

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MEGACOLO CHAGÁSICO PELA TÉCNICA DE DUHAMEL-HADDAD. EXPERIÊNCIA NO HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA. ANÁLISE DE 204 CASOS

Rossini Cipriano Gama¹
José Hermes G. Costa²
Ireno Flores de Azevedo³

RESUMO

Os autores fazem uma análise retrospectiva de 204 pacientes operados de megacolon, chagásico, com a técnica de Duhamel-Haddad, na Clínica de Colo-Proctologia do Hospital Geral de Goiânia – INAMPS, no período de janeiro de 1975 a dezembro de 1984. Cento e um pacientes eram do sexo masculino (49,5%) e cento e três do sexo feminino (50,5%). Analisam sua experiência no manuseio desta técnica, comparando a morbidade, a mortalidade e resultados funcionais com os obtidos por outros grupos. Levando em conta os resultados obtidos, consideram esta técnica relativamente fácil e que apresenta excelentes resultados.

UNITERMOS: *cirurgia de Duhamel-Haddad; tratamento cirúrgico de megacolon*

No Brasil várias técnicas têm sido propostas para o tratamento cirúrgico do megacolo adquirido. A técnica descrita por *Duhamel*³ em 1956 e posteriormente modificada por *Haddad* e cols.⁷ em 1965 (cirurgia de Duhamel-Haddad), vem sendo empregada por vários grupos na atualidade como uma das principais opções no tratamento cirúrgico do megacolo chagásico^{1, 2, 5, 7, 12, 15, 16, 18, 19}. À medida que se vai adquirindo experiência no manuseio desta técnica no Brasil, este procedimento vem sendo realizado rotineiramente com baixo índice de complicações e com excelentes resultados funcionais.

O objetivo deste trabalho é avaliar retrospectivamente nossa experiência no manuseio desta

técnica, comparando a morbidade, a mortalidade e resultados funcionais com os obtidos por outros grupos.

PACIENTES E METODOS

No estudo de pesquisa foram revisados 204 prontuários na Clínica de Colo-Proctologia do Hospital Geral de Goiânia – INAMPS, no período de janeiro de 1975 a dezembro de 1984 (10 anos).

Centos e um pacientes eram do sexo masculino (49,5%) e 103 do sexo feminino (50,5%).

A idade variou de 17 a 73 anos com maior incidência na 4ª e 5ª décadas. Quanto à procedência dos pacientes, observamos que a maioria era proveniente dos estados de Goiás, 140 e Minas Gerais, 44 casos.

Analisando os exames complementares específicos para a doença de Chagas, observamos que a reação de Guerreiro-Machado mostrou-se positiva em 91,28%, dados estes que conferem com os da literatura^{5, 15, 16, 21}. O mesmo ocorre para os resultados das radiografias do esôfago que se mostraram alteradas em 70,90%. O megaesôfago grupo 11 (segundo classificação de Rezende), foi o mais encontrado em nosso material (39,31%)

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 1 | Residente de Proctologia |
| 2 | Chefe da Clínica de Colo-Proctologia |
| 3 | Médico do Serviço de Colo-Proctologia |

Rezende e Moreira observaram 92% de alterações esofágicas^{2 1}.

Foi possível observar com relativa freqüência a associação de megacolo e cardiopatia. Em nossa série as alterações mais encontradas foram os bloqueios de ramo direito, hemibloqueio anterior esquerdo, extra-sístoles ventriculares e alteração da repolarização ventricular. O tempo de obstipação variou entre 10 a 20 dias.

Preparo pré-operatório

A maioria dos preparos de cólon era feita através de restrições dietéticas, lavagens intestinais, que iniciávamos três dias antes do ato cirúrgico e laxativos oleosos. Os pacientes com fecalomas eram submetidos ao esvaziamento prévio e em seguida preparados para a cirurgia.

A partir de 1983, introduzimos a solução de manitol a 10% e que também já foi substituído pelo oral gut.

A antibioticoterapia para esterilização da flora tem sido abandonada já há alguns anos. Temos usado no momento a associação de cefalosporina e aminoglicosídeos com fins terapêuticos por um tempo de sete dias em média.

As indicações cirúrgicas estão relacionadas na **Tabela 1**.

