

RETOCOLECTOMIA ABDÔMINO-PERINEAL COM ANASTOMOSE COLORRETAL RETARDADA PELA TÉCNICA DE CUTAIT

MITRE KALIL
DANILO SALOMÃO PAULO
FLORIANO SCHWANZ

KALIL M, PAULO DS, SCHWANZ F - Retocoliectomia abdomino-perineal com anastomose colorretal retardada pela técnica de Cutait. *Rev bras Colo-Proct.*, 1990; 10(2): 47-49.

RESUMO: Os autores relatam sua experiência com a retocoliectomia abdomino-perineal e anastomose colo-retal retardada em 21 pacientes. Destes, 12 eram portadores de adenocarcinoma do reto e nove eram portadores de megacólon chagásico. Não foi observado nenhum caso de deiscência da anastomose; dois pacientes submetidos à radioterapia prévia evoluíram com estenose de fácil resolução. A impotência sexual observada em dois casos foi transitória. Os pacientes sobreviventes têm sido controlados ambulatorialmente sem nenhuma complicação. Consideraram a técnica útil e eficaz, em função dos resultados obtidos.

UNITERMOS: técnica de Cutait; câncer do reto; megacólon; anastomose colorretal retardada

As cirurgias conservadoras para o tratamento das neoplasias do segmento proximal do reto podem ser de vários tipos. Dentre estes, destacam-se duas fundamentais: 1.º - A retocoliectomia abdominal, que é indicada para tratar os tumores do cólon sigmóide distal e junção retossigmóidea; 2.º - A retocoliectomia abdomino-perineal, que é indicada para tratar os tumores do reto proximal, megacólon chagásico e de Hirsnsprung, dentre outras doenças (1-5).

Trabalho realizado nos Serviços de Clínica Cirúrgica da Santa Casa de Misericórdia de Vitória e Hospital Evangélico (ES).

A anastomose colo-retal, após a retocoliectomia abdomino-perineal pode ser realizada em um só tempo (imediate) ou em dois tempos operatórios (retardada). Esta última, defendida por *Cutait* e cols. (1, 2, 3, 4), teria a finalidade de prevenir ou de reduzir ao mínimo a possibilidade de deiscência da sutura anastomótica, complicação esta muito freqüente na anastomose imediata. Por esse motivo, temos realizado há alguns anos esta técnica, no sentido de evitar tais complicações. Com o objetivo de verificarmos a utilidade e os resultados da referida técnica é que decidimos realizar o presente trabalho.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Estudamos 21 pacientes por nós operados nos Serviços de Cirurgia da Santa Casa de Misericórdia de Vitória e do Hospital Evangélico, durante o período de janeiro/84 a dezembro/88. Dos pacientes, 13 (61,9%) eram do sexo masculino e oito (38%) do sexo feminino. A faixa etária variou entre 20 e 63 anos. A indicação cirúrgica foi câncer do reto proximal em 12 pacientes (57,1%) e megacólon em nove (42,8%). O período médio de internação foi de 20 dias. Em todos os pacientes conseguimos everter o reto para o abaixamento do cólon.

O preparo mecânico do cólon foi realizado com manitol ou com enemas, 24 a 48 horas antes da operação. O preparo químico foi realizado com metronidazol 24 horas antes da operação e mantido por 72 horas no pós-operatório.

Nos pacientes que apresentavam megacólon, procuramos ressecar todo o segmento intestinal dilatado e boa parte do reto, preservando quatro centímetros do mesmo acima da linha pectínea, o qual era então evertido dando passagem ao cólon abaixado. Em todos os pacientes, ressecamos o coto cólico abaixado no 12.º dia de pós-operatório sem anestesia, com o paciente em posição de litotomia. Alta hospitalar foi dada quatro dias após.

RESULTADOS

A função intestinal, na maioria dos casos, foi normal. A colostomia perineal funcionou satisfatoriamente em torno do 3.º dia de pós-operatório. A incidência de complicações ocorreu em 47,6% dos casos (Tabela 1), porém de pequena gravidade, todas elas de simples resolução.

Tabela 1 - Complicações ocorridas em 10 pacientes.

Tipos	N.º	%
Pneumonia	1	4,7
Infecção urinária	1	4,7
Estenose da anastomose	2	9,5
Impotência sexual transitória	2	9,5
Incontinência anal transitória	4	19
Totai	10	47,6

Não tivemos nenhum caso de deiscência anastomótica. A estenose ocorreu em pacientes que haviam sido submetidos antes da cirurgia à radioterapia (2.600 rads), por um período de 30 dias. A impotência sexual que ocorreu em dois casos foi transitória, cedendo 40 dias após a operação. A incontinência anal também transitória, melhorou oito dias aproximadamente após a ressecção e reintrodução do coto colorretal. Tivemos dois casos de óbito por carcinomatose generalizada. Os pacientes foram seguidos ambulatorialmente sem apresentar complicações referentes à técnica. Das complicações pós-operatórias imediatas locais, observamos abscessos na incisão abdominal em um paciente e perineal em três.

