
TRATAMENTO DO MEGACÓLON CHAGÁSICO POR VIA LAPAROSCÓPICA

F.A. MARTINS
F.A. SANTOS
A.P. WIERING
J.V.S. SOUZA

MARTINS FA, SANTOS FA, WIERING AP & SOUZA JVS - Tratamento do megacólon chagásico por via laparoscópica. *Rev bras Colo-Proct*, 1995; 15(2): 68-69

RESUMO: Apresentam os autores os resultados obtidos no tratamento cirúrgico do megacólon chagásico realizado por via laparoscópica em 14 pacientes (oito femininos/seis masculinos) com idade variando de 31 a 80 anos. A técnica empregada foi o abaixamento retrorretal com anastomose mecânica circular em um só tempo operatório. Como complicações relativas ao método relatam uma secção parcial de ureter e uma perfuração acidental do cólon durante a feitura do pneumoperitônio. Não houve mortalidade nem conversão na série ora apresentada.

UNITERMOS: megacólon; videolaparoscopia

O megacólon chagásico ocorre com maior frequência nas regiões Norte, Nordeste e Centro do Brasil constituindo problema importante de saúde em virtude não só do aspecto *incapacitante* da doença mas também pela elevada taxa de complicações que pode determinar. No estado da Bahia assim como também em Goiás constitui-se a enfermidade colorretal mais frequente nos serviços de cirurgia (1, 2). O tratamento cirúrgico da colopatia chagásica vem sendo motivo de polêmica durante longo tempo, em virtude da diversidade de técnicas empregadas. As ressecções colorretais laparoscópicas vêm inaugurar uma nova era na cirurgia digestiva, em particular no tratamento cirúrgico do megacólon chagásico.

PACIENTES E MÉTODOS

Foram operados no Serviço de Cirurgia Colorretal do Hospital Roberto Santos em Salvador, 14 pacientes (oito masculinos e seis femininos) com idade variando de 31 a 80 anos portadores de megacólon chagásico. Um doente apre-

sentava colostomia em alça localizada no hipocôndrio esquerdo após distorção de volvo do sigmóide. Todos os pacientes foram submetidos a sorologia específica para Chagas assim como estudo radiológico contrastado do cólon. A técnica empregada foi o abaixamento retrorretal modificado assistido por via laparoscópica, com anastomose colorretal mecânica, utilizando-se grampeamento circular. Em nove casos o diâmetro do grampeador foi de 33 milímetros enquanto nos outros cinco casos, 29 milímetros.

Após a feitura do pneumoperitônio, quatro trocartes de 10/12 mm foram colocados nos quadrantes superior e inferior direito, e inferior esquerdo do abdômen mantendo-se a ótica em posição supra-umbilical.

A mobilização do sigmóide e dissecação posterior do reto foi realizada com tesoura e as laqueaduras feitas intracorpóreas com clips metálicos 400. O reto foi fechado com sutura mecânica ao nível da reflexão peritoneal e a peça retirada através de minilaparotomia ampliando-se a incisão correspondente ao trocarte do quadrante inferior esquerdo. Todos os pacientes foram submetidos a preparo mecânico e antibióticoterapia profilática.

RESULTADOS

Como complicações intra-operatórias tivemos um caso de secção parcial do ureter durante a mobilização do sigmóide, que foi reparada tendo o paciente evoluído sem intercorrências, e uma perfuração do cólon durante a feitura do pneumoperitônio em um doente com volumoso megassigma o qual ocupava quase toda cavidade abdominal. O tempo operatório variou de 135 a 240 minutos com uma média de 179,3. A passagem de flatos foi em média de 1,8 dias, sendo a dieta por via oral introduzida a partir do segundo dia pós-operatório. Nenhum doente apresentou deiscência de anastomose, sendo o controle radiológico realizado utilizando-se contraste hidrossolúvel no quinto dia pós-operatório. Tivemos ainda como complicações um caso de seroma ao nível da minilaparotomia, infecção da parede no sítio do estoma no paciente que apresentava colostomia prévia, e um

caso de enfisema subcutâneo, todos evoluindo satisfatoriamente. O tempo de permanência hospitalar variou de 4 a 10 dias, com uma média de 5,1 dias. Não houve mortalidade nem conversão na série ora apresentada, e o *follow-up* mais tardio é de sete meses. Todos os pacientes evoluem com ritmo intestinal diário sem uso de laxativos ou enemas. O exame anatomopatológico das peças operatórias mostrou diversos graus de destruição dos plexos de Meissner e Auerbach, achados estes característicos da colopatía chagásica.

DISCUSSÃO

As ressecções colorretais laparoscópicas vêm sendo realizadas em diversas partes do mundo com resultados encorajadores em especial para o tratamento das afecções colorretais benignas (3).

O tratamento da doença chagásica colorretal, no nosso entender, encontra na videolaparoscopia aliado importante basicamente pela facilidade e segurança para sua realização. Embora discutido o período de íleo pós-operatório por diversos grupos (4), no nosso material este foi inferior ao comparado com a via convencional. A dor pós-operatória foi controlada em 85% dos casos com analgesia oral, assim como o tempo de permanência hospitalar foi reduzido se comparado à via tradicional. O preceito básico da cirurgia do megacólon chagásico foi inteiramente atingido em vista de se realizar uma anastomose baixa, justamente na área onde existe o maior grau de lesão plexular. O tempo operatório, outro fator de controvérsia na literatura (5), em nosso material foi em média de 179 minutos o qual se aproxima bastante do método aberto. A morbidade na série apresentada foi baixa não havendo mortalidade, embora com um acompanhamento máximo de sete meses nenhum dos casos apresenta evidências de recidiva da doença, mantendo após a alta hospitalar ritmo intestinal diário sem uso de laxativos.

CONCLUSÃO

O tratamento cirúrgico do megacólon chagásico por via laparoscópica na série ora apresentada é procedimento de fácil execução, com tempo operatório aceitável, apresenta baixa morbidade tendo como vantagens principais redução da permanência hospitalar, melhor resultado estético, menor tempo de íleo pós-operatório e retorno mais precoce às atividades habituais.

**MARTINS FA, SANTOS FA, WIERING AP, SOUZA JVS -
Treatment of Chagas megabowel by videolaparoscopy.**

SUMMARY: The authors presents the experience of videolaparoscopy surgery performed in fourteen patients with Chagas disease (8 females/6 males). Mean age, 31 to 80 years. The technique used was a modification from Duhamel, with stapler anastomosis. As relative complication we have one partial section of the ureter, and one accidental perforation of the colon during the pneumoperitoneum. There was no mortality and no conversion in this series.

KEY WORDS: Chagas megabowel; videolaparoscopy

REFERÊNCIAS

1. Moreira H. Colo-proctologia. Conceitos. Goiânia. Ed. Escaleno, 1993.
2. Martins FA, Santos FA, Wiering AP, Souza JVS. Videolaparoscopia no tratamento cirúrgico do megacólon chagásico. Anais do 43º Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, Recife, 1994.
3. Falk PM, Beart RW, Wexner SD. Laparoscopy colectomy: a critical appraisal. Dis Colon Rectum 1993; 36: 28-34.
4. Franklin ME, Ramos R, Rosenthal D. Laparoscopic colonic procedures. World J Surg 1993; 17: 51-56.
5. Noguera JJ, Wexner SD. Laparoscopic colon resection. Perspect Colon Rectal Surg 1992; 5: 79-93.