

Tratamento Laparoscópico do Megacólon Chagásico pela Técnica de Duhamel Modificada. Experiência de 30 Casos

Laparoscopic Modified Duhamel Pullthrough Procedure for Chagasic Megacolon. Management of 30 Cases

Miguel A. Pedroso ¹, Renato Arioni Lupinacci ², Alceu Beani Junior ³,
Renato Micelli Lupinacci ⁴, Francisco M. Farah ⁵

Hospital do Servidor Público Estadual - Francisco Morato de Oliveira, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

O megacólon chagásico é patologia endêmica no Brasil, cujo tratamento reveste-se de grandes controvérsias e inúmeras proposições técnicas. Os autores procuram avaliar a técnica de Duhamel modificada por via laparoscópica através da análise retrospectiva de seus 30 primeiros casos no período entre Julho de 1996 e Março de 2003, bem como expor algumas particularidades técnicas da cirurgia proposta. A mobilização do ângulo esplênico foi necessária em apenas 5 (16.6%) pacientes. O tempo cirúrgico médio foi de 175 minutos (130 a 240 min), o tempo médio de ileo pós-operatório foi de 1.7 dias (1 a 3 dias) e a permanência hospitalar média de 3 dias (2 a 11 dias). Ocorreram 5 complicações peri-operatórias em 4 (13.3%) pacientes. Todos os pacientes realizam após 3 meses de cirurgia enema opaco e retossigmoidoscopia flexível. O seguimento médio dos pacientes é de 4.8 anos, durante esse período apenas um paciente mantém necessidade de laxativos esporadicamente, e um paciente apresenta ejaculação retrógrada. Apesar do pequeno número de casos e da necessidade de seguimento pós-operatório prolongado para avaliação definitiva da técnica, os autores concluem que a técnica de Duhamel modificada por via laparoscópica para o tratamento do megacólon chagásico é factível, apresenta rápida recuperação pós-operatória, demanda custo baixo pelo uso de mesmo gramepeador e permite a manutenção da integridade da parede abdominal com a retirada da peça por via perineal.

Palavras-chave: LAPAROSCOPIA/métodos; DOENÇA DE CHAGAS/cirurgia/complicações; MEGACOLON/cirurgia/terapêutica; ANASTOMOSE CIRÚRGICA/métodos; CIRURGIA COLORRETAL/métodos/instrumentação; COLECTOMIA/métodos/instrumentação; CÔLON/cirurgia/patologia; RETO/cirurgia; TÉCNICAS OPERATÓRIAS; GRAMPEADORES CIRÚRGICOS/instrumentação.

PEDROSO MA, LUPINACCI RA, BEANI JUNIOR A, LUPINACCI RM, FARAH FM. Tratamento Laparoscópico do Megacólon Chagásico pela Técnica de Duhamel Modificada. Experiência de 30 Casos. Rev bras videocir 2003; 1(2): 55-59.

O megacólon chagásico é patologia endêmica no Brasil ocorrendo principalmente no Norte, Nordeste e Centro-oeste do país. Trata-se de grave problema social como causa de incapacidade e por suas possíveis complicações, tais como vôlvulo de sigmóide e fecaloma.

O tratamento cirúrgico desta patologia é motivo de grande controvérsia e de inúmeras técnicas propostas. O desenvolvimento da cirurgia laparoscópica tornou possível o tratamento de órgãos abdominais doentes com lesão mínima da parede abdominal e possibilidade de retorno mais precoce às atividades físicas e ao trabalho.

Para o tratamento do megacólon congênito, a técnica de Duhamel por via laparoscópica se constituiu técnica viável e com resultados similares à técnica convencional ^{1,2}. Da mesma forma, no megacólon chagásico a cirurgia de abaixamento colo-retal também poderia ser realizada com a vantagem da retirada da peça por via perineal.

Procuramos, através de análise retrospectiva, apresentar nossos resultados sobre essas duas proposições.

