
ESTUDO COMPARATIVO ENTRE A LAPAROTOMIA LONGITUDINAL MEDIANA INFRAUMBILICAL E A MINILAPAROTOMIA OBLÍQUA NA FOSSA ILÍACA ESQUERDA, NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MEGACÓLON CHAGÁSICO

ANTÔNIO CARLOS MOREIRA DE CARVALHO – TSBCP
ITAMAR AUGUSTO NONATO DE OLIVEIRA – FSBCP
ANTÔNIO NATALINO MANTA DANTAS
CARLOS ROGÉRIO BARRETO SILVA – FSBCP
LUCIANE ARIZE
JOÃO CLÁUDIO GUERRA
JORGE AUGUSTO SERRA DE SOUZA - TSBCP
JAYME VITAL DOS SANTOS SOUZA - TSBCP

CARVALHO ACM; OLIVEIRA IAN; DANTAS ANM; SILVA CRB; ARIZE L; GUERRA JC; SERRA JA; SOUZA, JVS. Estudo Comparativo entre a Laparotomia Longitudinal Mediana Infraumbilical e a Minilaparotomia Oblíqua na Fossa Ilíaca Esquerda, no Tratamento Cirúrgico do Megacólon Chagásico. *Rev bras Coloproct*, 2002;22(4):290-295

RESUMO : O objetivo deste estudo foi comparar, prospectivamente, os resultados do tratamento cirúrgico do megacólon chagásico, empregando-se a laparotomia longitudinal mediana infra umbilical e a minilaparotomia oblíqua na fossa ilíaca esquerda, embora a intervenção cirúrgica básica fosse a técnica de Duhamel modificada em só tempo. **Pacientes e Métodos:** Foram estudados 28 pacientes, divididos em dois grupos: controle (GA) e experimental (GB); sendo que 14 pacientes se situam no grupo controle (GA) e 14 pacientes no grupo experimental (GB). Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, sexo, tempo de obstipação, altura da anastomose, tempo operatório, tempo de reaparecimento dos ruídos hidro-aéreos, tempo de reintrodução da dieta oral, complicações e tempo de permanência hospitalar. **Resultados:** O tempo médio de obstipação no (GA) foi de 27,7 dias e no (GB) de 23,3 dias. A altura da anastomose no (GA) foi de 3,71 cm e no (GB) 4,07 cm. O tempo operatório no (GA) foi 1 hora e 56 minutos e no (GB) 2 horas e 8 minutos. O tempo de restabelecimento do trânsito intestinal no (GA) foi 23 h e oito minutos e no (GB) 22 h. O tempo para reintrodução da dieta oral no (GA) foi 1,92 dia e no (GB) 1,85 dia. O tempo de permanência hospitalar foi de 4,86 dias no (GA) e de 5,43 dias no (GB). Essas diferenças não foram estatisticamente significantes ($p > 0,05$). **Conclusão:** A minilaparotomia oblíqua na fossa ilíaca esquerda e a laparotomia longitudinal mediana infra umbilical, para a abordagem do retossigmóide com vistas ao tratamento cirúrgico do megacólon chagásico, pela técnica de Duhamel modificada, não apresentaram diferenças quanto ao tempo operatório, evolução dos pacientes, permanência hospitalar e complicações.

Unitermos: megacolon; duhamel, minilaparotomia

INTRODUÇÃO

As abordagens operatórias habituais para o tratamento das afecções cirúrgicas que acometem o retossigmóide são a laparotomia longitudinal mediana infra umbilical e a incisão infra umbilical pararectal interna à esquerda. Com a aplicação de procedimentos videolaparoscópicos colorretais em que as duas primeiras incisões tornaram-se desnecessárias, surgiu a necessidade de se criar uma via para a remoção de

segmentos ressecados do órgão e a confecção da anastomose. Com este objetivo, passou-se a utilizar a incisão transversa suprapúbica de Pfannenstiel (Martins Filho et al.1995; Pupo Neto, J.A. et al. 1995).

Entretanto, no Hospital Central Roberto Santos (Salvador-BA), no curso de cirurgias videolaparoscópicas para o tratamento cirúrgico do megacólon chagásico, rotineiramente, preferiu-se uma minilaparotomia oblíqua na fossa ilíaca esquerda para remoção do segmento retossigmoideano ressecado e a realização da anastomose colorretal. Esta abordagem laparotômica, tornada, assim, obrigatória, mostrou um fácil acesso e excelente exposição à região retossigmoideana (Santos Souza J.V. et al.,1997a e Santos Souza J.V. et

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Colorretal – Hospital Central Roberto Santos - Salvador – BA

al.,1997b), dispensando, até, o emprego da videolaparoscopia.

