

# ANASTOMOSE COLORRETAL POR VIA LAPAROSCÓPICA - APRESENTAÇÃO DE DOIS CASOS E DESCRIÇÃO DA TÉCNICA OPERATÓRIA

FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS,  
TSBCP  
ANA MARTA NICODEMO  
LUSMAR VERAS RODRIGUES  
JOSÉ HUYGENS PARENTE GARCIA  
ANTONIO GLAUCIO SOUZA NÓBREGA

---

REGADAS FSP, NICODEMO AM, RODRIGUES LV, GARCIA JHP & NÓBREGA AGS - Anastomose colorretal por via laparoscópica - Apresentação de dois casos e descrição da técnica operatória. *Rev bras Colo-Proct*, 1992; 12(1): 21-23.

**RESUMO:** Os autores apresentam uma técnica operatória para reconstruir o trânsito colorretal por via laparoscópica em dois pacientes submetidos previamente a sigmoidectomia pela técnica de Hartman, em decorrência a volvo de sigmóide e trauma abdominal. Relatam diminuição da dor no período pós-operatório, retorno do peristaltismo mais precocemente e redução do tempo de internação hospitalar.

**UNITERMOS:** cirurgias colônica e retal; peritonioscopia; anastomose; laparoscopia

---

A laparoscopia foi executada pela primeira vez por Raoul Palmer, em 1940, ao introduzir um endoscópio através do umbigo para observar a pele. Na década de 70, a via laparoscópica foi utilizada para a execução de alguns procedimentos cirúrgicos ginecológicos. Somente em 1987 essas intervenções estenderam-se para o sistema digestivo, quando Mouret (2) realizou a primeira colecistectomia laparoscópica, sendo a técnica descrita e difundida por Dubois, em 1989 (1). Desde então, vários outros procedimentos laparoscópicos têm sido descritos com resultados satisfatórios. Entretanto, com relação às inter-

venções laparoscópicas sobre o intestino grosso, as técnicas ainda estão em fase de desenvolvimento (3, 4).

Objetivamos, portanto, neste trabalho, apresentar nossa experiência inicial com a utilização da laparoscopia na confecção de uma anastomose colorretal, descrevendo a técnica adotada em ambos os casos.

## CASUÍSTICA E MÉTODOS

### Apresentação dos casos

M.A.M.S. (HC-381822), sexo feminino, 61 anos, portadora de megacólon chagásico, submetida previamente a sigmoidectomia decorrente da obstrução intestinal por volvo da sigmóide com necrose.

A.R.L. (HC-384454), sexo masculino, 28 anos, que se submeteu a confecção de colostomia pela técnica de Hartman em decorrência de trauma fechado de abdômen com esmagamento do sigmóide.

Deram entrada na Clínica Proctológica do HU da Universidade Federal do Ceará para reconstrução do trânsito colônico, sendo os procedimentos realizados na Clínica Antonio Prudente.

### Descrição da técnica operatória

O paciente é mantido em decúbito dorsal colocando-se a mesa em posição de Trendelenburg e induzida anestesia geral. No paciente do sexo feminino, o colo uterino é fixado com uma cânula de Cohen para que o auxiliar possa movimentar o útero durante o procedimento de dissecação pélvica.

Desfaz-se inicialmente o estoma, com dissecação do

cólon até o peritônio. Após liberá-lo completamente, confecciona-se uma bolsa utilizando-se o prensor (Ethicon) e posiciona-se a ogiva destacável do grampeador mecânico curvo (Ethicon-CDH 29). Ata-se a bolsa em torno da ogiva do grampeador, liberando-a em seguida no interior da cavidade peritoneal. Faz-se uma incisão na cicatriz umbilical suficiente para a introdução de um trocar de 10 mm para a câmara de um equipamento Evis 100 Olympus (OTVS), suturando-se em seguida a ferida da colostomia.

