

ANORRETOMIECTOMIA NO MEGACOLON

ANORRETOMIECTOMIA NO TRATAMENTO DA OBSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA NA INFÂNCIA E DO MEGACOLON CONGÊNITO DE SEGMENTO CURTO E ULTRACURTO

JOSÉ PINUS*

* Professor Adjunto e Livre Docente, Chefe da Disciplina de Cirurgia Pediátrica do Departamento de Cirurgia da Escola Paulista de Medicina.

O cirurgião pediátrico vem sendo solicitado cada vez mais a fim de opinar e eventualmente intervir no problema da obstipação intestinal crônica na infância.

Podemos classificar em três grupos principais as afecções causadoras da obstipação intestinal crônica na infância.

Um primeiro grupo, o mais freqüente, devido a erros alimentares, quer quantitativos, quer qualitativos, quer por intolerância ou devido a afecções clínicas como hipotireoidismo ou deficiência mental, todos passíveis de tratamento clínico.

Um segundo grupo de casos é aquele representado pelos portadores de lesões orgânicas evidentes, como anomalias anorretais, estenose anal adquirida, obstruções mecânicas (extrínsecas ou intrínsecas) e aqueles casos bem característicos de moléstia de Hirschsprung, a exigir tratamento cirúrgico adequado para cada caso.

Existe ainda, um terceiro grupo de casos com obstipação intestinal de etiologia ainda obscura e, por isso, rotulados como idiopáticos, e que, dependendo de cada caso, têm sido chamados de megacolon funcional, pseudo-Hirschsprung, inércia colônica ou megacolon psicogênico.

Destas expressões, a mais conhecida é a de megacolon psicogênico.

Neste grupo, a sintomatologia se inicia geralmente após o primeiro ano, quando se instala o componente voluntário da defecação e se inicia o seu treinamento, passando assim a sofrer também influência de fatores psíquicos.

Poderá então ocorrer que, por excesso de zelo dos pais ou responsáveis, erros de treinamento geralmente coercitivos, tensão emocional dos pais com a criança ou dos pais entre si, influ-

ência de fatores sociais, preguiça, preocupação com outras atividades (e tudo isto associado ou não a erros alimentares), haja desenvolvimento anormal do mecanismo da evacuação. Haverá endurecimento das fezes e dificuldade para eliminá-las, podendo provocar uma fissura com dor e sangramento, e com isto, medo para evacuar e retenção voluntária das fezes, alterando-se, afinal, o estímulo reflexo diário da defecação. Isto preocupará ainda mais os pais, fechando-se assim um círculo vicioso que, se não for devidamente corrigido, perdurará por anos, constituindo um verdadeiro drama familiar.

A queixa é, então, de obstipação intestinal crônica com evacuações extremamente difíceis, com ou sem dor, levando à enoprese e, às vezes, também à enurese.

O exame físico revela-nos uma criança com relativo bom estado de desenvolvimento; o sigmóide é palpável devido ao bolo fecal retido, mas não há distensão abdominal, porque há eliminação normal de gases. Ao toque retal, o mesmo está cheio de fezes e muitas vezes constatamos fissura associada. O RX revelará megarreto.

O quadro assim descrito é muito sugestivo de megacólon psicogênico, mas às vezes é difícil afastar um megacólon por moléstias de Hirschsprung, principalmente nos casos de segmento aganglionar curto, e ultracurto impondo-se, então, a realização de uma biópsia, pois é difícil saber se o fator psicogênio é causa ou efeito.

De qualquer maneira, nesses casos em que após cuidadoso tratamento clínico (laxantes, enemas, supositórios, dietas especiais) e psicológico não conseguimos melhorar ou curar o doente ou naqueles com o diagnóstico de segmento aganglionar curto, é que propomos o presente tratamento cirúrgico.

HISTÓRICO DA ANORRETOMIECTOMIA

A primeira operação baseada no conceito da acalásia foi a simples secção do esfíncter interno do ânus, descrita por Martim e Burden²² em 1927, e divulgada entre nós por Corrêa Netto¹⁸ em 1940.

