

C 157

DOENÇA DE HIRSCHSPRUNG
TRATAMENTO CIRÚRGICO PELA TÉCNICA DE SOAVE-BOLEY

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

DOENÇA DE HIRSCHSPRUNG
TRATAMENTO CIRÚRGICO PELA TÉCNICA DE SOAVE-BOLEY

ROMERO FENILLI

SÉRGIO MALBURG FILHO

Internos da 11ª fase do curso de graduação em medicina,
da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: Professor Dr. MURILLO RONALD CAPELLA

Florianópolis, Junho de 1990

AGRADECIMENTOS:

- Ao orientador, Prof. Murillo Ronald Capella, por sua capacidade e dedicação.
- Aos Serviços de Cirurgia Pediátrica envolvidos neste trabalho.
- A família Back.
- A Sra. Vanda Scmidt.

SUMÁRIO

	Página
RESUMO	04
I. INTRODUÇÃO	05
II. CASUÍSTICA E MÉTODO	09
III. RESULTADOS	13
IV. DISCUSSÃO	16
V. CONCLUSÕES	21
ABSTRACT	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

RESUMO

Foram estudadas 27 crianças portadoras de Megacólon Congênito (Doença de Hirschsprung), submetidas a tratamento cirúrgico pela técnica de SOAVE-BOLEY no período de agosto de 1986 a dezembro de 1989, no Hospital Infantil Joana de Gusmão (Florianópolis), Hospital Infantil Menino Jesus (Itajaí), Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (Joinville) e Hospital Santo Antônio (Chapecó), todos no estado de Santa Catarina. Vinte pacientes eram do sexo masculino e sete, do feminino.

Os parâmetros analisados foram: horário de eliminação de mecônio, época da realização do diagnóstico, intervalo entre a colostomia e o tratamento cirúrgico definitivo, rotina pré e pós-operatória, técnica cirúrgica e as complicações pós operatórias. Todas as crianças foram submetidas à colostomia, após a realização do diagnóstico.

As complicações pós-operatórias foram: distensão abdominal (cinco casos), abscesso de parede (quatro casos), enterocolite (hipoganglionose secundária - um caso), constipação intestinal recorrente (um caso), e encoprese (um caso). Em nenhum caso houve êxito letal.

I - INTRODUÇÃO

O termo "Megacólon", introduzido por Mya em 1894, significa um alargamento do cólon originado por fatores de ordem orgânica, funcional e congênita (23).

As causas orgânicas são devidas à estenose pós-operatória após correção de ânus imperfurado, a estenoses anais e a defeitos de implantação do ânus. As causas funcionais são devidas à constipação intestinal crônica. O megacólon congênito é uma anomalia caracterizada por uma obstrução parcial ou total do cólon, que possui como substrato anátomo patológico a ausência de células ganglionares na parede do tubo digestivo, principalmente na sua porção distal (23).

Os segmentos comprometidos são espásticos e sem peristaltismo, o que impede a progressão do mecônio. O intestino, acima desta zona contraída, mostra-se dilatado, com paredes hipertrofiadas e movimentos peristálticos intensos. Esta aganglionose pode envolver o cólon em sua totalidade. A doença é conhecida, também, como "Aganglionose do Cólon", "Megacólon Aganglionar" ou "Doença de Hirschsprung", em uma homenagem ao cirurgião dinamarquês Harold Hirschsprung, que apresentou os primeiros casos sistematicamente descritos desta afecção, por ele publicado em 1886 (23).

O megacólon congênito tem uma incidência que

varia de 1:2000 a 1:5000 nascimentos vivos. Sendo de ocorrência congênita, suas manifestações clínicas surgem no período neonatal, traduzidas por um quadro de obstrução intestinal completa e irreversível ou apenas por um episódio de oclusão intestinal temporária, intercalado com sintomas próprios de enterocolite, que, em 20 a 30% dos pacientes, tem o diagnóstico de gastroenterite (9,14).

Podem ter como primeira manifestação clínica sinais de perfuração intestinal (8,16), predominantemente do cecum (11,26) e do apêndice cecal (10,15).