PACIENTES E MÉTODOS

Foram incluídos 30 pacientes, procedentes do Hospital do Servidor Público Estadual-Francisco Morato de Oliveira e da Clínica Privativa dos autores (1 e 2) no período compreendido entre Julho de 1996 e Março de 2003.

Destes, 20 pacientes eram do sexo masculino e 10 do sexo feminino. A idade média dos pacientes foi de 54 anos. Nenhum dos pacientes apresentava contra-indicação para o procedimento laparoscópico, a saber, DPOC grave, ICC, cirrose hepática avançada (Child B e C).

Todos os pacientes incluídos apresentavam quadro de constipação crônica e antecedente de complicações relacionadas, como vôlvulo ou fecaloma.

Diagnóstico e Preparo

O diagnóstico de megacólon chagásico foi feito através de enema opaco e reação de Machado-Guerreiro. Todos os pacientes realizaram avaliação cardiológica pré-operatória, e nenhum apresentava sintomas de disfagia ou história compatível com megaesôfago.

Foi realizado preparo de cólon pré-operatório em todos os pacientes na véspera da cirurgia. Antibioticoterapia profilática constituiu-se de ceftriaxone e metronidazol no momento da indução anestésica e mantido durante as 48 horas de pós-operatório. A profilaxia para trombose venosa profunda foi realizada através do enfaixamento da panturrilha e utilização de heparina de baixo peso molecular.

Técnica Operatória

Tempo Abdominal

Os pacientes foram submetidos à anestesia geral e, após estabilização, receberam três ampolas de Brometo de n-butilescolamina (Buscopan®, Boehringer-Ingelheim) para inibição do peristaltismo intestinal.

Em 26 pacientes foi realizada retossigmoidectomia com reconstrução a Duhamel modificada e em 4 pacientes foi realizada apenas a reconstrução do trânsito pela técnica de Duhamel modificada com ressecção do coto retal (pacientes previamente submetidos a sigmoidectomia a Hartmann por vôlvulo).

Os últimos 20 pacientes foram posicionados em DDH e colocados em posição de litotomia, somente ao início do tempo perineal, enquanto que os 10 primeiros pacientes foram posicionados em litotomia, durante todo o ato operatório. Ressalta-se aqui a modificação da técnica após um caso de síndrome compartimental em ambas as panturrilhas, o que exigiu tratamento com fasciotomia.

O pneumoperitônio foi realizado pela técnica aberta quando os pacientes apresentavam antecedente de múltiplas cirurgias abdominais, após dificuldade técnica em tentativa inicial por punção e por preferência pessoal do cirurgião (RAL) ou através de punção, segundo preferência própria do cirurgião (MAP). A pressão utilizada foi de 12mmHg.

As portas são posicionadas na cicatriz umbilical (10 mm), na FID (12 mm), no HCD (5 mm) e no HCE (5 mm). Uma quinta porta era utilizada na FIE (5 mm) quando necessária para facilitar a dissecação do reto e/ou a liberação do ângulo esplênico. As posições de portas e equipe cirúrgica são demonstradas na Figura 1.

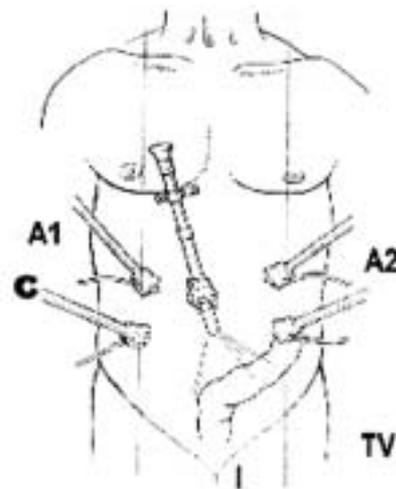


Figura 1 - Posição das portas: A1 - 1ª auxiliar; A2 - 2ª auxiliar; C - cirurgião; I - instrumentadora; TV - monitor.

Para facilitar a dissecação as mesas são colocadas em Trendelenburg e decúbito lateral direito. O primeiro passo, após passagem de todos os trocateres, é a exposição do ângulo de Treitz com identificação de veia e artéria mesentéricas inferiores (VMI e AMI).

