

## A RETOSSIGMOIDECTOMIA NO TRATAMENTO DO MEGACÓLON CHAGÁSICO

ÁLVARO A. CARDOSO

Álvaro A. Cardoso, Cirurgião da Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto, SP. Trabalho publicado na Rev. Goiana de Medicina, 5: 103-127, 1959.

Joaquim José Ferreira, TSBCP

CARDOSO AA - A retossigmoidectomia no tratamento do megacólon chagásico. Rev bras Colo-Proct, 1996; 16(3): 137-146

**RESUMO:** A propósito de 52 casos de megacólon que o autor teve ocasião de observar na Enfermaria de Cirurgia de Homens da Santa Casa de Ribeirão Preto e de sua clínica particular, faz uma revisão das teorias etiopatogênicas, concluindo pela etiologia chagásica desta afecção no material estudado. Usa para o tratamento do megacólon, a técnica da retossigmoidectomia por via abdominal em um só tempo, cujos resultados foram os seguintes: dos 52 casos estudados, 7 recusaram o tratamento cirúrgico e 45 foram operados, dos quais 38 pela técnica descrita com ótimos resultados e 5 óbitos. Outros óbitos foram registrados, em número de 7, decorrentes de laparotomia exploradora para distorsão ou esvaziamento da alça do mega. Chama a atenção para a importância, na execução cuidadosa do ato cirúrgico, o conhecimento da vascularização da região e o cuidadoso preparo do doente portador de mega, o qual permite um pós-operatório mais curto e resultados cirúrgicos muito mais favoráveis.

**UNITERMOS:** megacólon; megacólon chagásico; retossigmoidectomia

A presente comunicação tem a finalidade de colaborar com as já publicadas no concernente ao tratamento do megacólon. É um trabalho realizado na Enfermaria de Cirurgia de Homens da Santa Casa de Ribeirão Preto, acrescido de alguns casos da clínica particular do autor. O serviço da Enfermaria recebe doentes procedentes de todo o interior do Estado e também dos Estados vizinhos. Sua finalidade é mostrar nossa conduta em relação ao doente chagásico portador de megacólon e seus resultados.

Já em 1916 Chagas fazia a associação da manifestação desta síndrome com a infecção por ele descrita. Em 1930, V. Illea, citado por Maciel<sup>(1)</sup>, voltou a chamar a atenção para este fato da manifestação intestinal da moléstia de Chagas no seu período crônico.

Esta moléstia atinge a população brasileira em alta porcentagem, mais do que suspeitamos e também a de outros países da América do Sul e até da região sul dos Estados Unidos. A medida que a campanha sobre a moléstia de Chagas se intensifica, maiores se nos apresentam os seus domínios, e assim somos obrigados a pensar sempre nela, tôdas as vezes que examinamos um paciente vindo do Interior.

### Teorias etiopatogênicas

Desde há alguns anos a medicina no Brasil vem se esforçando para esclarecer a questão da etiopatogenia do megacólon, a fim de encontrar uma terapêutica racional.

As teorias foram surgindo uma após outras. *Corrêa Netto*<sup>(2)</sup>, indica três, que são: a de *Hirschprung*, a de *Royle* e a de *Hurst*. Estas teorias ditaram as mais diversas táticas cirúrgicas, cujos resultados não foram satisfatórios e por isso não têm emprêgo eletivo.

A etiologia da avitaminose, defendida por *Etzel*<sup>(3)</sup> e aceita por *Corrêa Netto*, *Botelho* e *Vasconcelos*, é muito sedutora e ainda hoje é defendida por muitos cirurgiões. *Koerberle*<sup>(4)</sup>, diz que esta etiologia não encontra apóio na histologia das lesões da doença carencial. Se tal teoria fôsse verdadeira, nossa população do nordeste, castigada pelas sêcas prolongadas e subnutrida, deveria apresentar um índice elevado de megacólon.

A patogenia da acalásia dos esfíncteres defendida por *Hurst*, é aceita por um grande contingente de cirurgiões. A princípio parecia ter resolvido o problema, mas com o avolumar das observações, das recidivas e melhores estudos, verificou-se ainda não ser a verdadeira. Grande número de observadores a refutam e em nossos casos tivemos a oportunidade de observar que a dilatação do segmento intestinal se faz nas zonas de esfíncteres como em outras desprovidas dêles. Há no segmento dilatado uma hipertrofia da musculatura devida a uma ação compensadora pela perda do peristaltismo, mas não em consequência da acalásia do esfíncter abaixo. O início e o fim da dilatação se faz progressivamente, como um funil, e não bruscamente como quer esta etiologia. Acompanhando a ténia do intestino grosso, verificamos que ela é íntegra na parte normal e vai aos poucos abrindo em léque para a parte dilatada. É preciso não se esquecer das condições anatômicas normais do intestino como lembra *Prata*<sup>(5)</sup>, que fez um estudo da transição entre cólon sigmóideo e reto. Observamos ainda que os estímulos provocados

pelo manusear da alça no ato cirúrgico, produzem contrações descoordenadas em diferentes pontos em lugar de uma onda peristáltica harmônica de efeito progressivo.

De tôdas as etiologias apresentadas até hoje, a mais recente e a que mais satisfatoriamente explica êstes casos de megacólon, em nosso meio, é a nova interpretação da infecção chagásica. Além dos já citados autores, *E. Chagas*, *G. Viana* e uma plêiade de outros estudiosos nacionais e estrangeiros, firmaram a preferência do parasito da moléstia de Chagas para o coração e sistema nervoso. Na época atual, grande número de autores, principalmente médicos do Interior, que trabalham em zonas de endemia da doença, aceitam e defendem a etiologia chagásica.

*Koeberle*<sup>(6)</sup>, em trabalho publicado em 1956, diz que o megacólon é a conseqüência da lesão dos elementos nervosos contidos na parede dos cólons pela ação de uma toxina contida na leishmânia do *T. cruzi*.

*Freitas*<sup>(7-8)</sup>, aceita esta etiologia e, na sua tese de doutoramento na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1947, assinalou a grande freqüência da reação de Machado Guerreiro positiva nos pacientes com megas.

Dentre tôdas as etiologias, aceitamos a da moléstia de Chagas pelas nossas próprias observações. Trabalhando no Interior, próximo de regiões desta endemia, estamos diariamente em contato com êstes doentes portadores de fecaloma e megacólon. Esta moléstia é uma doença de todo o organismo, com maiores predileções para os órgãos ôcos, onde a sua manifestação é mais gritante. Os nossos doentes são procedentes de uma vasta zona de endemia onde as pesquisas da moléstia de Chagas foram confirmadas até em animais domésticos.

Todos êstes fatores e, ainda mais, a presença de "barbeiros" no domicílio, os resultados histopatológicos das peças operatórias e as necrópsias, nos levam a aceitar esta etiologia até que seja provado o contrário.

## MATERIAL

As nossas observações se baseiam em um número grande de casos de megacólon chagásico, dentre os quais retiramos 52 fichados e catalogados. Em sua maioria os casos foram diagnosticados clinicamente e os casos operados confirmados pelos exames histopatológicos realizados na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Êstes doentes na maioria são lavradores paupérrimos, de baixo nível cultural, habitando choupanas, casas de pau-a-pique ou miseráveis casas de colonos feitas de tijolos sem rebôco e que constituem o habitat do 'barbeiro', também conhecido por "chupança".