DISCUSSÃO

A cirurgia preconizada por *Cutait* e *Figlioline* (1) e apresentada por nós neste trabalho, nos parece uma boa opção para reconstrução do trânsito colorretal após retocolectomia abdomino-perineal. Isto porque ela preserva o aparelho esfíncteriano, evita as fístulas da anastomose imediata, os inconvenientes da colostomia abdominal e não necessita do grampeador mecânico, nem sempre disponível.

A preservação do aparelho esfíncteriano é de suma importância para a integridade das funções intestinal, vesical e sexual. Isto é possível em uma série de situações clínicas, exceto nos tumores malignos localizados abaixo da 2.ª válvula de Houston. Nesta condição, se pretendemos realizar uma cirurgia oncológicamente eficaz, deveremos realizar a cirurgia proposta por *Miles*. Todavia, devemos considerar o fato de alguns pacientes recusarem terminantemente a amputação do reto, pelo risco de se tornarem impotentes, além de problemas tais como: discinesia vesical, diminuição da libido, dismenorréia, dentre outros (6).

Por esse motivo é que em alguns pacientes portadores de câncer do reto logo abaixo da 2.ª válvula de Houston, optamos por cirurgia conservadora. Realizamos a técnica de *Cutait*, atentando para o fato de deixar o coto retal menor possível. Deste modo, o segmento ano-retal remanescente pode ser abordado pelos métodos propedêuticos proctológicos, o que facilitaria o diagnóstico da recidiva tumoral e um planejamento da terapêutica complementar.

A técnica, como verificamos, não é isenta de complicações. Estas ocorreram em 47,6% dos casos. Felizmente, todas foram resolvidas satisfatoriamente com tratamento conservador. A estenose da anastomose, observada em dois pacientes, foi resolvida com dilatações com velas de Hegggar em regime ambulatorial. A impotência sexual ocorrida também em dois pacientes, operados por megacólon chagásico, cedeu espontaneamente 40 dias após a cirurgia, fato esse também observado por *Cutait* e cols. (3).

Não observamos nenhum caso de deiscência de anastomose. A incontinência anal transitória pode ser devido ao fato de estar o aparelho esfíncteriano entreaberto por 14 dias, com o reto evertido e o cólon abaixado. Também não tivemos nenhum óbito no pós-operatório tardio diretamente relacionado à referida técnica. Portanto, analisando todos os dados até agora expostos, fica evidente a utilidade e eficácia da técnica aqui por nós relatada.

KALIL M, PAULO DS, SCHWANZ F - Abdominoperineal rectolectomy with delayed colorectal anastomosis by Cutait technique

SUMMARY: The authors report their experience with the retocollectomy abdomen-perineal with colorectal anastomosis, a two-time, technique of Cutait in 21 patients. Twelve of these patients had rectum adenocarcinoma and nine of them had chagasicum megacolon. They consider this technique quite useful and efficient due to the good results. Two patients who were submitted to previous radiotherapy presented stenosis. Sexual impotency was transitory in and two patients. There was no case of deishence or anastomotic fistula.

KEY WORDS: rectal cancer; Cutait operation; megacolon

REFERÊNCIAS

1. Cutait DE, Figliolini FJ. Megacólon adquirido. Nova técnica de anastomose colorretal na retossigmoidectomia abdomino perineal. *Rev Paul Med* 1962; 60: 447.
2. Cutait DE, Cutait R, Silva JH, Manzione A, Kiss DR, Lourenção JL, Calache JE. Stapled anastomosis in colorectal surgery. *Dis Colon Rect* 1981; 24: 155-160.
3. Cutait DE, Figliolini FJ, Cutait R. Endo anal abdominoperineal pull-through resection with colorectal anastomosis. *Rob & Smith operative Surgery*, 4.º ed. Butterworths, London, 1983: 391-403.
4. Cutait R. Cirurgia do intestino grosso. In *Cirurgia do Aparelho Digestivo*. Mitre Kalil - FCAA, Vitória - ES, 1985; 359-381
5. Haddad J, Raia A, Netto AC. Abaixamento retrorretal do cólon com colostomia perineal no tratamento do megacólon adquirido. *Rev Assoc Med Bras* 1965; 2: 83.
6. Goligher JC. *Surgery of the anus, rectum and colon*. 5.º Ed. Ballière tindall London, 1984.