Quando necessário, o abaixamento do ângulo esplênico do cólon era realizado após a ligadura da VMI e da AMI, através de identificação do plano avascular entre o cólon e o retroperitônio.

A identificação da artéria retal superior é realizada através da dissecação da AMI concluindo sua ligadura. A dissecação correta do plano, neste momento, leva a identificação do ureter e dos vasos gonadais.

Prossegue-se com a dissecação do espaço retroretal até o nível dos elevadores. O peritônio à direita, é aberto até a reflexão peritoneal. Concluída a liberação da goteira parieto-cólica esquerda, é iniciada a abertura da reflexão peritoneal anterior, sendo possível identificar as vesículas seminais ou a cúpula vaginal. Após medida do coto retal, determina-se o ponto de secção do reto, devendo restar aproximadamente 8.0 cm de coto retal.

O ponto de secção do reto é preparado através da ligadura do mesoreto com bisturi Ultracision ou monopolar, e a secção concluída com endogrampeador, ou através de mini-incisão com grampeador linear cortante.

Tempo Perineal

Expõe-se o reto e o ponto de transição cutâneo-mucosa com pontos de tração radiais, infiltra-se com solução de adrenalina 1/200.000 determinando a linha de incisão entre 1 a 2 cm acima da linha pectínea. Disseca-se o plano interesfincteriano até ultrapassar o nível dos elevadores onde se encontra o reto preparado previamente por via laparoscópica.

Através da incisão posterior no reto avança-se uma pinça de Duval na cavidade pélvica sob visão da câmera, apreende-se a extremidade seccionada do reto e traciona-se a peça através do ânus. Determina-se o ponto de secção proximal da alça, concluindo a ligadura dos vasos do mesossigmóide com pontos transfixantes de Vicryl® 2-0 ou 3-0.

Coloca-se o endogrampeador ou o grampeador linear cortante acolado à parede anterior do cólon, que corresponde à ténia anti-mesentérica e à parede posterior do reto. Após o disparo, completa-se a anastomose com pontos separados de Vicryl® 2-0.

RESULTADOS

Precoces

A mobilização do ângulo esplênico foi realizada em apenas cinco casos. O tempo cirúrgico foi em média de 175 min (variando entre

130 e 240 minutos).

O tempo de íleo pós-operatório médio foi de 1.7 dias (variando entre 1 e 3 dias) e a introdução de dieta oral aconteceu ao primeiro sinal clínico de peristalse. O tempo médio para a primeira evacuação de 2.4 dias (1 a 6 dias).

O tempo médio de internação foi de três dias (2 a 11 dias). Complicações ocorreram em 5 (16.6%) pacientes (Tabela 1).

Tabela 1 - Complicações Precoces

Complicação	N	%
Trombose Venosa Profunda	1	20
Sangramento sacral	1	20
Perfuração	1	20
Grampeamento parcial	1	20
Síndrome compartimental MsIs	1	20

Apenas um caso necessitou de conversão por perfuração do sigmóide. Em outros dois casos optou-se por realização de mini-incisão transversa suprapúbica para correção de grampeamento parcial e de sangramento pré-sacral.

Tardios

Perdeu-se o seguimento de 3 pacientes, perfazendo um total de 27 pacientes acompanhados até o momento. O tempo médio de seguimento foi de 4.8 anos (1 a 7 anos). Durante o seguimento pós-operatório realizamos, em todos os pacientes, enema opaco e retossigmoidoscopia flexível após três meses de cirurgia.

Três pacientes apresentaram incontinência temporária para gases e líquidos, com reversão completa dos sintomas após quatro meses. Apenas um paciente apresenta necessidade de laxativos orais, esporadicamente. A ejaculação retrógrada ocorreu em 1 paciente.

DISCUSSÃO

O tratamento cirúrgico do megacólon chagásico, no Brasil, segue o princípio de se buscar uma anastomose o mais distal possível^{3,4}.

