

OPERAÇÃO DE DUHAMEL-HADDAD — CINCO ANOS DE EXPERIÊNCIA

MÁRCIO CUNHA FATURETO
WALTER MALUF
FERNANDO ANGOTTI
JOSÉ FERNANDO QUEIROZ VIEIRA
NELSON MARTINS DE CASTRO TEIXEIRA

FATURETO MC, MALUF, W, ANGOTTI F, VIEIRA JFQ & TEIXEIRA NMC — Operação de Duhamel-Haddad — Cinco anos de experiência. *Rev bras Colo-Proct.*, 1989; 9(1): 16-18.

RESUMO: Os autores relatam a experiência do Serviço de Colo-Proctologia do Hospital-Escola da FMTM no tratamento cirúrgico do megacólon chagásico com a técnica de Duhamel-Haddad no período de cinco anos e analisam as complicações precoces observadas. As complicações infecciosas foram responsáveis pela alta morbidade e elevado tempo médio de hospitalização. A mortalidade foi relativamente baixa (2,4%).

UNITERMOS: megacólon; cirurgia

Tem sido registrada uma morbidade significativa relacionada ao tratamento cirúrgico do megacólon chagásico com a técnica de *Duhamel-Haddad*¹⁻⁵.

Foi realizado um estudo retrospectivo com a finalidade de relacionar alguns aspectos de ordem técnica com influência na morbidade e tempo de permanência hospitalar após esta operação.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Foram revistos os prontuários de 82 pacientes que se submeteram a operação de *Duhamel-Haddad*³ no período entre janeiro/1983 e janeiro/1988 (cinco anos) no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital-Escola da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro em Uberaba, MG.

A idade média dos pacientes era 49 anos (18-79). A distribuição quanto à cor e ao sexo é mostrada na *Tabela 1*.

Trabalho realizado no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital-Escola da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (FMTM) — Uberaba — MG.

Os exames pré-operatórios relacionados à doença de Chagas são mostrados na *Tabela 2*.

Em todos os pacientes a operação foi realizada em condições eletivas, após preparo mecânico intestinal à base de enemas e manitol a 10% V.O., e administração de antibióticos e quimioterápicos (gentamicina e metronidazol) iniciada 12 horas antes da cirurgia.

Tabela 1 — Distribuição dos pacientes quanto ao sexo e à cor

Sexo	Nº	%	Cor	Nº	%
Masculino	45	54,9	Branca	51	62,2
Feminino	37	45,1	Parda	23	28,0
			Preta	8	9,7
Total	82	100	Total	82	100

Tabela 2 — Exames pré-operatórios relacionados à doença de Chagas

Eletrocardiograma	Nº	%	Sorologia para T. cruzi *		
			Nº	%	
Cardiopatia chagásica	28	34,1	Positiva	78	95,1
Alterações inespecíficas	39	47,6	Negativa	4	4,9
Sem alterações	15	18,3			
Total	82	100	Total	82	100

* Sorologia: 1 — reação de fixação do complemento (M.G.);
2 — reação de imunofluorescência para T. cruzi
3 — teste de hemaglutinação para T. cruzi.

Dos 82 pacientes, 56 eram virgens de tratamento cirúrgico (*Grupo 1*), enquanto que os demais 26 já haviam sido submetidos a uma sigmoidectomia de urgência por volvo do sigmóide (*Grupo 2*).

Em 39 pacientes do *Grupo 1* a alça utilizada no abaixamento foi o sigmóide, nutrido pela arcada da primeira artéria sigmoideana⁴ (*Grupo 1-A*). Nos demais 17 pacientes do *Grupo 1* foi efetuada a sigmoidectomia, liberação do ângulo esplênico do cólon e abaixamento do transversal e descendente² (*Grupo 1-B*).

Dezesseis pacientes do *Grupo 2* haviam sido submetidos à operação de *Hartmann* (*Grupo 2-A*). Os outros 10 pacientes desse *Grupo 2* haviam sido submetidos à exteriorização dos dois estomas (*Grupo 2-B*).

Foram registradas as complicações diretamente relacionadas com a técnica, e que surgiram até 30 dias após a operação (morbidade precoce).

RESULTADOS

Dos 82 pacientes submetidos à operação de *Duhamel-Haddad*, 48 (58,5%) apresentaram complicações precoces diretamente relacionadas com a técnica, de gravidade variável (*Tabela 3*).

O tempo médio de internação foi 26,5 dias (12-52). O

Tabela 3 - Complicações precoces nos pacientes submetidos à operação de Duhamel-Haddad

	Nº	%
Supuração incisional	25	30,5
Distensão abdominal prolongada	6	7,3
Abscesso pélvico	6	7,3
Prolapso parcial do cólon abaixado	5	6,1
Necrose extensa do cólon abaixado	2	2,4
Evisceração	2	2,4
Fístula do coto retal	1	1,2
Abscesso subfêrnico	1	1,2
Total	48	58,5

tempo médio de manutenção da colostomia perineal foi 14 dias (8-32).

As complicações de maior gravidade foram os abscessos pélvicos (7,3%), subfêrnico (1,2%), bem como a necrose extensa do cólon abaixado (2,4%).

Houve dois óbitos conseqüentes a sepse em pacientes com complicações infecciosas (mortalidade: 2,4%).

A ocorrência das complicações mais graves nos dois grupos considerados é mostrada na *Tabela 4*.

