

# ANÉIS BIOFRAGMENTÁVEIS SÃO SEGUROS E APRESENTAM BONS RESULTADOS EM ANASTOMOSES TANTO NO TRATO DIGESTIVO ALTO COMO NO BAIXO

RENATO ARAÚJO BONARDI - TSBCP

---

BONARDI RA - Anéis biofragmentáveis são seguros e apresentam bons resultados em anastomoses tanto no trato digestivo alto como no baixo. *Rev bras Coloproct.* 1999; 19(2): 112-113

---

Thiede A, Geiger D, Dietz U, et al. Overview on compression anastomoses: biofragmentable anastomosis ring multicenter prospective trial of 1666 anastomoses. *World J Surg* 1998; 22: 78-87.

### Abstrato

Nos últimos anos, três tipos de anéis de compressão foram desenvolvidos e utilizados em protocolos de anastomoses gastrointestinais. Os anéis biofragmentáveis (BAR) parece terem apresentado a melhor aplicabilidade cirúrgica despertando grande interesse. Thiede e colaboradores realizaram um estudo prospectivo multicêntrico europeu para avaliar a utilização destes anéis (BAR) como rotina em anastomoses gastrointestinais em hospitais-escola.

Cirurgiões com experiência variável realizaram 1666 anastomoses com o BAR em 1360 pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos no trato digestivo alto (n = 1042 anastomoses) e no baixo (n = 624 anastomoses) usando o anel de Valtrac (Sherwood-Davis and Geck, St. Louis). Este anel, radiologicamente visível, é feito de ácido poliglicólico (87,5%) e bário (12,5%). De todos os procedimentos, 910 foram anastomoses término-terminais, 659 término-laterais e 97 látero-laterais.

Foram observados problemas técnicos em 24 anastomoses (1,44%), que incluíram impossibilidade de fechar o anel (0,36%) e anéis com diâmetro excessivo em relação ao segmento a ser anastomosado (0,42%). Seis anastomoses no trato digestivo alto (0,58%) apresentaram vazamento e necessitaram reoperação. No trato digestivo baixo ocorreram 42 (6,73%) vazamentos, dos quais 28 (4,44%) apresentaram manifestações clínicas. Foram reoperados 18 pacientes (2,80%). A incidência geral de vazamentos com manifestação clínica foi de 2,04%. Ocorreram ainda três (0,18%) casos de anastomose gastrojejunal que apresentaram sangramento no local da anastomose. No pós-operatório imediato não ocorreram casos de íleo prolongado e o início da alimentação dos pacientes não foi retardado. O

acompanhamento em dois centros não encontrou anastomoses relacionadas com os anéis de Valtrac. Não houve mortes no peroperatório, porém 54 pacientes vieram a falecer no pós-operatório. Em quatro casos, ocorreu peritonite, imediatamente após a utilização do anel biofragmentável, resultando em morte do paciente. Três destes casos foram relacionados diretamente com o BAR.

A anastomose com o BAR é um procedimento simples, seguro e facilmente utilizado e rapidamente bem entendido, que tem a característica de não persistir o corpo estranho que possa induzir a estenose. A aplicação do BAR em anastomoses nos vários segmentos do tubo digestivo desde o estômago até o reto médio pode ser utilizada com facilidade e foi recomendada pelos autores.

### COMENTÁRIOS

Neste estudo prospectivo de 1666 anastomoses com o BAR em 1360 pacientes submetidos a cirurgia entre 1989 e 1996, em cinco centros da Áustria e da Alemanha, os autores demonstraram a sua segurança e eficiência, comparadas às suturas manuais e mecânicas. Desde a introdução dos anéis biofragmentáveis por Hardy e colaboradores em 1985 para anastomoses colônicas, a sua aplicação tem sido estendida para o trato gastrointestinal alto com anastomoses gástricas e esofagianas. A técnica operatória não foi modificada porém algumas ferramentas acessórias foram desenvolvidas no sentido de uniformizar e tornar o procedimento mais rápido. Este estudo mostra que existe uma curva de aprendizado, e o sucesso dos autores, comparado a relatos prévios, é o resultado de sua grande experiência.

Entretanto a experiência nos Estados Unidos inicialmente relatada, principalmente por Corman e Bubrik, foi hoje quase completamente abandonada, não sendo mais utilizada nos grandes serviços de cirurgia colorretal. Estudos experimentais em animais mostram resultados idênticos com suturas manuais e mecânicas utilizando-se parâmetros de comparação com intestino irradiado, pressão de ruptura das anastomoses e utilização em cirurgias de emergência. Embora os autores comentem que Corman e colaboradores abandonaram a técnica devido a um índice de 6% de complicações intra-operatórias, outros fatores contribuíram para o seu abandono, tais como a familiarização com as suturas mecânicas e seu custo elevado. Em nosso serviço na

Unidade de Coloproctologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Corman realizou duas cirurgias de demonstração com o BAR, e a evolução dos pacientes foi de certa forma desastrosa. Um dos pacientes fez peritonite por deiscência completa do BAR necessitando de reoperação e outro evacuou o anel intacto no 6<sup>a</sup> PO, sem contudo apresentar nenhuma anormalidade, porém necessitando permanecer internado para observação uma vez que não havia nenhuma condição de avaliação da segurança da anastomose. Aquilar, um membro do grupo de Hardy, continua utilizando o BAR. Em uma revisão de 40 casos realizados por ele, houve um vazamento por necrose por compressão excessiva da anastomose e um abscesso para-anastomótico sem vazamento. A experiência também enfatiza neste artigo que não existe maior dificuldade da utilização do BAR no caso de desproporção das bocas a serem anastomosadas. Entretanto o grupo de Ohio não mais utiliza o BAR nas anastomoses ileocólicas ou nas ressecções baixas. O grande volume de anastomoses com o BAR na experiência européia ainda não foi convincente. Nos Estados Unidos a sua utilização continua bastante limitada. Em nosso ambiente observamos vários estudos experimentais em animais de laboratório e a utilização de uns poucos casos

em humanos sem contudo observar um melhor resultado do que com as suturas manuais e as mecânicas.

---

#### REFERÊNCIAS

1. Bubrick MD, Corman M, Cahill, et al. Prospective, randomized trial of BAR. *Am J Surg* 1991; 161: 136-143.
2. Bundy CA, Jacobs K, Zera RT, Bubrick MD. Comparison of bursing pressure. *Int J Col Dis* 1993; 8: 1-3.
3. Corman ML, Praeger E, Hardy, Bubrick MD. Comparisons of the Valtrac. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 183-187.
4. Croston J, Jacobs D, et al. Experience with BAR in reoperation. *Dis Colo Rectum* 1990; 33: 222-226.
5. Hardy TC, Pace WG, Maney JW. A biofragmental ring for sutureless bowel anastomoses. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 484
6. Maney JW, Katz AR, Li LK, Pace NG, Hardy T. BAR - comparative effectiveness study in dogs. *Surgery* 1988; 103: 56-62.
7. Personal Communications. A - Auitar P and Derner B. Columbus, Ohio B - Corman M. Los Angeles. C - Lavery I. Cleveland Clinic. D - Wolf B. Mayo Clinic.
8. Wood JS. Results of BAR for colonic anastomoses. *Am Surg* 1993; 59: 642-644.

**Endereço para correspondência:**

Renato Bonardi  
Rua Olavo Bilac, 680  
80440-040 - Curitiba - PR