As técnicas de abaixamento colônico originam-se, na sua maioria, de tentativas para a correção da doença de Hirschsprung, cuja fisiopatologia difere da doença de Chagas^{5,6}.

A dúvida quanto ao comprometimento e a

extensão deste na Doença de Chagas criou a discussão sobre a necessidade de ressecção de todo o cólon sigmóide e reto superior no seu tratamento ⁷.

Dentre as principais complicações a possibilidade de necrose do cólon abaixado, deiscência da anastomose e abscessos pélvicos desencorajou a muitos cirurgiões ⁸. As variações introduzidas com a anastomose colo-retal retardada foram benéficas na redução da incidência de abscessos, permitiram o diagnóstico precoce da necrose, porém apresentaram piores resultados funcionais ^{4, 8, 9}.

Com o advento dos grampeadores retomou-se a idéia das anastomoses realizadas no primeiro tempo, permitindo redução do índice de deiscência nas anastomoses baixas e suas conseqüências, além de melhor resultado funcional ^{3, 9}.

Assim, a mudança de dois conceitos - a possibilidade de abaixamento do cólon sigmóide, mesmo dilatado, e a facilidade e segurança do uso de grampeadores - levaram a substituição da técnica de escolha dos autores, que era a técnica de Duhamel-Haddad com mobilização sistemática do ângulo esplênico e anastomose descendente-retal.

Na técnica aberta, anteriormente à experiência laparoscópica, utilizamos duas variações técnicas: a primeira, empregando o grampeamento circular, apresentou elevado índice de complicações, em especial, a estenose da anastomose, sendo posteriormente substituída pela técnica de grampeamento linear, complementado com sutura manual que se mostrou factível, simples, de menor custo e com melhores resultados.

Com o advento da laparoscopia, passamos a utilizar apenas a técnica de Duhamel modificada com anastomose primária através de grampeamento linear.

A possibilidade de ser realizada inteiramente por via laparoscópica, sem a necessidade de incisão abdominal para a retirada da peça, foi o grande estímulo para utilização da mesma. As dúvidas sobre os reais benefícios da via laparoscópica foram levantadas em trabalho de SANTOS e cols., pioneiros na abordagem laparoscópica que, após entusiasmo inicial, passaram a questionar o uso da laparoscopia quando comparada à mini-incisão no flanco esquerdo ¹⁰.

A análise retrospectiva destes 30 casos mostrou vantagens desta técnica em relação à baixa permanência hospitalar, retorno precoce ao trabalho, ausência de complicações nas incisões abdominais e custo relativamente baixo, devido à possibilidade de utilização do mesmo grampeador para fechamento do reto e da anastomose colo-retal.

CONCLUSÕES

Apesar das limitações quanto ao número de pacientes e quanto à representatividade do seguimento operatório, visto que a avaliação definitiva da técnica proposta demanda seguimento mínimo de dez anos quando as recidivas tendem a acontecer, pode-se concluir que a técnica de Duhamel modificada para tratamento do megacólon chagásico por via laparoscópica é factível, apresenta baixo índice de complicações peri-operatórias, custo diminuído pela utilização de um único grampeador, bons resultados funcionais a curto prazo e a manutenção da integridade da parede abdominal através da retirada da peça por via perineal.

ABSTRACT

The chagasic megacolon is an endemic problem in Brazil, its surgical treatment has many controversies and several technical proposes. The authors evaluate the laparoscopic Duhamel pullthrough procedure for the treatment of chagasic megacolon in a retrospective analysis of their first 30 patients during July 1996 and March 2003, and also share some technical pitfalls. The splenic flexure was mobilized in 5 (16.6%) cases. The mean duration of surgery was 175 minutes (130 to 240 min), the mean ileus was 1.7 days (1 to 3 days) and the mean hospital stay was 3 days (2 to 11 days). Five peri-operative complications occurred in 4 (13.3%) patients. All patients have done a double-contrast barium enema and flexible retosigmoidoscopy 3 months after surgery. The mean follow-up was 4.8 years, during this period only 1 patient still deserves sporadically laxative use and 1 patient has retrograde ejaculation. Although a small casuistic and short follow-up to conclusively evaluate the procedure, the authors may assert that the laparoscopic modified Duhamel pullthrough procedure is feasible, has a short convalescence period, minor cost by the use of the same stapler and preserves the integrity of the abdominal wall with the specimen retreat by the anus.