DISCUSSÃO

A mortalidade relacionada à operação de *Duhamel-Haddad* foi baixa (2,4%) frente a uma morbidade precoce elevada (58,5%), em nossa experiência.

As complicações infecciosas foram responsáveis pela alta morbidade, o que demonstra claramente a importância de um preparo intestinal adequado no pré-operatório. Tal objetivo nem sempre é fácil de ser alcançado no megacólon chagásico.

As dificuldades e a demora para se conseguir um bom esvaziamento dos cólons, as complicações infecciosas e a manutenção da colostomia perineal por tempo prolongado foram responsáveis pelo elevado tempo médio de internação.

Nos pacientes previamente submetidos à operação de *Hartmann* (*Grupo 2-A*), a fibrose que surgiu nas proximidades do coto retal dificultou a obtenção do túnel retro-retal, o que predisps à perfuração acidental do reto, naquele tempo da operação. Esta perfuração foi de difícil reparo e determinou a manutenção da colostomia perineal por tempo prolongado (em torno de quatro semanas), até a comprovação radiológica do não extravasamento do material radiopaco do coto retal.

Os maiores períodos de tempo em colostomia perineal foram determinados pelas lacerações de reto supramencionadas e pelos abscessos pélvicos (pré-sacos).

Nos pacientes previamente sigmoidectomizados (*Grupo 2*) não foi registrado nenhum abscesso pélvico. Isto se deveu provavelmente à maior facilidade e eficiência no preparo intestinal, naqueles pacientes. Entretanto, o período de hospitalização foi significativamente menor nos

Tabela 4 - Ocorrência das complicações de maior gravidade nos grupos considerados e período médio (\bar{M}) de hospitalização.

		Abscesso pélvico	Abscesso subfêrnico	Necrose extensa	\bar{M} dias
Grupo 1 (n = 56)	A (n = 39)	2	0	0	25
	B (n = 17)	4	1	2	34,5
Grupo 2 (n = 26)	A (n = 16)	0	0	0	28,5
	B (n = 10)	0	0	0	16
Total	82	6	1	2	26,5

pacientes do *Grupo 2-B*, em relação àqueles do *Grupo 2-A*, devido à maior facilidade técnica na obtenção do túnel retro-retal nos primeiros.

A necrose do cólon abaixado é a complicação mais grave dessa operação, e ocorreu em dois pacientes do *Grupo 1-B*. Não foi registrado nenhum caso de necrose extensa do cólon abaixado nos pacientes do *Grupo 1-A*. Tal fato sugere que, quando possível, deve-se utilizar o cólon sigmóide, irrigado pela arcada da primeira artéria sigmoidiana⁶, como alça a ser abaixada, na operação de *Duhamel-Haddad*. Felizmente não houve óbito relacionado com esta complicação, pois os pacientes foram reoperados a tempo, sendo que em um foi possível fazer novo abaixamento durante a reintervenção, no outro, ressecou-se a alça necrótica e efetuou-se uma colostomia.

CONCLUSÕES

1. O aproveitamento da alça sigmóide irrigada pela arcada da primeira artéria sigmoidiana diminui a possibilidade de isquemia na operação de *Duhamel-Haddad*.

2. A realização da sigmoidectomia de urgência por volvo do sigmóide, seguida da exteriorização dos dois estomas na parede abdominal, facilita a execução posterior da operação de *Duhamel-Haddad*, com menor morbidade e menor tempo de hospitalização em relação à operação de *Hartmann*.

FATURETO MC, MALUF W, ANGOTTI F, VIEIRA JFQ, TEIXEIRA NMC - Duhamel-Haddad operation: five years of experience.

SUMMARY: The authors relate the experience of the Colo-Proctologic Service of the Hospital Escola da FMTM in the last five years on the surgical treatment of acquired megacolon with the Duhamel-Haddad operation and analyse the most severe early complications observed. Infection was responsible for high morbidity. Mortality was relatively low (2.4%).

KEY WORDS: megacolon; surgery

REFERÊNCIAS

1. Gama RC, Costa JHG, Azevedo IF. Tratamento cirúrgico do megacólon chagásico pela técnica de Duhamel-Haddad. Experiência no Hospital Geral de Goiânia. Análise de 204 casos. Rev Bras Colo-Proctol, 1986; 6: 84-8.
2. Habr-Gama A, Goffi FS, Raia A, Ferrão SOT. Tratamento cirúrgico do megacólon. Operação de Duhamel-Haddad. Rev Col Bras Cir, 1982; 9: 25-31.
3. Reis Neto JA. Duhamel procedure in the treatment of acquired megacolon. International Surgery, 1975; 60: 399.
4. Cutait DE. Estado atual das operações de abaixamento. Rev Bras Colo-Proct 1984; 4(2): 73-79.
5. Haddad J. Tratamento do megacólon adquirido pelo abaixamento retro-retal do colo com colostomia perineal (operação de Duhamel modificada). Rev Hosp Clin Fac Med S. Paulo, 1968; 23: 235-53.
6. Moreira H. Contribuição ao estudo da fisiopatologia no tratamento cirúrgico do megacólon chagásico. In: Patologia Colo-retal. Ed. Angelino Manzione, S. Paulo, 1974.

Endereço para correspondência:
Marcio Cunha Fatureto
Av. Dr. Odilon Fernandes, 283 - ap. 601
38100 - Uberaba - MG