O pneumoperitônio é feito infundindo-se CO<sub>2</sub> através do trocar umbilical até atingir uma pressão intraperitoneal em torno de 14 mmHg. Inicia-se a partir daí a intervenção por via laparoscópica. A cavidade pélvica é inspecionada, realizando-se em seguida três outras punções; uma na fossa ilíaca direita (10 mm), ao nível do ponto de McBurney, para os instrumentos cortantes e duas outras suprapúbicas (10 mm cada), a aproximadamente 7 cm de ambos os lados da linha média e três dedos acima do pube (Fig. 1) para os "clamps" intestinais. Procedese então à cuidadosa dissecação entre as alças do intestino delgado e a face posterior do útero ou da bexiga, utilizando-se tesoura com eletrocautério até se atingir o coto retal fechado. A identificação do reto é facilitada pressionando-se um retoscópio contra a cúpula retal. Após identificado e liberado completamente o reto, introduz-se o grampeador mecânico curvo (Ethicon CDH-29) pelo ânus, perfurando-se a cúpula retal. Em seguida, apreende-se o coto proximal que está livre no interior da cavidade peritoneal, articulando-o ao grampeador posicionado no reto. Aproxima-se as duas extremidades a serem anastomosadas e faz-se o disparo do grampeador (Fig. 2).

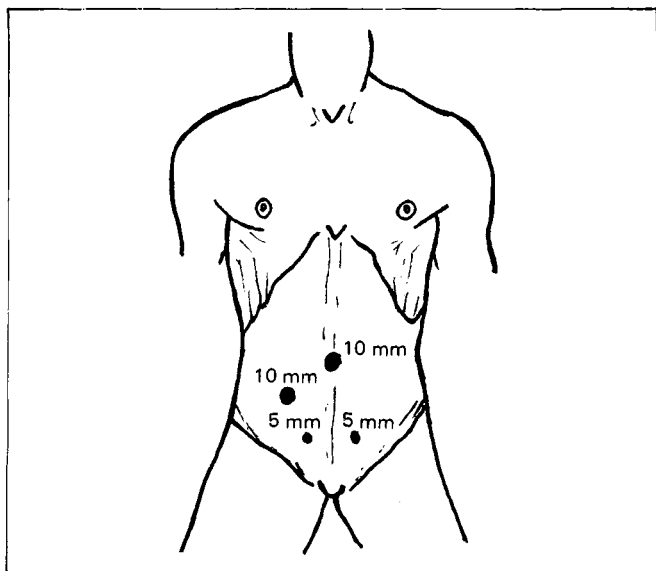


Fig. 1 - Distribuição dos trocarteres para a confecção de anastomose colorretal por via laparoscópica.

Após completada a anastomose, injeta-se solução de azul de metileno pelo ânus após clampar o cólon proximal à anastomose, e verificando-se a seguir os dois "anéis" de parede intestinal removidos juntamente com o gram-

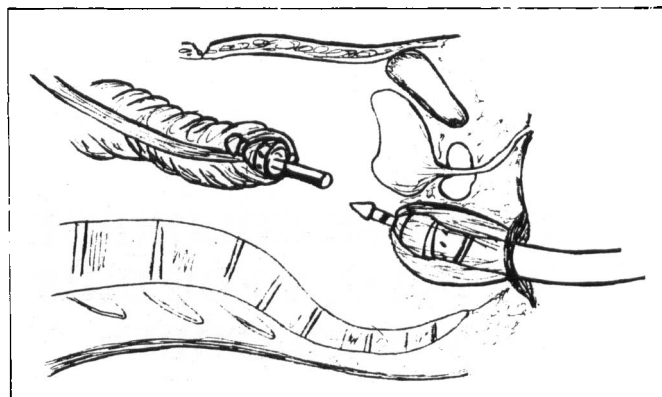


Fig. 2 - Extremidade proximal do cólon com a bolsa atada sobre a ogiva destacável do grampeador.

peador. Através destes dois métodos, comprovam-se a integridade e a boa qualidade da anastomose.

## DISCUSSÃO

As intervenções cirúrgicas laparoscópicas praticadas sobre o intestino grosso encontram-se ainda em fase de desenvolvimento, pois além de serem procedimentos tecnicamente mais difíceis do que as intervenções sobre as vias biliares, existe ainda a necessidade de superarmos alguns obstáculos, especialmente no que concerne ao desenvolvimento de instrumentos cirúrgicos mais adequados que permitam a execução dos procedimentos com mais facilidade.