Em 1962, Marcondes Celso¹⁹, da Escola Paulista de Medicina, propôs a operação que denominou anorrectomiectomia em doentes adultos postadores de megacólon chagásico nos sugeriu seu uso em pacientes portadores de Hirschsprung, afirmando que aqueles nos quais a agenesia dos plexos se limitasse ao segmento de reto retirado, poderiam ser beneficiados com a cirurgia.

Em 1964, Bentley²⁰, na Inglaterra, apresentou 22 casos coletados em 8 anos, nos quais praticou a — posterior excisional ano-

rectal myotomy (PEARM) —, com secção de mucosa e de fragmento de musculo esfíncter interno, propondo a cirurgia como tratamento primário do Hirschsprung de segmento curto.

Em 1966, Duhamel²¹, na França, referiu bons resultados com o uso da anorrectomiectomia em 21 casos de megacólon idiopático.

Lynn²² em 1966, nos Estados Unidos, relatou 9 casos de anorrectomiectomia em megacólon congênito de segmento curto já submetido à técnica de Swenson, com bons resultados.

Thomas Jr.²³, em 1967, propõe para os portadores de Hirschsprung de segmento curto, anorrectomiectomia com abordagem por via sacral.

Shandling e Desjardins²⁴, no Canadá em 1969, referiram bons resultados com a anorrectomiectomia realizada em 11 pacientes obstipados crônicos.

Thomas Jr., Bream e De Connick²⁵ em 1970, apresentam 11 casos de anorrectomiectomia posterior, afirmando que em 3 casos, nos quais havia aganglionose e não houve melhora clínica com a operação, o insucesso deveria ser imputado à falha na propulsão normal do cólon proximal e não à esfíncterotomia em aliviar a obstrução.

Nissan, Bar-Maor e Levy²⁶ em Israel (1971), apresentaram 11 casos de anorrectomiectomia, em megacólon com bons resultados.

Lynn²⁷ em 1971, volta a apresentar 21 casos de aganglionose, submetidos a anorrectomiectomia clássica, sendo que, 3 casos já operados com outros procedimentos, recomendando a operação para tratamento dos casos de Hirschsprung de segmento curto.

Também em 1971, Backwinkel, Oakley e Tuffi²⁸, nos Estados Unidos, referem o uso de anorrectomiectomia em 6 casos de megacólon de segmento curto e em 1 caso de megacólon com hipoganglionose, com bons resultados.

Novamente, Nissan e Bar-Maor²⁹ em 1971, praticando a anorrectomiectomia em 31 casos sendo 25 casos de megacólon congênito e em 6 casos de megacólon idiopático, referem bons resultados.

No Japão, Kasai, Suzuki e Watanabe³⁰, em 1971, propõem o tratamento cirúrgico radical do megacólon congênito pelo uso da colectomia e retomiotomia, apresentando 11 casos assim tratados, com bons resultados.

Pinus³¹ em 1972, no Brasil, apresentou 40 casos operados com a anorrectomiectomia clássica, no período de 1964 a 1971, com resultados muito bons, recomendando a operação como substituição à simples biópsia retal para o diagnóstico de Hirschsprung,

como tratamento nos casos de megacólon aganglionar de segmento curto e ultracurto e, como tratamento da obstipação intestinal crônica por alterações funcionais do músculo esfíncter interno resistente a tratamento clínico.

Em 1974, Alexander e Aaston³², propõem uma modificação da anorretomiectomia posterior descrita por Thomas Jr., usando um catéter de Foley no interior do reto, para melhor identificação da zona aganglionar, ajudando a execução da cirurgia.

Em 1975, Lynn e Van Heerden³³, apresentam 37 pacientes submetidos a anorretomiectomia no período de 10 anos, por megacólon aganglionar de segmento curto, sendo quem, em 20 destes, a operação foi o primeiro procedimento usado, com excelentes resultados.

Hoje em dia, grande parte dos principais Serviços de Cirurgia Pediátrica de todo o mundo, estão utilizando a anorretomiectomia com finalidade de diagnóstico e de tratamento do megacólon congênito de segmento curto e ultracurto e da obstipação intestinal crônica resistente à tratamento clínico.