Na anamnese, todos apresentavam queixas vagas, apontando como a principal a impossibilidade de evacuar por 5, 10 e 30 dias e às vezes até mais. São doentes crônicos da moléstia de Chagas que relatam já terem sido picados pelo "barbeiro" e o terem encontrado em suas próprias camas. A perturbação do intestino data de 2 a 3 anos e vem se acentuando progressivamente até a parada completa da evacuação. A princípio os chás caseiros e as receitas dos curandeiros eram suficientes, mas com o tempo nem mesmo os remédios

comprados nas farmácias faziam o efeito desejado. Assim, quase todos apresentavam grande distensão abdominal com a presença de fecalomas enormes e alguns foram admitidos na enfermaria com abdome agudo por torsão de alça ou por distensão brutal, com perturbações gástricas e respiratórias. Outros já eram quase cadáveres, aos quais foram dados todos os recursos mas que, finalmente, vieram aumentar o índice de mortalidade.

Os processos de laboratório usados para o diagnóstico da moléstia de Chagas na fase crônica, são aqueles indicados por *Freitas*<sup>(8)</sup>; todos os nossos doentes, *sem exceção*, apresentaram a reação de Machado Guerreiro positiva. Êste exame também foi realizado no laboratório da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, sob a responsabilidade do *Prof. Pedreira de Freitas*.

Eletrocardiograficamente verificamos que 19,23% de todos os doentes, operados ou não, não apresentavam evidência de cardiopatia, apesar da reação de M.G. positiva. Naqueles que apresentavam manifestações cardíacas, não havia uma correlação entre a intensidade destas manifestações e a extensão da lesão intestinal. As manifestações cardíacas na fase crônica da doença permitem investigar a sua existência nas regiões onde ela é endêmica.

*Pondé*, citado por *Gomes*<sup>(9)</sup>, diz que em 37 casos positivos de Chagas em crianças na Bahia, não encontrou sintomatologia cardíaca.

*Barba, Amorim e Gomes*<sup>(9)</sup>, afirmaram que se se aceita a cardiopatia chagásica em potencial, assintomática, sem manifestações clínicas, por que excluir a etiologia chagásica dos megas, apenas porque alguns casos não se acompanham de miocardite e muitos chagásicos não apresentam megas?

As alterações cardíacas mais freqüentemente encontradas pelo E.C.G., no restante dos doentes observados, foram: bloqueio de ramo direito, extrassístoles ventriculares, anormalidades do complexo QRS e alterações da onda P.

A reação de Wassermann quantitativa foi positiva em 6 casos, a verminose em 44 casos e a infecção amebiana em 35 casos.

O exame radiológico, grande auxiliar nesta afecção, permite avaliar a extensão da lesão e fazer o seu controle antes e depois do tratamento. Todos os doentes foram radiografados, revelando dilatações intestinais monstruosas chegando em alguns a quase tôda a área do abdome. Há sempre necessidade do intestino estar limpo para a realização de um bom exame radiológico. Logo depois de terminado o exame, é preciso fazer a exoneração do contraste, auxiliada com lavagens intestinais, para não se dar a formação de fecaloma.

Os 52 casos observados datam de 1952 ao início de 1958, sendo 44 da Enfermaria geral e 8 da Clínica particular do autor. De todos êles, tivemos 44 da raça branca e 8 da raça preta; pelas suas condições de trabalho, 84% eram colonos; apenas 16% eram alfabetizados, vivendo na cidade em ocupações diversas.

O megacólon manifesta-se em qualquer idade, porém, com maior freqüência na adulta, na fase crônica da moléstia de Chagas. O mais novo dos nossos doentes tinha 19 anos e o mais velho 68, sendo a idade média entre os 35 e 45 anos.

## RESULTADOS

Entre os 52 casos observados, tivemos alguns que foram admitidos com o quadro de abdome agudo e que exigiram intervenção de urgência, o que veio aumentar o índice de mortalidade. Com o tratamento clínico e pré-operatório alguns se julgaram curados e assim 7 pediram alta hospitalar, recusando outro tratamento. Os 45 restantes foram operados, sendo que 7 destes sofreram apenas laparotomia de urgência e os demais, retossigmoidectomia por via abdominal em um só tempo.

Os óbitos verificados em consequência do emprêgo desta técnica foram em número de 5, sendo 3 destes consequentes à deiscência da sutura da anastomose no pós-operatório imediato e que pertencem ao serviço da Enfermaria geral e os outros 2 da clínica particular do autor. Um faleceu por uremia e o outro por peritonite bloqueada devido a contaminação do campo na realização do ato cirúrgico.

Total de doentes	Altas a pedido	Operados	Retosig. via abdominal	Laparotomia exploradora
52	7	45	38	7

Outros óbitos, em número de 7, foram registrados por outras causas e por laparotomia exploradora de urgência em chagásicos com abdome agudo.

Óbitos verificados imputáveis à técnica empregada da retossigmoidectomia via abdominal em um só tempo:

Enfermaria de indigentes	Clínica particular	Total
3	2	5

### Causas dos óbitos:

Por deiscência da sutura .....	3
Por uremia no pós-operatório .....	1
Por peritonite devida a contaminação do campo cirúrgico .....	1

### Causa dos óbitos nas laparotomias exploradoras:

Cardite chagásica no pós-operatório (distorção de alça) .....	1 caso
Necrose da alça por torção do meso .....	2 casos
Intoxicação urêmica após distorção da alça .....	1 caso
Peritonite por perfuração da alça distendida .....	1 caso
Toxemia por megacólon torcido há mais de 48 horas .....	1 caso
Ileus paralítico após distorção da alça .....	1 caso

Outras consequências tivemos a registrar nos doentes operados pela técnica descrita; 5 casos de fístulas, duas das quais estercoráceas e que nos obrigaram a executar uma transversostomia a direita para derivar as fezes e que evoluíram para a cura. As outras 3 foram fístulas por supuração da

parede abdominal e que tiveram cura apenas com curativos.

O índice de mortalidade que parece ser muito elevado, é, no entanto, animador, se compararmos com o dos outros autores. Acreditamos que seja devido às falhas que surgem no preparo do doente e na execução do ato cirúrgico.

Na necrópsia tivemos a oportunidade de verificar que a deiscência da sutura da anastomose intestinal se dá de preferência nos ângulos, talvez devido à presença precoce de fezes no local da anastomose, à vascularização comprometida causando necrose, a pontos muito apertados e distanciados, ao peristaltismo forçando a anastomose edemaciada e reduzida de calibre ou à tensão que o cólon abaixado exerce sobre a sutura. Além da má hemostasia, parece serem estas as causas que impedem o sucesso cirúrgico.

