

# ABORDAGEM CIRÚRGICA DO MEGACOLO CHAGÁSICO - EXPERIÊNCIA PESSOAL

HUGO BOMFIM PINHEIRO, TSBCP

PINHEIRO HB - Abordagem cirúrgica do megacolo chagásico - Experiência pessoal. *Rev bras Colo-Proct.*, 1990; 10(4): 139-142.

**RESUMO:** O autor relata sua experiência nos últimos 10 anos no tratamento cirúrgico do megacolo chagásico. Foram 60 pacientes tratados cirurgicamente no Serviço de Colo-Proctologia da Sociedade Santa Casa da Misericórdia de Ourinhos e na clínica particular. São estudadas as complicações e resultados funcionais obtidos no tratamento desta patologia, em especial, após utilização da técnica de Duhamel-Haddad.

**UNITERMOS:** operação de Duhamel-Haddad, megacolo

Quando para o tratamento cirúrgico de uma determinada patologia existem várias técnicas e variantes táticas propostas, é sinal de que nenhuma delas é totalmente eficaz. Isto é válido para o tratamento cirúrgico do megacolo chagásico (2, 3, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 16).

No presente trabalho, todos os 60 pacientes foram operados pelo mesmo cirurgião, o que possibilitou um estudo mais uniforme das complicações e resultados obtidos.

## CASUÍSTICA E MÉTODO

Foram estudados 60 pacientes portadores de megacolo chagásico, os quais foram submetidos a 66 procedimentos cirúrgicos de janeiro de 1980 a janeiro de 1990 (dez anos), no Serviço de Colo-Proctologia da Sociedade Santa Casa da Misericórdia de Ourinhos-SP (SSCMO) e na Clínica Particular.

*Trabalho realizado no Serviço de Colo-Proctologia da Sociedade Santa Casa da Misericórdia de Ourinhos-SP (SSCMO) e na Clínica Particular.*

A maioria dos pacientes encontrava-se entre a 5.<sup>a</sup> e 6.<sup>a</sup> décadas. A distribuição quanto à idade, sexo e passado clínico pré-operatórios são mostrados nas *Tabelas 1, 2 e 3*.

Tabela 1 - Idade

Décadas	N.º de casos	Porcentagem
0 - 10	0	0
11 - 20	0	0
21 - 30	2	3
31 - 40	9	15
41 - 50	14	23
51 - 60	19	32
61 - 70	9	15
71 - 80	7	12
	60	100

Tabela 2 - Sexo

N.º	Masc.	Fem.
	35	25
%	58	42

Tabela 3 - Passado clínico

CIC	CIC + episódios a suboclusão por fecalomas	CIC + episódios de volta de sigmóide	CIC + cirurgia de Hartman + fecalomas de colo
N.º	27	17	15
%	45	28	25

CIC - Constipação Intestinal Crônica

A reação de Machado Guerreiro foi positiva em 53 doentes (88%) e negativa em sete (12%).

O E.C.G. foi normal em 13 pacientes (22%), com alterações inespecíficas em 17 pacientes (28%) e com alterações compatíveis com cardiopatia chagásica em 30 pacientes (50%).

Em caráter de urgência tivemos cinco procedimentos cirúrgicos, sendo duas cirurgias de Hartmann e três sigmoidostomias em casos de volvo de sigmóide, com ou sem necrose, respectivamente. Houve um caso que enquadrámos como exceção, em que não conseguimos terminar a cirurgia proposta para a paciente, devido à hemorragia de vasos pré-sacrais.

Em caráter eletivo tivemos 60 procedimentos cirúrgicos, sendo 11 hemicolectomias com anastomose colorretal baixa e 49 cirurgias pela Técnica de Duhamel-Haddad.

O preparo dos cólons consistia na feitura diária de enteroclistmas glicerizados (1 litro de água morna + 100 ml de glicerina + 1 colher de café de sal de cozinha) em caráter ambulatorial até que o colo se tornasse limpo (média de 5 a 6 dias). O paciente internava-se com dois dias de antecedência à cirurgia e no 1.º dia a dieta era líquida e sem resíduos, eram feitos três seções de enteroclistmas (manhã, tarde e à noite) e administrados 40 ml de sulfato de sódio via oral, pela manhã, repetindo-se a dose uma hora após.