Podem traduzir-se por diarreia crônica e ainda confundir-se com outras entidades como a Síndrome da Rolha Meconial e a Síndrome do Cólon Esquerdo Pequeno do recém-nascido (3).

A ausência de eliminação do mecônio no primeiro dia de vida é o principal e mais precoce sintoma da Doença de Hirschsprung, devendo se constituir sempre em um sinal de alarme, visto que a primeira evacuação intestinal normalmente ocorre nas primeiras 24 horas de vida (4,12).

A associação deste sinal com distensão abdominal e vômitos, autoriza a realização de uma investigação complementar que deve incluir:

1. Rx simples de abdome: revela a presença de distensão abdominal generalizada, sendo impossível, no recém nascido, distinguir o intestino delgado do grosso.

Em posição de pé ou em decúbito dorsal com raios horizontais, observa-se níveis líquidos. Em decúbito ventral com raios horizontais, além de níveis líquidos, pode-se observar o estreitamento do reto.

2. Clister opaco: demonstra uma zona de estreitamento (aganglionose), de transição e de dilatação. É o exame que faz o diagnóstico, inclusive no recém-nascido. Esta investigação não demonstra os mencionados achados se a criança apresentar Doença de Hirschprung de segmento ultra-curto ou aganglionose total do cólon, situações de maior raridade (6).

3. Biópsia retal: indicada se os exames anteriores apresentarem dúvidas diagnósticas. Revela a ausência de células ganglionares dos plexos de Auerbach e Meissner, substrato histopatológico da doença (2).

4. Outros exames, como manometria anorretal, análise histoquímica e imunohistoquímica são utilizados para estudos mais detalhados da doença (5).

Uma vez estabelecido o diagnóstico de Megacólon Congênito, a criança deve ser submetida a uma colostomia, visto ser portadora de um quadro de obstrução intestinal baixa. Esta conduta permite o desenvolvimento normal do paciente. Indica-se o tratamento definitivo, que deve compreender uma ressecção intestinal a mais ampla possível do segmento aganglionar, a restauração da continuidade do trato intestinal e a preservação do mecanismo esfinteriano anorretal para a manutenção da continência

fecal, entre os 6 e 12 meses de vida, desde que a criança tenha peso adequado para a idade. Diversas técnicas foram propostas para alcançar tais objetivos, salientando-se os procedimentos propostos por Swenson(29), State(28), Duhamel(7) e Soave(25), modificada por Boley(1).

O objetivo do presente trabalho é analisar os resultados obtidos com a aplicação da técnica de SOAVE-BOLEY no tratamento cirúrgico de 27 crianças portadoras de Doença de Hirschsprung, operadas nos últimos 4 anos.

II - CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram estudadas 27 crianças com diagnóstico de Doença de Hirschsprung, submetidas a tratamento cirúrgico pela técnica de SOAVE-BOLEY, no período de agosto de 1986 a dezembro de 1989, no Hospital Infantil Joana de Gusmão (Florianópolis), 21 casos, Hospital Infantil Menino Jesus (Itajaí), 04 casos, Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (Joinville), 01 caso e Hospital Santo Antônio (Chapecó), 01 caso, todos em Santa Catarina.

Destes pacientes estudou-se o horário de eliminação de mecônio, a época da realização do diagnóstico, o intervalo entre a colostomia e o tratamento definitivo, a rotina pré-operatória, a técnica cirúrgica, a rotina e as complicações pós-operatórias.

Com referência a rotina pré-operatória, todos os pacientes foram submetidos ao seguinte procedimento de preparo do cólon (18):

1. lavagem mecânica do intestino com uma mistura de água morna (45%), soro fisiológico (45%) e glicerina (10%), durante três dias, três vezes ao dia, num volume de 20 ml/Kg/peso.
2. Metronidazol - 200mg 12/12h via oral por cinco dias.
3. Mebendazol - 100mg 12/12h via oral por três dias.

