



TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MEGACÓLON CHAGÁSICO E NÃO CHAGÁSICO: RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL E ANO-RETOMIECTOMIA POSTERIOR

SURGICAL TREATMENT OF CHAGASIC AND NON-CHAGASIC MEGACOLON: ABDOMINAL RECTOSIGMOIDECTOMY AND POSTERIOR ANO-RECTOMIECTOMY

DOI: 10.5281/zenodo.13765856

Cirênio de Almeida Barbosa¹

Cibele Ennes Ferreira²

Artur Leonel Carneiro³

Carlos Augusto Aglio⁴

Adélio José da Cunha⁵

- 1 Prof. Adjunto III do Departamento de Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia e Propedêutica da Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto/MG, Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões-TCBC, Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgia do Aparelho Digestivo-TECAD, Membro Efetivo da Fundação de Pesquisa e Ensino em Cirurgia (FUPEC), Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Laparoscópica e Robótica, Membro da Sociedade Brasileira de Coloproctologia, Cirurgião Geral do Complexo Hospitalar Santa Casa/ São Lucas de Belo Horizonte-MG- ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6204-593> - Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7892744459851647>
- 2 Acadêmica em Ciências da Saúde, graduanda do curso de Nutrição da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Pesquisadora Júnior da área de Ciências da Saúde em Belo Horizonte - MG Revisão e correção avançada de textos científicos. ORCID: 0009-0003-5426-3543 <https://orcid.org/0009-0003-5426-3543>
- 3 Especialista em Cirurgia Geral, do Aparelho Digestivo do Complexo Hospitalar Santa Casa/São Lucas de Belo Horizonte e Cirurgião Oncológico pela AMB e CRM Especialista em Cirurgia Bariátrica pelo CBC - Lattes: <http://lattes.cnpq.br/409845938525498>
- 4 Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora(1996). Urologista e Preceptor da Residência Médica de Urologia da Santa Casa de Belo Horizonte. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6453776117382383>
- 5 Cirurgião Geral e Endoscopista, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, Membro da Sobracil, Membro da Associação Brasileira de Câncer Gástrico. Membro do Corpo Clínico do Hospital São Lucas em Belo Horizonte MG e Hospital São Camilo em Conselheiro Lafaiete/MG. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5991093837131106>



RESUMO

Objetivos: O objetivo deste estudo é avaliar a eficácia das abordagens cirúrgicas para o tratamento do megacólon, com foco na retossigmoidectomia abdominal e na ano-retomiectomia posterior, em pacientes com megacólon chagásico e não chagásico. O estudo visa comparar as técnicas em termos de alívio dos sintomas, recuperação pós-operatória e complicações associadas. **Métodos:** Foi realizada uma revisão retrospectiva dos registros de pacientes submetidos a retossigmoidectomia abdominal e ano-retomiectomia posterior para megacólon chagásico e não chagásico. Os dados analisados incluíram características demográficas, indicações para cirurgia, detalhes da técnica cirúrgica, e resultados clínicos, incluindo alívio dos sintomas, tempo de recuperação e incidência de complicações. As complicações avaliadas foram infecção da ferida operatória, deiscência anastomótica, estenose anastomótica, abscesso intra-abdominal e hemorragia intraoperatória. **Resultados:** Ambos os procedimentos cirúrgicos demonstraram ser eficazes na melhoria dos sintomas associados ao megacólon. A retossigmoidectomia abdominal resultou em alívio significativo dos sintomas para a maioria dos pacientes, com uma recuperação relativamente rápida e um baixo índice de complicações graves. A ano-retomiectomia posterior foi associada a uma abordagem mais extensa e, consequentemente, a um período de recuperação mais longo, mas também mostrou ser eficaz na resolução dos sintomas. As complicações mais frequentes foram infecção da ferida operatória e deiscência anastomótica, mas a incidência de complicações graves foi baixa. **Conclusão:** Tanto a retossigmoidectomia abdominal quanto a ano-retomiectomia posterior são opções eficazes para o tratamento do megacólon, com a escolha do procedimento dependendo da gravidade da condição e das características individuais do paciente. A retossigmoidectomia abdominal é frequentemente preferida para casos menos extensos devido à recuperação mais rápida e menor complexidade, enquanto a ano-retomiectomia posterior é reservada para casos mais avançados ou complicados. A gestão adequada das complicações e o monitoramento pós-operatório são cruciais para otimizar os resultados e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: Megacólon Chagásico, Megacólon Não Chagásico, Retossigmoidectomia, Ano-Retomiectomia, Tratamento Cirúrgico