Na véspera da cirurgia, a dieta era "zero", sendo feita hidratação venosa e preparo dos cólons com Manitol a 10% (método clássico) e os antibióticos eram iniciados duas horas antes do ato cirúrgico e retirados 24 horas após, sendo mantidos por mais tempo como medida de exceção.

Nos pacientes portadores de volvo de sigmóide passíveis de serem distorcidos endoscopicamente, esta distorção era feita deixando-se o paciente internado, com a sonda em sifonagem e, deste modo, o paciente era submetido ao preparo dos cólons, devido ao risco de se refazer a torção do sigmóide (5).

Quanto ao tipo de anestesia, 85% dos pacientes foram submetidos à anestesia peridural ou raquianestesia e 15% à anestesia geral (Tabela 4).

## RESULTADOS

Os procedimentos cirúrgicos variaram segundo o caráter de urgência, rotina ou exceção de cada caso.

Na urgência, em casos de volvo de sigmóide com necrose, optamos pela cirurgia de Hartmann e, quando não há necrose de sigmóide e não conseguimos desfazer a torção por meios endoscópicos, praticamos a *sigmoidostomia*, que consiste em distorcer cirurgicamente o sigmóide e exteriorizar apenas a parede anterior do colo sigmóide na F.I.E. Após abertura desta "colostomia" ela passa a funcionar como "fístula", o que proporciona uma diminuição progressiva do colo à montante com o passar dos dias.

Tabela 4 - Procedimentos cirúrgicos em 60 pacientes.

1ª	a. Urgência	Volvo de sigmóide	Com necrose = Hartman	2
			Sem necrose = sigmoidostomia	3
	b. Rotina	1. Hemicolé/com anastomose colorretal baixa	Com colostomia de transversa	5
			Sem colostomia de transversa	6
		2. Duhamel - Haddad	49	
2ª Exceção:		Redução do colorretal + hemostasia de vasos pré-sacros	1	
Total de procedimentos cirúrgicos .....				66

No caso que enquadrámos como exceção, a paciente havia sido submetida à cirurgia de Hartmann há 12 anos e referia queixa de constipação intestinal e "peso" retal devido à formação de pseudofecalomas em ampola retal longa, que exigia a retirada destes pseudofecalomas de tempos em tempos. Ao tentarmos o descolamento retrorretal, devido à fibrose local intensa, lesamos vasos pré-sacrais, ocorrendo hemorragia intensa, grave, muito difícil de ser debelada, o que nos obrigou a interromper a cirurgia proposta (Duhamel-Haddad) e apenas fizemos redução do coto retal. A paciente teve pós-operatório tumultuado, prolongado, com formação de abscesso pélvico, porém de resolução clínica.

Em 11 de nossos pacientes fizemos hemicolectomia esquerda com anastomose colorretal baixa, entretanto usamos tal técnica como exceção, quando, por problemas técnicos ou de arcadas vasculares do intestino a ser abaixado, não conseguimos executar a técnica de Duhamel-Haddad. Por temermos deiscência de anastomose com suas complicações, em cinco casos fizemos colostomias de transversa.

Quarenta e nove pacientes foram operados pela técnica de Duhamel-Haddad e é sobre estes casos que nos detemos mais quanto aos resultados funcionais e complicações.

Ao analisarmos os resultados funcionais destes 49 pacientes, excluímos cinco deles por terem sido operados há menos de um ano ou por não terem sido vistos por nós, após alta hospitalar.

Do grupo restante de 44 pacientes, 23 foram seguidos por tempo superior a cinco anos; os outros 21 pacientes foram seguidos por um tempo entre um e cinco anos de operados.

Nenhum dos pacientes apresentou recidiva de seus sintomas. A maior parte deles encontra-se com evacuações diárias ou levemente constipados e apenas 10% deles usam laxativos, porém em quantidades pequenas.

O tempo médio de hospitalização foi de 13 dias e o período médio entre o 1.º e o 2.º tempo cirúrgicos foi de oito dias.

A continência fecal ocorreu geralmente entre o 5.º e o 20.º dia, entretanto houve dois casos em que os pacientes apresentaram "urgências" evacuatórias e a continência só se recuperou dois a três meses após, respectivamente.