As primeiras publicações relativas a ressecções colônicas, via laparoscópica, têm relatado conclusões promissoras no que concerne aos resultados e ao desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas (3, 4). Entretanto, achamos que, com relação à reconstrução do trânsito colorretal após a operação de Hartman, a via laparoscópica apresenta vantagens sobre a convencional, pois é um procedimento tecnicamente simples, sobretudo quando praticado nos indivíduos do sexo masculino, além dos pacientes apresentarem uma excelente evolução clínica pós-operatória devido ao cirurgião intervir, causando por isso danos mínimos às estruturas anatômicas intraperitoneais.

O discreto manuseio das alças intestinais induz ao retorno precoce do peristaltismo, enquanto que a não exposição das vísceras abdominais ao contato direto com o meio ambiente diminui o risco de contaminação transoperatória.

Não existe vantagem com relação ao efeito estético, pois o paciente já é portador de uma incisão na parede abdominal. Entretanto, a ausência de nova incisão evita a dor no período pós-operatório, previne infecção da ferida cirúrgica, a formação de hérnias incisionais e reduz o tempo de internação hospitalar. Administramos analgésico (uma dose) somente em um paciente devido à ocorrência de dor no ombro direito, que é uma complicação frequente após as intervenções laparoscópicas.

O tempo operatório da etapa laparoscópica na primeira

intervenção foi de três horas devido à presença de inúmeras aderências entre as alças intestinais, trompas e reto. Já na segunda intervenção laparoscópica, o tempo operatório foi reduzido para noventa minutos, com fácil liberação das aderências e identificação do reto.

Os ruídos peristálticos tornaram-se audíveis após as primeiras 12 horas e iniciamos dieta líquida após 24 horas da intervenção cirúrgica.

As altas hospitalares ocorreram no 3º e 4º dia de pós-operatório.

Portanto, acreditamos que a via laparoscópica tornar-se-á perfeitamente viável e segura para as intervenções sobre o intestino grosso, com o adequado treinamento de cirurgiões colorretais em laparoscopia. A elevação do número de empresas fabricantes de equipamentos laparoscópicos ora observada no mercado mundial está contribuindo para o rápido aperfeiçoamento de instrumentos cirúrgicos para intervenções colônicas, o que deverá determinar redução significativa dos preços destes equipamentos.

---

**REGADAS FSP, NICODEMO AM, RODRIGUES LV, GARCIA JHP & NÓBREGA AGS - Laparoscopic colo-rectal anastomosis - Presentation of two cases and description of the surgical technique.**

**SUMMARY:** The authors show a laparoscopic surgical technique in order to perform a colo-rectal anastomosis in patients previously submitted to sigmoidectomy by Hartman's technique for sigmoid volvulus and abdominal trauma. They observed a significant decrease in post-operative pain, early peristaltic movements and reduction in hospitalization time.

**KEY WORDS:** colon and rectal surgery; peritoneoscopy; anastomosis; laparoscopy

---

#### REFERÊNCIAS

1. Dubois F, Berthelot G, Levard H. Cholécistectomie par coelioscopie. *Presse Med* 1989; 18:980-2.
2. Mouret P. La chirurgie des voies biliaires. In: Testas P, Delaitre B. *Chirurgie Digestive par Voie Coelioscopique*. Paris: Éditions Maloine 1991: 68-9.
3. Saclarides TJ, KO ST, Airan M, Dillon C, Franklin J. Laparoscopic removal of a large colonic lipoma. *Dis Colon Rectum* 1991; 34(11):1027-8.
4. Schlinkert RT. Laparoscopic-assisted right hemicolectomy. *Dis Colon Rectum* 1991; 34(11): 1030-1.

**Endereço para correspondência:**

Francisco Sérgio P. Regadas  
Av. Edilson Brasil Soares, 2.800 - Edson Queiroz  
60834 - Fortaleza - CE