Alterações anatômicas verificadas em nossos doentes:

Megassigma	Megarreto	Megaesôfago	Dolicocólon
52	11	6	19
100%	21,10%	11,53%	36,53%

Outras alterações observadas:

Fecaloma	Abdome agudo
33 (63,4%)	7 (13,4%)

Os resultados observados pelo emprêgo da retossigmoidectomia via abdominal em um só tempo são os melhores possíveis, apesar de faltar um contróle radiológico mais remoto dos operados. Entretanto, temos alguns de 1 a 3 e 6 meses que podem ser vistos e que dão uma idéia da boa evolução e resultados. Um grande número destes doentes tem sido revisto no pós-operatório bem remoto, de 3 a 4 anos pela anamnese e exame clínico feitos no ambulatório. Estes doentes não apresentam queixas e referem que estão bem, alguns engordam bastante e o intestino funcionando tão bem quanto na época em que deixaram o Hospital. O contróle radiológico é difícil em virtude do doente ter que ficar internado por vários dias e, vindo de regiões muito distantes, não quer perder dias de trabalho e nem ficar separado dos seus familiares.

A satisfação dos bons resultados alcançados pelo emprêgo desta técnica faz trazer à publicação nossas observações.

## Terapêutica

O tratamento dos doentes portadores de megacólon é essencialmente cirúrgico, mas, antes, há que fazer um tratamento clínico rigoroso e cuidadoso para deixá-los em condições de suportar a intervenção. Não se compreende operar sem preparar, salvo nos casos de urgência.

O tratamento é iniciado pela limpeza do intestino, principalmente a parte do mega, procurando por todos os meios assegurar uma via livre e mantida limpa por meio de laxan-

tes e lubrificantes por via oral, alternados com lavagens intestinais diárias. Acompanha o preparo, a dieta sem resíduo, a medicação estenizante, sôro e sangue quando necessários. Dêste modo podemos observar as transformações rápidas para melhora do doente, inclusive de seu psiquismo.

*Montenegro*<sup>(10)</sup>, diz que o megacólon é uma expressão local de uma moléstia geral e por isso não basta apenas tratar a manifestação local, é preciso tratar o doente como um todo para se obter resultados satisfatórios.

No esvaziamento do conteúdo intestinal usamos a técnica de *Hanes*, introduzindo pelo reto uma sonda grossa e longa com o doente em posição invertida, até que sua extremidade ultrapasse massa fecal. A sonda tem a finalidade de levar líquidos e substâncias graxas à parte alta, embebendo as fezes e provocando a sua exoneração. Quando não conseguimos êxito por êste método, fazemos a remoção pelo método manual e se êste também fracassar, empregamos então o método instrumental.

O intestino estando limpo, é radiografado e em seguida a conduta de limpeza é mantida e logo iniciada a assepsia com as sulfas de ação intestinal, às vêzes auxiliada com os antibióticos de largo espectro. É importante que durante todo o tempo o mega não tenha acumulado fezes, porque assim vazio há como que uma acomodação da camada muscular hipertrofiada e em conseqüência uma diminuição da luz, que é de grande auxílio no ato cirúrgico. São importantes a limpeza e assepsia do intestino, podendo-se ainda no pré-operatório usar-se solução fraca de permanganato no líquido de lavagem. Caso o intestino contenha fezes ou líquido fecal no ato cirúrgico, é quase certo a deiscência da sutura da anastomose. As fezes provocando um peristaltismo mais intenso vão forçar a sutura e, conseqüentemente, contaminar os fios de sutura.

Quando há fecaloma alto, usamos o retossigmoidoscópio para a sua remoção ou pelo menos para facilitar a sua descida. Alguns cirurgiões preferem a anestesia raquidiana para promover sua expulsão, mas êste método nunca empregamos porque sempre tivemos bons resultados com o instrumental.

### Técnicas cirúrgicas

Muitas técnicas para o tratamento cirúrgico foram preconizadas, seguindo esta ou aquela etiologia, mas nenhuma fêz época e se impôs pelos seus resultados. Tôdas têm apologistas e detratores e só conseguem um fim que é o tratamento paliativo. Êste resultado será tanto mais satisfatório quanto menor fôr o grau de comprometimento do segmento intestinal.

Existem muitas técnicas cirúrgicas, porém as mais empregadas são a da retossigmoidectomia, que pode ser por via abdominal ou abdômino-perineal, a técnica da simples sigmoidectomia e a da colectomia total.

Dentre tôdas a que é mais radical e melhores resultados traz ao doente, é a técnica da retossigmoidectomia. Esta se impôs às outras porque, além de retificar a curva do sigma, faz a retirada da parte ectasiada, impedindo a torsão e estase de fezes.

No serviço da Enfermaria não empregamos outra técnica nem cogitamos de outras, porque estamos com *Cutait*<sup>(11)</sup>,

*Baistrochi*<sup>(12)</sup> e *Swenson*, que a retossigmoidectomia é a única que remove o mega e faz uma retificação do trânsito intestinal com o abaixamento do cólon descendente. É esta a técnica que usamos com algumas particularidades na sua execução. É preconizada por *D. Cutait*<sup>(11)</sup>, e é uma modificação da técnica de *Dixone Wangensteen*, prescrita para a cura do câncer do reto e sigma. Ela pode ser empregada com um ou dois tempos, de acôrdo com o caso e a conduta do cirurgião. Alguns, e entre êles *Correa Netto*<sup>(12)</sup>, preferem, fazer uma transversostomia direita como primeiro tempo para derivar as fezes; num segundo tempo, realizar a retossigmoidectomia via abdominal e, num terceiro, fechar a transversostomia.

Com os cuidados pré-operatórios rigorosos que usamos e, ainda mais, a inibição do peristaltismo pelo ópio, realizamos a retossigmoidectomia por via abdominal em um só tempo, como método de escôlha, pelos bons resultados obtidos, sem necessidade de submeter o doente a três intervenções cirúrgicas.

A via abdômino-perineal da retossigmoidectomia, descrita por *Swenson*, tem suas indicações precisas, em casos selecionados, como êle próprio aconselha. Ela foi idealizada para o tratamento da doença congênita, do microcólon de *Hirschprung*. É uma técnica trabalhosa, exigindo duas equipes e a destruição da inervação genital é o seu óbice, causando impotência ao doente. Devido a isso e porque todos os nossos doentes se apresentavam em atividade genital, nunca a realizamos. Muitos cirurgiões preferem esta técnica de *Swenson*, principalmente aqueles que aceitam outra etiologia do mega e fazem a retirada do reto com o abaixamento do sigma.

A técnica da colectomia total foi apresentada por *Le-riche*<sup>(13)</sup> e *Mialaret*<sup>(14)</sup> que a empregaram em poucos casos e com resultados desanimadores. É uma técnica muito traumatizante, grave e com maus resultados para o doente, pela supressão das funções cólicas.

A simples sigmoidectomia é a técnica mais fácil e que satisfaz a muitos cirurgiões. Entretanto, as recidivas surgem com mais freqüência, talvez porque não promove uma retirada alargada do segmento intestinal comprometido.

*E.P. Pinto*<sup>(15)</sup>, na Santa Casa de Belo Horizonte, chegou à conclusão, após ter experimentado tôdas as outras técnicas, que a melhor é a retossigmoidectomia por via abdominal, porque além de retirar todo o segmento comprometido, retira também o tão falado esfíncter pelvi-retal.