4. 24 horas antes:

- dieta líquida
 - manitol - 2 a 10 ml/Kg/dose - 2/2 horas - via oral
 - hidratação parenteral
 - antibioticoterapia profilática triplíce: cefalosporina, aminoglicosídeo e metronidazol.
- Ainda na rotina pré-operatória, inclui-se:
- À noite: checar o estado da hidratação; banho com polivinilpirrolidona-iodo degermante e dissecação de veia (opcional).

No Centro Cirúrgico:

- Lavagem do cólon pela boca distal da colostomia, com povidine tópico.
- Fechamento da colostomia com catgut 000.
- Membros inferiores submetidos à antissepsia com povidine e envolvidos com malha e atadura de crepom.
- Cateterismo vesical, com sonda de foley nº 8 ou 10.
- Limpeza da pele.

Os tempos da cirurgia de SOAVE-BOLEY são os seguintes:

1. Incisão oblíqua no hipogastro e no flanco esquerdo, envolvendo em forma de elipse, a colostomia, previamente fechada com sutura em bolsa.

2. Descolamento da colostomia da parede abdominal e

secção completa entre as duas bocas, obtendo-se dois segmentos: proximal e distal.

3. Análise da vascularização e liberação do cólon proximal numa distância suficiente que permita seu abaixamento até o períneo.

4. Incisão transversa, a cerca de 4-8 cm da reflexão peritoneal, no segmento distal do cólon, incluindo apenas o plano muscular, e confecção de um tubo mucoso que deve atingir o canal anal até 1 cm acima da linha pectínea, onde será amputado após manobra de eversão, pela via perineal.

5. O cone muscular assim obtido é seccionado longitudinalmente na sua face posterior.

6. Abaixamento do cólon proximal (normal) através do cone muscular, seguido de fixação com pontos separados na parede muscular do cone e na camada seromuscular do cólon abaixado, realizado a 1 cm acima da linha de secção, do tubo mucoso, por via perineal.

7. O cólon abaixado é seccionado a 1 cm destas suturas, seguindo-se a realização de anastomose entre o remanescente da mucosa retal e todas as camadas do cólon pelo períneo.

8. Fixação da parede do cólon à extremidade superior do cone com pontos separados.

9. Fechamento da parede abdominal por planos.

10. Drenagem da incisão.

O pós-operatório obedeceu à seguinte rotina:

- Nutrição parenteral;
- Remoção do dreno da incisão no terceiro dia;
- Suspende antibioticoterapia com 48-72 horas;
- Remoção do foley no segundo dia;
- *Saccharomyces boucardii* - 17 - liofilizado quando iniciar dieta por via oral;
- Toque retal antes da alta.

III - RESULTADOS

Das 27 crianças, 20 eram do sexo masculino e 7 feminino. A distribuição dos pacientes por instituições está representada na tabela I.

TABELA I - Doença de Hirschsprung
Distribuição dos pacientes por instituições.

INSTITUIÇÃO	QUANTIDADE	PERCENTUAL
HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO	21	77,77
HOSPITAL INFANTIL MENINO JESUS	04	14,80
HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT	01	3,70
HOSPITAL SANTO ANTÔNIO	01	3,70
TOTAL	27	100,00

FONTE: Serviço de Arquivo Médico dos hospitais referidos

O horário de eliminação de mecônio encontra-se discriminado na tabela II. Todos os pacientes foram submetidos à colostomia após a realização do diagnós-

tico. A idade na época da realização do tratamento definitivo, variou de 10 meses a 5 anos e 3 meses.

TABELA II - Doença de Hirschsprung
Horário de eliminação de mecônio.

HORÁRIO	QUANTIDADE	PERCENTUAL
PRIMEIRAS 24h	04	14,81
APÓS 24h	19	70,37
DESCONHECIDOS	04	14,81
TOTAL	27	100,00

FONTE: Serviço de Arquivo Médico dos hospitais referidos

Os dados quanto a época da realização do diagnóstico estão divididos conforme a tabela III.

TABELA III - Doença de Hirschsprung
Época do diagnóstico.