Key words: LAPAROSCOPY/methods; CHAGAS DISEASE/surgery/complications; MEGACOLON/surgery/therapy; ANASTOMOSIS, SURGICAL/methods; COLECTOMY/methods/instrumentation; COLORECTAL SURGERY; COLON/pathology; RECTUM/surgery; SURGICAL PROCEDURES, OPERATIVE; SURGICAL STAPLING/instrumentation.

Referências Bibliográficas

1. De Lagausie P, Berrebi D, Geib G, et al. Laparoscopic Duhamel procedure. Management of 30 cases. *Surg Endosc* 1999;13(10):972-4.
2. Georgeson KE. Laparoscopic-assisted pull-through for Hirschsprung's disease. *Semin Pediatr Surg* 2002;11(4):205-10.
3. Nahas SC. Tratamento cirúrgico do Megacólon chagásico pela retossigmoidectomia abdominal com anastomose mecânica colorretal término-lateral posterior imediata (técnica de Habr-Gama). São Paulo, 2000; Tese (livre docência) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
4. Reis Neto JA. Contribuição ao tratamento cirúrgico do megacólon adquirido; emprego do abaixamento retrorretal e transanal do cólon (técnica de Duhamel). Campinas, 1969. Tese (doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
5. Duhamel B. Une nouvelle operation de megacolon cologenital: lábaissement rétro-rectal et trans-anal du cólon et son application possible au traitement de quelques autres malformations. *Presse Med* 1956;64:2249-50.
6. Köberle F, Nador E. Etiologia e patogenia do megaesofágo no Brasil. *Rev Paul Med* 1955;47:643-51.
7. Moura H. Bases fisiopatológicas para o tratamento cirúrgico do megacólon chagásico. *Rev Goiana Med* 1986;32:73-8.
8. Haddad J, Raia AA. Complicações da anastomose retocólica nas técnicas de Swenson e de Duhamel para o tratamento do megacólon: estudo comparativo. *AMB Rev Assoc Med Bras* 1969;15:265-70.
9. Habr-Gama A, Kiss DR, Bocchini SF, et al. Megacólon chagásico - tratamento pela retossigmoidectomia abdominal com anastomose mecânica colorretal término-lateral: resultados preliminares. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo* 1994;49:199-20.
10. Souza JVS, Carmel APW, Martins G, et al. Colectomia laparoscópica versus minilaparotomia: estudo comparativo. *Rev bras colo-proct* 1997;17:11-4.

Recebido em 15/05/2003

Aceito para publicação em 15/06/2003

TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO DO MEGACÓLON CHAGÁSICO PELA TÉCNICA DE DUHAMEL MODIFICADA.

Miguel A. Pedroso ¹, Renato Arioni Lupinacci ², Alceu Beani Junior ³, Renato Micelli Lupinacci ⁴, Francisco M. Farah ⁵

1. Médico Assistente do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital do Servidor Público Estadual-Francisco Morato de Oliveira (HSPE-FMO), São Paulo, SP.
2. Diretor do Serviço de Cirurgia Geral do HSPE-FMO, São Paulo, SP.
3. Médico Assistente do Serviço de Cirurgia Geral do HSPE-FMO, São Paulo, SP.
4. Médico Residente do Hospital das Clínicas-FMUSP, São Paulo, SP.
5. Coordenador de Videocirurgia do Serviço de Cirurgia Geral do HSPE-FMO, São Paulo, SP.

Endereço para correspondência:

Miguel Ângelo Pedroso
Rua Teotônio Corrêa de Moraes, 300
Vila Nova - Salto
São Paulo - Brasil
CEP 13.320-000
pedroso.gori@uol.com.br