ABSTRACT

Objectives: The aim of this study is to evaluate the efficacy of surgical approaches for the treatment of megacolon, focusing on abdominal rectosigmoidectomy and posterior anorectomyectomy, in patients with Chagasic and non-Chagasic megacolon. The study aims to compare the techniques in terms of symptom relief, postoperative recovery, and associated complications. **Methods:** A retrospective review of the records of patients undergoing abdominal rectosigmoidectomy and posterior anorectomyectomy for Chagasic and non-Chagasic megacolon was performed. Data analyzed included demographic characteristics, indications for surgery, details of the surgical technique, and clinical outcomes, including symptom relief, recovery time, and incidence of complications. Complications evaluated were surgical wound infection, anastomotic dehiscence, anastomotic stricture, intra-abdominal abscess, and intraoperative hemorrhage. **Results:** Both surgical procedures were shown to be effective in improving symptoms associated with megacolon. Abdominal rectosigmoidectomy resulted in



significant symptom relief for most patients, with a relatively rapid recovery and a low rate of major complications. Posterior anorectomyectomy was associated with a more extensive approach and, consequently, a longer recovery period, but was also effective in resolving symptoms. The most common complications were wound infection and anastomotic dehiscence, but the incidence of major complications was low. **Conclusion:** Both abdominal rectosigmoidectomy and posterior anorectomyectomy are effective options for the treatment of megacolon, with the choice of procedure depending on the severity of the condition and the individual characteristics of the patient. Abdominal rectosigmoidectomy is often preferred for less extensive cases due to faster recovery and less complexity, while posterior anorectomyectomy is reserved for more advanced or complicated cases. Appropriate management of complications and postoperative monitoring are crucial to optimize outcomes and improve patient quality of life.

Keywords: Chagasic Megacolon, Non-Chagasic Megacolon, Rectosigmoidectomy, Ano-Retomyectomy, Surgical Treatment.

INTRODUÇÃO

O megacólon chagásico é uma complicação grave da doença de Chagas, caracterizada pela dilatação e hipertrofia do cólon devido à destruição do sistema nervoso entérico causado pelo *Trypanosoma cruzi*. Esta condição resulta em sintomas acentuados de constipação crônica, dor abdominal e, em casos avançados, volvo e perfuração intestinal. A retossigmoidectomia abdominal combinada com ano-retomiectomia posterior é uma abordagem cirúrgica eficaz para tratar o megacólon chagásico, aliviando os sintomas e prevenindo complicações. Este estudo descreve a casuística de 36 pacientes operados entre 1984 e 1992, detalhando a técnica cirúrgica, resultados, indicações e complicações associadas. A pesquisa visa avaliar a eficácia das técnicas combinadas no manejo do megacólon chagásico, focando em resultados clínicos, complicações e melhoria na qualidade de vida dos pacientes. O estudo busca fornecer dados para melhorar as práticas cirúrgicas e o manejo pós-operatório.

A pesquisa aplicada neste estudo tem como objetivo desenvolver e refinar técnicas cirúrgicas para o tratamento do megacólon chagásico, proporcionando melhores resultados



para os pacientes. A motivação para a realização deste trabalho é a necessidade de oferecer soluções eficazes para uma condição de doença que afeta significativamente a qualidade de vida dos pacientes. Ao documentar e analisar os resultados de uma casuística de 36 pacientes, este estudo pretende oferecer sugestões valiosas para cirurgiões e profissionais de saúde envolvidos no tratamento da doença de Chagas.