PERÍODO	QUANTIDADE	PERCENTUAL
0 -- 1 MÊS	04	14,81
1 -- 12 MESES	14	51,84
12 -- 24 MESES	05	18,51
24 -- 48 MESES	02	7,40
> 48 MESES	02	7,40
TOTAL	27	100,00

FONTE: Serviço de Arquivo Médico dos hospitais referidos

Dois pacientes apresentavam anomalia anorretal, uma alta e outra baixa. Quando submetidos à cirurgia corretiva, foi realizada biópsia retal onde foi diagnosticada a associação com Megacólon Congênito. Nos demais pacientes o diagnóstico foi confirmado através de clister opaco.

O intervalo entre a realização da colostomia e o tratamento pela técnica de SOAVE-BOLEY variou de 4 a 33 meses, com uma média de 12,2 meses.

O tempo de internação total variou de 6 a 25 dias com uma média de 13,38 dias.

Como intercorrências um paciente apresentou, na indução anestésica, hipotensão severa atribuída à hipovolemia não diagnosticada clinicamente, que foi corrigida de imediato. Outro paciente apresentou, no descolamento da colostomia, sangramento maior que o esperado e foi instituída hemoterapia.

As complicações pós-operatórias imediatas, foram distensão abdominal (5 casos - 18,51%) e abscesso de parede (4 casos - 14,81%). Na revisão ambulatorial, 1 paciente apresentava encoprese e 1 evacuava diariamente sob esforço, com toque retal normal. Outro apresentava quadro de constipação intestinal. Um paciente retornou três meses após apresentando sinais evidentes de enterocolite (diarria, distensão abdominal e queda do estado geral), episódio aliviado com lavagens intestinais. A realização de um clister opaco mostrou uma provável área de hipoganglionose no cólon abaixado. Não houve êxito letal.

IV - DISCUSSÃO

Mesmo considerando-se a inestimável contribuição dada ao estudo e ao tratamento da Doença de Hirschsprung pela análise das técnicas propostas por Swenson (29), em 1948, State (28), em 1963, e Duhamel (7), em 1964, a técnica cirúrgica preconizada por Soave (25) e modificada por Boley em 1964 (1) vem sendo realizada por um número crescente de cirurgiões em todo o mundo, de acordo com os resultados de um inquérito promovido pela Seção de Cirurgia da Academia Americana de Pediatria (26).

Esta técnica foi adaptada de procedimentos realizados por Ravitch (20) para o tratamento da polipose familiar e colite ulcerativa, por Rehbein (21), Romualdi (22) e Kieseletter (13), nos casos de imperfuração anal e Raia (19) e Simonsen (24) no tratamento do megacólon chagásico.

O princípio básico consiste no abaixamento do cólon proximal normal através do reto agangliônico após ressecção de sua mucosa (mucosectomia).

As vantagens são:

- a) ausência de dissecação pélvica.
- b) presença de um cólon com peristaltismo normal até o canal anal.
- c) preservação dos receptores sensoriais no cone muscular retal e no músculo pubo-retal.

d) preservação de todos os esfíncteres.

Na cirurgia original, descrita por Soave (25) não era realizada a anastomose primária do cólon com a mucosa retal remanescente. O cólon abaixado através do cone muscular retal era exteriorizado a uma distância de 5-7 cm do ânus. A seguir, a mucosa retal era ancorada a parede seromuscular do cólon e uma sonda retal, de borracha, era introduzida e deixada na luz do intestino, no sentido de permitir a drenagem de gases e do conteúdo intestinal. No período de 8 a 10 dias ocorria aderência entre a serosa do cólon abaixado e o cone muscular, assim como da mucosa retal e do coto do cólon. Entre o 8º e 10º dia do pós-operatório, a criança voltava ao centro cirúrgico para ser submetida à ressecção do coto colônico exteriorizado, seguindo-se anastomose da mucosa anorretal e do cólon, ao término da qual ocorre retração de cerca de 2 cm para o interior do canal anal.

A modificação proposta por Boley (1) consiste na realização da anastomose primária entre o cólon e a mucosa retal, realizando a cirurgia em um tempo e não mais em dois tempos.