TÉCNICA DA ANORRETOMIECTOMIA

A técnica que utilizamos é a anorretomiectomia por via endoanal e submucosa com anestesia troncular epidural sacra cujos tempos principais são os seguintes:

1. Dilatação digital do canal realizada delicadamente, sendo bastante facilitada pelo relaxamento obtido pela anestesia epidural sacra.

2. Colocação de uma gase profundamente no reto para impedir a eventual saída de fezes.

3. Exposição com 2 pinças de Allis colocadas na margem anal, da linha cutâneo mucosa, que é incisa transversalmente.

4. Dissecção submucosa (facilitada pela utilização do afastador de Pitanga do tipo infantil) até a altura de 5 a 10 cm.

5. Evidenciação nítida na parte inferior da incisão, da borda distal do músculo esfíncter interno e seu isolamento das fibras do músculo esfíncter externo, estendendo-se cranialmente, englobando as fibras circulares da parede posterior do reto.

6. Pinçamento dessa musculatura entre 2 pinças, numa extensão de 5 a 10 cm, e afastadas entre si por um intervalo de 0,5 a 1 cm.

7. Retirada do fragmento de tecido muscular correspondente, marcando-se com um ponto de algodão a extremidade distal para orientar o anátomo-patologista e hemostasia com catgut cromado 4-0, deixando-se um triângulo cutâneo posterior para drenagem.

8. A peça é então encaminhada para estudo anátomo-patológico com especial recomendação para plexos nervosos e alterações da musculatura.

Sua eficiência como tratamento dependerá da ressecção de toda a zona comprometida pela patologia, e portanto, necessário se faz uma correta avaliação pré-operatória da extensão do segmento comprometido.

CASUÍSTICA

Nos casos de megacolon congênito de segmento curto e ultracurto, e naqueles obstipados crônicos resistentes a tratamento clínico adequado, temos usado a técnica da anorretomiectomia endoanal e submucosa.

De 1964 até julho de 1981, nossa experiência é de 140 casos operados, sendo 87 pacientes do sexo masculino e 53 do sexo feminino.

As idades variaram de 13 dias a 10 anos.

As fibras do músculo esfíncter interno ao exame anátomo patológico, revelaram os seguintes achados:

65 casos = plexos nervosos mioentéricos ausentes

18 casos = plexos nervosos mioentéricos diminuídos

57 casos = plexos aparentemente normais, sendo que em 28 casos, as fibras do músculo esfíncter interno mostravam hipertrofia e fibrose intensa.

RESULTADOS

Na análise dos resultados observamos os seguintes critérios:

Resultados — Bom = pacientes com evacuações diárias após a operação e sem laxativos — Regular = pacientes que diminuíram o intervalo entre as evacuações embora não evacuando diariamente ou necessitando laxativos — Mau = persistência da obstipação.

Plexos nervosos ausentes = 65 casos — Bom = 52 casos — Regular = 8 casos — Mau = 5 casos (sendo completado o tratamento com 4 cirurgias de Duhamel e 1 sigmoidectomia).

Plexos nervosos diminuídos = 18 casos — Bom = 16 casos — Regular = 2 casos.

Plexos nervosos normais = 57 casos — Bom = 52 casos — Regular = 1 caso — Mau = 1 caso.

Como complicação da cirurgia tivemos apenas 2 hematomas e 2 abscessos de resolução espontânea.

