

SIMPÓSIO SOBRE ANASTOMOSES COLORRETAIS

Apresentação no XXXI Congresso Brasileiro de
Colo-Proctologia, 6-8 de setembro de 1981, São Paulo

Presidente: Luci Bandeira de Melo (PE)
Coordenador: Aloysio de Carvalho (RJ)
Secretário: Renato Arioni Lupinacci (SP)
Participantes: Alan V. Pollock (Inglaterra)
Anibal Sudário Guimarães (SP)
Alberto Salama (Argentina)
Raul Raposo de Medeiros (SP)
Bruno Hellwig (RS)
Raul Cutait (SP)

1. Quais os fatores que contra-indicam a realização de uma anastomose primária?

Resposta do Dr. Anibal Sudário Guimarães:

As contra-indicações na realização de uma anastomose colorretal primária são determinadas por fatores gerais e fatores locais.

Dentre os *fatores gerais* podemos citar:

Desnutrição acentuada.

Septicemia.

Uso prolongado e doses altas de imunossuppressores.

Insuficiência cardíaca e diabete graves.

Insuficiência renal crônica.

Como *fatores locais* citamos:

Déficit de irrigação sangüínea e/ou edema acentuado das alças.

Doença intestinal inflamatória grave na área de anastomose.

Infecções da vizinhança

Víscera repleta de fezes.

As contra-indicações citadas podem ser de caráter absoluto ou relativo dependendo da intensidade ou associação dos fatores.

Particularmente, em se tratando de lesões traumáticas, as anastomoses colorretais primárias serão norteadas por vários fatores entre os quais citamos:

Tempo decorrido entre o estabelecimento da lesão e a cirurgia.

Extensão da lesão.

Grau de contaminação fecal.

Número de órgãos lesados associados.

Estado de choque.

2. Utiliza antibioticoterapia sistêmica de rotina ao realizar anastomoses colorretais? Por quê? E no preparo de cólon?

Resposta do Dr. Anibal Sudário Guimarães:

Temos utilizado a antibioticoprofilaxia de rotina associada ao preparo mecânico do cólon nos pacientes que são submetidos a anastomoses colorretais. Constitui consenso comum que a cirurgia colorretal é associada a altos índices de infecção pós-operatória. Presume-se que esta infecção seja por contaminação do campo operatório por organismos provenientes do intestino. A recomendação do uso preventivo do antibiótico estaria baseada, então, no fato de tentar erradicar ou reduzir ao máximo a bactéria fecal.

O conceito de uso profilático de antibióticos na cirurgia colorretal e não a antibioticoterapia clássica pós-operatória despertou interesse após publicação de trabalhos bem conduzidos, entre outros, o de *Burke*¹ que demonstra a efetividade do antibiótico preventivo. Não é incomum atribuir-se as infecções após a cirurgia, à *Escherichia coli*, entretanto, mais recentemente, numerosos estudos têm demonstrado que aos germes anaeróbios têm sido imputado a responsabilidade por muitas das infecções que ocorrem após as cirurgias do aparelho digestivo, mormente a do intestino grosso. Portanto, a escolha de agente antimicrobiano eficaz é de real importância.

Levando em consideração os aspectos citados e baseando-se nas investigações de *Nichols* e cols.^{2,3}, temos utilizado de preferência, além da limpeza mecânica do cólon, num período pré-operatório curto, por via oral, a associação de antibióti-

cos que atuam em aeróbios e anaeróbios (neomicina-eritromicina ou kanamicina-eritromicina).

3. Em um paciente com anastomose colorretal e colostomia, diante da evidência de fístula no controle radiológico pós-operatório, que parâmetros utiliza para indicar o fechamento da colostomia? Qual o tempo médio até que isto ocorra?

Resposta do Dr. Bruno Hellwig:

Inicialmente deve-se dizer que a incidência de deiscência de anastomoses colorretais e daí o surgimento de um trajeto fistuloso, sobretudo nas anastomoses praticadas abaixo da reflexão peritoneal, é grande, chegando a percentuais de até 49% (Góligher 1980 - 4ª edição).

Evidentemente que estas altas cifras só são obtidas pela avaliação radiológica, pois os índices de importância clínica são menores - de 5% a 10%.

Portanto estas fístulas detectadas radiologicamente podem variar de discretas a grandes e terem ou não repercussão clínica. Mas, felizmente, a maioria delas é pequena, sem repercussão clínica.

A formação de tecido de granulação revestindo o interior da cavidade, não sendo necessário a sua obliteração, serve como parâmetro para procedermos ao fechamento da colostomia. Tal ocorre num tempo médio de 4-6 semanas.

Naquelas fístulas grandes, em que a superfície a ser revestida é maior e que tendo cavidades grandes, que funcionam como verdadeiros divertículos, a proteção oferecida pela granulação pode ser insuficiente a aumentos de pressão em seu interior e dar-nos problemas posteriormente; nestas temos sido mais prudentes em relação ao fechamento, demorando mais tempo (12-20 semanas) e ou reintervindo, refazendo a anastomose para numa ocasião posterior fecharmos a derivação.

4. Qual a incidência de complicações nas anastomoses colorretais em sua experiência? Em sua opinião que fatores poderiam contribuir para a redução desta estatística?