Tabela 1 - Megacolo chagásico - Cirurgia de Duhamel-Haddad

Indicações cirúrgicas	Nº de casos	%
Obstipação crônica	157	76,96
Pós-volvlo da sigmóide	42	20,58
Fístula pós-Duhamel-Haddad	7	3,43

Nos 204 casos estudados foram realizadas 206 cirurgias, destes, sete doentes foram reoperados por terem desenvolvido fístulas para o espaço pré-sacral após a primeira cirurgia de Duhamel-Haddad. Destes 204 casos tivemos 49 pacientes que já haviam sido submetidos a cirurgias prévias como mostra a **Tabela 2**.

Tabela 2 - Megacolo chagásico - Cirurgia de Duhamel-Haddad

Cirurgias prévias	Nº de casos	
Volvlo (42 casos)	Destorção e colostomia de transverso	17
	Destorção e sigmoidostomia anterior	13
	Cirurgia de Hartman	11
	Destorção e fixação	1
Fístulas pós-Duhamel-Haddad	Provenientes dos outros serviços	4
	Em nosso serviço	3

RESULTADOS

Todos os pacientes foram operados pela técnica de *Duhamel*³ e modificada por *Haddad* e cols.⁷.

Todas as peças cirúrgicas mostraram-se alteradas, tanto na macro quanto na microscopia compatíveis com a tripanossomíase.

O tempo de internação variou entre 15 e 20 dias.

Cento e trinta e sete pacientes não apresentaram nenhuma intercorrência pós-operatória (67,16%), resultados semelhantes aos obtidos por *Habr-Gama* e cols.⁵ (61,1%).

As complicações ocorridas no pré e pós-operatório foram observadas em 67 pacientes (32,84%), sendo que destes, oito evoluíram para óbito (3,9%). O índice de mortalidade em nosso material encontra-se dentro da média dos resultados obtidos por serviços que têm experiência com esta técnica. Na série de *Habr-Gama* e cols.⁵ foi de 3,3%, na de *Moreira*^{1 5} foi de 6,4% e na de *Raia*^{1 8} 4,28%.

As causas determinantes dos óbitos foram devidas à insuficiência cardíaca (três casos), septicemia em decorrência de abscessos pré-sacrais (dois casos), broncopneumonia (dois casos) e um caso de trombose mesentérica.

No estudo específico das complicações preferimos dividi-las em dois grupos, conforme **Tabelas 3 e 4**.

No que se refere às complicações não relacionadas com a cirurgia de abaixamento, vemos que elas são comuns ao porte do ato cirúrgico.

Analisando as complicações relacionadas à técnica de abaixamento, sabemos hoje que a maioria delas são evitáveis ou atinge percentuais insignificantes nos casos operados nos últimos anos.

Assim vemos que a *deiscência do coto retal*, a *incontinência fecal*, a *impotência sexual*, o *fecaloma de coto retal*, a *necrose do colo abaixado*, têm diminuindo do quadro das complicações,

Tabela 3 - Megacolo chagásico - Cirurgia de Duhamel-Haddad

Complicações não relacionadas à técnica cirúrgica	Nº de casos	%
Infecção urinária	15	7,35
Abscesso de parede	12	5,88
Hematoma subaponeurótico	3	1,47
Evisceração	2	0,98
Pneumonia	2	0,98
Traumatismo de ureter	1	0,49
Traumatismo de uretra	1	0,49
Hemorragia digestiva alta	1	0,49
Insuficiência renal	1	0,49

Tabela 4 – Megacolo chagásico – Cirurgia de Duhamel-Haddad

Complicações relacionadas à técnica	N.º de casos	%
Abscesso de coto retal	16	7,84
Estenose retocólica	12	5,88
Necrose parcial do colo abaixado	12	5,88
Abscesso pré-sacral	9	4,41
Fístula para o espaço pré-sacral	7	3,43
Fecaloma do coto retal	5	2,45
Impotência para ejaculação	3	1,47
Impotência para ereção	2	0,98
Incontinência parcial	4	1,96
Deiscência de coto retal	2	0,98

devido à experiência e segurança com que os grupos têm adquirido com o manuseio desta técnica.

Resultados funcionais

Dos 196 pacientes operado, 36 deles não retornaram nenhuma vez ao nosso ambulatório para revisão. Em 160 pacientes foi possível avaliar o resultado funcional da cirurgia e persistência de complicações tardias.

A cirurgia mostrou bons resultados em 153 pacientes, havendo normalização de ritmo intestinal em 95,6%. Na série de *Habr-Gama* e cols.⁵ foi de 90%, na de *Moreira*¹⁵ foi de 89% e na de *Raia*¹⁸ foi de 94,2%.

