

Acidente grave na cirurgia do abdomen inferior

por

Jacé Carneiro Monteiro

Docente Livre de clinica cirurgica

Após cerca de 200 histerectomias por afecções cirurgicas do utero e anexos praticadas nestes ultimos 11 anos, succedeu-nos um acidente de certa gravidade, que a nossa sinceridade profissional manda divulgar.

Somos daqueles que pensam, que não só devem ser publicados os casos interessantes, terminados com exito, mas tambem os insucessos que ocorrem entre os que levam uma vida cirurgica intensa, pois estes accidentes, relatados com honestidade, trazem em si, ensinamentos e precauções de certo valor, aos que se estão iniciando na cirurgia, e para quem este trabalho é dedicado.

Tratava-se de uma mulher de quarenta e dois anos de idade, que baixara ao hospital, por fortes dores em barra no baixo ventre, vomitos espaçados, temperatura de 38° e intenso corrimento vaginal.

Na sua anamnese remota encontramos febre tifoide aos dez anos, e variola aos 15. Ha cinco anos que sofre de constipação intensa, passando ás vezes oito dias sem defecar, as dejeções tem sido nestes ultimos tempos acompanhadas de pús e "raspas de tripa". E' acometida frequentes vezes de tonturas e cefaléias, principalmente quando não exonera o seu intestino.

Menarca aos treze anos, menstruações sempre normais. Teve quatro filhos, todos fortes e em boas condições; não registra abortos. Nada mais de importancia existe na sua historia progressa.

De dois meses a esta parte, vem sentindo dores nas regiões lombar e sacra, seguindo-se perdas purulentas pela vagina; suas regras têm sido irregulares e dolorosas, e a medida que seu mal progride tem aparecido dores intensas no baixo ventre, com a maior intensidade no hipogastrio e fossa iliaca esquerda; estas dores frequentemente são acompanhadas de tenesmo e emissão de fezes liquidas.

Ultimamente apareceram-lhe vomitos, a principio alimentares e espaçados, e atualmente mais frequentes e biliosos. Tem emagrecido um pouco, seu apetite é falho, e sua temperatura nesses ultimos dias alcançava 38°,4 á tarde com remissões para trinta e sete e seis pela manhã.

Exame de urina revela traços nitidos de albumina, algum sangue, urubilina e nada mais de anormal.

Ao exame clinico apresenta-se uma mulher de aspecto forte, com a fisionomia alquebrada pelo sofrimento. Seus aparelhos circulatorio e respiratorio, nada revelam de anormal. Sistema nervoso em otimas condições. Sensorio perfeito reflexos não alterados, pupilas normais.

Dirigindo nosso exame para o ventre da paciente, sede maxima de

seus males, encontramos o abdomen ligeira e uniformemente distendido, não havia alterações na coloração da pele, solução de continuidade no tegumento externo, circulação colateral, ou desenhos de alças intestinaes na parede do ventre.

Pela palpação notamos que o ventre era mole e depressivel, principalmente o abdomen superior, onde a mão deprimia fortemente a parede abdominal, sem despertar sensações dolorosas, mas para as regiões do hipogastrio e fossas iliacas D e E notava-se regular resistencia á palpação, que determinava fortes dores que eram mais intensas na fossa iliaca E. Não havia contudo o sinal de contratura muscular. Os reflexos abdominais não estavam suprimidos, e não existia imobilidade do diafragma. Não foi observado pela palpação externa a existencia de massas tumorais na cavidade do ventre.

Pela percussão havia um timpanismo moderado em todo o ventre, diminuido contudo no hipogastrio e fossa iliaca esquerda.

Figado e baço não se mostravam aumentados de volume, e guardavam seus limites normais. No momento do exame, a temperatura axilar era de 38°,6 e o pulso radial cheio e ritmico, contava-se a 100 batimentos por minuto.

Exame ginecologico. Vulva de aspecto normal, sem edema dos grandes labios, deformações ou ulcerações. Ao especulo a vagina apresentava-se coberta de secreções purulentas, e o colo do utero grandemente augmentado de volume, ulcerado e dando abundante corrimento de púz.