*B. Montenegro*<sup>(10-16)</sup> e *Finochietto* dizem que a técnica da retirada do segmento de alça com o mega não resolve, porque há recidiva. Há a chamada sigmoidectomia do descendente, com o seu alongamento, assumindo esta parte o aspecto de um verdadeiro sigma dilatado. Em nossas observações ainda não constatamos êste fato. Isto talvez se verifique quando se pratica a simples sigmoidectomia. No Serviço de Ambulatório onde temos a oportunidade de acompanhar os casos operados, às vêzes com controle radiológico e, mais freqüentemente, com o exame clínico, não temos observado recidivas, nem a sigmoidectomia em doentes com 6 meses, 2 anos e mais de operados e alguns mesmo, vindos da Capital do Estado, onde se pratica idêntica técnica. Num caso de mega muito extenso (ficha nº 910) no qual, a rigor, deve-

ria ter sido feita a colectomia total, realizamos apenas a retossigmoidectomia abdominal em um só tempo com bons resultados, embora prevenindo a formação de novo fecaloma em outros segmentos. Depois de 3 meses de operado, êste doente voltou ao Serviço com fecaloma no cólon direito comprimindo as vias biliares. Depois de desobstruído, foi radiografado, verificando-se um dolico cólon e não uma sigmoidização. Êste doente teve alta em bom estado, retornando ao seu trabalho.

### A retossigmoidectomia via abdominal em um só tempo - tempos cirúrgicos

*Pré-operatório* - Realizam-se 2 a 3 lavagens intestinais altas, tendo-se o cuidado de que todo o líquido seja evacuado. O doente fica em dieta líquida e toma pílulas de ópio, antibióticos de largo espectro por via parenteral e, à noite, a pré-base anestésica. No dia seguinte, antes de ir para a sala de operações, passa-se uma sonda gástrica, uma sonda vesical, que é fixada, e uma sonda retal longa, que é introduzida apenas no reto. Assepsia da pele e base anestésica.

A sonda vesical tem a finalidade de manter a bexiga sempre vazia e no pós-operatório evitar as sondagens repetidas e compressão da anastomose pela bexiga cheia. É retirada quando o doente acordar e estiver consciente.

A sonda retal, terminada a anastomose, é levada mais acima com a finalidade de manter o cólon descendente vazio de gases e líquidos fecais.



Fig. 1 - Exteriorização do segmento de alça dilatada e exame do mesmo.

*Anestesia* - Os anestesistas após tomarem conhecimento da cirurgia, examinam o doente e decidem do tipo de anestesia mais adequado. De uma maneira geral as anestésias são sempre potencializadas, empregando-se o coquetel M1, curare e oxigênio. Sem exceção, salvo contraindicação, os operados são sempre entubados. Nunca tivemos acidentes anestésicos e nem mesmo outras consequências com êste tipo de anestesia.

*1º tempo* - Incisão mediana umbigo-pubis, às vezes contornando o umbigo pela esquerda para ampliar a incisão para cima. Afastamento dos músculos e abertura da cavidade na linha mediana.

*2º tempo* - Aberta a cavidade abdominal, faz-se proteção dos bordos da ferida com compressas e se exterioriza o segmento intestinal dilatado. Faz-se o exame dos demais órgãos da cavidade abdominal e preparo do campo operatório. Coloca-se a mesa em posição de Trendelenburgo.



Fig. 2 - Exame da vascularização e da extensão do mega.

*3º tempo* - Com o mega exteriorizado, procura-se examinar a vascularização por transparência ou transluminação e avaliar o tamanho da alça a ser ressecada. Investigam-se as condições do reto e o segmento de alça a ser abaixado, verificando-se a possibilidade de tração após a anastomose (Figs. 1, 2, 4).

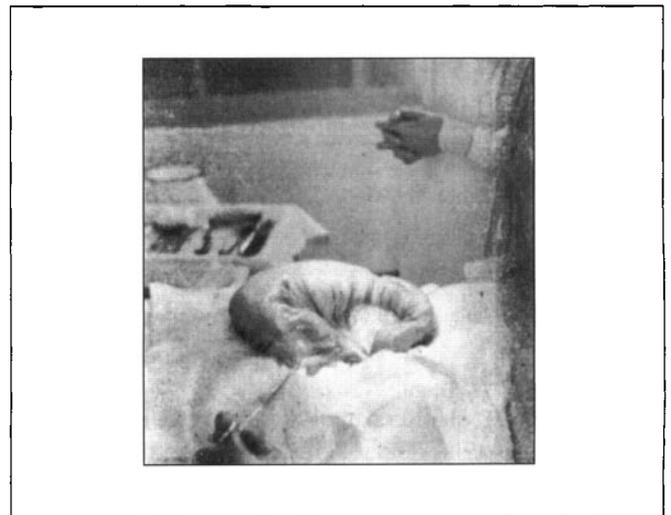
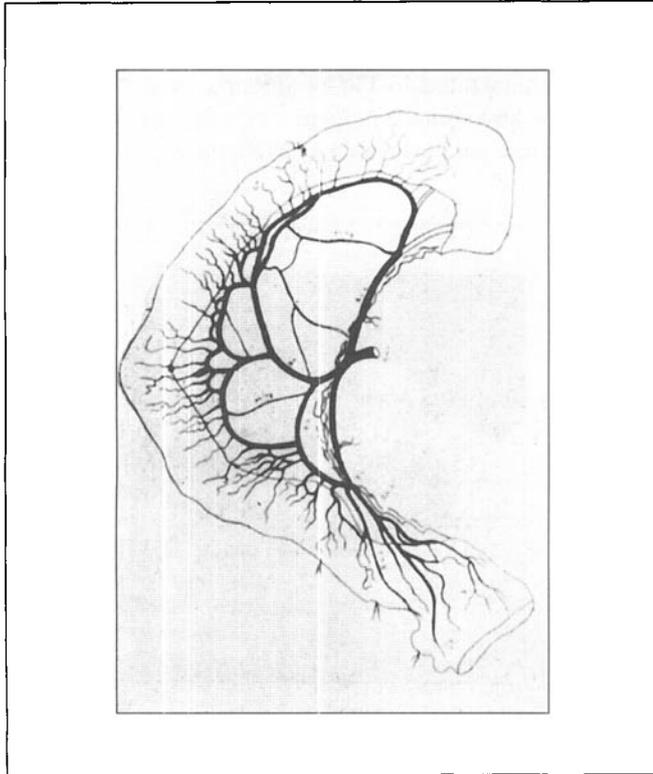
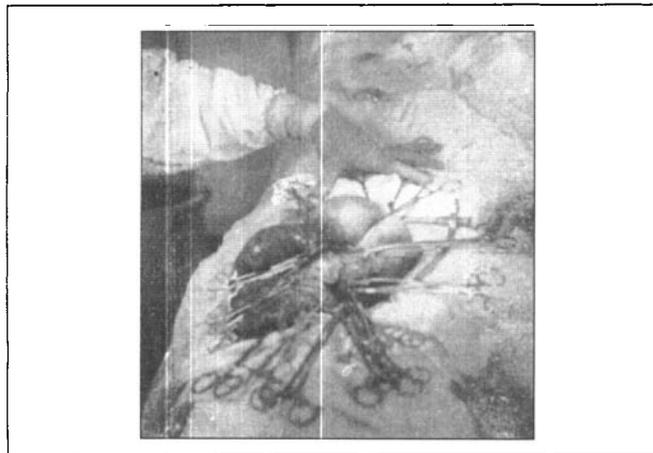


Fig. 3 - Exteriorização de todo o segmento dilatado.

