

VOLVO DE SIGMÓIDE APÓS CIRURGIA DE ABAIXAMENTO DO CÓLON Apresentação de um caso.

Alexandre Bakonyi Neto¹
José Thales de Castro Lima²
Aldo Yassumoto³
Eduardo Barato³

O tratamento cirúrgico do megacólon de etiologia chagásica sofreu uma série de modificações com o melhor conhecimento dos fatores fisiológicos envolvidos na sua etiologia e assim, muitas são as técnicas cirúrgicas empregadas para o seu tratamento: cirurgias que visam apenas uma ressecção anterior (sigmoidectomia¹, hemicolectomia esquerda² e a retossigmoidectomia abdominal³); cirurgias com um acesso abdominal e perineal (retossigmoidectomia abdominoperineal⁴ e o abaixamento abdômino-transanal descrito por *Duhamel*⁵) e outras técnicas cirúrgicas menos frequentes.

Em função da multiplicidade de técnicas existentes, podemos admitir que ainda não se obteve um procedimento que permitisse curar definitivamente esta enfermidade, uma vez que todas são acompanhadas de complicações e de índices de recidivas, variáveis na casuística dos diferentes autores.

Entretanto, as complicações, em sua grande maioria são inerentes às técnicas cirúrgicas empregadas e as recidivas, que não constituem propriamente uma complicação, mas uma consequência natural da própria enfermidade, podem se apresentar sob a forma de dilatações colônicas encontradas após uma exploração radiológica tardia ou então pelo reaparecimento da obstipação intestinal. Porém, a ocorrência de volvo em alça abaixada após uma retossigmoidectomia abdominoperineal é uma complicação infrequente e raramente descrita por outros autores, o que nos motivou a apresentação deste caso, principalmente em fun-

ção da discussão que se impõe sobre a melhor conduta terapêutica.

Descrição do caso

R.S., 68 anos, submetido a uma retossigmoidectomia abdominoperineal com anastomose colorretal por megacólon chagásico há 20 anos. Apresentou recidiva da sua sintomatologia após cinco anos, necessitando do uso de laxativos para as evacuações e finalmente, internado com quadros de oclusão intestinal baixa por volvos de sigmóide, necessitando de várias intubações retossigmoideanas para descompressão. Os exames radiográficos simples do abdômen revelaram um dolico megacólon.

Após prévio preparo do cólon, foi submetido a uma ressecção abdominoperineal do ângulo esplênico, cólon descendente, cólon sigmóide e realizado o abaixamento do cólon transversal, com anastomose colorretal retardada.

Trabalho realizado no Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya— São Paulo

- 1 Mestre em Gastroenterologia Cirúrgica. Cirurgião do Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya
- 2 Chefe da Clínica Cirúrgica do Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya
- 3 Estagiários de Clínica Cirúrgica do Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya

No 5º dia de pós-operatório houve retração espontânea do coto retocólico; o paciente desenvolveu incontinência fecal para fezes líquidas nos primeiros 30 dias que foi controlada com orientação dietético-medicamentosa.

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

O conceito de discinesia do reto e às vezes também do cólon sigmóide distal é determinado pelas lesões inflamatórias e degenerativas das células ganglionares parassimpáticas dos plexos mioentéricos de Auerbach, fato este demonstrado por *Habr-Gama*⁶, sendo o principal fator fisiopatológico na formação do megacólon chagásico.

Assim, exérese do segmento discinético que atua como obstáculo funcional e de cólon ectasiado e redundante, restabelecendo-se o trânsito com algum tipo de anastomose colorretal, constitui uma operação lógica quando se visa a cura desta entidade⁴. Desta forma, a retossigmoidectomia abdominal ou abdominoperineal atinge os mecanismos fisiopatológicos envolvidos e também as alterações anatômicas observadas, eliminando tanto o segmento discinético como o ectasiado.

Portanto, a ocorrência de volvo em alça abaixada após esta técnica é uma complicação infrequente, e neste caso possivelmente decorreu da persistência de um dolicomegacólon após a primeira cirurgia (**Fig. 1**), propiciando as condições necessárias para se estabelecer uma torção sobre o seu eixo de vascularização representado pela artéria cólica esquerda. *Medeiros*⁷ descreve um caso de volvo ocorrido sete anos após a realização de uma operação de Duhamel, tratado por um abaixamento sem ressecção do cólon.

O paciente em discussão merece uma análise especial em função do tratamento a ser instituído nestas circunstâncias.

Nas técnicas cirúrgicas que visam apenas uma ressecção anterior, as ligaduras vasculares realizadas ao nível do mesossigmóide levariam conseqüentemente a uma desvascularização do segmento de cólon abaixado até o períneo em função da cirurgia anterior, executando-se, assim, uma anastomose em um coto distal com um possível comprometimento na sua irrigação. Para *Rass*⁸, tentativas de reabaixamento ou a prática de outras técnicas tem se revelado de grande dificuldade, quando não se torna impossível de transpor a resistente e definitiva barreira da fibrose peri-retal.

