

UM CASO DE MEGACOLON CURADO PELA AMPUTAÇÃO PERINEAL INTRAESFINCTE- RIANA DO RETO

ALIPIO CORREIA NETO

Catedrático de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade
de São Paulo

O megacolon, mormente o megacolon adquirido, é afecção comum entre nós. No meu serviço da Santa Casa, temos anualmente cerca de 10 casos, perfazendo no total, desde que assumimos a regência da 1.^a cadeira de Clínica Cirúrgica, em fins de 1935, cerca de 40 casos. Material relativamente abundante para o qual temos uma atenção especial, e nossas idéias vão evoluindo a medida que vamos colhendo resultados da terapêutica cirúrgica que, ha 7 anos, propuzemos para cura deste mal.

Nosso intuito neste artigo é relatar um caso muito rebelde a toda especie de tratamento, curando-se, no entanto, por meio de uma operação inteiramente nova. A operação é nova, mas a sua aplicação está amparada nos modernos conhecimentos sobre a patogenia do megacolon, para cujo esclarecimento muito tem contribuido os estudos feitos em a nossa Faculdade.

Segundo o conceito que admitimos como verdadeiro, o megacolon é consequência da acálasis dos esfínteres lisos encontrados no intestino grosso. A acálasis é uma disfunção pela qual os esfínteres não se abrem em harmonia com as constricções peristálticas do intestino, provocando estase e todas as suas consequências, isto é, a dilatação, provocada pelo excesso de conteúdo, e a hipertrofia da camada muscular, devida ao esforço peristáltico contra o obstáculo oferecido pelo esfínter fechado. A concepção de acálasis é do princípio do século e pertence a HURST. (1914). Demonstrou o próprio HURST, em colaboração com RAKE, que a perturbação esfínteriana em apreço está vinculada a uma lesão do aparelho nervoso autônomo do intestino, os plexos nervosos de AUERBACH e de MEISSNER. Para o colon esta verificação, isto é, a lesão dos plexos simpáticos, coube a CAMERON; entre nós foram confirmadas estas pesquisas por AMORIM e CORREIA NETO, VASCONCELOS e BOTELHO, ETZEL, FERREIRA, etc. Nós estamos capacitados da veracidade desta doutrina, tão convencidos estamos, baseados nessas verificações, foi que propuzemos um novo tratamento do megacolon, que consiste na inutilização, pela reseccão, do esfínter responsável. E tivemos o prazer de ver confirmada

praticamente a nossa esperança de ministrar a esses doentes uma terapêutica cirúrgica eficiente.

Si o megacolon é consequente a uma acálasis esfinteriana, ele pode naturalmente ter localizações diversas, e isto é um fato constatado facilmente nas nossas numerosas observações. O corolário terapêutico será então a resecção do esfíncter, ou dos esfíncteres que provocam o megacolon. Estes esfíncteres estão catalogados num trabalho de ALOJ e são em numero de sete, como se vê no esquema da fig. 1. Acontece, no entanto, que nem todos autores concordam em que assim seja. HURST supõe que só haja um esfíncter, que é o interno do anus, ao qual responsabilisa por todos os casos de megacolon. A patologia mostra que isto é um erro, pois ha casos de megacolon direito, do ascendente, conservando o calibre normal todo o intestino à esquerda do angulo hepático, como já observamos. Na figura esquemática que ilustra o seu livro, VASCONCELLOS e BOTELHO, acrescentam aos esfíncteres assinalados por ALOJ mais um, ao nível da desembocadura do ileo. BORCESCO e CORNEANO assinalam 3 esfíncteres a mais no colon transversal e um no ceco. Estas citações tem por objetivo mostrar que os autores não são concordes na localização destas formações anatômicas. Possivelmente algumas escaparam a argúcia dos pesquisadores. Distò estamos convencidos. Ao nível do reto, por exemplo, abaixo do esfíncter pelvi-retal, deve haver formações que explicam o insucesso das esfíncteretomias pelvi-retais combinadas com a resecção do esfíncter interno do anus. Isto mais de uma vez temos verificado; mesmo depois da concenciosa resecção ampla do esfíncter pelvi-retal permanece um megasigma, fato tambem constatado por FERREIRA.