A realização deste procedimento cirúrgico deve obedecer a alguns pontos essenciais (1, 18):

- a) preservação do suprimento vascular (artéria hemorroidária superior) do cone muscular retal.
- b) a dissecação trans-abdominal da mucosa retal deve atingir a uma distância de 1-2 cm acima da linha

pectínea.

c) evitar tensão na linha anastomótica.

d) colocação de pontos de sutura entre o "cuff" muscular e o cólon a 1 cm acima da anastomose cólon anal.

Dos casos estudados apenas 4 crianças tiveram abscesso de parede. Nenhuma criança apresentou sinais compatíveis com abscesso pélvico ou abscesso no cone muscular, conforme tem sido relatado (26). Este fato pode ser explicado pela realização do preparo do cólon e o uso de antibioticoterapia profilática no pré-operatório.

Uma criança teve hipotensão no momento da indução anestésica atribuída à hipovolemia subclínica causada pela diarreia osmótica determinada pelo manitol. Por isso, é importante estabelecer um esquema de hidratação pré-operatório durante o emprego do manitol.

Cinco pacientes tiveram distensão abdominal no pós-operatório imediato, três em decorrência de provável edema na linha anastomótica, constatado ao toque, dois em função de abscesso profundo de parede com íleo paralítico.

O toque retal, realizado no momento da alta em todas as crianças, foi normal, não mostrando sinal de estenose.

Um dos casos anteriormente havia sido submetido a anoplastia sagital posterior, cirurgia de PEÑA (17),

para correção de anomalia anorretal alta. Outro portador de anomalia anorretal baixa, foi submetido à anoplastia no período neonatal. O exame anatomopatológico da extremidade distal do cólon abaixado, na criança portadora de anomalia anorretal alta revelou ausência de células ganglionares, posteriormente confirmada através da biópsia retal. A criança portadora de anomalia anorretal baixa teve o diagnóstico confirmado anatopatologicamente após biópsia retal. Cerca de um ano após, as crianças foram submetidas a cirurgia de SOAVE-BOLEY.

Na revisão ambulatorial, um paciente apresentava ao toque um ressalto na linha de anastomose e suas evacuações variavam de duas a três vezes ao dia. Dois meses após referia constipação sendo indicado dilatação anal uma vez por semana. Quatro meses após continuava com constipação e passou a realizar fleet duas vezes por semana. Um mês após evacuava diariamente, sem o uso do fleet.

Um paciente apresentou encoprese. Com treinamento, visando ao estímulo do hábito de evacuar sempre à mesma hora, melhorou. Outra criança desenvolveu quadro de enterocolite a partir do terceiro mês de pós-operatório, caracterizado por diarreia, distensão abdominal e queda do estado geral, aliviada com lavagens intestinais. O enema opaco revelou zona de estreitamento e cone de transição sugerindo aganglionose secundária. Soave (26) descreveu 2 casos deste problema entre 271 pacientes opera

dos, atribuindo a causa a dois fatores:

a) na cirurgia primária há possibilidade do abaixamento ter sido feito em zona aganglionar, o que não ocorreu com o nosso paciente, visto que, quando colostomizado, não teve mais complicações.

b) perda de gânglios parassimpáticos extramurais como resultado do procedimento cirúrgico, uma explicação aceitável para o nosso caso.

As demais complicações conhecidas, como deiscência da anastomose endo-retal, estenose anal e prolapso mucoso não ocorreram nos pacientes analisados.

Os resultados demonstraram que a morbidade pós-operatória foi mínima. Não houve mortalidade nesta série. Mesmo com um seguimento a curto prazo, achamos que é significativo o bastante para informar que a cirurgia de SOAVE-BOLEY, quando indicada e realizada segundo os preceitos técnicos recomendados pelos autores, é uma cirurgia viável, proporcionando bons resultados.

V - CONCLUSÕES

O estudo de 27 crianças portadoras de Megacólon Congênito, tratadas pela cirurgia de SOAVE-BOLEY, permite-nos concluir que:

1. Quatro crianças (14,80%) eliminaram mecônio nas primeiras 24 horas de vida, dezenove (70,37%) eliminaram após 24 horas.

