

Colectomias no Tratamento Cirúrgico da Constipação Intestinal Crônica - Relato de Quatro Casos

Colectomy in the Surgical Treatment of Chronic Intestinal Constipation – Report of Four Cases

MARIA AUXILIADORA PROLONGATTI CÉSAR¹; LÍVIA ALKMIN UEMURA²; MARIA H. PRATA SOLDI PASSOS³; DEOMIR GERMANO BASSI⁴; PEDRO ROBERTO DE PAULA⁵

¹ Mestre e Doutora em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Professor Assistente Doutor do Departamento de Medicina da Universidade de Taubaté; ² Aluna do Sexto Ano da Faculdade de Medicina da Universidade de Taubaté; ³ Aluna do Sexto Ano da Faculdade de Medicina da Universidade de Taubaté; ⁴ Mestre e Doutor em Medicina pela Escola Paulista de Medicina. Professor Titular do Departamento de Medicina da Universidade de Taubaté; ⁵ Mestre e Doutor em Medicina pela Escola Paulista de Medicina. Professor Assistente Doutor do Departamento de Medicina da Universidade de Taubaté.

CESAR MAP, UEMURA LA, PASSOS MPS, BASSI DG, PAULA PR. Colectomias no Tratamento Cirúrgico da Constipação Intestinal Crônica - Relato de Quatro Casos. *Rev bras Coloproct*, 2008;28(2): 241-245.

RESUMO: Introdução: A constipação intestinal é um distúrbio do trato digestório em que a atividade intestinal está reduzida, assim como a frequência de evacuações; associada a fezes secas e endurecidas, acumuladas devido ao longo tempo de permanência no cólon. Objetivo: Avaliar quatro pacientes submetidos à colectomia total para o tratamento da constipação intestinal. Método: Estudo retrospectivo realizado por meio do levantamento de prontuários de pacientes submetidos à ressecção cirúrgica do cólon no tratamento da constipação intestinal crônica no período de 1998 a 2006. Resultados: Em nossa casuística, que envolve o HUT e uma paciente operada no Hospital São Lucas de Taubaté, quatro pacientes foram submetidos à colectomia total para o tratamento da constipação intestinal crônica. Todos eram do sexo feminino, com mais de 30 anos de idade e apresentavam uma evolução do quadro há mais de 10 anos. Os resultados obtidos foram considerados satisfatórios por três pacientes, apesar de uma delas evacuar seis ou mais vezes ao dia. A quarta paciente referiu permanência do quadro, evacuando uma vez a cada sete dias, em média. Conclusão: O tratamento cirúrgico é uma alternativa nos casos crônicos incapacitantes, refratários a outras formas de tratamento. Os pacientes com indicação cirúrgica devem antes ser submetidos a uma evolução fisiológica e investigação clínica completa, para confirmação do quadro de inércia colônica.

Descritores: constipação intestinal, colectomia.

INTRODUÇÃO

A constipação intestinal é um sintoma muito comum (1). Sua elevada incidência está frequentemente associada à dieta inadequada, sedentarismo, medicamentos, alterações endócrinas e metabólicas, além de doenças colônicas, neurológicas, distúrbios psiquiátricos e causas idiopáticas (2).

Para pacientes que não conseguem melhorar com dieta e laxativos, e após avaliação funcional adequada a cirurgia pode ser realizada, sendo conduta de exclusão. As opções cirúrgicas mais utilizadas para a inércia colônica são a colectomia segmentar ou sub-total com anastomose íleo-sigmóide e a colectomia total com íleo-reto anastomose.

Trabalho realizado no Hospital Universitário de Taubaté - Serviço de Coloproctologia e Fisiologia Anal do Hospital Universitário de Taubaté - SP - UNITAU.

Recebido em 02/01/2008

Aceito para publicação em 11/03/2008

Devido às complicações e à morbi-mortalidade decorrente da retirada do cólon, as discussões relacionadas aos benefícios desse tipo de cirurgia permanecem em voga, mesmo sendo uma cirurgia realizada há quase um século (3).

OBJETIVOS GERAIS

Avaliar quatro pacientes submetidos à colectomia para o tratamento da constipação intestinal crônica refratária do ponto de vista clínico e funcional.

MÉTODO

Realizado estudo transversal qualitativo, a partir do levantamento de prontuários de pacientes submetidos à ressecção cirúrgica do colo no tratamento da constipação intestinal crônica no período de 1998 a 2006.