Na observação que transcrevemos, que deve ser lida com atenção, verificou-se este fato, isto é, depois da cuidadosa resecção do esfíncter pelvi-retal, praticada duas vezes em duas sessões cirúrgicas diferentes, persistiu o mega-sigma; o estudo atento das radiografias permitiu-nos observar que o ponto do obstáculo, depois da resecção do referido esfíncter, não era o mesmo, estava bem mais caudal em relação ao esfíncter pelvi-retal. Concluimos tratar-se de formação esfíncteriana em pleno reto, que ainda não fora assinalada pelos anatomistas, causadora, no nosso caso, do obstáculo, portanto, a razão da recidiva do megacolon. Devido à sua proximidade do anus, resolvemos amputar o reto logo acima do ponto estreitado, porque parecemos o meio mais eficiente de eliminar tal esfíncter, que já causara ao doente o inconveniente de 6 operações anteriores. O doente aceitou o nosso alvitre e tivemos o prazer de vê-lo curado, conforme se deduz da observação:

B. O., 26 anos, branco, brasileiro, solteiro (3-4-1937):

Queixa: Constipação e tumor abdominal ha 2 anos.

Molestia atual: Desde a infância sofre de constipação, passava 4 a 5 dias sem evacuar, alternando com períodos de evacuações diárias. Por causa disso, até aos 10 anos de idade, fazia uso frequente de lavagens e purgativos. Desta época em diante melhorou progressivamente até que, durante um período de 14 anos, passou a evacuar espontaneamente todos os dias. Algumas vezes as evacuações eram diarreicas, mas o comum era serem pastosas. De dois anos para cá passou a sofrer novamente de prisão de ventre por 2 a 3 dias intercalados de períodos de evacuações normais durante 10 dias mais ou menos, progressivamente, no entanto, os dias de constipação foram aumentando e diminuindo o intervalo em que evacuava bem. Assim sendo, de 1 ano e meio a esta parte passou a usar novamente lavagens e purgativos, afim de exonerar o intestino. No último ano, mesmo com purgativo ou lavagens, percebe que não esvasia o intestino inteiramente, alguma parte fica sempre retida. Nesses dois anos, sente dores abdominais, sob forma de cólicas, que melhoram com a evacuação. Ultimamente, não usando purgativos, passa até um mez sem evacuar. Ao dar entrada no Serviço não evacuava ha 20 dias. Sente uma bola muito grande e muito dura, que ocupa quasi todo o ventre, sendo mais perceptível ao tacto no hipogastrio. Emagreceu sensivelmente. Tem apetite, come bem mas a digestão é difficil, sente-se ansiado. Enfraqueceu muito. Sente palpitações e cansa-se facilmente quando anda.

Nega passado sifilítico. Fuma 3 a 4 cigarros ao dia. Não bebe.

Exame físico: A inspecção geral, nada apresenta digno de nota. Pele seca; emagrecido, panículo adiposo escasso; mucosas pouco coradas. 48 quilos de peso. Pulso 62 batimentos. Pressão arterial 120 — 80.

Exame dos pulmões, nada revela a assinalar.

Coração, nada digno de nota ao exame propedêutico.

Abdomen: Abaulado e assimétrico, assimetria provocada por uma elevação que invade o hipogastrio, fossa iliaca esquerda e hipocondrio do mesmo lado.

À palpação nota-se um tumor enorme, duro, bem delimitado que, para baixo, penetra na bacia e, para cima, se perde sob o rebordo costal. Embora de consistencia dura o tumor deixa-se deprimir pela pressão dos dedos. O sintoma do descolamento mucoso é muito nítido (Klebesyntom).

Exames de laboratorio: Raiões X: "Megasigma com fecaloma provavelmente por acalasis do esfincter pelvi-retal". (Dr. Cassio Villaça) (Fig. 2).

Wassermann: negativo. Taxa de hemoglobina: 80%. Urina: negativo.

Eletrocardiograma: Desvio do eixo para a esquerda (Dr. Pazzanezze). Metabolismo básico: — 3%.

Diagnóstico: megasigma com fecaloma.

Tratamento: Com auxilio de purgativos e lavagens conseguiu-se esvasiar o fecaloma e foi indicada a operação.

1.^a OPERAÇÃO: 20-4-1937: Operador — Dr. Etzel, anestesia peridural alta (novocaina a 2%, 50 c.c.). Laparatomia umbélico-pubiana. Foi feita a esfincterectomia pelvi-retal segundo a tecnica de Corrêa Netto: "Resecção de uma fita muscular de 2 cms. de largura por 10 de comprimento". Peritonização.