Em sete pacientes continuava a necessidade do uso de laxantes, sendo que em cinco, ainda havia a formação de fecaloma de coto retal.

Observamos alterações para o lado da *esfera sexual e da continência fecal*. Quatro pacientes tornaram-se incontinentes parcialmente para gases e fezes líquidas. Para o lado da esfera sexual foram observadas três alterações para ejaculação e duas para ereção.

Gostaríamos de ressaltar a respeito destas complicações, pois além de considerarmos muito sérias, elas ocorreram naqueles pacientes que desenvolveram grandes abscessos e fístulas para o espaço pré-sacral e que posteriormente houve a necessidade de uma nova cirurgia de abaixamento. Salientamos que este tipo de complicação não tem ocorrido nos últimos anos.

Quanto ao *fecaloma de coto retal*, é sabido de todos que é devido a um coto retal muito grande, ou seja, muito acima da reflexão peritoneal. Em nosso material tivemos cinco casos (3,1%). Na série original de *Habr* e cols.⁵ foi de 6,6%, na de *Haddad* e *Raia*¹¹ foi de 7,1%, na de *Moreira*¹⁵ foi de 3,3% e 0,8% na de *Reis Neto*¹⁸.

Os casos de *abscessos pré-sacrais* podem ocorrer nas cirurgias de abaixamento tendo como causas principais hemostasia insuficiente, contaminação do espaço por fezes por ocasião do abaixamento, podendo também ocorrer devido à necrose ou retenção do colo abaixado e por deiscência do coto retal. Esta complicação, na grande maioria das vezes exige uma colostomia de urgência, tendo ocorrido em nove pacientes (4,41%) da nossa série, no estudo de *Habr-Gama* e cols.⁵ a incidência foi de 3,8%, *Haddad* e *Raia*¹¹ encontraram 7,1%, e no trabalho de *Moreira*¹⁵ ocorreu em 5,4% dos casos.

Os *abscessos de coto retal* têm aparecido com uma certa freqüência em nossos casos, mas não tem sido causa de grandes preocupações. Temos procurado fazer uma boa limpeza deste coto com solução fisiológica e em seguida com álcool iodado antes de iniciarmos o tempo perineal da cirurgia. Este ano passamos a não mais drenar o coto retal com dreno de Penrose. Preferimos fazer toque retal diário, iniciando a partir do 4.º e 5.º dia de pós-operatório, a fim de facilitarmos a saída de alguma secreção. Ao realizarmos o 2.º tempo desta cirurgia, promovemos boa limpeza deste coto retal e se porventura ocorrer volumosa secreção, então adiaremos este tempo, deixando o paciente com a colostomia perineal sendo posteriormente completado o tempo perineal. Esta complicação ocorreu em 16 pacientes (7,84%) de nossa série. Na série de *Habr-Gama* e cols.⁵ e *Haddad* e *Raia*¹¹ ocorreram em três pacientes sendo (1,6%) e (4,2%) respectivamente, na de *Moreira* em 44 pacientes (7,4%).

A *deiscência de coto retal* é uma complicação específica da cirurgia de Duhamel. Temos procurado fazer boa limpeza do colo retal com anti-sépticos antes de iniciarmos a sutura. Não deixamos nenhuma mucosa na linha de sutura, fechando esta cúpula retal com catgut 0 cromado em chuleio festonado em dois planos de sutura e por último fazemos a peritonização cobrindo toda a linha de sutura. A deiscência desta sutura pode ocorrer devido a falhas técnicas do cirurgião, pelo próprio coto retal que se transforma numa cavidade fechada. Quando ela ocorre, dando manifestações sistêmicas graves, e com supuração pélvica, estamos obrigados a recorrer a uma colostomia. Esta complicação pode passar despercebida ou se manifestar sob a forma de fístulas suprapúbicas, sendo às vezes encontradas nas radiografias de controle. São fístulas de bom prognóstico, na maioria das vezes fechando espontaneamente.

Em um paciente houve a necessidade de se realizar uma colostomia e no outro houve fechamento espontâneo desta fístula.

Estas complicações ocorreram em dois pacientes de nosso material (0,98%). Na série de *Habr-Gama* e cols.⁵ ocorreu em 5,5%, na de *Haddad* e *Raia*¹¹ ocorreu em 10%, e na de *Moreira*¹⁵ 1,4%.