Ao toque bimanual, notamos que o colo era duro e irregular, os fundos de saco vaginais estavam cheios de uma massa endurecida, e excessivamente dolorosos, principalmente o esquerdo; o fundo do utero não era percebido e se confundia com a massa pelvica encontrada. Toque retal doloroso, não havia contudo estenóse deste canal. Aparelho urológico em boas condições, urinas claras e pouco frequentes, rins não palpaveis, pontos ureterais negativos.

Diante da historia desta doente, e pelos sintomas por ela apresentados: dôr no baixo ventre e na região lombo-sacra, corrimento intenso, menstruações dolorosas, temperatura de 38,6 graos, aliados aos resultados dos exames ginecologicos, não encontramos dificuldade alguma, para dos do exame ginecologico, não encontramos dificuldade alguma, para o lado esquerdo. Metrite hipertrofica e ulcerada do cólo. Prescrevemos repouso ao leito, gelo no ventre, genito vacina Raul Leite, sedativos da dôr, urotropina duas gramas por dia, e irrigações vaginais quentes. Com esta terapeutica, dentro de dez dias, a paciente estava em optimas condições, apiretica, e muito melhorada de suas dores abdominais, acquiescendo prontamente a indicação operatoria que havíamos proposto para a sua cura definitiva.

Operação. Anestesia raquidiana pela percaina em otimas condições; auxiliar doutorando Sady Hofmeister. Doente em posição de Trendelenburg. Laparotomia mediana infra-umbelical. Na abertura do peritoneo deparamos com um volumoso tumor, que enchia a totalidade da cavidade pelvica; a ele achavam-se fortemente adherentes varias alças de

intestino delgado, e muito epiploon formando como um só bloco de difícil dissociação.

Verificamos desde logo a dificuldade enorme que se nos apresentava, e confessemos que o primeiro impeto que tivemos, foi de considerar a doente inoperável e fecharmos o ventre.

Mas o cirurgião, diante destes casos de solução difícil, é como o soldado ante o combate que se vai travar, deve mostrar-se valoroso, e entrar na lida resoluta, pois um recuo pode equivaler a covardia.

Resolvemos enfrentar o nosso caso, começando pela libertação e ressecção do epiploon, séde de intensa epiploite, em seguida tentamos a soltura das alças do intestino delgado, que estavam fortemente aderidas ao tumor; com algum esforço e com muito cuidado, conseguimos o nosso intento, sendo porem necessario refazer o revestimento peritoneal de uma das alças lesada durante as manobras operatorias.

Após estes cuidadosos trabalhos, com o auxilio de compressas recalcamos para cima toda a massa intestinal e a mantivemos com uma segunda compressa; estava assim executada com sucesso a primeira faze da nossa intervenção.

Tínhamos em presença agora a massa pelvica formada pelos anexos e utero intimamente ligados por fortes adherencias, e inúmeras lojas purulentas. Fazia parte integrante do tumor uma porção da alça sigmoide e o reto pelvico.

Examinando atentamente a situação, para ver qual a tática cirurgica a adotar, notamos que o ataque da massa tumoral era bastante difícil e mesmo inabordavel pela esquerda; quanto á direita poucas probabilidades de exito poderíamos ter; chegamos a pensar numa penetração pelo centro do tumor, descobrindo o utero e praticando uma hemi-secção. Resolvemos, porém, insistir ou iniciar pelo anexo D que era o menos incastado no pelvis, e depois de certo trabalho, conseguimos fazer uma penetração atravez do ligamento largo deste lado. Começamos o descolamento do tumor do fundo da cavidade pelvica, com muita dificuldade, pois as adherencias eram fortissimas e a massa achava-se intimamente ligada aos planos visinhos, necessitando as vezes golpes de tesoura para liberta-la; procedemos este tempo operatorio com muito cuidado, pelo receio de lesar o ureter que estava muito proximo; lembramo-nos então de momento, que o grande Wertheim tinha em suas operações ginecologicas lesado 47 vezes este conduto.