As informações coletadas consistem em dados pessoais dos pacientes submetidos a este tratamento, dados clínicos e laudos de exames diagnósticos pré e pós-operatórios:

- Hábito intestinal,
- Uso de laxativos e frequência,
- Características das fezes,
- Presença de esforço evacuatório, sensação de evacuações incompletas, desconforto e distensão abdominal;
- Laudos dos exames realizados
 - o Manometria anal,
 - o Eletromiografia e
 - o Marcadores radiopacos de trânsito colônico.
- Questionar no pós-operatório sobre:
 - o A satisfação com o resultado da cirurgia
 - o Hábito intestinal
 - o Melhora dos sintomas

RESULTADOS

Em nossa casuística entre o período de 1998 a 2006, duas pacientes foram submetidas à colectomia total, uma à colectomia subtotal e outra à colectomia segmentar para o tratamento da constipação intestinal crônica. Todos os pacientes eram do sexo feminino, com mais de 30 anos de idade e apresentavam uma evolução do quadro há vários anos.

Foi realizada colectomia total nos pacientes 2 e 3; colectomia sub-total na paciente 1 e parcial na paciente 4. Os sinais e sintomas pré-operatórios são descritos abaixo:

PACIENTE 1, 32 anos, uma evacuação a cada 10 a 15 dias sem laxativos, e a cada 7 dias com medicação. Relata grande esforço evacuatório e fezes endurecidas. Dezoito dos 20 marcadores de trânsito intestinal permaneceram em colo direito. A manometria e eletromiografia demonstraram anismus que foi tratado através do biofeedback, e a proctografia demonstrou retocele que foi corrigida cirurgicamente, mas não apresentou melhora da constipação.

PACIENTE 2, 33 anos, relata uma evacuação a cada 8 a 10 dias sem medicação, e a cada 4 a 7 dias com o uso de laxantes. Conta ter dificuldade à evacuação, com grande esforço e manobras com uma espátula no ânus para auxiliar. Refere fezes muito ressecadas, endurecidas e fragmentadas. Referia também, dificuldade para eliminar gases, dor abdominal difusa e distensão, que melhoram após evacuações. Apresentou 100% dos marcadores de trânsito colônico retidos no colo, e anismus à manometria; não captado à eletromiografia. Foi realizado o biofeedback. A proctografia foi normal.

PACIENTE 3, 32 anos, evacuando a cada 12 dias sem laxantes, e a cada 7-10 dias com o uso destes. Apresentava história de retossigmoidectomia por tumor carcinóide de reto e histerectomia há cinco anos. Após a retossigmoidectomia, passou a evacuar somente com laxativos; apresentava cólicas de forte intensidade, dor retal e sensação de evacuação incompleta. Fazia uso constante de laxativos e enemas de repetição, evoluindo sem resposta aos laxantes. Os marcadores radiopacos permaneceram todos retidos em cólon esquerdo. A manometria e eletromiografia não mostraram alterações; e a proctografia detectou descida perineal.

PACIENTE 4, 30 anos, com uma evacuação a cada 10 dias, e a cada 7 a 10 dias com o uso de laxativos. Refere dor anal à evacuação; esforço sem digitalização; e sensação de defecação obstruída com evacuação incompleta. Todos os 20 marcadores ingeridos permaneceram em colo esquerdo. A manometria e eletromiografia detectaram anismus, tratado por biofeedback. A proctografia não mostrou alterações.

A paciente 1 se submeteu à colectomia subtotal com anastomose íleo-sigmóide (CST), as pacientes 2 e 3 foram submetidas à colectomia total (CT), com

anastomose íleo retal, enquanto na paciente quatro foi realizada a colectomia segmentar (CS). As pacientes 1 e 2 tratadas com CT e CST passaram a evacuar uma vez ao dia, enquanto a 3 apresentava de 6 a 10 evacuações diárias. As três estavam satisfeitas com o resultado e fariam novamente a cirurgia. Já a paciente 4, submetida à CS continuou constipada. As pacientes que apresentavam dor abdominal apresentaram melhora da queixa.

Dentre as complicações referentes ao procedimento e à doença pregressa, em nossa casuística a paciente 1 evoluiu, no pós-operatório imediato, com hemorragia intracavitária. Foi realizada laparotomia exploradora, com o achado de sangue e coágulos na cavidade, mas a paciente evoluiu bem e recebeu alta 25 dias após a CT.