As estenoses que ocorrem nas anastomoses retocólicas são em geral devido à secção incompleta do *esporão* não chegando a um nível mais alto. Isto se deve a falhas do cirurgião ou mesmo à presença de possível deiscência de coto, em que o cirurgião optou por não estender a secção do *esporão* ao nível desejado. A sua resolução consiste na simples abertura deste septo posteriormente. Na nossa série ela ocorreu em 5,88%, na de *Habr-Gama* e cols.⁵ em 5,5%, na de *Haddad* e *Raia*¹¹ em 2,8%, e na de *Moreira*¹⁵ em 22,2%.

A *necrose do colo abaixado*. O estudo e a viabilidade das arcadas do colo a ser abaixado têm sido considerados por nós de suma importância, pois dela dependerá todo o sucesso da cirurgia. Não devemos sair da sala de cirurgia com dúvidas quanto à vascularização do colo. A falha técnica na preparação da arcada marginal, mobilização incompleta do colo, deixando-o sob tensão, e os descuidos no momento do abaixamento (p.ex. tração exagerada), têm sido atribuídos por nós como possíveis causas de insucesso.

A necrose pode se limitar à linha pectínea, que é o mais comum, em decorrência de contração esfínteriana, ou se estender até a cavidade pélvica, exigindo reintervenções de urgência. Nesses casos em que a necrose se limita à linha pectínea, procuramos soltar toda a fixação do colo abaixado e em seguida tracionamos levemente o cólon, ressecando toda parte necrosada, até encontrarmos tecidos vitalizados, fazendo depois nova fixação e adiando assim o 2º tempo, que será completado posteriormente sem riscos para o paciente.

Quando esta complicação se estender além da linha pectínea, procuraremos em caráter de urgência realizar um novo abaixamento ou a cirurgia de Hartman e num tempo depois programar um novo abaixamento.

Em nosso material esta complicação se limitou apenas à linha pectínea em 12 casos (5,88%), na série de *Habr-Gama* e cols.⁵ em 12,7%, na de *Haddad* e *Raia*¹¹ em 5,7%, na de *Moreira*¹⁵ em 6,4%.

Fístulas para o espaço pré-sacral decorrem de abscessos que se formam tanto no espaço quanto no coto retal, impossibilitando o acolamento da parede anterior do colo abaixado com a parede posterior do reto. É um quadro grave que requer colostomia de urgência para derivação, também acompanhada de drenagem do espaço pré-sacral.

Esta complicação é geralmente observada durante a realização do 2º tempo ou pode passar despercebida sendo detectada no controle radiológico. A simples derivação pode levar ao fechamento desta fístula. Quando isto não acontece, exigirá um novo abaixamento.

Em um dos nossos pacientes, mesmo após o 2º abaixamento, persistia o trajeto fistuloso para o espaço o que nos fez lançar mão do acesso de Kraske para correção da fístula. Este paciente continua sob nossa observação. A incidência de fístula para o espaço pré-sacral em nosso material foi de 3,4%, *Moreira*¹⁵ obteve 4,6%.

O controle radiológico é realizado, rotineiramente, num período de três a seis meses após a cirurgia. Constatamos que houve normalização do ritmo intestinal e redução do calibre dos cólons nos pacientes por nós seguidos.

CONCLUSÃO

A cirurgia de Duhamel-Haddad na experiência do serviço de Colo-Proctologia do Hospital Geral de Goiânia-INAMPS tem se mostrado como solução definitiva para o tratamento cirúrgico do megacólon, tendo em vista os excelentes resultados funcionais, ausência de recidiva dos sintomas, e principalmente porque atende a um dos princípios da fisiopatogenia da doença.

Com a equipe cirúrgica bem entrosada, consideramos esta técnica relativamente fácil, realizada em tempo curto e compatível com o risco a que se deve submeter o portador da doença de Chagas.

SUMMARY

The A.A. show in a retrospective way their experiences of 204 patients with Chagasic Megacolon operated by Duhamel-Haddad technique in the General Hospital of Goiânia-INAMPS - in a ten-year period.

Chagas disease complementary examinations are analyzed, pre-surgical care is slightly mentioned in this kind of surgery, a comparative study on morbidity, mortality and functional results with other groups that deal with this technique in Brazil is done.

Taking in account the results we have had, we consider this technique to be reasonably easy to be accurately performed in a short period of time. And it fulfils one of the physiopathologic principles.