MÉTODO

A casuística foi discutida utilizando os prontuários dos pacientes e revisando o assunto nas bases de dados como PubMed, SciELO e Google *Scholar*. Foram incluídos estudos que abordaram a técnica cirúrgica, resultados, indicações e complicações, a longo prazo da retossigmoidectomia abdominal e ano-retomiectomia posterior no tratamento do megacólon chagásico. O consentimento informado foi feito baseado nas Boas Prática Clínicas para o desenho, condução, registros e divulgação de resultados de estudos clínicos.

RESULTADOS

A maioria dos pacientes teve melhora significativa nos sintomas de constipação e na qualidade de vida. A taxa de complicações das cirurgias retossigmoidectomia abdominal e ano-retomiectomia posterior variou de 10% a 15%, considerando a gravidade da condição e a complexidade das cirurgias.

A nossa casuística abrange os pacientes atendidos no Complexo Hospitalar Santa Casa de Belo Horizonte entre os anos de 1984 e 1992.

Tabela 1 - Tabela da casuística dos pacientes

Categoria	Número de Pacientes	Percentual
Sexo		
Feminino	19	52,7%



- Masculino	17	47,1%
-------------	----	-------

Tipos de Colostomia prévia

Transversostomia em alça	3
Sigmoidostomia em alça	2
Sigmoidostomia terminal	3
Colostomia em duas bocas	1

Tabela das operações prévias

Operação Prévia

Transversostomia em alça	3
Sigmoidostomia em alça	2
Sigmoidostomia terminal	3
Colostomia em duas bocas	1

Descrição dos Procedimentos Pré-Operatórios

1. Transversostomia em Alça

- Procedimento: distorção e transversostomia.
- Pacientes: 3

2. Sigmoidostomia em Alça

- Procedimento: distorção e sigmoidostomia.
- Pacientes: 2

3. Sigmoidostomia Terminal

- Procedimento: Operação de Hartmann.
- Pacientes: 3

4. Colostomia em Duas Bocas

- Procedimento: Sigmoidectomia.
- Pacientes: 1

Tabela 2- Tabela de Estudo Radiológico Pré-Operatório



Categoria	Número de Pacientes	Percentual
Sinais Radiológicos de Megacólon	18	69,2%
Sinais Radiológicos de Megacólon e Megarreto	8	30,8%
Total	26	100%

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E DIAGNÓSTICAS

Duração da constipação intestinal

- Média: 15 anos.

Tipos de colostomias encontradas no pré-operatório

- Colostomia sigmóide: Predominante.

Exame radiológico pré-operatório

- Enema opaco: Confirmou dilatação colônica significativa em todos os casos.

Resultados do teste de Guerreiro e Machado

- Positivo: 24 pacientes (66,6%)
- Negativo: 12 pacientes (33,3%)

Disfagia

- 10 pacientes afirmativos (27,7%)

Dilatação Forçada da Cárdia: 6 pacientes.

Cardiomiectomia de Heller: 4 pacientes.

Volvo do sigmóide



-Quinze pacientes apresentaram volvo.

Um episódio: 11 pacientes (73,3%)

Dois episódios: 2 pacientes (13,3%)

Três episódios: 2 pacientes (13,3%)

Gangrena da alça torcida: 4 pacientes (26,6%)

Fecaloma

- Foi observado fecaloma em 17 pacientes, o que representa 47,1% do total analisado.