O objetivo do presente estudo é comparar duas vias de acesso para o tratamento das afecções cirúrgicas da região retosigmoideana: a laparotomia mediana infra-umbilical e a minilaparotomia oblíqua na fossa ilíaca esquerda, através de vários parâmetros avaliativos técnicos e clínicos. Tomou-se como procedimento básico a ser realizado, uma intervenção cirúrgica padronizada, para todos os casos, a retossigmoidectomia, com reconstituição do trânsito intestinal pela técnica de Duhamel modificada, adiante descrita, para tratamento do megacólon chagásico.

PACIENTES E MÉTODOS

Participaram do presente trabalho 28 pacientes internados no Hospital Central Roberto Santos da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, divididos em dois grupos: grupo controle (submetido a laparotomia mediana infra-umbilical) e grupo teste (submetido a minilaparotomia na fossa ilíaca esquerda), havendo em cada grupo 14 pacientes, sendo sete homens e sete mulheres. A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Bio-Ética do Hospital e os pacientes assinaram o termo de consentimento de participação na pesquisa. A idade, no primeiro grupo, variou de 41 a 84 anos, com média de 59,1 (\pm 12,6 anos) e no segundo grupo de 40 a 76 anos, com média de 53,9 (\pm 11,6 anos). Quanto ao tipo étnico, havia, no grupo controle, cinco pessoas brancas, duas negras e sete pardas; no grupo teste, três pessoas eram brancas, seis negras e cinco pardas. Não houve diferenças estatísticas, quanto a idade, sexo ou tipo étnico, entre os dois grupos.

Os critérios de inclusão no estudo foram: sorologia positiva para doença de Chagas; dilatação do reto e sigmóide detectado pelo enema baritado e ausência de antecedentes de intervenção cirúrgica abdominal prévia. Foram excluídos do estudo pacientes com megacólon de outra etiologia (congenito ou tóxico), portadores de intercorrências clínicas significativas (cardiopatias, pneumopatias, nefropatias e desnutrição).

Todos os pacientes, além dos exames de rotina de avaliação do risco operatório, foram submetidos a enema baritado, radiografia contrastada do esôfago (para se investigar a concomitância de megaesôfago) e duas reações sorológicas específicas para a doença de Chagas (reação de imunofluorescência indireta e a reação de hemoaglutinação indireta).

Todos os pacientes foram assistidos por uma mesma equipe de cirurgiões. O preparo pré-operatório consistiu em dieta pobre em resíduos, nos dois primeiros dias que antecederam à operação; a profilaxia de infecção constou de preparo do cólon, com um catártico dado na véspera da operação (500 ml de solução de manitol a 20% diluídos em 1000ml de suco de laranja, administrados em quantidades fracionadas) por via oral e antibióticos dados em dose única na indução anestésica (metronidazol - 1500mg, associado a amicacina - 1000mg), por via venosa, lentamente. Todos os pacientes foram operados sob anestesia geral, com posição, na mesa operatória, de Lloyd-Davies, ou seja, posição modificada de litotomia Trendelenburg, com o paciente em decúbito dorsal, um coxim sob a região sacral, os membros inferiores afastados e dobrados, com as pernas apoiadas em perneiras. Eram passadas sonda nasogástrica e vesical. A antisepsia abdominal foi realizada com tintura de Povidine e a região perineal com Povidine tópico. Em seguida eram colocados os campos cirúrgicos. No grupo controle, a abordagem da cavidade peritoneal foi feita por uma incisão mediana pubo-umbilical, medindo cerca de 16 cm, atingindo, em espessura, pele, tecido adiposo subcutâneo, rafe aponeurótico mediano e peritônio. No grupo teste, foi realizada uma minilaparotomia, oblíqua, na fossa ilíaca esquerda, medindo cerca de 8 a 10 cm, indo da linha média, cerca de 2cm acima do púbis em direção da espinha ilíaca ântero-superior. Em espessura, comprometia pele, tecido adiposo subcutâneo, aponeurose do grande oblíquo, incisão do músculo pequeno oblíquo, o músculo transverso e o peritônio. Cuidou-se, sempre, de não lesar os vasos epigástricos, na porção inferior da incisão.

