

JULHO/SETEMBRO 1994

ARTIGOS ORIGINAIS

O EMPREGO DA ARTÉRIA CÓLICA MÉDIA E DA ARCADA VASCULAR DO CÓLON DIREITO NA IRRIGAÇÃO DE RESERVATÓRIOS ILEAIS

JUVENAL RICARDO NAVARRO GÓES, TSBCP
JOÃO JOSÉ FAGUNDES, TSBCP
CLÁUDIO S. R. COY, FSBCP
CARLOS A. R. AMARAL, FSBCP
CELSO DE OLIVEIRA, TSBCP
MARIA DE LOURDES S. AYRIZONO
RAUL RAPOSO DE MEDEIROS, TSBCP

GÓES JRN, FAGUNDES JJ, COY CSR, AMARAL CAR, OLIVEIRA C, AYRIZONO MLS & MEDEIROS RR - O emprego da artéria cólica média e da arcada vascular do cólon direito na irrigação de reservatórios ileais. *Rev bras Colo-Proct*, 1994; 14(3): 169-171

RESUMO: A anastomose do reservatório ileal ao canal anal pode ocasionalmente ser realizada sob tensão, com sérias conseqüências. Os autores propõem a preservação da artéria cólica média e da arcada vascular do cólon direito de forma a suplementar a irrigação do íleo terminal. Dessa forma, para se evitar que o mesentério da alça a ser abaixada fique esticado, torna-se possível a secção do terço distal da artéria mesentérica superior e de alguns vasos da arcada vascular do mesentério. Assim, o fluxo sangüíneo ao reservatório ocorreria proximalmente pela arcada dos vasos mesentéricos e distalmente pela arcada do cólon direito, através da artéria cólica média. A utilização desta técnica permite que se aumente o comprimento do mesentério da alça a ser abaixada em cerca de 9 cm ou mais, tornando a anastomose mais segura e facilmente realizável.

UNITERMOS: bolsa ileal; proctocolectomia

A confecção de reservatório ileal, de qualquer formato, pressupõe que o mesmo deva alcançar facilmente a linha

pectínea para a realização da anastomose ileoanal sem nenhuma tensão. Por vezes, dificuldades técnicas ocasionam o estiramento do mesentério, com conseqüências para o reservatório e a anastomose. Outra complicação menos frequente da excessiva tração na raiz do meso é o pinçamento aorto-mesentérico da terceira porção duodenal (5), fato também observado uma vez na casuística de reservatórios ileais dos autores do presente trabalho. Existem poucos relatos (1) em como superar essa dificuldade técnica (4), que pode acarretar a impossibilidade de se realizar a cirurgia proposta.

Os autores propõem suplência sangüínea adicional ao íleo distal por meio da conservação da arcada vascular do cólon direito, a qual servirá de ponte entre a arcada cólica média e o reservatório. Por esse artifício, o cirurgião terá maior liberalidade em ligar arcadas vasculares ileais, possibilitando alcance mais longo do reservatório e seu meso.

A técnica foi empregada em dois pacientes, com bom resultado, em reservatórios confeccionados em dupla câmara (3).

Técnica

O primeiro tempo consta da mobilização do íleo terminal e cólons direito e transversos, identificando-se seus pedículos e arcadas vasculares. A seguir procede-se à realização de ligaduras vasculares entre a parede cólica e a arcada marginal, que se inicia à altura da junção ileocecal, prosseguindo-se proximalmente, além dos ramos direitos dos vasos cólicos médios (Fig. 1). Trata-se de tempo onde gran-

de atenção deve ser voltada em não se lesar a referida arcada.

Em seguida, é realizada a colectomia, com ligadura dos vasos cólicos direitos entre os vasos mesentéricos superiores e a arcada do cólon direito (Fig. 1). Os troncos vasculares cólicos médios, artéria e veia são preservados e estarão em continuidade com seus ramos direitos, e por estes à arcada do cólon direito, e desta ao íleo distal. Os ramos esquerdos dos vasos cólicos médios são ligados, prosseguindo-se então, a partir desse ponto, à colectomia normal. Os ramos cólicos e ileais dos vasos ileocecólicos são ligados. Dessa forma, o sangue proveniente do ramo direito da cólica média estaria em conexão direta com os vasos mesentéricos do íleo (Fig. 1).