Com algum esforço e tenacidade, descolamos sem acidente a massa anexial D, chegamos ao utero, lançamos uma pinça de Faure sobre a uterina, seccionamos com ela o colo do utero, colocamos outra pinça sobre a outra uterina, seccionamos esta, atacamos a massa anexial E, applicando a tecnica classica de Faure, introduzindo nossos dedos sob a massa, e forçando-a de baixo para cima e de dentro para fóra. Este tumor, como dissemos acima, era maior que o do lado D, e estava fortemente ligado á alça sigmoide e reto; insistimos na nossa manobra de descolamento e nada conseguimos; pequenos golpes de tesoura foram então dados com o fito de abrirmos caminho para os nossos dedos, continuamos então com alguma persistencia, e depois de uns instantes logramos encontrar um plano de clivagem, no qual introduzimos os dedos que praticavam o des-

colamento, apesar das fortes aderencias que ligavam o tumor á profundidade do pelvis, notamos que a massa cedia agora ao nosso esforço, e continuando a manobra classica, logramos descolar completamente o bloco tumoral e levanta-lo, ficando ele preso ainda pelo ligamento largo E.

Qual não foi, porém, nossa surpresa, quando notamos na massa do tumor elementos do intestino grosso; rapidamente percebemos que um grave acidente operatorio tinha sucedido; compreendemos de momento que no descolamento e libertação do anexo E, muito aderente ao fundo de pelvis, o reto tinha sido lesado, e mais do que isto dilacerado na sua porção pelvica, sofrendo uma verdadeira amputação.

Sem darmos mostra de perturbação, nem alarme, procuramos remediar o acidente, valendo-nos de recursos que a pratica cirurgica nos tem ensinado.

Ressecamos o anexo que estava fortemente ligado á alça sigmoide, e colocamos em presença as duas extremidades de intestino grosso, lesado, para suturar a porção superior que acompanhava o tumor, a inferior ficara encravada no pelvis ou o reto pelvico.

Fizemos a toilette da região operatorio, ligamos todos os vasos pinçados e tentamos fazer a anastomose termino-terminal dos dois segmentos do intestino grosso. Começamos por reparar os bordos rompidos do reto, mas encontramos grande friabilidade em suas tunicas, pois todas as pinças lançadas sobre ele rasgavam-no completamente; tentamos passar fios de seda 0 para levanta-lo e nada conseguimos, pois tinhamos a impressão que passavamos os fios em papel de seda molhado, pois todos eles rompiam os tecidos do reto facilmente.

Diante da impossibilidade de anostomosar estes segmentos intestinaes, pensamos noutra solução urgente que o estado grave da doente exigia. Praticamos então uma incisão de 5 centimetros na fossa iliaca E, sobre o bordo do grande reto, e por esta incisão penetramos no ventre, e retiramos por ela a extremidade rompida da segmoide. Procedemos a hemostase cuidadosa do pelvis, aproximamos os tecidos em volta da brecha do reto, lançamos um Mickulies sobre a zona operatoria, e fechamos o ventre em um só plano com fortes fios metalicos.

A porção da sigmoide que foi exteriorisada pela incisão iliaca E foi transformada em um anus artificial seguindo-se a tecnica habitual.

A doente é transportada ao leito visivelmente chocada; duzentos centimetros cubicos de soro fisiologico quente lhe são ministrados na veia, e um litro mais desse liquido, lhe é injetado sob a pele, estimulantes e tonicardiacos são empregados e a doente é aquecida convenientemente. A' tarde o choque já tinha sido debelado e 25 dias depois a doente obtem alta, com o anus artificial funcionando perfeitamente, e a parede abdominal em otimas condições de segurança. Antes da doente abandonar o hospital, explicamo-lhe o que havia acontecido, e pedimos que nos visitasse frequentemente, e que mais tarde seria tentada uma segunda operação, para o restabelecimento da continuidade intestinal. A nossa paciente se refez rapidamente e tres meses depois da operação apresentou-se ao nosso serviço pronta para a segunda intervenção.