DISCUSSÃO

As opções cirúrgicas para a inércia colônica são a colectomia segmentar com anastomose íleo-sigmóidea ou ceco-retal, ou colectomia total com íleo-retal anastomose. Atualmente, a última é a cirurgia mais realizada (3) chegando a alcançar 89% de êxito. Preservando o ceco e o reto, os resultados são menos satisfatórios (4).

Os resultados destas 4 cirurgias nos mostram o quanto se deve ser cuidadoso ao indicar este procedimento e como esta deve ser conduta de exclusão no tratamento da constipação.

Por tratar-se de uma função de difícil mensuração pelos pacientes, o estudo do tempo de trânsito colônico com marcadores radiopacos tornou-se um método importante para a avaliação da motilidade intestinal (4). O trânsito lento é caracterizado quando há retenção de marcadores maior do que 20% da quantidade ingerida até o 5º dia, que corresponde ao tempo médio de permanência das fezes no cólon (5). Dependendo da distribuição dos marcadores, poderá ser sugerido o diagnóstico de inércia colônica quando difusos pelo cólon, ou de obstrução baixa, quando se encontrarem na região de reto e sigmóide (6). Pode ser realizada a contagem do número de marcadores nos diferentes segmentos estudados: cólon direito, cólon esquerdo e retossigmóide (7).

A importância em diferenciar um quadro de inércia colônica e obstrução baixa decorre do fato de os tratamentos que apresentam melhores resultados para cada um serem diferentes.

As quatro pacientes foram estudadas quanto ao trânsito colônico, além da manometria anal, eletromiografia e proctografia para exclusão de defecação obstruída associada ao quadro e mesmo com a certeza que se tratava de inércia colônica os resultados não foram os esperados, existindo uma resposta satisfatória quanto à melhora dos sintomas da constipação em três das quatro pacientes, sendo que uma destas evacua 6-8 vezes ao dia. Em relação à paciente que evacua 6-8 vezes ao dia fica o questionamento se essas pacientes não deveriam todas ter se submetido ao exame de trânsito intestinal como forma de avaliação pré-operatória, pois o trânsito intestinal pós-operatório dessa paciente mostra 30 minutos de tempo entre a ingestão do contraste e a chegada deste ao íleo terminal. A paciente que permaneceu constipada foi a única submetida à colectomia segmentar, e já é consenso na literatura estudada que essa não seria a cirurgia indicada para o tratamento da constipação intestinal por inércia colônica.

O tratamento cirúrgico é reservado aos pacientes não responsivos à terapia medicamentosa, com sintomas graves de constipação intestinal, com incapacidade de esvaziamento retal, com transtornos motores do cólon distal ou aqueles em que os estudos com marcadores radiopacos e outros exames diagnósticos apontam para um trânsito colônico lento (6, 8).

Os bons resultados dependem de uma função retal normal, e o paciente deve ser alertado que a cirurgia cura somente a constipação. Alguns outros sintomas podem persistir como dor (39%) e meteorismo (82%). Portanto, quando a queixa é dor não existe indicação cirúrgica com bons resultados (4). Dentre as possíveis formas de tratamento da inércia colônica, a cirurgia é uma opção terapêutica de exceção, sendo utilizada quando outras formas de tratamento são ineficazes, e não atingem os efeitos positivos esperados, ou em que se tenha confirmado e documentado o quadro de inércia colônica (4,6,8). Deve-se ainda descartar por completo qualquer envolvimento psicogênico (9,4), megacólon Chagásico, defecação obstruída, alterações anorretais (10) e enfermidades metabólicas (6) na etiologia da constipação.

Atualmente, a cirurgia mais realizada é a colectomia total com íleo-retal anastomose, chegando a alcançar 89% de êxito. Preservando o ceco e o reto, os resultados são menos satisfatórios (4).

Em nossa casuística apesar do fato de uma paciente apresentar até 8 evacuações diárias a mesma

refere que faria novamente a cirurgia, já a paciente que permanece constipada afirma que não faria novamente o procedimento. As duas pacientes que evacuam 1 vez por dia encontram-se muito satisfeitas e fariam novamente a cirurgia, e o procedimento realizado nessas duas foi a colectomia total e a subtotal.

O restabelecimento da função intestinal pode vir com os seguintes eventos: dor abdominal em 2/3 dos casos; diarreia severa em 1/3; suboclusão ou episódio de oclusão em 8 a 44%, que frequentemente requer nova operação (11).

A principal complicação decorrente da cirurgia é a diarreia, ocorrendo entre 10 e 40% dos pacientes, e essa cirurgia não deve ser realizada em pacientes com incontinência fecal. Os melhores resultados

decorrem de uma indicação cirúrgica precisa após a realização de testes de fisiologia anal.