Posoperatório sem accidentes, mas o doente não evacua espontaneamente. 20 dias depois reconstituiu-se o fecaloma, como mostra a radiografia, fig. 3. Em face deste resultado, supoz-se que a acalasis era tambem do esfincter interno do anus.

2.^a OPERAÇÃO: 19-6-1937: Dr. Zerbini. Anestesia geral (balsoformio). Foi feita a esfincterectomia do esfincter interno do anus, segundo a tecnica de Corrêa Netto.

Depois desta operação persistiu a prisão de ventre requerendo tratamento por meio de lavagens e purgativos o que não impediu a formação de novo fe-

caloma, que foi extraído por manobras manuais a 30-6-37, dez dias depois da segunda operação. A 13-7-37 houve mister de novo esvaziamento do fecaloma que se reproduzira. Depois desta manobra apareceram dores no baixo ventre, febre, leucocitose; formação de um abcesso na fossa isquio-retal que foi aberto pelo perineo. O paciente permaneceu em tratamento, na enfermaria, manifestando ainda rebelde constipação, sendo necessário uso de purgativos e lavagens 2 a 3 vezes por semana.

19-10-37 — Nova radiografia demonstrou a presença do megacolon, com fecaloma, nada tendo melhorado com as intervenções anteriores.

Em face destes resultados negativos foi feita uma nova tentativa de terapêutica cirúrgica do megacolon, qual seja a exeresse do plexo mesentérico inferior e o plexo hipogastrico superior do simpático lombo-sacro.

3.^a OPERAÇÃO: 20-10-1937: Operador: Alipio Correia Neto: Raquípercainização. Incisão mediana infra-umbelical. Nota-se grande desenvolvimento do colon sigmoide. Verifica-se no reto-sigmoide a cicatriz deixada pela operação anterior. Rebate-se o sigmoide para a direita. Incisa-se o peritoneo posterior ao nível da bifurcação da aorta abdominal. Encontra-se o nervo pélvico (n. presacro) sob forma de plexo, dissecá-se para cima, na frente da aorta até encontrar-se o plexo mesentérico inferior; dissecá-se este plexo em volta da arteria mesenteria inferior. Resecam-se o plexo hipogástrico superior e o plexo mesentérico inferior em parte (Operação de Learmonth). Antes de fechar a cavidade faz-se expressão do fecaloma que é retirado por um auxiliar por via natural.

Posoperatório: No mesmo dia o doente evacuou 3 vezes, durante a noite, espontaneamente; continuou a evacuar durante os 4 dias seguintes. Após o 6.^o dia instalou-se novamente a prisão de ventre, sendo necessário o uso de purgativos e lavagens. No entanto, neste período, não se formou novamente o fecaloma. O doente teve alta a 3-11-37, vinte dias depois desta operação, recomendando-se voltasse depois de um mês. A fig. 4 mostra a peça operatoria — os nervos simpáticos acima citados.

* * *

Voltou ao Serviço em 4-12-1937. Relata que passou melhor depois da última operação, engordou um pouco, pode trabalhar, mas não evacuou espontaneamente durante o mês que esteve fora, só evacuou duas vezes com auxílio de purgativo de sulfato de sódio. O exame físico do abdômen, nessa ocasião, revelou: Presença de cicatriz infraumbelical. Assimetria por tumor que faz saliência no hemi-abdômen esquerdo. A palpação revela um tumor, como anteriormente, que se identifica como um grande fecaloma.

A radiografia revela: megasigma de grandes proporções com fecaloma. Outros exames sem importancia.

O doente permaneceu na enfermaria sem evacuar. A 20-12-37 foi feito o esvaziamento manual do fecaloma. Apesar das lavagens intestinais diárias, foi mister fazer-se novo esvaziamento 10 dias depois.

Em face do estado de constipação apresentado pelo doente e pelo estudo das radiografias que mostram estreitamente ao nível da parte superior do reto (fig. 5), resolvemos praticar, de novo, a esfínterectomia pelvi-retal, imaginando que, da primeira vez, não tivesse ela sido leyada até baixo, restando portanto ainda uma porção do esfíncter pelvi-retal não resecado.