Requisitamos então uma radiografia da porção restante do reto (fig. I) e notamos com grande satisfação, que este segmento intestinal

estava dilatado e amplo prestando-se a uma ótima anastomose com a porção alta da segmoide, que estava fixada á prede constituindo o anus artificial.

Após os cuidados pre-operatorios comuns, a paciente é submetida a segunda intervenção; é operador o nosso eminente mestre Dr. Bica de Medeiros chefe do serviço em que trabalhamos. O ventre é aberto com uma incisão paramediana circuncrêvendo o anus artificial. A incisão é prolongada para baixo e uma ótima luz é conseguida sobre a cavidade pelvica; a porção existente do reto é fixada com pinças de Farabeuf, e procede-se uma anastomose termino-lateral da porção da segmoide que constituía o anus iliaco, na parede lateral da ampola retal. Uma sonda esofagiana de Fouchet é introduzida pelo anus, e levada pelo intestino através da zona de anastomose para a eliminação facil dos gazes, e evitar a distensão da sutura por estes.

A intervenção foi terminada sem accidentes, a anastomose foi considerada em ótimas condições, e o ventre fechado sem drenagem.

As sequelas operatorias correram normalmente, a doente não apresentou choque, nem outras complicações post-operatorias imediatas. Dez dias depois da operação ao retirarmos os pontos de seda, que ligavam a parede, notamos que na porção inferior da sutura, havia liquido intestinal debaixo da pele e uma fistula estercoral ficou constituída. No entanto os liquidos por ela eliminados eram em porção minima, pois a doente começava a evacuar, mais ou menos bem pelo anus. Vinte dias depois da operação, pedimos uma segunda radiografia (Fig. 2) que nos mostrou a continuidade intestinal perfeitamente restabelecida, pois o liquido opaco injetado pelo anus, passava com facilidade para o colo ascendente e transversa através da anastomose.

A fistula estercoral tem regredido lentamente, como é comum quando elas assestam sobre o intestino grosso, e a doente obteve alta em ótimas condições de saúde. Tem voltado periodicamente em nosso serviço para cauterizar o orificio da fistula, que se faz cada vez menor a medida que o tempo passa.

Comentarios: A lesão do reto no decurso de uma histerectomia, é bastante rara, e todos os autores se referem a ela como sendo accidente muito pouco observado nas operações ginecologicas; chamam mais atenção para a lesão do intestino delgado ferido nas manobras de libertação deste órgão.

Procurando na literatura medica referencias a estes assunto, só encontramos comentarios sobre fistulas post-operatorias do reto, todas de prognostico benigno dada a facilidade com que elas fecham de per se, ao contrario das fistulas do intestino delgado, que não tem tendencias ao fechamento expontaneo, e devem ser atendidas com certa urgencia, dada a grande desidrataçáo e cachexia que trazem ao doente.

Assim Faure e Siredey, Pozzi, Graves, Stoeckel, Vignes e Cotte na da relatam em seus tratados sobre lesões graves do reto nas histerectomias laboriosas. Douay, chefe do serviço de ginecologia do Professor Faure, em uma aula que ouvimos no Hospital Broca, em Paris, sobre accidentes post-operatorios em ginecologia, fazendo referencias ás lesões dos órgãos visinhos, relatava como sendo as mais frequentes as lesões da bexiga,

ureteres e intestino delgado com as respectivas fistulas secundarias, e quanto a lesões do reto, dizia que esta era muito rara e menos grave do que a do intestino delgado.

Da nossa observação, no serviço de ginecologia onde laboramos ha 11 anos, poucos são os casos de lesão do reto que temos conhecimento, todas elas insignificantes, prontamente atendidas, sem consequencias desagradaveis; tivemos ocasião em duas histerectomias muito difíceis, de verificar ligeira efracção do reto, ambas foram suturadas imediatamente, uma delas foi seguida de uma fistuleta estercoral que fechou completamente no fim de dez dias, a outra não deu accidentes.