CONCLUSÃO

O tratamento cirúrgico é uma alternativa somente nos casos crônicos incapacitantes; nos pacientes submetidos a uma evolução fisiológica e investigação clínica completa, em que se tenha confirmado e documentado o quadro de inércia colônica. As opções cirúrgicas para a inércia colônica são: colectomia segmentar com anastomose íleo-segmóidea ou ceco-retal; ou colectomia total com íleo-reto anastomose; sendo a ressecção total, mais radical, a que obtém maior índice de sucesso e, portanto, a mais indicada.

ABSTRACT: Introduction: The intestinal constipation is a disturb of the alimentary tract in which its activity is reduced, as well as the frequency of evacuations; associated to dry and hardened excrements witch accumulate because of the long permanence in colon. **Objective:** To evaluate four patients submitted to the total colectomy for the treatment of the intestinal constipation. **Method:** Retrospective study carried through by the analysis of handbooks of patients submitted to the surgical removal of colon in the treatment of the chronic intestinal constipation, in the period of 1998 the 2006. **Results:** In our casuistry, that involves the HUT and a patient operated at Taubaté's São Lucas Hospital, four patients were submitted to total colectomy for treatment of chronic intestinal constipation. They were all of the feminine sex, with more than 30 years of age and presented more than 10 years of evolution. The results were considered satisfactory by three patients, although one of them evacuate six or more times in a day. The fourth patient related the permanence of the constipation, defecating a time to each seven days, on average. **Conclusion:** The surgical treatment is an alternative in the incapacities chronic cases refractory to other forms of treatment. The patients with surgical indication must be submitted to a physiological evolution and complete clinical inquiry, to confirm of the colonic inertia.

Key words: constipation, colectomy.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira SCM, Pinto Neto AM, Conde DM, Góes JRN, Sá DS, Carvasan GAF, et al. Constipação intestinal em mulheres na pós-menopausa. Rev Assoc Med Bras 2005; 51(6):334-41
2. Cruz JV, Sudbrack C, Wilson TJ. Tratamento cirúrgico da retocele como causa de constipação. Rev Bras de Coloproctol 1990; 10(1):5-7
3. Bacellar MS, Baraviera AC, Almeida MG, Kiss DR. Colectomia Total: Indicações e Complicações. Rev Bras Coloproctol 2001; 21(2): 84-87.
4. Larach SG. Colectomía total en el tratamiento de la constipación. Em: Reis Neto JA. Coloproctologia Atual [citado 2006 Agosto 10]. Disponível em: URL:http://www.proctosite.com/library/books/livro_reis_novo/cap16.pdf
5. César MAP. Diagnóstico da constipação intestinal por defecação obstruída através de exames no laboratório de fisiologia anal [tese]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2000
6. Jalife-Montañó A, Pulido-Muñoz M, Morales-Díaz A, Ramírez-Tapia D, Ortega-Leon L, Vargas-Domingues A. Tratamiento quirúrgico del estreñimiento. Rev Mex Coloproctol. 2004; 10(3):4-8.
7. Sobrado CW, Pires CEF, Habr-Gama A, Kiss DR. Avaliação do tempo de trânsito colônico com marcadores radiopacos: estudo com voluntários assintomáticos. Rev Col Bras Cir 2005; 32:28-31
8. Montes CB, Ruiz AG, Rodríguez JJC, Galindo GHR. Colectomía total laparoscópica por inercia colónica. Reporte de un caso. Asoc Mexicana de Cir Endoscóp 2002; 3:131-6.
9. CORREA POSADA, M and MARQUEZ VELASQUEZ, J. R. Enfoque del paciente con constipación . Rev Col Gastroenterol, Sep./Aug. 2003, vol.18, no.3, p.168-175.

10. Bannura C, Guillermo NT; Constipación crónica pertinaz: un problema quirúrgico. Rev Med Chile 2002; 130: 7:803-808.
11. Tajana A, Manzullo V, Micheletto G, Orio A, Pellicani F, Pugliese G. Surgery for severe idiopathic constipation: a report os personal experience. ABCD Arq Bras Cir Dig 1990; 5(4):79-81.

Endereço para correspondência:

MARIA AUXILIADORA PROLUNGATTI CÉSAR
Hospital Universitário de Taubaté - Clínica Cirúrgica
Av Granadeiro Guimarães, 270 – Centro
Taubaté - SP
CEP: 12020-130