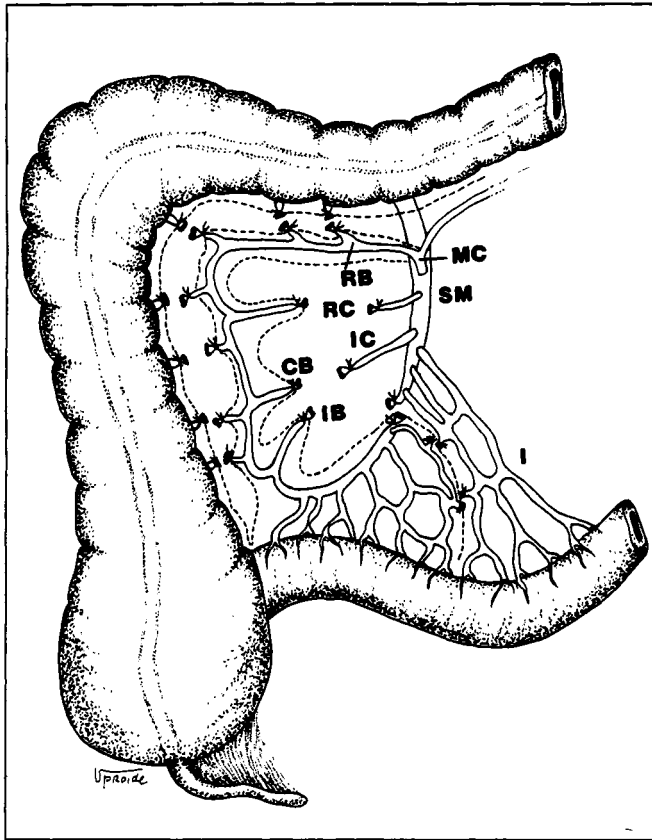


Fig. 1 - Aspecto esquemático da irrigação vascular do íleo terminal e cólon direito, demonstrando-se as ligaduras realizadas (MC - cólica média; SM - mesentérica superior; RB - ramo direito da art. cólica média; RC - cólica direita; IC - ileocecólica; CB - ramo cólico; IB - ramo ileal; I - artérias ileais).

Caso a mobilização do íleo terminal não seja suficiente para propiciar anastomose sem tensão, são realizadas ligaduras no terço distal dos vasos mesentéricos superiores e no meso correspondente, aproximadamente 20 cm, ao íleo distal. Proximalmente a este ponto, o aporte de sangue ocorrerá pela artéria mesentérica superior e seus ramos ileais; distalmente, pela artéria cólica média, através da arcada vascular preservada do cólon direito. O procedimento assim realizado permite a obtenção de maior comprimento de mesentério a ser abaixado (Fig. 2).

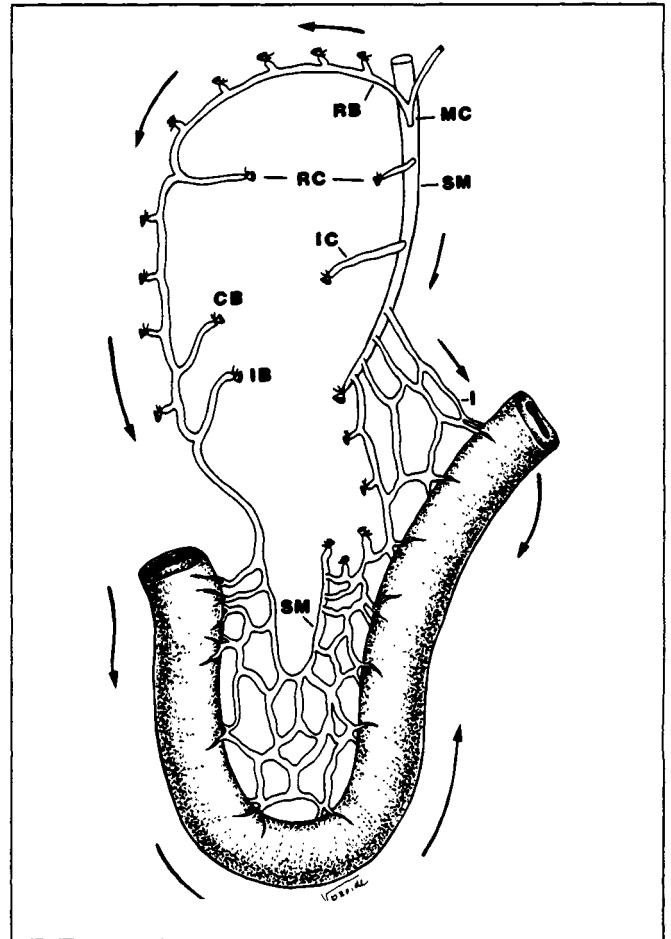


Fig. 2 - Aspecto esquemático da irrigação vascular do íleo terminal pela artéria cólica média, através da preservação da arcada vascular do cólon direito, e pela artéria mesentérica superior (MC - cólica média; SM - mesentérica superior; RB - ramo direito da art. cólica média; RC - cólica direita; IC - ileocecólica; CB - ramo cólico; IB - ramo ileal; I - artérias ileais).