Porém, a única forma de tratamento viável do ponto de vista técnico é a realização de uma nova ressecção do tipo abdominoperineal e realizar-se uma anastomose com o reto distal. Assim, foi esta a cirurgia proposta para o nosso paciente,

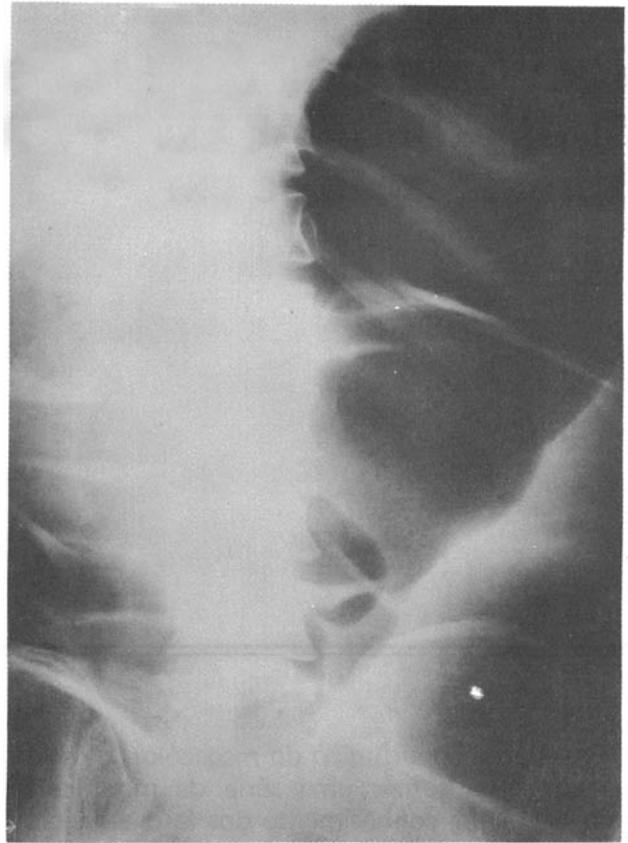


Fig. 1

encontrando-se algumas dificuldades na dissecação do cólon sigmóide, em função da fibrose existente entre a face posterior da bexiga e o cólon, progredindo-se a dissecação até o plano dos músculos elevadores do ânus.

A mesenterite retrátil que se estabeleceu em função da cirurgia prévia efetivamente impediria qualquer tipo de ressecção ampliada por via anterior sem a desvascularização do segmento distal.

Então, os vasos mesentéricos inferiores foram seccionados e o cólon transverso foi preparado para ser mobilizado até o períneo, mantendo-se a irrigação pela artéria cólica média e anastomosando-se o mesmo com o coto retal evertido a maneira proposta por *Cutait*⁴, passando a funcionar como colostomia perineal.

A retração espontânea do coto retocólico foi atribuída a uma dissecação incompleta do cólon até o plano dos músculos elevadores do ânus, em conseqüência da fibrose existente.

A evolução pós-operatória foi satisfatória, e a diarreia provavelmente estava relacionada com a extensão do segmento de cólon ressecado. A incontinência anal para fezes líquidas foi temporária, tendo o paciente recuperado o controle após 30 dias, mesmo considerando que a anastomose distou de 2 cm da margem anal.

Concluimos, portanto, que é possível a realização de uma cirurgia de abaixamento nesta eventualidade, apesar das dificuldades inerentes ao procedimento, e achamos que a técnica escolhida, além da eficácia terapêutica, é a que nos pareceu permitir a realização da anastomose com maior segurança para o doente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA AD – A sigmoidectomia abdominal no tratamento do megacólon. Revta Paul Med, 62: 349, 1963.
2. CAPELHUCHNICK P & KLUG WA – Hemicolectomia esquerda no tratamento do megacólon adquirido em 100 casos. XXVIII Congresso Brasileiro de Proctologia, Porto Alegre, 1978.
3. CUTAIT DE – Tratamento do megassigma pela retossigmoidectomia. Tese, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 1953.
4. CUTAIT DE & FIGLIOLINI FJ – Megacólon adquirido: nova técnica de anastomose colorretal na retossigmoidectomia abdômino-perineal. Revta. Paul Med, 60: 447, 1962.
5. HADDAD J, RAIA A & NETTO AC – Abaixamento retro-retal do cólon com colostomia perineal no tratamento do megacólon adquirido. Rev Assoc Med Brasil, 2: 83, 1965.
6. HABR-GAMA A – Motilidade do cólon sigmóide e do reto: contribuição para a fisiopatologia do megacólon chagásico. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da USP, SP, 1966.
7. MEDEIROS RR, NETO JAR, LEONARDI LS, PIRES AM & ACCORONI ME – Estudo comparativo entre as técnicas de Duhamel e Duhamel-Haddad na cirurgia do megacólon chagásico. Revta. Paul Med, 96: 61, 1980.
8. RASSI L – Megacolo. J Bras Med, 12(4): 310, 1967.

Endereço do Autor:
 Alexandre Bakonyi Neto
 Av. Dr. Altino Arantes, 1.132 – Aptº 24
 Vila Clementino – São Paulo