4.^a OPERAÇÃO — 13-1-1938 — Dr. Alipio Corrêa Netto — Raquípercainização. Incisão mediana infra-umbelical. Reseca-se novamente o esfíncter pelvi-retal passando a incisão ao lado da antiga cicatriz, levando-se a ressecção bem baixo, depois de aberto o fundo de saco peritoneal de Douglas, bem atrás da hexiga. A operação foi difícil por causa das aderencias numerosas entre a camada muscular e mucosa, consequentes a primeira intervenção.

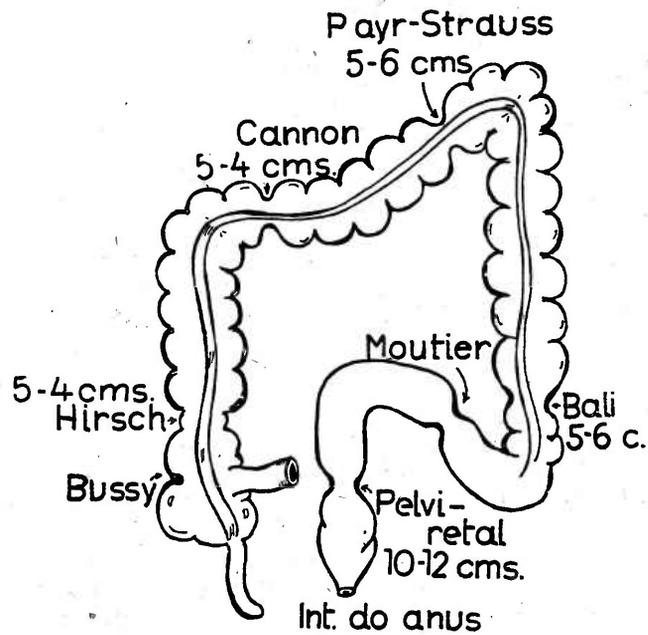


FIG. 1
Diversos esfrictoses do colou com as suas re-pectivas dimensões. (Aloj.).



FIG. 2
Meegasigma com fecaloma (Dr. Cassio Vilaça). Enorme dilatação do colon pélvico.

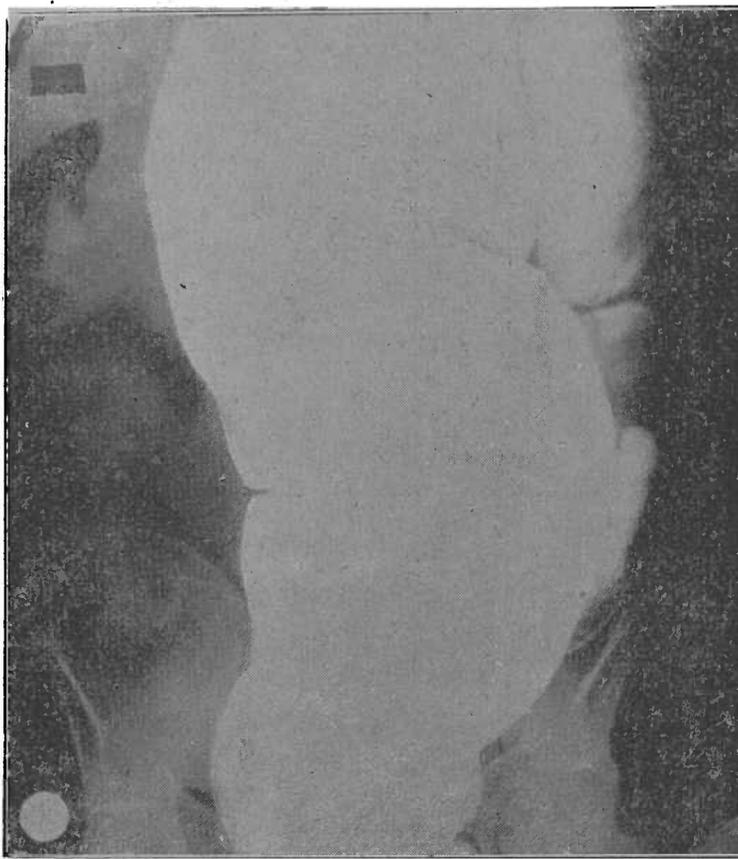


FIG. 3

Vê-se ainda as enormes proporções do reegasigma, que não melhorou nada depois da esfinterectomia pelvi retal

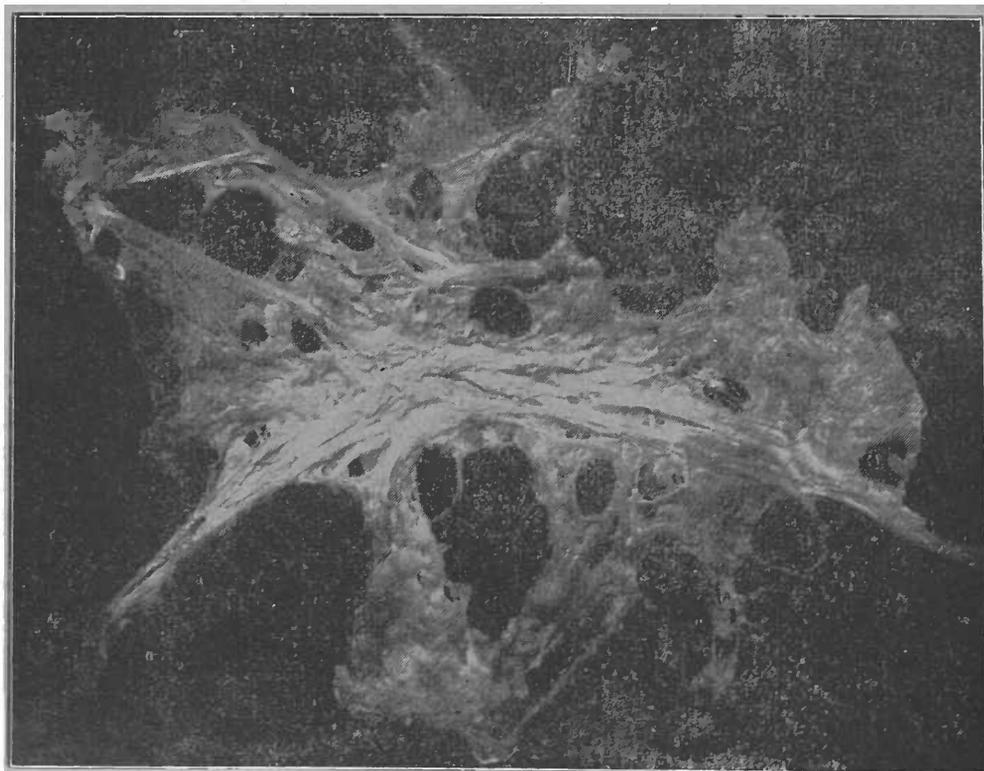


FIG. 4

Fotografia da peça operatoria onde se vê plexo hipogástrico superior (n. pos-sacro), na parte superior da figura, e o plexo mesentérico inferior.



FIG. 5

Mostra enorme megasigma como o das radiografias anteriores. O doente portanto não se curou depois de uma esfinctroectomia pelvi-retal (20-4-937), a esfinctroectomia interna do anus (19-6-937) e a simpaticectomia pelvico-abdominal (20-6-937)



FIG. 6

Esta radiografia mostra que o ponto do obstáculo está próximo do anus, comparando com as figs. 1; 3 e 5.



FIG. 7
Radiografia feita um ano depois da amputação do reto. O doente evacua diariamente, o sigmoide está muito diminuído de tamanho, embora ainda dilatado. (19-8-939)



FIG. 8
O colon sigmoide esvasia-se inteiramente logo após a ministration do enema opaco. (19-8-1939).