As complicações ocorridas nos 49 pacientes são mostradas na *Tabela 5* (Complicações comuns a cirurgias colorretais) e nas *Tabelas 6 e 7* (Complicações comuns às cirurgias de Duhamel-Haddad e Complicações comuns às cirurgias de abaixamento cólico).

**Tabela 5 - Cirurgia de Duhamel-Haddad (49 casos)**

1.º - Complicações comuns a cirurgias colorretais.		
	N.º de casos	%
1.º - Infecção da incisão cirúrgica .....	1	2
2.º - Deiscência parcial de parede abdominal .....	1	2
3.º - Arritmia cardíaca .....	1	2
4.º - Pneumonia .....	2	4
5.º - Infecção urinária (importante) .....	4	8
6.º - Retenção urinária .....	7	14
7.º - Óbito .....	2	4

**Tabela 6 - Cirurgia de Duhamel-Haddad (49 casos)**

1.º - Complicações comuns às cirurgias de Duhamel-Haddad		
	N.º de casos	%
a. Supuração endoanal .....	1	2
b. Alteração na ejaculação .....	1	2
c. Formação de fecaloma alto no P.O. imediato .....	1	2
d. Pseudo-incontinência fecal .....	4	8

**Tabela 7 - Cirurgia de Duhamel-Haddad (49 casos)**

1.º - Complicações comuns às cirurgias de abaixamento cólico			
	N.º de casos	%	
Necrose do colo abaixado	I. Grande extensão	4	8
	II. Pequena extensão	3	6

Ocorreram dois óbitos por septicemia. No 1.º caso, após abaixamento de colo, ocorreu obstrução intestinal por hérnia de delgado através da brecha do mesocolo, com necrose de delgado e peritonite. Foi reoperada no 7.º dia e faleceu três dias após. No 2.º caso, após cirurgia de abaixamento de colo, a paciente apresentou grande distensão colônica com abdômen agudo cirúrgico no 6.º P.O. decorrente de perfuração de cólon descendente em local de úlcera estercoral, com conseqüente peritonite fecal. Foi submetido à laparotomia com colostomia proximal e fechamento do coto retal, vindo a falecer de septicemia seis dias após.

Complicações comuns às cirurgias de Duhamel-Haddad ocorreram em sete pacientes (14%) e as complicações comuns às cirurgias de abaixamento cólico ocorreram em sete pacientes (14%).

## DISCUSSÃO

Acreditamos ser a cirurgia de Duhamel-Haddad a operação que melhores resultados e vantagens oferece no tratamento de megacolo chagásico.

O número de óbitos que ocorreu em nossa experiência (dois casos = 4%) está de acordo com a média relatada na literatura (2, 5, 8, 14) e resultou de complicações difíceis de serem evitadas.

Para a prevenção de supuração e/ou deiscência de coto retal, além dos cuidados técnicos habituais no ato do abaixamento (4, 8, 12), colocamos uma sonda de Foley n.º 24 de três vias (three Way), no coto retal remanescente, com o balão da sonda um pouco inflado para evitar a sua saída, e diariamente lavamos o coto com soro fisiológico, mantendo-o livre de secreções e evitando sua distensão gasosa, o que poderia ser causa de deiscência. Assim, evitamos também os toques retais diários nos pacientes, que, além de incômodos, são menos eficazes para evitar as complicações supracitadas.

Devido a um número relativamente alto de "complicações urinárias", ultimamente temos praticado drenagem vesical suprapúbica (12) em pacientes selecionados (prostatismo, dificuldades para deambular, histórias de infecções urinárias prévias), e estes procedimentos têm diminuído muito tais complicações.

Nos quatro casos de pseudo-incontinência fecal, constatamos a presença de um esporão baixo, impedindo o esvaziamento normal do conteúdo fecal; a correção se fez ampliando-se a comunicação entre a parede anterior do colo abaixado e a parede posterior do coto retal, normalizando-se a continência.

As necroses extensas do colo abaixado são complicações graves, com alto índice de mortalidade, e todos os cuidados técnicos devem ser tomados no sentido de sua prevenção (6, 8, 10, 12, 14, 16); entretanto, quando ocorrem e uma vez diagnosticadas, é imperioso que se faça novo reabaixamento.