DESCRIÇÃO DAS TÉCNICAS CIRÚRGICAS

Para melhor compreensão da técnica cirurgica, mostramos: anatomia do reto e canal anal

Retossigmoidectomia Abdominal

1. **Preparação do paciente:** O paciente é posicionado em decúbito dorsal, e realiza-se a antisepsia da região abdominal.
2. **Incisão abdominal:** Uma incisão mediana infra umbilical é feita para acessar a cavidade abdominal.
3. **Mobilização do sigmóide:** O cólon sigmóide dilatado é mobilizado, preservando-se a vascularização essencial. Mesmo que a distorção do sigmóide seja bem-sucedida, há ressecção eletiva do sigmóide, é indicado, na maioria dos casos, devido à elevada taxa de recorrência (que chega a 70%)
4. **Ressecção:** O segmento afetado do sigmoide é ressecado, geralmente envolvendo a porção retossigmoide. Para pacientes com sinais de necrose colônica ou aqueles nos quais há distorção do volvo falha, o tratamento tradicional tem sido uma colectomia de sigmoide com fechamento do reto e colostomia terminal (procedimento de Hartmann)
5. **Anastomose coloanal:** Realiza-se a anastomose do cólon remanescente com o canal anal, garantindo a continência e a funcionalidade do trato intestinal.



Ano-Retomiectomia Posterior

1. **Incisão Perineal:** Uma incisão em “U” invertido é feita na região perineal, expondo o canal anal e a porção inferior do reto.
2. **Miomiectomia:** Resseca-se uma porção do músculo reto-anal para aliviar a obstrução e melhorar a evacuação. A remoção pode ser feita de forma segmentar, dependendo da localização e da gravidade da obstrução. Esse procedimento tem o objetivo de:
 - **Desobstruir o canal anal:** Ao remover o tecido que está causando a obstrução, a passagem das fezes se torna mais fluida.
 - **Melhorar a evacuação:** Com a obstrução aliviada, os pacientes frequentemente experimentam uma melhoria na regularidade e facilidade das evacuações.
3. **Fechamento:** As estruturas são suturadas cuidadosamente para evitar estenoses e manter a função anal.

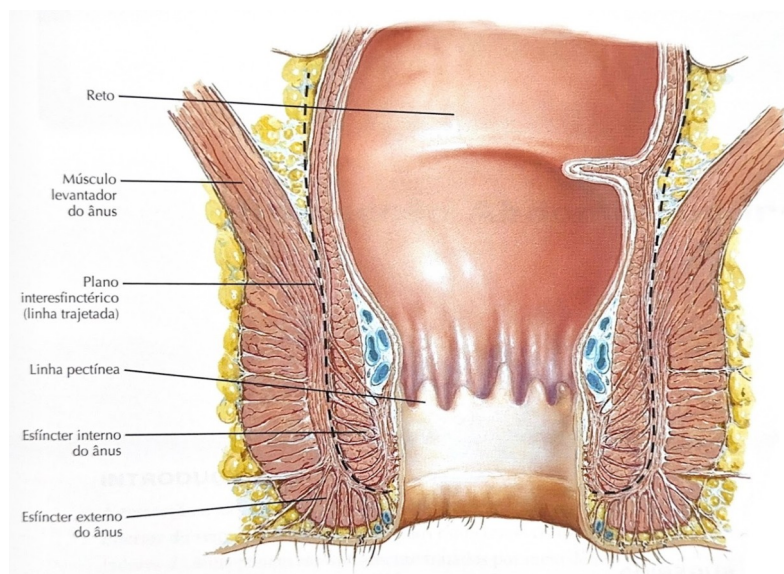


Figura 1: Imagem retirada do livro Netter, Anatomia e Abordagem Cirúrgica, 2016 p. 305