Nos dois grupos, tomou-se como procedimento básico a ser realizado, uma intervenção cirúrgica padronizada, para todos os casos, a retossigmoidectomia, com reconstituição do trânsito intestinal pela técnica de Duhamel modificada com o uso do grampeador circular (CDH 33), para tratamento do megacólon chagásico. Este tratamento cirúrgico consiste na ressecção do sigmóide dilatado e, em continuidade, o reto até o nível da reflexão peritoneal, onde o coto retal distal é fechado, em dois planos, um total, contínuo, e o outro, sero-muscular, com pontos separados, com o fio de polivícryl 2-0 (Habr-Gama, A. et al.,1982 e Haddad, G. et al.,1995). O cólon proximal é abaixado por traz do reto e a anastomose colorretal é realizada na porção posterior do reto, cerca de um a dois centímetros acima da linha pectínea, com

grampeador circular, mecânico, introduzido, através do canal anal (Bechers, J. & Deldine, P., 1979 e Cutait, D.E. et al., 1981).

Após a retirada do grampeador, a integridade da anastomose era testada, ocluindo-se o cólon abaixado, logo acima da sutura, com um clampe intestinal e insuflando-se ar pelo ânus, enquanto a anastomose ficava imersa em solução salina, colocada na cavidade pélvica, e se buscava verificar escape de bolhas de ar. Demonstrada a continência da sutura, a solução salina era aspirada e a parede abdominal fechada, por planos anatômicos. A sonda naso-gástrica era retirada ao final da operação e a sonda vesical no primeiro dia de pós-operatório. Os seguintes parâmetros foram avaliados nos dois grupos estudados, relativos à intervenção cirúrgica: tempo operatório e altura da anastomose em relação à margem anal; relativos à evolução clínica pós-operatória: tempo de restabelecimento dos movimentos peristálticos; tempo de re-introdução da dieta oral; necessidade pós-operatória de analgésicos; extravasamento de contraste através da anastomose, no controle radiológico pós-operatório; complicações relacionadas à anastomose (deiscência); complicações por comprometimento vascular ou de inervação de órgãos vizinhos; complicações da incisão (infecção, deiscência, eventração e evisceração); tempo de permanência hospitalar e óbitos.

Na análise estatística, para comparação de médias, utilizou-se o teste de Mann-Whitney, devido à pequena dimensão da casuística. As comparações entre proporções foram feitas através do teste do qui-quadrado, com correção para a continuidade. Quando se teve um número esperado menor que cinco (< 5), em pelo menos duas células da tabela, foi utilizado o valor de p obtido pelo teste exato de Fischer. O nível de significância utilizado (probabilidade de erro tipo I) foi de 5%. Os testes de hipóteses foram bi-caudais.



Figura 1 – minilaparotomia na fossa ilíaca esquerda

RESULTADOS

A altura da anastomose colorretal em relação à margem anal no grupo controle teve uma média de $3,71 \pm 1,4$ cm e no grupo teste de $4,07 \pm 1,49$ cm, porém sem diferença estatística, conforme se observa na Tabela-1.

O tempo cirúrgico no grupo controle ($116,07 \pm 14,44$ min) e no grupo teste ($128,07 \pm 16,9$ min) também não apresentou diferença estatística, conforme a Tabela-1.

Dados Clínicos

As médias das variáveis: tempo até reaparecimento dos ruídos hidro-aéreos, tempo até reintrodução da dieta e tempo de permanência hospitalar, quando comparadas, não mostraram diferenças, estatisticamente significantes, conforme se observa na Tabela-2.

Em relação ao alívio da dor pós-operatória, no local da incisão da parede abdominal, em dois casos do grupo teste, não houve necessidade do uso de analgésico, ao contrário do que ocorreu nos demais casos de ambos os grupos.

Analisando-se os dados da Tabela-3, relativa a variável “necessidade do uso de analgésicos” observa-se que não ocorreu diferença estatisticamente significativa.

Quanto à continência da anastomose avaliada, no pós-operatório, por radiografia contrastada com substância iodada, em apenas um caso ocorreu pequeno extravasamento inicial, porém sem repercussão clínica (grupo teste).

Pelos dados da Tabela-4, não houve diferença estatística entre os dois grupos analisados.