*4º tempo* - Secção cuidadosa e descolamento das folhas peritoniais do meso, de um lado e outro, com boneca de gaze. Dissecção dos vasos acima do 1º arco das cólicas, pinçando e seccionando. Para ligar êstes vasos usamos fio de algodão nº 1 ou 0 ou ainda linha preta nº 24, encerada.

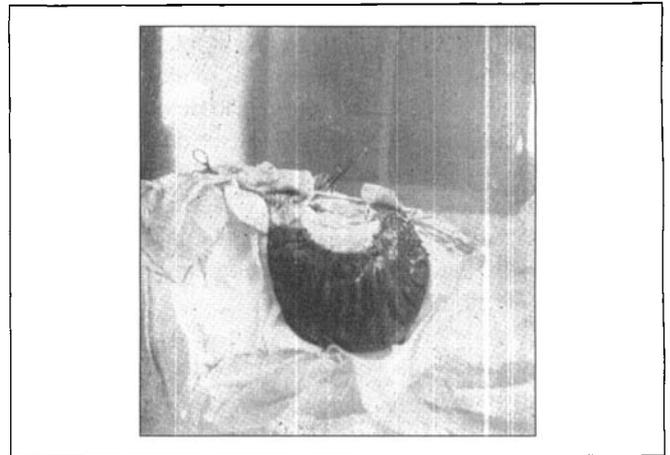


**Fig. 4 -** Vascularização do sigma e reto. A.M.I. - A. mesentérica inferior. A.S. - A. sigmoidea. P.C. - Ponto crítico de Südeck. A.H.S. - A. Hemorroidária superior e sua vascularização no reto. (M. Degni).



**Fig. 5 -** Depois de ter sido rebatido o meso de ambos os lados, os vasos foram pinçados e seccionados.

Neste tempo, quando vamos fazer a dissecação e libertação da parte superior do reto, prestamos o máximo de atenção na vascularização. Procuramos respeitar o ponto crítico de Sudeck - M. Degni<sup>(17)</sup>, que fica na união do cólon sigmóideo com o reto, na linha média, à altura da 3ª vértebra sacra. D. Cutait<sup>(11)</sup>, não leva este fato em consideração porque acha que o côto do reto distal é suficientemente vascularizado pelas artérias hemorroidárias média e inferior. Este tempo cirúrgico é muito importante e M. Degni acredita que as falhas da sutura intestinal, as fistulizações e gangrenas, são decorrentes das ligaduras vasculares (Figs. 4-5 e 5a.).

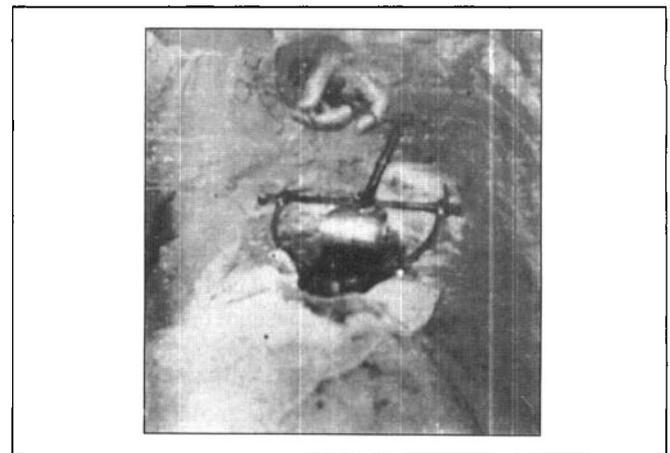


**Fig. 5a -** Os vasos foram amarrados e o reto dissecado até a altura da 4ª vértebra sacra.

5º tempo - Libertado o reto, no máximo até a altura da 3ª ou 4ª vértebra sacra, e o cólon descendente até o limite pré-determinado, passamos os fios tratores, que servem também de reparo, abaixo da linha de secção. Usamos pinça de coprostase somente na parte que vai ser retirada. A secção é feita a céu aberto com proteção do campo. Achamos mais fácil assim, porque podemos ver as condições de vascularização da parte a ser anastomosada, pelo sangramento. O uso dos fios de reparo facilita muito o tempo da sutura (Figs. 6 e 7).



**Fig. 6 -** Coprostase na parte a ser retirada e secção da alça a céu aberto, vindo-se a boca da alça do cólon descendente tampoadada e os fios de reparo.



**Fig. 7 -** Com o auxílio dos fios de reparo, as duas extremidades são aproximadas para a anastomose.

6º tempo - Aproximação das duas extremidades, proximal e distal, sem tensão, e confecção das suturas. Quando há diferença nas duas extremidades a suturar, cortamos a extremidade proximal em bisel. Fazemos uma sutura externa com pontos separados, em "U", abrangendo a sero-serosa e uma outra interna invaginante na sua parte anterior, apanhando tôdas as camadas. Os pontos são sempre bem próximos cuidando-se especialmente na confecção dos ângulos. (Figs. 8 e 9).

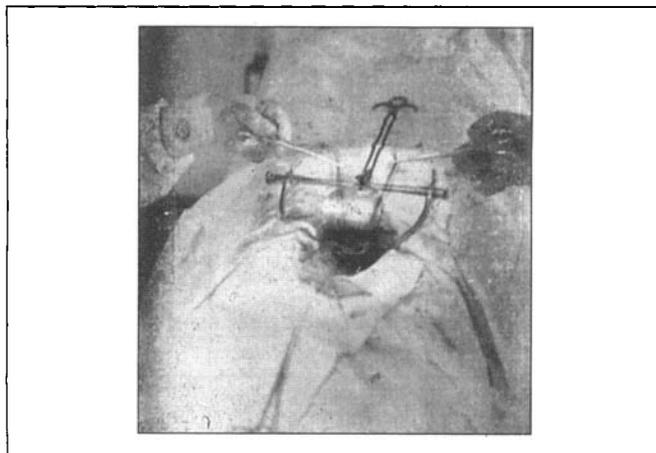


Fig. 8 - Após a sutura sero-muscular, foi feita a sutura total interna com pontos separados.

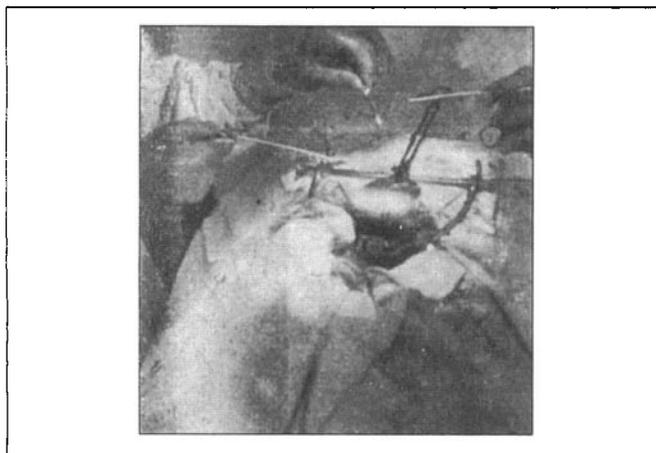


Fig. 9 - Sutura total da parte anterior com pontos invaginantes e separados, a qual será recoberta por pontos em U da camada sero-muscular.