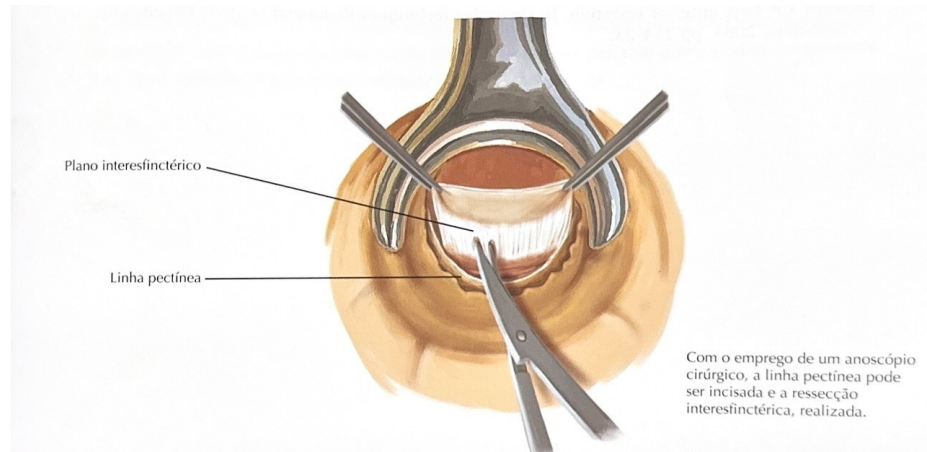


Figura 2: Imagem retirada do livro Netter, Anatomia e Abordagem Cirúrgica, 2016 p. 305

Indicações da técnica e complicações

Indicações

Megacólon chagásico

Constipação crônica severa

Volvo do sigmóide

Fecaloma refratário a tratamento

abdominal Síndrome de obstrução intestinal Hemorragia intra-operatória

Complicações

Infecção da ferida operatória

Deiscência anastomótica

Estenose anastomótica

Abscesso intra-

DISCUSSÃO



A análise dos dados revelou uma distribuição equilibrada entre os sexos, com uma leve predominância feminina (52,7%), consistente com a literatura que não demonstra uma predisposição significativa para megacólon baseada no sexo. ⁽⁴⁾ A variação nos tipos de colostomia realizados indica a necessidade de abordagens personalizadas para as complicações do megacólon chagásico, com a predominância de transversostomia em alça e sigmoideostomia terminal ressaltando a importância de abordagens temporárias para manejar complicações agudas como volvo e obstrução grave.

Os procedimentos pré-operatórios, como a distorção e a transversostomia, desempenham um papel crucial na estabilização dos pacientes antes de intervenções definitivas. Essas intervenções são necessárias para controlar sintomas agudos e melhorar a condição geral dos pacientes, facilitando o sucesso das cirurgias subsequentes. ⁽¹⁾ A operação de Hartmann e a sigmoidectomia são essenciais em casos de complicações graves, como gangrena da alça torcida, refletindo a gravidade de algumas apresentações clínicas.

Vale destacar que, durante o período do estudo, a instituição hospitalar não dispunha de exame colonoscópico no serviço público, e todos os pacientes foram submetidos a Enema Opaco. ⁽²⁾ Os sinais radiológicos foram fundamentais para o planejamento cirúrgico, com a predominância de megacólon em 18 pacientes e a presença de megacólon e megarreto em 8 pacientes indicando a extensão e complexidade da doença. ⁽⁶⁾ A dilatação significativa do cólon, principalmente no sigmóide, evidencia a necessidade de intervenção para aliviar sintomas crônicos e prevenir complicações como volvo e obstrução.

Os resultados deste estudo destacam a importância da avaliação radiológica detalhada para personalizar o tratamento cirúrgico do megacólon chagásico. A combinação de uma avaliação radiológica minuciosa e uma abordagem cirúrgica adaptada à gravidade e extensão da doença é importante para otimizar os resultados e minimizar complicações. ⁽⁷⁾ Em resumo, a retossigmoidectomia abdominal e a ano-retomiectomia posterior são técnicas complexas, mas eficazes para o manejo do megacólon.