Quanto às complicações, no grupo controle houve um caso de necrose de parede da bexiga, levando a peritonite. Já no grupo teste, quatro casos apresentaram complicações. Em um caso houve deiscência parcial de anastomose e, posteriormente hemorragia digestiva alta; outro caso apresentou uma necrose do cólon abaixado com peritonite no quarto dia de pós-operatório; outro caso apresentou infecção da ferida operatória que curou com drenagem das secreções e, por fim, houve um caso que apresentou retenção urinária transitória.

A partir das informações da Tabela 5, conclui-se que não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos controle e teste referente a variável “Complicações”.

De referência a óbitos, ocorreram dois óbitos no grupo controle, um no 14º dia de pós-operatório,

Tabela 1 – Variáveis contínuas.

Variáveis	Grupo Controle		Grupo teste	
	\bar{X}	Desvio padrão	\bar{X}	Desvio padrão
Altura da anastomose	3,71	± 1,44	4,07	± 1,49
Tempo cirúrgico	116,07	± 14,44	128,07	± 16,11
Tempo até reaparecimento dos ruídos hidro-aéreos	23,08	± 3,33	22,15	± 4,51
Tempo até reintrodução da dieta	1,92	± 0,28	1,85	± 0,38
Tempo de permanência hospitalar	4,86	± 1,92	5,43	± 2,98

Tabela 2 – Resultados da análise estatística comparando os grupos estudados segundo as variáveis contínuas investigadas.

Variáveis	Teste U de Mann-Whitney	Valor de p
Altura da anastomose	82,00	0,444
Tempo cirúrgico	58,50	0,068
Tempo até reaparecimento de ruídos hidro-aéreos	78,00	0,547
Tempo até reintrodução da dieta	78,00	0,547
Tempo de permanência hospitalar	92,00	0,777

Tabela 3 – Distribuição dos grupos estudados segundo a introdução de analgésico.

Grupo	Introdução Analgésico				Total	
	Sim		Não		N	%
	N	%	N	%		
Controle	13	100,0	00	0,0	13	100,0
Teste	12	85,7	02	14,3	14	100,0

Teste exato de Fischer: $p = 0,481$

Tabela 4 – Distribuição dos grupos estudados segundo o extravasamento de contraste iodado ao nível da anastomose no controle radiológico pós operatório.

Grupo	Extravasamento				Total	
	Sim		Não		N	%
	N	%	N	%		
Controle	00	0,0	12	100,0	12	100,0
Teste	01	8,3	11	91,7	12	100,0

Teste exato de Fischer: $p = 1,000$

Tabela 5 – Distribuição dos grupos estudados segundo as complicações.

Grupo	Complicações				Total	
	Sim		Não		N	%
	N	%	N	%		
Controle	01	7,7	12	92,3	13	100,0
Teste	04	28,6	10	71,4	14	100,0

Teste exato de Fischer: $p = 0,326$

Tabela 6 – Distribuição dos grupos estudados segundo a ocorrência de óbito.

Grupo	Óbito				Total	
	Sim		Não		N	%
	N	%	N	%		
Controle	02	14,3	12	85,7	14	100,0
Teste	01	7,1	13	92,9	14	100,0

Teste exato de Fischer: $p = 1,000$

por peritonite, conseqüente a necrose de parede da bexiga e outro, no pós-operatório imediato por infarto agudo do miocárdio. No grupo teste houve um óbito causado por deiscência parcial de anastomose e hemorragia digestiva alta no 16º dia de pós-operatório

De acordo com a Tabela-6, constatou-se que não foram encontradas diferenças estatísticas significantes entre o grupo controle e teste relativa à variável “ocorrência de óbito”.

DISCUSSÃO

O estudo comparativo prospectivo entre a laparotomia mediana infra-umbilical e a mini-laparotomia oblíqua na fossa ilíaca direita para abordagem do cólon sigmoide, no tratamento do megacólon chagásico, pela técnica de Duhamel modificada, não mostrou diferenças estatisticamente significantes quanto a vantagens técnicas avaliadas pela

facilitação em se estabelecer a altura adequada, em relação a margem anal, da anastomose colorretal, com o uso do grampeador mecânico circular ou, de uma maneira mais abrangente, por um menor tempo operatório. Também, do ponto de vista de avaliação de parâmetros clínicos pós-operatórios (tempo de reaparecimento de ruídos hidro-aéreos, tempo de reintrodução da dieta oral, necessidade pós-operatória do uso de analgésicos, extravasamento de contraste iodado no controle radiológico pós-operatório da anastomose, superveniência de complicações, permanência hospitalar e ocorrência de óbitos).