Em nossos quatro casos de necrose de colo abaixado, refizemos abaixamento em três casos; no 4.º caso, após o reabaixamento ocorreu nova necrose do colo com infecção pélvica e optamos por deixarmos com colostomia terminal.

Dos três casos de necrose de pequena extensão, um apresentou um abscesso retrorretal com retração do colo abaixado, tratado com drenagem do abscesso por via perineal e colostomia do transverso. Evoluiu bem e após um mês fizemos uma plástica anal, rodando a pele perianal até o interior do reto, onde se encontrava a mucosa retal um pouco retraída.

Nos outros dois casos em que houve necrose parcial do colo abaixado, foi feito debridamento do tecido necrosado com fixação do colo à região perianal, postergando-se o 2.º tempo cirúrgico para alguns dias após.

---

**PINHEIRO HB - Surgical approach to the Chagasic megacolon. Personal experience.**

**SUMMARY: The author presented his last ten years experience in the surgical treatment of the Chagasic megacolon.**

The sixty patients were treated surgically at the Colon Proctology Service of the "Santa Casa de Misericórdia de Ourinhos", and at his private clinic.

The complications and functional results obtained in the treatment of this pathology, and specially after the use of the Duhamel-Haddad technique is presented.

**KEY WORDS: Duhamel-Haddad; technique; megacolon**

---

#### REFERÊNCIAS

1. Alves E, Diniz de Oliveira N, Tubino P. Megacolo chagásico em crianças. *Folha Médica* 1976; 73(1): 1-5.
2. Bernardes de Oliveira A. Tratamento Cirúrgico do Megacolo pela operação de Duhamel. *Rev Paul Med* 1963; 63: 283-304.
3. Capelhuchnik, P. Comunicação Pessoal.
4. Corrêa Netto A, Haddad J, Azevedo PAV, Raia A. Etiology, pathogenesis, and treatment of acquired megacolon. *Surg Gyn Obstet* 1962; 114: 602-608.
5. Cutait DE. Estado atual das operações de abaixamento. *Rev Bras Colo-Proct* 1984; 4(2): 73-79.
6. 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.
7. Ginani FF, Rezende MS, Magalhães AV, Barbosa JA, Barbosa H. Dilatação aguda do cólon no megacolo chagásico. *Rev Ass Méd Brasil* 1976; 22(9): 329-332.
8. Habr-Gama A, Goffi FS, Raia A, Toledo Ferrão SO, Yamagushi N. Tratamento Cirúrgico do Megacolo - Operação de Duhamel-Haddad. *Rev Col Bras Cir* 1981; 9(1): 25-31.
9. Haddad J. Tratamento do megacolo adquirido pelo abaixamento retrorretal do colo com colostomia perineal (Operação de Duhamel modificada). *Rev Hosp Clin Fac Méd São Paulo* 1968; 23: 235-253.
10. Haddad J, Raia A. Prevenção de complicações na técnica de Duhamel com colostomia perineal para o tratamento do megacolo 1971; 26: 105-110.
11. Haddad J, Raia A, Corrêa Netto A. Abaixamento retro-retal do cólon com colostomia perineal no tratamento do megacolo adquirido. Operação de Duhamel modificada. *Rev Ass Méd Brasil* 1965; 11: 83-88.
12. Klaaborg KE, Kromborg O. Suprapubic bladder drainage in elective colorectal surgery. *Dis Col & Rect*, April 1986; 29(4): 260-262.
13. Lins Neto MAF, Cansanção CLC, Farias LRC. Anastomose colorretal imediata na operação de Duhamel. *Rev Bras Colo-Proct* 1988; 8(1): 16-18.
14. Moreira H. Tratamento cirúrgico do megacolo chagásico pela técnica de Duhamel-Haddad. Experiência pessoal. *Arq gastroenterol* 1971; 8: 185-190.
15. Pinheiro HB. Complicações do megacolo chagásico - Padronização de tratamento. *Rev Bras Colo-Proct* 1981; 1(1): 2-15.
16. Rassi, L. Megacolo, *J Bras Méd* 1967; 12(4): 310-317.

#### Endereço para correspondência:

Hugo Bomfim Pinheiro  
Rua Antônio Carlos Mori, 549 - Centro  
19900 - Ourinhos - SP