DISCUSSÃO

A anastomose realizada sob tensão entre reservatório ileal e canal anal acarretará, por vezes, complicações como: a) deiscência da sutura e retração do reservatório; b) deiscência e sepse local; c) estenose, secundária à tração excessiva, isquemia parcial, ou sepse local; d) reservatório, levando à diminuição do seu volume e até perda total do mesmo (6). Em algumas ocasiões, o cirurgião poderá abdicar da realização da cirurgia de bolsa ileal, por não obter bom comprimento de meso que atinja o canal anal sem nenhuma tensão.

A artéria cólica média é empregada rotineiramente pelos autores em todas as cirurgias de abaixamento, abolindo-se praticamente as complicações por necrose de alça, graças ao satisfatório afluxo de sangue por ela proporcionado. A colectomia total para tratamento da retocolite ulcerativa e polipose adenomatosa familiar não requer o sacrifício do mesocólon, podendo-se preservar a arcada do cólon direito como carreadora de sangue desde a artéria cólica média até as arcadas vasculares do reservatório ileal. Em resumo, a ressecção do cólon direito pode ser realizada sem interrupção da continuidade vascular entre o ramo direito da artéria

cólica média e os ramos ileais da artéria ileocecólica, possibilitando suplência vascular ao íleo distal.

Os procedimentos descritos para que o reservatório ileal atinja facilmente o canal anal consistem na ligadura de alguns ramos vasculares do mesentério, secção de aderências peritoneais e secção dos vasos ileocecólicos (1, 2, 4). Todos esses procedimentos permitem o alongamento do mesentério a ser abaixado ao ânus, em aproximadamente 5 cm. Ainda assim, em alguns casos, a anastomose poderá ser realizada sob tensão e levar às complicações anteriormente descritas. O emprego da técnica descrita foi utilizado em duas ocasiões pelos autores, em uma paciente portadora de retocolite ulcerativa e em outra de polipose adenomatosa familiar comprovadamente sem malignidade associada. Nos dois casos observou-se que ocorreu a liberação mais efetiva do mesentério, estimada em 9 cm, depois da ligadura dos vasos mesentéricos superiores e de vasos do mesentério, para completar-se o abaixamento. Por meio do clampeamento total do mesentério, interrompendo-se o fluxo pela artéria mesentérica superior, notou-se pulso visível em aproximadamente 15 cm do íleo distal, através do enchimento retrógrado de suas arcadas vasculares, propiciado pela artéria cólica média. Dessa forma, a descida do reservatório e a anastomose ileoanal puderam ser praticadas com maior facilidade e segurança.

Novos estudos e maior experiência são necessários para a real avaliação da técnica descrita.

GÓES JRN, FAGUNDES JJ, COY CSR, AMARAL CAR, OLIVEIRA C, AYRIZONO MLS & MEDEIROS RR - Lengthening of the mesentery and blood supply to the ileal pouch - Use of the vascular arcade of the right colon.

SUMMARY: The ileal pouch-anal canal anastomosis can be sometimes established under tension with serious consequences. The authors are proposing the preservation of the right colon

vascular arcade as a supplementary blood supply to the terminal ileum. Thus, in order to avoid the overtension in the mesentery, it is possible to ligate the distal third of the superior mesenteric artery and the mesenteric vessels arcades. Proximally, the blood will be supplied by the superior mesenteric arcade and the ileal branches and distally by the preserved right colon vascular arcade. This procedure will provide 9 cm or so to the length of the mesentery, making anastomosis easier and safer.

KEY WORDS: ileal pouch; proctocolectomy

REFERÊNCIAS

1. Burnstein MJ, Schoetz Jr. DJ, Collier JA, Veidenheimer MC. Technique of mesenteric lengthening in ileal reservoir-anal anastomosis. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 863-6.
2. Cherque D, Valleur P, Perniciernit, Hautefeuille P. Inferior reach of ileal reservoir in ileoanal anastomosis. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 365-71.
3. Góes JRN, Fagundes JJ, Coy CSR, Amaral CAR, Peres MAO, Medeiros RR. The two-chamber ileal pelvic reservoir. An alternative design. *Dis Colon Rectum*, 1993; 36: 403-4.
4. Nicholls RJ. Restorative proctocolectomy with various types of anastomosis. *World J Surg* 1987; 11: 751-62.
5. Smith L, Friend WG, Medwell SJ. The superior mesenteric artery: the critical factor in the pouch pull-through procedure. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 741-4.
6. Williams NS, Johnston D. The current status of mucosal proctectomy and ileo-anal anastomosis in the surgical treatment of ulcerative colitis and adenomatous polyposis. *Br J Surg* 1985; 72: 159-68.

Endereço para correspondência:

Juvenal Ricardo Navarro Góes
Praça Mauá, 42 - Guanabara
13020-220 - Campinas - SP