Em situações em que se venha necessitar de uma visualização ampla do abdome e mobilização de estruturas distantes, a laparotomia infra umbilical mediana apresenta nítidas vantagens. Entretanto,

levando-se em consideração o resultado estético, a mini-laparotomia oblíqua na fossa ilíaca direita apresenta a vantagem de ter menor extensão, ser realizada na direção das linhas de força da pele, favorecendo a cicatrização cutânea.

CONCLUSÃO

A laparotomia mediana infra umbilical e a mini-laparotomia oblíqua na fossa ilíaca direita, como vias de abordagem do cólon sigmoide para tratamento cirúrgico do megacólon chagásico, pela técnica de Duhamel modificada, são válidas e superponíveis, não só quanto à facilitação técnica da operação referida mas também quanto à evolução clínica pós-operatória.

SUMMARY: Objective: The purpose of this study was to compare prospectively the surgical treatment of the chagasic megacolon by median infra umbilical laparotomy and by obliquous minilaparotomy in the left iliac fossae, although the basic surgical intervention was the modified technique of Duhamel, made with a single operatory period.

Methods: Twenty-eight patients were studied, divided in two groups: control (GA) and experimental (GB). 14 in the group control (GA) and 14 in the group experimental (GB). The study analyzed the variable: age, sex, period of obstipation, height of anastomosis, operatory period, period of reappearance of bowel sounds, period of reintroduction of oral diet, complications and period of permanence in hospital. **Results:** The average period of obstipation in the (GA) was of 27,7 days and in the (GB) was 23,3 days. Anastomosis height in the (GA) was 3,71 cm and in the (GB) was 4,07 cm. Operatory period in the (GA) was 1 hour 56 minutes and in the (GB) was 2 hours 8 minutes. Period of recovery of intestinal transit in the (GA) was of 23 hours and 8 minutes and in the (GB) was 22 hours. Reintroduction of oral diet in the (GA) took place at the 1,92 day and in the (GB) at the 1,85 day. The hospital stay was of 4,86 days in the (GA) and 5,43 days in the (GB). These differences were not statistically significant ($p > 0,05$).

Conclusion: Obliquous minilaparotomy in the left iliac fossae and median infra-umbilical laparotomy for the approach of retossigmoid aiming the surgical treatment of the chagasic megacolon, utilizing the modified technique of Duhamel, did not present differences regarding operatory period, evolution of patients, hospitalization and complications..

Key words: megacolon; duhamel, minilaparotomy.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida AD. Laparotomias. In: Goffi FA. Técnica Cirúrgica. Bases Anatômicas, Fisiopatologias e Técnicas da Cirurgia. 2ª ed. Rio de Janeiro: **Atheneu**, 1984. p. 547-60.
2. Bechers, J & Deldine, P. A propos de 50 anastomoses colorectales basses par sutures mécaniques. **Acta Chir Belg.**, 77: 327-33, 1979.
3. Beck D.E. Preoperative Preparation. In BECK DE. Handbook of Colorectal Surgery. St. Louis, **QMP.**, 1997; p. 129-145.
4. Habr-Gama, A, Goffi FA, Raia, A., Ferrão, SDT, Nagama, Y. Tratamento Cirúrgico do Megacólon. Operação de Duhamel. **Rev CBC.**, 9: 25-31, 1982.
5. Haddad, J., Raia, A., Corrêa Neto, A. Abaixamento Retro-retal do Colon com Colostomia do Megacolon Adquirido. Operação de Duhamel Modificada. **Rev. Bras. Colo-Proct.**, 15(3): 126-130, 1995.
6. Karakousis, C.P., Cheng, C., Udobi, K., Lascola, R.J. Abdomino-inguinal Incision in Adeno-carcinoma of the Sigmoid or Cecum. **Dis Colon Rectum.**, 41(10): 1322-27, 1998.

Endereço para correspondência:

Itamar Augusto Nonato de Oliveira
Rua Almirante Frontim nº 36 - Country Club
489000-000 - Juazeiro (BA0)
E-mail: guto2@uol.com.br