7º tempo - Terminadas as suturas da anastomose, mandamos o enfermeiro continuar com a introdução da sonda retal e guiamos com a mão a sua extremidade bem acima do local das suturas da anastomose. Em seguida fazemos a revisão da hemostasia. Colocação dreno Penrose, tipo "cigarrete", no fundo de saco lateral do reto descolado e, em seguida, peritonizamos a região da anastomose (Fig. 10).

8º tempo - Fechamento do abdome com exteriorização do dreno na parte inferior da ferida abdominal. Agrafes na pele. Curativo protetor e arejado.

Pós-operatório - Estando o doente em boas condições, é logo retirado da sala cirúrgica e levado para a enfermaria de recuperação. Caso contrário é mantido na sala e tomadas tôdas as providências necessárias até que suas condições permitam o transporte. Na enfermaria a observação é rigorosa, com tomada de pressão arterial, pulso, respiração, observação dos

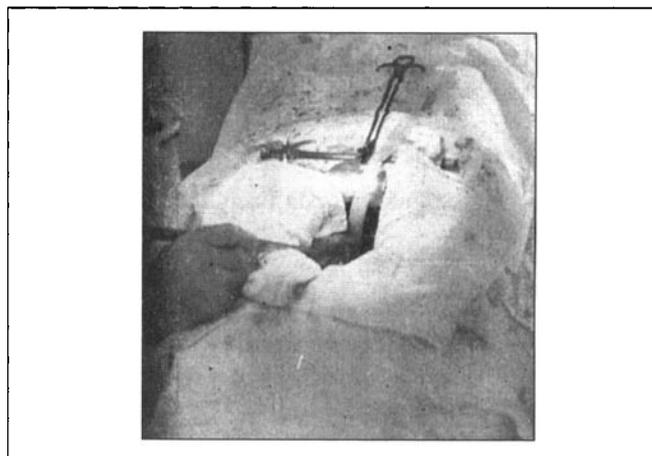


Fig. 10 - Depois da hemostasia e fixação da alça abaixada, coloca-se o dreno Penrose simples ou encamisado por uma gaze e em seguida é feita a peritonização. A seguir procede-se o fechamento da ferida cirúrgica com exteriorização do dreno na extremidade inferior.

drenos, das sondas, e hidratação. Depois de o doente acordar a sonda gástrica e a da bexiga são retiradas e os antibióticos de largo espectro suspensos e substituídos por sulfa de ação intestinal por via oral. É logo iniciada a alimentação adequada. No 6º dia retira-se o dreno Penrose e no 8º a sonda retal. Às vezes esta sonda é eliminada juntamente com as primeiras fezes e outras vezes é necessário fazer sua retirada com antecedência para dar livre trânsito. A sua permanência não é obrigatória, dependendo das condições do doente. Livre das sondas, o doente deixa o leito e o funcionamento do intestino é observado. Estando em boas condições, o doente tem alta e, ao sair, recebe instruções quanto a sua condição de operado e o pedido de voltar ao Serviço, para contrôlo, no período de 6 meses, 1 ano e 5 anos.

Exames radiológicos: pré e pós-operatório (Figs. 11, 12, 13 e 14).

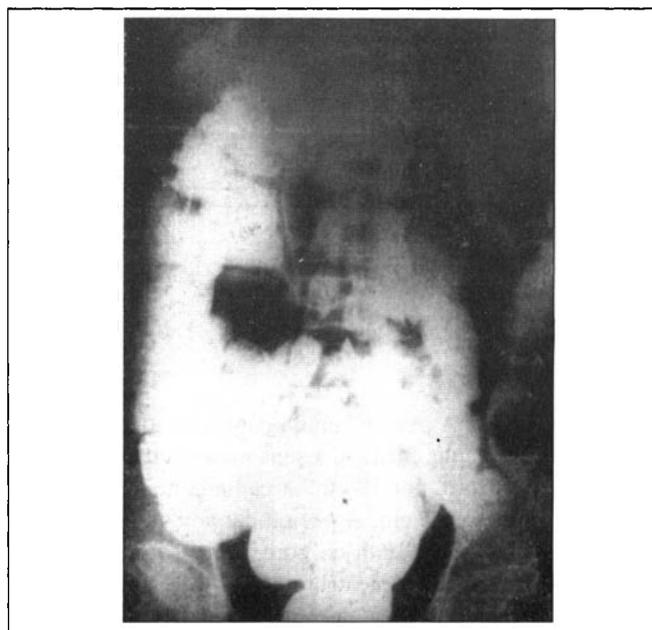


Fig. 11 - Radiografia feita no pré-operatório mostrando megacystema e megacolon.

Fotografia das peças operatórias: Figs. 15, 16 e 17.  
Microfotografias do caso da ficha 910: Figs. 18 e 19.

### Exames histopatológicos

Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina  
de Ribeirão Prêto.

Relatório nº B668/57.

**Macroscopia** - Uma peça operatória - fragmento de intestino grosso, medindo cêrca de 30 cm de comprimento por 8 cm no seu maior diâmetro. Ao corte vemos uma mucosa íntegra e uma camada muscular própria, medindo cêrca de 0,3 cm de espessura.

**Microscopia** - Vemos um intestino grosso mostrando a integridade da mucosa, discreto edema da camada submucosa e espessamento da camada muscular própria. Entre as fibras desta notamos a presença de algumas faixas linfocitárias e ausência de células nervosas ao nível dos lugares normalmente ocupados pelo plexo mioentérico.

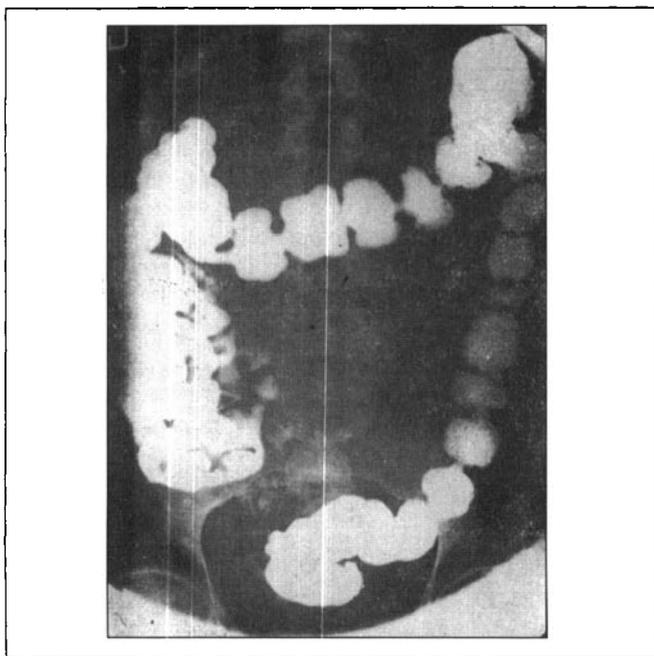


Fig. 12 - Radiografia um mês após a intervenção.