2. O diagnóstico da doença foi feito no período neonatal em 4 crianças(14,80%), no primeiro ano de vida em 14 casos,(51,84%) entre 1 a 2 anos em cinco casos, (18,51%) entre 2 a 4 anos em dois casos (7,40%) e acima de 4 anos em dois casos(7,40%).

3. O diagnóstico foi confirmado através do clister opaco em 25 crianças (92,57%).

4. Duas crianças (7,40%) tinham a doença de Hirschsprung associada à anomalia anorretal, alta e baixa.

5. O intervalo entre a realização da colostomia e a cirurgia de SOAVE-BOLEY variou de 4 a 33 meses.

6. Todas as crianças foram submetidas a colostomia, após realização do diagnóstico.

8. As complicações pós-operatórias foram: distensão

abdominal (5 casos - 18,51%), abscesso de parede (4 casos - 14,81%), fencoprese, enterocolite (hipoganglionose secundária) e constipação recorrente (1 caso - 3,70%).

9. Não ocorreram complicações como deiscência da anastomose endo-retal, estenose anal e prolapso mucoso.

10. Não houve êxito letal.

ABSTRACT

From august 1986 through december 1989, twenty seven children with Congenital Megacolon were submitted to surgical treatment by the SOAVE-BOLEY procedure at four different hospitals (Hospital Infantil Joana de Gusmão - Florianópolis, Hospital Infantil Menino Jesus - Itajaí, Hospital Regional Hans Dieter Schmidt - Joinville e Hospital Santo Antônio - Chapecó), in Santa Catarina state. Twenty were male and seven female. The study included the following parameters: time of passage of meconium, the moment of the diagnosis, the time between the performance of colostomy and the definitive surgical treatment, pre and post operative routine, the surgical technique and the post operative complications. All children were submitted to colostomy, following the realization of the diagnosis. The post operative complications were: abdominal distension (5 cases), wound abscess (4 cases), enterocolites (1 case), encoprese (1 case) and recurrent constipation (1 case). There was no mortality at this study.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. BOLEY, S.J. An endorectal pull-through operation with primary anastomosis for Hirschsprung's disease. Surg. Gynecol. Obstet., 127: 353-7, Aug 1968
02. CAPELLA, M.R.; BASTOS, J.F.; OZELAME, V.J.; STOPAZZOLLI, L. Valor da biópsia rctal no diagnóstico da doença de Hirschsprung. J. Pediatr., 34: 96, 1969.
03. CAPELLA, M.R.; GOLDBERG, P.; OZELAME, V.J.; BASTOS, J.F. Diagnóstico da doença de Hirschsprung no período neonatal. Arq. Cat. Med., 5(1): 15-20, Mar 1976
04. CAPELLA, M.R. Estudo da primeira eliminação de mecônio, da primeira alimentação e do perímetro abdominal de 1000 recém-nascidos normais com vistas ao diagnóstico da doença de Hirschsprung. Florianópolis: Departamento de Pediatria, 1975. (Tese de Livre Docência apresentada a UFSC).
05. CAPELLA, M.R. Alarme cirúrgico do recém-nascido. Rio de Janeiro, Atheneu, 1986. 128 p.

06. CAPELLA, M.R.; GOLDBERG, P.; QUARESMA, E.R.; ARAÚJO, E.J. BÚZAS, A.; DALLACORTE, J.; PEREIMA, M.; MONTTOYA, J.A.; SANTOS, H.E.; CORDEIRO, J.C. Diagnóstico do megacólon congênito no recém-nascido - estudo de 12 casos. Arg. Cat. Med., 16(1): 35-9, Jan/Dez 1987.
07. DUHAMEL, B. Retrorectal and transanal pull-through procedure for the treatment of Hirschsprung's disease. Dis. Colon Rectum., 7: 455-8, Nov/Dec 1964.
08. EHRENPREIS, T.H. Hirschsprung's disease. Chicago, Year Book Medical Publishers, 1970.
09. FELMAN, H.A.; TALBER, J.L. Failure to thrive. How about Hirschsprung's disease? Clin Pediatr, (Phila) 10: 125-6, Feb 1971.
10. GASTRIN, U.; JOSEPHSON, S.A. Appendiceal peritonitis and megacolon in the neonatal period. Acta Chir. Scand., 136: 153, 1970.
11. GROB, M. Intestinal obstruction in the newborn infant. Arch. Dis. Child., 35:40, 1960.
12. HALL, I.C.; O'TOOLE, E. Bacterial flora of first specimens of meconium passed by 50 newborn infants.