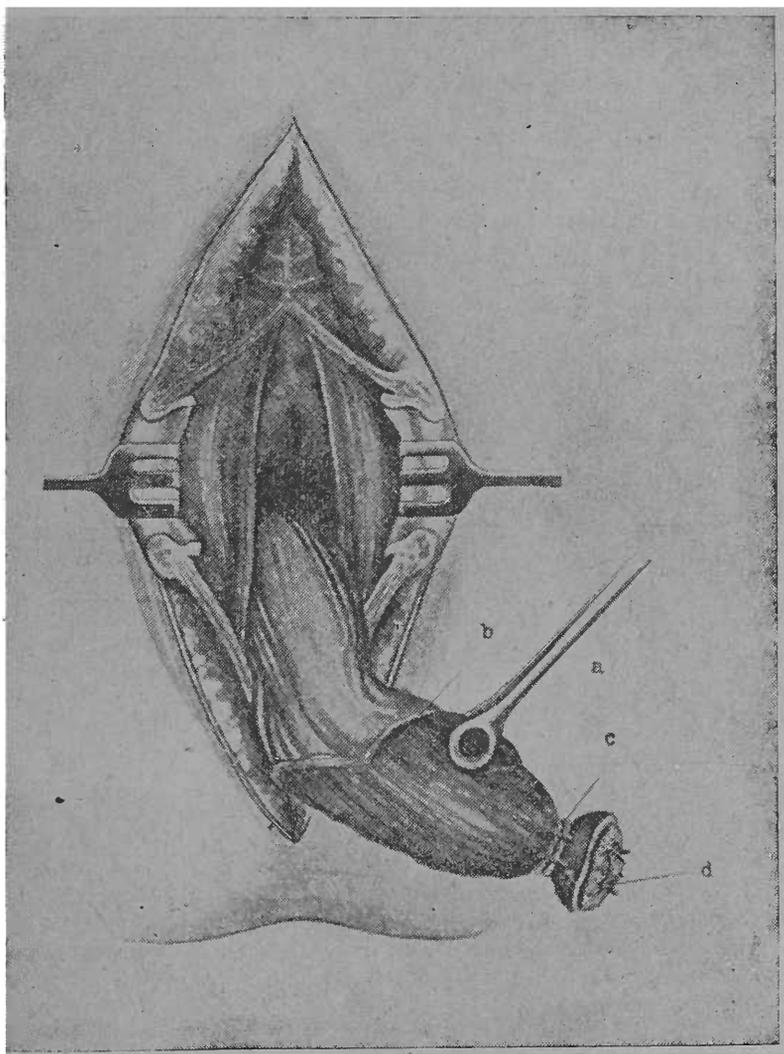


FIG. 9

Amputação intra-esfincteriana do reto, segundo Ball (Bickham.)

A 19-1-38 evacuou espontaneamente; este fato repetiu-se nos dias consecutivos. A 5-2-1938 o paciente teve alta em boas condições, evacuando diariamente 2 a 3 vezes, mas ainda com o colon dilatado, segundo a verificação radiologica.

* * *

Em 4-5-1938, 4 meses depois da última operação, isto é, a resecção do esfíncter pelvi-retal feita pela 2.^a vez, voltou o paciente novamente ao serviço. Queixa-se ainda de prisão de ventre. Há um mez não evacua. A palpação do abdômen mostra grande tumor fecal que vai da pequena bacia ao hipocôndrio esquerdo. A radiografia mostra novamente dilatação do colon sigmoide, de proporções gigantescas.

Si nós compararmos esta radiografia (fig. 6) com as anteriores, mormente, com aquelas que precederam a resecção do esfíncter pelvi-retal (1, 3 e 5) veremos que o ponto estreitado, o esfíncter em acalasis está cada vez mais baixo, mais proximo do canal anal.

Em vista do insucesso impertinente destas numerosas operações, como o estado do doente o permitia, resolvemos fazer a amputação da parte do reto abaixo da dilatação.

6.^a OPERAÇÃO: 21-6-1938 — Consistiu esta operação em abaixamento intra-esfíncteriano do reto conforme a tecnica de Ball, representadas na fig. 9.

O posoperatorio não foi muito simples, houve supuração com formação de fistula para-anal que se curou depois de 20 dias.

Notou-se, desde o início, que o anus permaneceu perfeitamente continente. As evacuações eram irregulares, tornando-se necessario o uso de lavagens e, às vezes, purgativos. Chegou a formar novo fecaloma que foi evacuado por via anal.

Curada perfeitamente a supuração do perineo, o doente passou a evacuar com auxilio de lavagens e também às vezes, espontaneamente.

A 30-12-1938, cerca de 6 mezes depois da operação para amputação intra-esfíncteriana do reto, o paciente, enfiado do tedio da enfermaria, solicitou alta em bom estado, mas ainda sofrendo de sua rebelde prisão de ventre. Sentia-se mais forte, bem disposto e tinha vontade de trabalhar.

Voltou novamente ao Serviço a 3-8-1939. Sentia-se muito bem, evacua diariamente desde a saída do serviço, não usou mais purgativos nem lavagens, engordou e está trabalhando diariamente.

Na sua ficha de "follow up" está registrado:

"6-8-1939: Está passando muito bem. Evacua diariamente. Engordou, exerce seu mister de trabalhador rural com eficiencia. Esfíncter anal perfeitamente continente. A radiografia mostrou grande diminuição do colon pélvico, que ainda está aumentado. Esvaziamento completo da lavagem opaca".