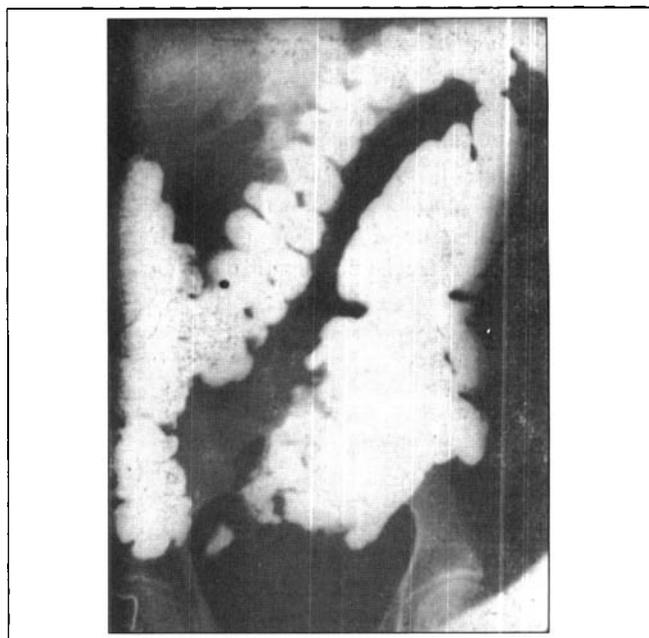


Fig. 13 - Megassigma e megarreto com fecaloma.

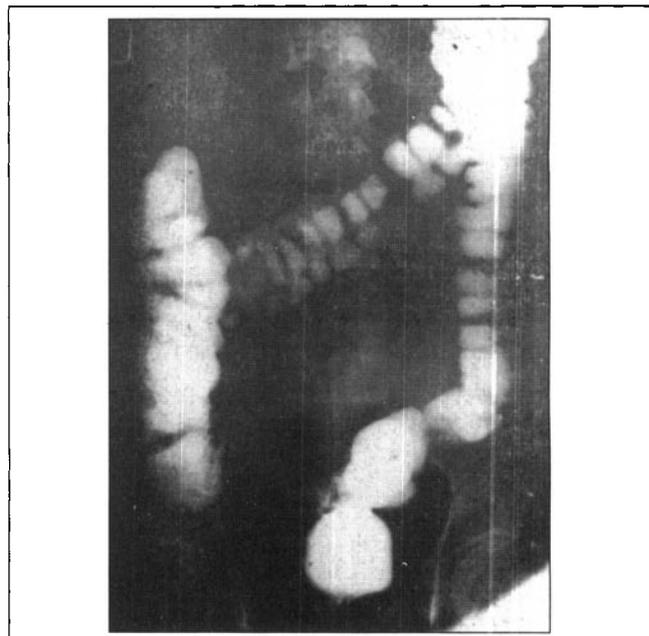


Fig. 14 - Após a intervenção observa-se pequena dilatação do coto do reto e anastomose reto-sigma.

**Diagnóstico:** Megassigma chagásico - Dr. P.F. Becker.

Relatório nº B345/57.

**Macroscopia** - A peça recebida consta de um segmento de alça intestinal, que mede nos seus maiores diâmetros 32 cm de comprimento, por 18 cm. A camada muscular apresenta de espessura 0,5 cm. A peça tóda, ao exame externo, apresenta-se de forma cilíndrica, consistência dura, com pregas longitudinais, de coloração branco-acinzentada com áreas avermelhadas. Ao corte nota-se a mucosa pregueada, com substância de aspecto gelatinoso situada abaixo da mucosa e, em tóda a circunferência, a muscular com aspecto branco-acinzentado. Parte do material foi incluído.



Fig. 15 - Peça cirúrgica demonstrando o tamanho do segmento retirado (ficha 1303).

*Microscopia* - Intestino grosso. Mucosa íntegra. A camada muscular do órgão apresenta-se espessada por aumento do número de fibras musculares. O exame dos plexos de Auerbach evidencia grande diminuição das células nervosas, quanto ao número. Existem elementos nervosos com alterações regressivas. Em áreas, nos referidos plexos, notamos a presença de histiócitos e eventuais eosinófilos, originando pequenos granulomas. Entre as fibras musculares vêem-se também eosinófilos.

*Diagnóstico* - Megassigma chagásico (fase hipertrófica).  
Dr. P.F. Becker.

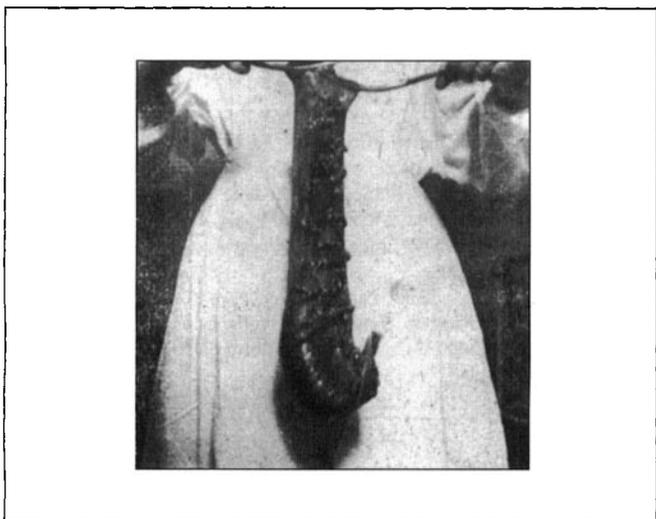


Fig. 16 - Peça cirúrgica de um dos casos operados (ficha 312).

Relatório nº B 591/57.

*Macroscopia* - Fragmento de intestino grosso medindo 28 cm de extensão por 6 cm de diâmetro. Ao corte a luz do órgão mostra-se com restos alimentares (fezes), medindo 3 cm de espessura. Parte do material foi incluído.

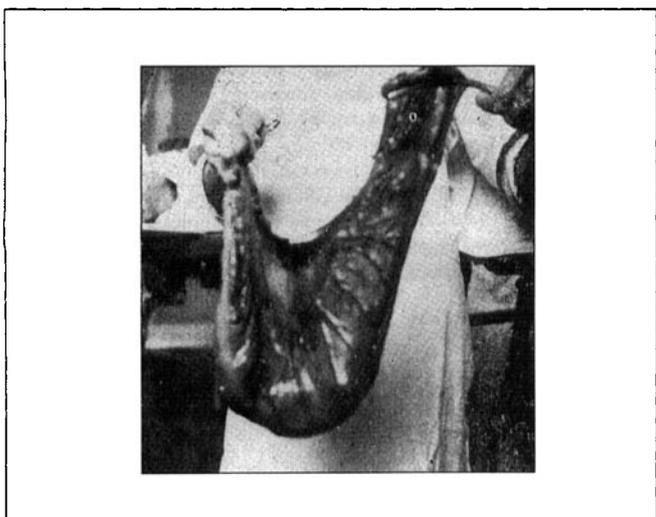


Fig. 17 - Peça de um dos casos operados, em que se observa monstruosa dilatação.



Fig. 18 - Grosse intestine (sigma). Vemos acentuada hipertrofia e afrouxamento das estruturas musculares, com infiltração linfo-histiocitária e eventual exsudação neutrófila. Ambas alcançam a região do plexo mioentérico, onde estão ausentes os neurônios (aumento médio, H.E.) Prof. F. Koeberle. (Paciente da ficha 910).