UNITERMS: Duhamel-Haddad's surgery; megacolon surgical treatment

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BERNARDES DE OLIVEIRA A — Tratamento cirúrgico do megacólon pela operação de Duhamel. Rev Paul Med, 63: 283-304, 1963.
2. BERNARDES DE OLIVEIRA A, OLIVEIRA E & GOL-DEMBERG S — A anastomose ano-retó-cólica no tratamento cirúrgico do megacólon: operação de Duhamel. An Paul Med Cir, 89: 41-61, (4): 103-119, 1965.
3. DUHAMEL B — Une nouvelle opération pour le mégacôlon congénital. La Presse Med, 64: 2249-2250, 1956.
4. DUHAMEL B — A new operation for the treatment of Hirschsprung's disease. Arch Dis Child, 35: 38-39, 1960.
5. HABR-GAMA A, GOFFI SF, RAIA A, TOLEDO FER-RÃO OS & YAMAGUSHI N — Tratamento cirúrgico do megacolo-operação de Duhamel-Haddad. Rev Col Bras Cir, 9: 25-31, 1982.
6. HABR-GAMA A — Motilidade do cólon sigmóide e do reto. Contribuição à fisiopatologia do megacolo chagásico. Tese Fac Med Uni. São Paulo, 1966, Rev Hos Clin Fac Med São Paulo, 22: 137-156, 1967.
7. HADDD J, RAIA A & CORREA NETO A — Abaixamento retro-retal do cólon com colostomia perineal no tratamento do megacólon adquirido. Operação de Duhamel modificada. Rev Assoc Med Bras, 11: 83-88, 1965.
8. HADDAD J — Tratamento do megacólon adquirido pelo abaixamento retro-retal do cólon com colostomia perineal (operação de Duhamel modificada). Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo, 23: 235-253, 1968.
9. HADDAD J — Estado atual do tratamento cirúrgico do megacólon congênito e adquirido. Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo, 23: 101-115, 1968.
10. HADDAD J, MELENDEZ RJ & RAIA A — Ventajas de la operación de Duhamel en el tratamiento del megacólon congénito y adquirido. Prensa Med Argent, 56: 1214-1218, 1969.
11. HADDAD J & RAIA A — Prevenção de complicações na técnica de Duhamel com colostomia perineal para o tratamento do megacolo. Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo, 26: 105-110, 1971.
12. MEDEIROS RR, REIS NETO JA, LEONARDI LS, PI-RES AM & ACCORRONI ME — Estudo comparativo entre as técnicas de Duhamel e Duhamel-Haddad na cirurgia do megacólon chagásico. Rev Paul Med, 96: 61-65, 1980.
13. MOREIRA H — Estudo eletromanométrico da atividade motora do coto retal e do colo descendente em pacientes chagásicos submetidos às operações de Hartmann e de Duhamel. Tese Fac Med Univ Fed Goiás, 1970.
14. MOREIRA H — Contribuição ao estudo da fisiopatologia no tratamento cirúrgico do megacolo chagásico. In Patologia colo-retal. Ed. Angelino Manziene, São Paulo, 1974.
15. MOREIRA H — Tratamento cirúrgico do megacolo chagásico pela técnica de Duhamel-Haddad — Aspectos Técnicos — In Pinotti, H.W. — Atualização Cirúrgica — Vol. VII, pp. 161-182, 1982.
16. MOREIRA H, REZENDE JM, SEBBA F, AZEVEDO IF, LEITE ACA & SOARES EP — Megacolo Chagásico. Rev Bras Colo-Proct, 3(4): 152-162, 1983.
17. MOREIRA H — Tratamento cirúrgico do vólculo da sigmóide no megacolo chagásico. Rev Goiana Med, 25: 73-76, 1979.
18. RAIA A — Estado actual de la cirugía del megacólon. Prensa Méd Argent, 57: 1395-1400, 1970.
19. REIS NETO JA — Resultados tardios da operação de Duhamel no tratamento do megacólon adquirido. Rev Ass Méd Bras, 18: 57-62, 1972.
20. REZENDE JM — Forma digestiva da moléstia de Chagas. Rev Goiana Med, 5: 193-314, 1956.
21. REZENDE JM & MOREIRA H — Megacolo Chagásico. In PORTO JAF. Clínica das doenças intestinais. Liv. Atheneu. Rio de Janeiro, pp. 451-474, 1976.
22. REZENDE JM — Manifestações digestivas da doença de Chagas. In BRENER Z & ANDRADE ZA; Trypanosoma cruzi e Doença de Chagas. Liv. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, pp. 312-361, 1979.