrag D, Heimann T, Janowitz HD, Aufses AH. Outcome of toxic dilatation in ulcerative colitis and Cröhn's colitis. J Clin Gastroenterol 1985; 7: 137.
19. Grieco MB, Dennis L. Toxic megacolon complicating Cröhn's colitis. Ann Surg 1980; 191: 75-80.
20. Hawley PR. Emergency surgery for ulcerative colitis. Worlds J Surg 1988; 12: 169-173.
21. Julien M, Vignal L. La maladie de Cröhn recto-colique. Monographie de L' Association Francaise de Chirurgie. Paris Masson, 1976.
22. Lavery I. Toxic colitis - Optimal management. 7th Colorectal Diseases, Cleveland Clinic Florida 1996: 43-52.
23. Lennard-Jones JE, Ritchie JK, Hilder W, Spicer CC. Assessment of severity in colitis: A preliminary study. Gut 1975; 16: 579.
24. Marshak RH, Lester LJ. Case report: megacolon, a complication of ulcerative colitis. Gastroenterology 1950; 16: 768-772.
25. McInerney GT, Sauer WG. Fulminating ulcerative colitis with marked colonic dilatation: a clinicopathologic study. Gastroenterology 1962; 42: 244-257.
26. Odyniec AN, Judd ES, Sanev WG. Toxic megacolon significant improvement in surgical management. Arch Surg 1967; 94: 638-642.
27. Peskin GN, Dawis AO. Acute fulminating ulcerative colitis with colonic distension. Surg Gynecol Obstet 1960; 110: 269-276.
28. Phillips RKS. Advantages and disadvantages of the ileorectal anastomosis. 7th Colorectal Disease, Cleveland Clin Florida 1996; 3-10.
29. Prantero C, Lorenzetti R. Severe ulcerative colitis: A personal point of view. Hepato-gastroenterol 1989; 36: 240-243.
30. Saegesser F. La maladie de Cröhn en Suisse Romande. Lyon Chir 1977; 73: 331.
31. Sampson P, Walker FC. Dilatation of the colon in ulcerative colitis. Br Md J 1961; 2: 1119-1123.
32. Scott HW Jr., Sawyers JL, Gobbel Wb Jr, Graves HA, Shull HJ. Surgical management of toxic dilatation of the colon in ulcerative colitis. Ann Surg 1974; 179: 647-656.
33. Sirinek KR, Tetirick CE. Total proctocolectomy and ileostomy. Arch Surg 1977; 112: 518-522.
34. Sjödal R. Is there a role for the Koch Pouch? 7th Colorectal Disease, Cleveland Clinic Florida 1996: 33-42.
35. Strauss RJ, Flint GW. The surgical management of toxic dilatation of the colon: report of 28 cases and review of the literature. Ann Surg 1976; 148: 682.
36. Thomford NR, Rybank JJ, Pace WG. Toxic megacolon. Surg Gynecol Obstet 1969; 128: 21-26.
37. Turnbull RB, Hawk WA, Weakley FL. Surgical treatment of toxic megacolon. Am J Surg 1971; 122: 325.