*Microscopia* - Trata-se de intestino grosso, notando-se uma mucosa íntegra. A muscular própria mostra-se espessada por aumento do número de fibras. Os plexos mioentéricos apresentam grande diminuição do número de suas células nervosas, notando-se no lugar dos plexos, às vezes, acúmulos de células linfocitárias e eventuais eosinófilos. Os vasos sanguíneos mostram-se em geral dilatados e cheios de hemátias.

*Diagnóstico* - Megassigma chagásico - Dr. P.F. Becker.



Fig. 19 - Grosse intestine (sigma). Foco inflamatório em torno de um pseudocisto rôto, destacando-se no centro da infiltração restos da célula muscular parasitada. (grande aumento, col. H.E.) Prof. F. Koeberle (Paciente da ficha 910).

**CARDOSO AA - The rectosigmoidectomy in the treatment of chagasic megacolon**

**SUMMARY:** 52 cases of megacolon were followed by the author at the Surgical Ward of the Hospital Santa Casa of Ribeirão Preto and in his own private practice. A revision of the etiopathogenetic theories was undertaken and he concluded by the Chagas etiology of the infection in the material studied. The surgical technic he used for the treatment of megacolon was that of Rectosigmoidectomy by the abdominal approach in a single procedure and the results were as follow: 7 patients refused surgical treatment and 45 were operated on by the mentioned technic. Of these, 38 had good results and 5 died. There were seven deaths following a laparotomy for distortion or emptying of megacolon. The author stresses the need for a skilled surgical act, a thorough knowledge of the blood supply of the anatomic region and a good pre-operative care of patients with megacolon to ensure a shorter post-operative course and also a much more favourable surgical result.

**KEY WORDS:** megacolon; chagasic megacolon, rectosigmoidectomy

**SUMÁRIO:** A proposito de 52 casos de megacólon que o A. tuvo ocasion de observar en la Enfermaria de Cirurgia de Hombres de la Santa Casa de Ribeirão Preto y de su clinica particular, hace una revisión de las teorías etiopatogenéticas, concluyendo por la etiología "chagásica" de esta enfermedad en el material estudiado. Usa para el tratamiento de el megacolon la técnica de la retossigmoidectomia por via abdominal en un solo tiempo, cuyos resultados fueron los 52 casos estudiados 7 recusaron el tratamiento quirurgico y 45 fueron operados, de los cuales 38 por la técnica descrita con óptimos resultados y 5 óbitos. Otros óbitos fueron registrados, en número de 7, decorrientes de laparotomia exploradora para distorsion o esvaciamento de el mega. Lhama la atención para la importancia en la ejecución cuidadosa del acto quirurgico el conocimiento de la vascularización de la región y el cuidadoso preparo de el enfermo de mega, el qual permite un post operatório más corto y resultados quirurgicos más favorables.

**ZUSAMMENFASUNG:** Verfasser berichtet ueber 52 Faekke von "Megakolon" die auf der chirurgischen Maennerklinik des Spitals "Santa Casa" und in der Privatklinik in Ribeirão Preto zur Behandlung kamen. Nach Revision der verschiedenen aetiopathogenetischen Theorien, werden die untersuchten Faelle durchwegs in den Formenkreis der Manifestationen der Chagakankeheit eingereiht. Als Behandlungsmethode wird die einzeitige, abdominelle Rektosigmoidektomie vorgeschlagen, die zu sehr befriedigenden Ergebnissen gefuehrt hat. Von den 52 Pa-

tienten verweigerten 7 die chirurgische Behandlung. 45 wurden in der angegebenen Weise behandelt, wobei 38 Patientenein ein ausgezeichnetes Ergebnis aufwies. Insgesamt wurden 7 Todesfaelle verzeichnet, davon zwei nach Probelaaparatomie mit Ileus und Vovulus bei schweren sekundären Veränderungen der enorm erweiterten Sigmaschlinge. Der Autor verweist auf die Notwendigkeit einer sehr gewissenhaften Durchführung der chirurgischen Intervention unter besonderer Berücksichtigung der Vaskularisation, sowie entsprechende gewässenartige Vorbereitung des Patienten mit Megakolon. Bei Befolgung der erwahnten Technik sind die Resultate ausserordentlich zu friedenstellend und wird die postoperative Periode wesentlich verkuerzt.

REFERÊNCIAS

1. MACIEL, P. MATTO, J.O., MAFEI, W.E. - 1955 - Simpósio sobre megasofago e megacólon. Arq. S.C. S. Paulo, 4.
2. CORREA NETTO, A. - 1954 - Megacolon. Rev. A.M.B., 1 (4): 353.
3. ETZEL, E. - 1935 - A avitaminose como agente etiológico do megacolon e megasofago. Ann. Fac. Med. Univ. S. Paulo, 11: 59-85.
4. KOEBERLE, F. - 1957 - Patogenia da Moléstia de Chagas. Rev. Goiana Med., 3 (3): 155-180.
5. PRATA, P. - 1954 - Dados anatômicos sobre a transição entre colo sigmóideo e intestino reto, com discussão sobre o pretenso esfínter retosigmoide. Ann. do IV Congresso Brasileiro de Proctologia. Novembro, S. Paulo, Brasil. - pg. 289.
6. KOEBERLE, F. - 1956 - Patogênese dos "Megas". Rev. Goiana Med., 2 (2): 101-110.
7. FREITAS, J.L.P. de - 1956 - Comentário aos trabalhos apresentados ao 8º Congresso Médico do Triângulo Mineiro e do Brasil Central sobre o tema "Estado atual da Doença de Chagas em Goiás". Rev. Goiana Med., 3 (4): 315-320.
8. FREITAS, J.L.P. de - 1947 - Contribuição para o estudo do diagnóstico da moléstia de Chagas por processos de laboratório. Tese. Fac. Med. Univ. S. Paulo.
9. BORBA, P., AMORIM, I. e GOMES, A.P. - 1954 - Aspectos clínicos da moléstia de Chagas em Pernambuco. Jor. Med. Pern. Recife, L, 29.
10. MONTENEGRO, B. - 1939 - Megacolon. Rev. Cir. S. Paulo, 5 (2): 63-121.
11. CUTAIT, D.F. - 1953 - Tratamento do megassigma pela retossigmoidectomia. S. Paulo, Gráfica Saraiva.
12. BAISTROCHI, J.D. - 1955 - Tratamento del megacolon. Rev. A.M.A. (B. Aires), LXIX (799-800), 220.
13. LERICHE, R. - 1947 - Résultats de la colectomie dans le megacolon. Mem. Acad. Chir., 73: 288-291.
14. MIALARET, M.J. - 1947 - Colectomie totale pour megacolon après d'une reséction sigmoïdienne. Mem. Acad. Chir., 83: 209-213.
15. PINTO, E.P. - 1954 - Megacólon. Tratamento cirúrgico. Anais do IV Congresso Brasileiro de Proctologia e X Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Proctologia - pg. 185.
16. MONTENEGRO, B. - 1951 - Discussão aos trabalhos de Cutait, D.F. e Oliveira, E. - Simpósio sobre megacólon. Rev. Paul. Med., 39: 539-561.
17. DEGNI, M. - 1947 - Estudo anátomo-cirúrgico das artérias do colo sigmóideo e segmento reto-sigmóideo. Tese para Prof. Catedrático de Técnica Operatória na Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Of. São Paulo S.A.