O doente está curado.

RESUMÓ

Doente portador de megasigma.

1.^a OPERAÇÃO — 20-4-1937 — Foi feita a resecção do esfíncter pelvi-retal. Persistiu a dilatação e a prisão de ventre.

2.^a OPERAÇÃO — 13-5-1937 — Resecção do esfíncter interno do anus, metade esquerda. Não houve melhora.

3.^a OPERAÇÃO — 19-6-1937 — Resecção do esfíncter interno do anus na metade direita. Sem resultados.

4.^a OPERAÇÃO — 20-10-1937 — Resecção do plexo sagrado superior e do plexo mesenterico inferior segundo a tecnica de Learmonth. Melhora passageira de algumas semanas.

5.^a OPERAÇÃO — 13-1-1938 — Nova resecção do esfíncter pelvi-retal, para se certificar de que a primeira não foram bem feita. Sem resultado ainda.

6.^a OPERAÇÃO — 11-6-1938 — Amputação do reto por via perineal com conservação do esfíncter interno segundo tecnica semelhante a de Ball.

Alta a 30-12-1938.

Volta ao serviço a 6-8-1939 completamente curado, evacuações diárias e normais, regressão da dilatação do colon. A cura persiste até hoje.

COMENTARIOS

Tratando-se de afecção benigna, era natural procurassemos conservar o esfíncter externo, o que conseguimos perfeitamente bem usando tecnica semelhante a de BALL, segundo está relatada no tratado de BICKHAM, (fig. 9).

Poderíamos então própor a presença de um novo esfíncter no reto, o qual deve ser tomado em consideração nos casos recidivados. Não tivemos ainda oportunidade de repetir esta operação, mas cremos que este caso é suficientemente elucidativo, uma vez que a doença resistiu a todos os tratamentos conhecidos. E o doente foi de uma nótavel paciencia para se submeter a terapeutica tão importuna, qual seja a de operações consecutivas em curto espaço de tempo.

BIBLIOGRAFIA

- ALOJ, L. — Ricerche morfologiche sulla struttura del colon umano in rapporto alla presenza di sfinteri anatomici. — Atti della Soc. Ital. di Anat. ano 42 (1931).
- AMORIM, M. F. e CORREIA NETO, A. — Histopatologia e patogenia do megaesofago e megareto — An. Fac. Med. de São Paulo — 8:101-127; 1932.
- BALL — in Bickham.
- BORCESCO, A. C. e CORNEANO, M. — Les colosphincteres e les colospasm. — Masson & Cie., 1936.
- CORREIA NETO, A. — Tratamento cirurgico do megacolon pela reseccão dos chamados esfíncteres do intestino grosso. — Rev. de Cir. de São Paulo — 1:249-295; Dez. 1934.
- CORREIA NETO, A. — Um caso de megacolon direito curado pela secção do esfíncter de Cannon. — Folia Clinica e Biol. — 7:49-57; 1935.
- CORREIA NETO, A. — Etiopatogenia do megacolon.
- CORREIA NETO, A. — Relaciones patogenicas y concomitancia de megaesofago e megacolon. — Rev. de Cir. de Buenos Aires — 13:721; 1934.
- CORREIA NETO, A. e ETZEL, E. — Le megaesophage e le megacolon devant la theorie de l'achalasia. — Rev. Sud-Americaine de Med. e Cir. 5:395-421; 1934.
- ETZEL, E. — Megaesophagus and its Neurology — Guy's Hospital Reports — 87:158-174; Abril 1937.
- BICKHAM, W. E. — Operative Surgery. — Vol. V. W. B. Saunders & Cie. 1928.
- CAMERON, T. A. M. — Arch. of Disease of Child. — 3:210; 1928.
- FERREIRA, B. — Megacolon — 1937 (Belo-Horizonte).
- HURST, A. F. — Anal Achalasia and Megacolon. — Guy's Hospital Report — Vol. 4 n.º 3 — 1934.
- HURST, A. F. e RAKE, G. H. — Achalasia of the cardia. — Quart. Med. Journ. 23:491-509; 1930.
- VASCONCELOS, E. e BOTELHO, G. — Cirurgia do Megaesofago. — Comp. Editora Nacional, 1937.