Resposta do Dr. Bruno Hellwig:

Em revisão de 35 anastomoses colorretais (manuais) tivemos as seguintes complicações:

a. Deiscências	3 casos	8,5%
b. Fístulas	2 casos	5,7%
c. Estenoses	1 caso	2,8%
d. Abscesso	2 casos	5,7%
e. Peritonites	1 caso	2,8%

Apesar da pequena experiência os nossos índices se equivalem aos da literatura.

As patologias foram adenocarcinoma de sigmóide (22), adenocarcinomas de reto (8) e doença diverticular do sigmóide (5).

As cirurgias consideradas foram: hemicolectomia esquerda (27) e ressecções anteriores baixas (8).

Quanto aos fatores que poderiam contribuir para a redução desta estatística citaríamos:

a. Avaliação nutricional pré-operatória, pois temos utilizado a hiperalimentação parenteral em doentes espoliados.

b. Preparo intestinal (mecânico e quimioterápico) exaustivo e o melhor possível.

c. Rigorismo técnico-cirúrgico sobretudo quanto à contaminação e nutrição dos segmentos a anastomosar.

d. Temos usado sistematicamente, nas anastomoses abaixo da reflexão peritoneal, drenagem do espaço pré-sacro, dupla, com lavagem e aspiração contínuas de soro fisiológico por intervalo de 4-6 dias.

e. Temos também usado sistematicamente colostomias (transversostomias direitas) nas anastomoses abaixo da reflexão peritoneal (não previnem complicações mas facilitam o seu manuseio).

Por prudência, nos casos de tumores maiores e naqueles em que o coto remanescente anorretal é pequeno - 6-7 cm, temos praticado amputações abdômino-perineais e não cirurgias conservadoras esfinterianas.

Na nossa casuística utilizamos a anastomose em dois planos (*catgut* cromado 00 total e linho 000 serosa) em 21 pacientes e nos últimos 14 a sutura em plano único (Dexon 000 com pontos separados extramucosos).

Hoje sabe-se que as deiscências dependem mais de fatores clínicos não técnicos (condições gerais e locais como doença de Crohn, hipoproteinemia, déficit nutricional) do que propriamente da anastomose.

5. Nas anastomoses manuais utiliza um ou dois planos? Quais os fios de sua preferência?

Resposta do Dr. Alberto Salama:

Desde 1962 realizamos anastomosis colónicas en un plano extramucoso a puntos separados. Apreciamos en esta técnica las siguientes ventajas:

1º. Los planos útiles (muscular, muscularis y submucosa) son tomados por el punto, permitiendo una buena posición con ligera inversión de los bordes.

2º. Enfrenta los bordes mucosos sin necesidad de suturarlos.

3º Respetar la irrigación de la mucosa

4º Dejar menor cantidad de material de sutura en la anastomosis. Experimentalmente algunos autores (Howley, Jinorn) han demostrado que la presencia de cuerpos extraños en la anastomosis, desequilibra la ecuación colagenólisis-colagenoforación en favor de la primera, alterando y retardando así la cicatrización anastomótica.

5º Estudios experimentales confirman también que este tipo de anastomosis se hace impermeable más precozmente y es también más fuerte ante la distensión luego del 5º día.

6º Mejora la luz final del colon.

Creemos que es de técnica sencilla y segura. No creemos que el realizarla sea expresión del virtuosismo de un cirujano. En la práctica las filtraciones anastomóticas están más vinculadas a defectos de irrigación, tensión en los cabos, mala preparación intestinal y contaminación.

Material de sutura: Los hilos monofilamentos son los que menos reacción de cuerpo extraño producen. Nuestra predilección actual es por el ácido poliglicólico (Dexon).

Lo usamos con agujas atraumáticas y preferimos calibres finos.

6. Quando indica drenagem da cavidade em anastomoses colorretais? Que tipo de drenos utiliza e quando os retira?

Resposta do Dr. Alberto Salama:

Uso de drenajes: Avenamos la cavidad peritoneal lejos de las anastomosis.

Consideramos la cavidad abdominal como una montana cuyo pico es el promontorio sacro y formada por dos valles representados por el fondo de saco de Douglas en forma distal y los compartimentos subfrénicos derecho e izquierdo en forma proximal. Drenar estos valles es necesario para extraer sangre y serocidad que allí se acumula luego de las resecciones colónicas.

Estos drenajes, que preferimos suavemente aspirativos, los retiramos cuando su débito es nulo, cosa que generalmente ocurre a las 48 y 72 horas.

La presencia de un drenaje cerca de la anastomosis, actúa como cuerpo extraño, y lejos de canalizar una posible filtración anastomótica la favorece.

Si la filtración es pequeña, por otra parte, y no tiene significación clínica su resolución es espontánea.

Si por el contrario la fuga es importante la cirugía precoz es mandataria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BURKE JF - Preventive antibiotic management in surgery. Annual Review of Medicine, 24: 289, 1973.
2. NICHOLS RL, CONDON RE, GORBACH SL & NYHUS LM - Efficacy of preoperative antimicrobial preparation of the bowel. Annals of Surgery, 176: 227, 1972.
3. NICHOLS RL, BROIDO P, CONDON RE, GORBACH SL & NYHUS LM - Effect of preoperative neomycin-erythromycin intestinal preparation on the incidence of infectious complications following colon surgery. Annals of Surgery, 178: 453, 1973.