Temos grande pratica destas operações, pois como acentuamos no inicio da presente exposição já praticamos nestes ultimos 11 anos cerca de duzentas histerectomias e este foi o primeiro acidente grave do reto que observamos. A raridade de lesões deste conduto, nas operações pelvicas vem da grande resistencia que este órgão apresenta ás dilacerações, o que não se dá com o intestino delgado que se rompe facilmente nas trações e manuseamentos operatorios.

No nosso caso acreditamos que o acidente foi provocado pela intensidade de adherencias, entre a massa anexial fortemente alterada pelo processo inflammatorio e o reto, e ainda pela grande friabilidade deste órgão, cuja resistencia diminuida pelas infiltrações flegmasicas da vizinhança, deixou-se facilmente romper durante as manobras de descolamento do tumor anexial.

Essa friabilidade, foi confirmada quando tentamos refazer o conduto intestinal, logo após o acidente, pois todas as pinças e fios lançados sobre o segmento final do reto pelvico, rompiam e dilaceravam as tunicas deste conduto.

Consideramos de grande raridade, este acidente grave do reto que temos a coragem de relatar, e dado o exito que teve a nossa operada, cremos que existe um interesse pratico neste trabalho que justifica a sua publicação.

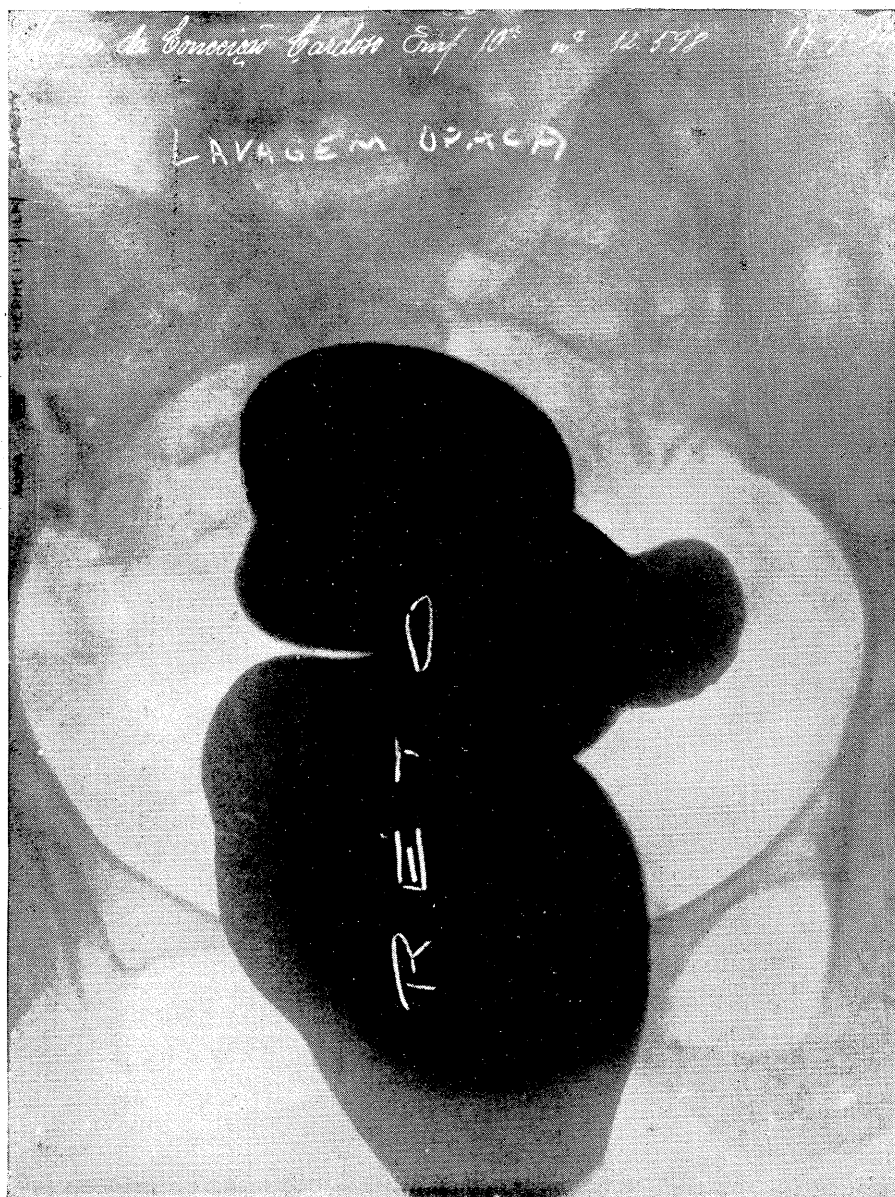


Fig. I

Radiografia pre-operatória. Porção restante do reto distendida pelo enema opaco.

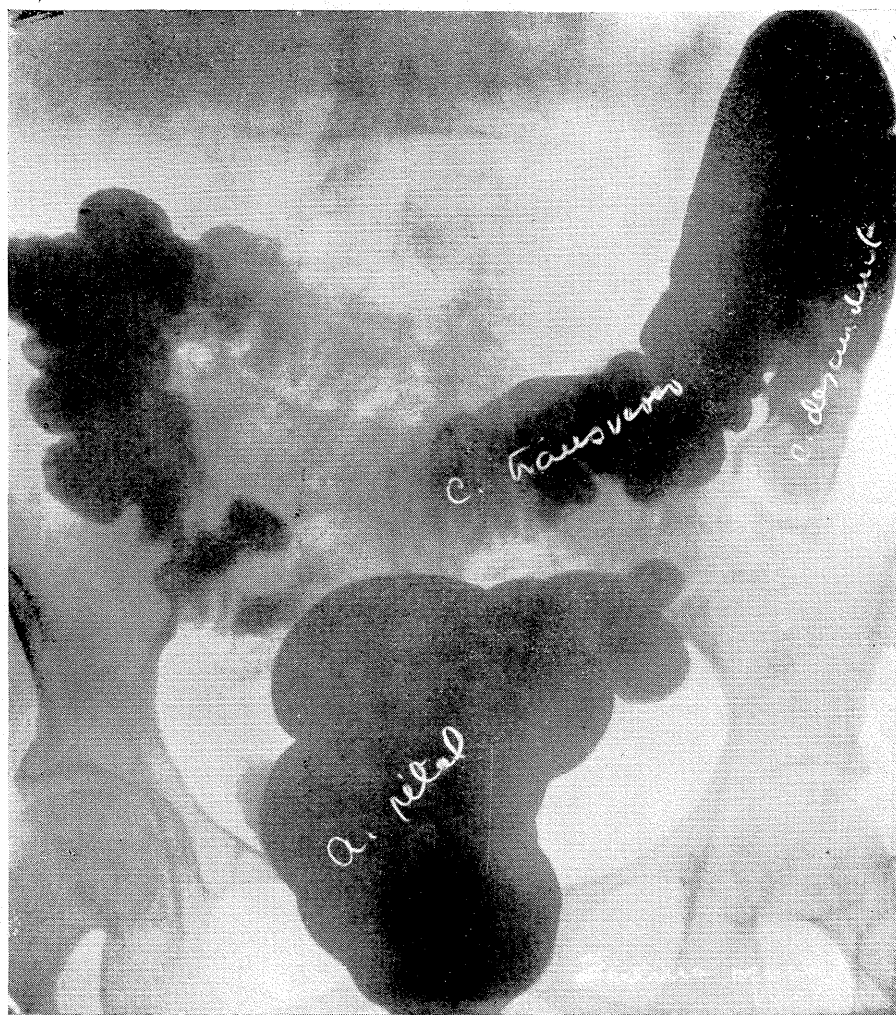


Fig. II

Radiografia post-operatoria mostrando o ótimo funcionamento da anastomose. O líquido opaco injectado pelo reto passa facilmente para o colo ascendente e transverso.