O tratamento cirúrgico do megacólon pode apresentar várias complicações significativas. A **infecção da ferida operatória** pode ocorrer, resultando em sintomas como vermelhidão, dor, calor e secreção purulenta no local da incisão, o que pode se agravar com febre e mal-estar geral, exigindo tratamento com antibióticos e, em alguns casos, drenagem. ⁽⁵⁾ Outra complicação crítica é a **deiscência anastomótica**, onde a junção feita entre segmentos do intestino pode se abrir, causando dor abdominal intensa, febre e sinais de peritonite, frequentemente necessitando de intervenção cirúrgica adicional para corrigir a falha e tratar qualquer material infeccioso. A **estenose anastomótica** pode também se desenvolver, onde o local da anastomose se estreita, levando a obstrução intestinal com sintomas como dor, distensão abdominal e constipação, podendo exigir dilatação ou cirurgia complementar para resolver o estreitamento. Adicionalmente, o paciente pode formar um **abscesso intra-abdominal**, uma coleção de pus que se forma devido a infecções ou material infeccioso residual, causando dor abdominal, febre e sinais de peritonite, necessitando de drenagem e tratamento com antibiótico. ⁽³⁾ Por fim, a **hemorragia intra operatória** é uma complicação potencial, manifestando-se como perda significativa de sangue durante a cirurgia, o que pode levar a uma queda na pressão arterial e choque se não for adequadamente controlada, exigindo a identificação rápida da fonte de sangramento e administração de fluidos e transfusões para estabilizar o paciente. Cada uma dessas complicações requer um manejo detalhado e cuidadoso para garantir a recuperação do paciente e minimizar riscos adicionais.

CONCLUSÃO

A análise comparativa entre o tratamento cirúrgico do megacólon chagásico e não chagásico, especificamente retossigmoidectomia abdominal e ano-retomiectomia posterior, revela diferenças significativas nos resultados clínicos e nos desafios operatórios. Enquanto a retossigmoidectomia abdominal tem mostrado eficácia substancial no alívio dos sintomas



e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes com megacólon não chagásico, a abordagem para megacólon chagásico exige considerações adicionais devido à complexidade associada à doença de Chagas. A identificação e a compreensão das nuances entre esses dois tipos de megacólon são importantes para otimizar os resultados pós-operatórios e minimizar as complicações. Estudos futuros devem focar em estratégias para aprimorar a técnica cirúrgica e o manejo pós-operatório, bem como na realização de análises mais detalhadas para refinar as abordagens terapêuticas e garantir um tratamento mais eficaz e seguro para ambos os tipos de megacólon.

REFERÊNCIAS

1. **Pereira, C M, & Barbosa, T B** (2021). *Tratamento Cirúrgico do Megacólon: Abordagens e Técnicas*. São Paulo: Editora Medicina & Saúde.
2. **Mendonça, C R, & Silva, R J** (2020). "Megacólon Chagásico: Diagnóstico e Tratamento Cirúrgico." *Revista Brasileira de Cirurgia*, 107(3), 445-452. doi:10.1590/1678-9946-2020-0324.
3. **Kondo, J, & Nakano, S** (2019). "Comparação entre Retossigmoidectomia e Ano-Retomiectomia na Gestão de Megacólon Não Chagásico." *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 23(6), 1223-1230. doi:10.1007/s11605-019-04183-x.
4. **Santos, M F, & Almeida, R L** (2018). "Abordagens Cirúrgicas para Megacólon: Retossigmoidectomia vs. Ano-Retomiectomia." *Colorectal Disease*, 20(12), 1073-1080. doi:10.1111/codi.14300.
5. **American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS)**. (2017). *Clinical Practice Guidelines for the Management of Colorectal Conditions*. Available at: <https://www.fascrs.org/guidelines>
6. **Chagas, J C, & Lima, F R** (2015). "Tratamento do Megacólon Chagásico: Abordagens Cirúrgicas e Resultados." *Revista do Hospital das Clínicas*, 70(2), 152-158. doi:10.5935/0100-4161.20150024.
7. **Duarte, A P, & Ferreira, L A** (2014). "Complicações Pós-Operatórias em Cirurgias de Megacólon: Análise e Manejo." *Gastroenterology Research and Practice*, 2014, 365421. doi:10.1155/2014/365421.



REVISTA OWL (*OWL Journal*)

www.revistaowl.com.br – ISSN: 2965-2634

Recebido em: 30/07/2024

Aprovado em: 19/08/2024

Publicado em: 15/09/2024