CONCLUSÃO

Baseados nos dados de nossa casuística, achamos a anorretomiectomia uma operação simples e inócua, representa excelente método diagnóstico e de tratamento daqueles casos de obstipação intestinal crônica resistente aos tratamentos clínicos e do megacólon congênito de segmento curto e ultracurto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. RUYSCH, F. — *Observationum anatomico — chirurgicarum centuria*. Amstelodami, 1691/citado por/EHRENPREIS, TH.. *Hirschsprung's disease*. Chicago, Year Book Medical Publishers, Inc., 1970.
2. HIRSCHSPRUNG, H. — *Stuhlträgheit Neugeborener als Folge von dilatation und hypertrophie des colons*. *Jahrb. Kinderh.*, 21:1, 1887.
3. MYA, G. — *Due osservazioni di dilatazione ed ipertrofia congenita del colon*. *Sperimentale*, 48:215, 1894.
4. LENNANDER, K.G. — *Fall av medfödd dilatation och hypertrofi av flexura sigmoidea hos ett barn*. *Nord. Med. Ark.*, 11:1, 1900.
5. DALLA VALLE, A. — *Ricerche istologiche su di un caso di megacolon congenito*. *Pediatria*, 28:740, 1920.
6. DALLA VALLE, A. — *Contributo alla conoscenza della forme familiari del megacolon congenito*. *Pediatria*, 32:569, 1924.
7. WHITEHOUSE, F.R.; KERNOHAN, J.W. — *Myenteric plexus in congenital megacolon*. *Arch Int. Med.*, 82:75, 1948.
8. SWENSON, O.; BILL, A.H. — *Resection of rectum and rectosigmoid with preservation of the sphincter for benign spastic lesions producing megacolon: an experimental study*. *Surgery*, 24:212, 1948.
9. DUHAMEL, B. — *Une nouvelle opération pour le mégacolon congenital: l'abaissement retro-cecal et transanal du colon, et son application possible au traitement de quelques autres malformations*. *Presse Med.*, 64:2249, 1956.
10. SOAVE, F. — *Una nouvelle technique chirurgicale de la maladie de Hirschsprung*. *J. Chir. (Paris)*, 86:451, 1963.
11. REHBEIN, F.; NICOLAI, I. — *Operation der Hirschsprung'schen Krankheit*. *Dtsch. Med. Wschr.*, 88:1595, 1963.

12. MARTIN, L. W.; ALTEMEIER, W.A. — Clinical experience with a new operation (Modified Duhamel procedure) for Hirschsprung's disease. *Ann Surg.* 156:678, 1962.
13. OKAMOTO, E.; UEDA, T. — Embryogenesis of intra-murel ganglic of the gut and its relation to Hirschsprung's disease. *J. Pediat. Surg.*, 2:437, 1967.
14. GHERARDI, G.J. — Pathology of the ganglionic — aganglionic function in congenital megacolon. *Arch Path.*, 69:520, 1960.
15. WYLLIE, G.G. — Treatment of Hirschsprung's disease by Swensons's operation. *Lancet*, 272:850, 1957.
16. EHRENPREIS, TH., LIVADITIS, A.; OKMIAN, L. — Results of Duhamel's operation for Hirschsprung's disease. *J. Pediat. Surg.*, 1:40, 1966.
17. MARTIN, E.; BURDEN, V.G. — The surgical significance of the Recto-Sigmoid Sphincter. *Ann Surg.*, 86:86, 1927.
18. CORRÉA NETTO, A. — Tratamento cirúrgico do megacólon pela esfínterectomia dos chamados esfínteres funcionais do intestino grosso. *Rev. Circ. S. Paulo*, 6:67, 1940.
19. MARCONDES CELSO, N. — Tratamento do megacolon adquirido pela anorreto-miectomia. *Rev. Assoc. Med. M.G.*, 13:139, 1962.
20. BENTLEY, J.F.R. — Some new observations on megacolo in infancy and childhood with special reference to the management on megasimois and megarectum. *Dis. Rectum.*, 7:462-470, 1964.
21. DUHAMEL, B. — Histological investigation into idiopathic megacolon. *Arch. Dis. Child.*, 41:150, 1966.
22. LYNN, H.B. — Rectal myectomy for aganglionic megacolon. *Mayo Chir. Proc.*, 4:289, 1966.
23. THOMAS JR., C. — Posterior sphincterotomy in Hirschsprung's disease. *Sur. Gynec. Obstet.*, 124:365-366, 1967.
24. SHANDLING, B.; DESJARDINS, J.G. — Anal myotomy for constipation. *J. Ped. Surg.*, 4:115, 1969.
25. THOMAS JR., C.; BREAM, C.A.; DE CONNICK, P. — Posterior sphincterotomy and retal myotomy in the management of Hirschsprung's disease. *Ann Surg.*, 171(5):796, may 1970.