Am. J. Dis. Child., 47: 1279, 1934.

13. KIESEWETTER, W.B.; TURNER, C.R. Continence after surgery for imperforate anus: a critical analysis and preliminary experience with the sacroperineal pull-through. Ann. Surg., 158: 498-512, Sep 1963.
14. KLEIN, R.R.; SCARBOROUGH, R.A. Hirschsprung's disease in the newborn. Am. J. Surg., 88: 6-16, Jul 1954.
15. MARTINS, L.W.; PERRIN, E.V. Neonatal perforation of the appendix in association with Hirschsprung's disease. Ann. Surg., 166: 799, 1967.
16. OKAMOTO, E. Neuropathological and embryological studies on the etiology of aganglionic megacolon. Med. J. Osaka Univ., 13: 285, 1961.
17. PEÑA, A. Posterior sagittal anorectoplasty as a secondary operation for the treatment of fecal continence. J. Pediatr. Surg., 18(6): 762-73, Dec 1983.
18. QUARESMA, E.R.; GOLDBERG, P.; ARAÚJO, E.J.; PEREIRA, M.; ALMADA, C.S.; NORMANDE Fº, H.; CAPELLA, M.R.; SOUZA, J.A.; MONTOYA, J.A.; LORGA, A.; DALACORTE, J.; SCHMIDT, A.D. Megacolon congênito. Tratamento

- cirúrgico pela técnica de Soave-Boley. Arg. Cat. Med., 18(2): 79-83, Abr/Jun 1989.
19. RAIÁ, A. Pathogenesis and treatment of acquired megacolon. Surg. Gynecol. Obstet., 101: 69-79, Jul 1955.
20. RAVITCH, M.M.; SABISTON, D.C. Anal ileostomy with preservation of the sphincter. Surg. Gynecol. Obstet., 93: 87, 1951.
21. REHHEIN, F. Operation der anl-und rectumatresie mit rectouretral-fistel. Chirurg., 30: 417, 1959.
22. ROMUALDI, P. Una nuova tecnica operativa per la cura di alcune malformazioni del retto. Soc. Romana Chir. Maggio, 1955.
23. SIEBER, W.K.; WELCH, K.J.; RANDOLPH, J.G.; RAVITCH, M.M.; O'NEILL JR., J.A.; ROWE, M.I. Pediatric surgery, fourth edition, vol.2, Chicago, Year Book Medical Publishers, Inc., 1986.
24. SIMONSEN, O.; HABR, A.; GAZAL, P. Rectossigmoidectomia endoanal com ressecção de mucosa. Anais do I Congresso Latino-Americano, II Internacional e X

- Brasileiro de Proctologia, 2: 885, 1960.
25. SOAVE, F. Hirschsprung's disease: a new surgical technique. Arch. Dis. Child., 39: 116-24, Apr 1964.
 26. SOAVE, F. Endorrectal pull-through: 20 years experience. J. Pediatr. Surg., 20 (6): 568-79, Dec 1985.
 27. SOPER, R.T.; OPTIZ, J.M. Neonatal pneumoperitoneum and Hirschsprung's disease. Surgery, 51: 527-33 Apr 1962.
 28. STATE, D. Segmental colon resection in the treatment of congenital megacolon (Hirschsprung's disease). Am. J. Surg., 105: 93-101, Jan 1963.
 29. SWENSON, O.; BILL, A.H. Resection of rectum and rectosigmoid with preservation of the sphincter for benign spastic lesions producing megacolon. An experimental study. Surgery, 24: 212, 1948.

TCC
UFSC
CC
0157

N.Cham. TCC UFSC CC 0157
Autor: Fenilli, Romero
Título: Doença de Hirschsprung : tratae



972803537

Ex. 252986

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM