

ANASTOMOSES INTESTINAIS EM PLANO ÚNICO

Antônio Jader Brodbeck¹
Arita Wietzke Brodbeck¹
Sindal A. Camargo F^o.²
Márcia Sanseverino³

RESUMO

São apreciados os resultados de anastomoses em plano único, entre segmentos intestinais.

O material analisado consta de 41 pacientes, com um total de 41 anastomoses, correspondendo a 25 retossigmoidectomias, seis colectomias D, três colectomias parciais, cinco ressecções de intestino delgado e fechamento de duas colostomias.

As patologias tratadas foram adenocarcinoma (28 casos), carcinóide (dois casos), DDC c/diverticulite (três casos), colite granulomatosa (três casos) e miscelânea (cinco casos).

Aborda-se a limpeza mecânica e antibióticos no preparo dos cólons, destacando o uso da associação de manitol via oral com metronidazole e lincomicina.

Houve deiscência em apenas um caso de anastomose (ileorretal) após colectomia e ressecção parcial do reto por duplo tumor colônico, o que corresponde a 3% dos casos de cólon.

O presente trabalho apresenta nossa experiência em 41 casos de anastomose em plano único, entre segmentos intestinais.

Desde que *Halsted*¹ descreveu anastomose em plano único inúmeros trabalhos têm sido publicados, e persiste a controvérsia entre vantagens e desvantagens de anastomoses em um ou dois planos².

MATERIAL E MÉTODO

Nosso material compreende 41 pacientes com 43 patologias de intestino grosso e delgado distribuído conforme a **Tabela 1**.

Cerca de 70% dos pacientes eram portadores de neoplasias malignas. Com exceção de um paciente em oclusão intestinal os demais foram submetidos a cirurgia eletiva, com prévio preparo intestinal mecânico e por antibióticos.

Três tipos de preparo foram utilizados (**Tabela 2**), sendo que em alguns pacientes (fechamento de colostomia p.ex.) foi usado mais de um método. Ultimamente usamos como rotina de preparo mecânico o uso de manitol a 10% por via oral com resultados similares aos citados na literatura brasileira^{3, 4}.

Usamos como técnica de anastomose uma variante da técnica preconizada por *Fazio, Turnbull e Goldsmith*⁵ em 1975: na borda mesentérica usamos pontos em U, suturados sobre todas as camadas (**Fig. 1**) e na borda antimesentérica usamos pontos simples, extramucosos (**Fig. 2**). O fio utilizado é mononylon 3-0.

1 Membro Titular da Soc. Bras. de Colo-Proctologia

2 Membro Titular da Soc. Bras. de Cancerologia

3 Acadêmica de Medicina – FFCMPA

– Proibida a reprodução total ou parcial para fins comerciais

Tabela 1 – Anastomoses intestinais em plano único

| | | |
|-------------------------------------|----|-----------|
| Adenocarcinoma | | 28 |
| Reto | 3 | |
| Retossigmóide | 12 | |
| Sigmóide | 7 | |
| Cólon D | 2 | |
| Transverso (D) | 2 | |
| (M) | 1 | |
| Int. Delgado | 1 | |
| Carcinóide | | |
| Cólon D | 1 | 2 |
| Int. Delgado | 1 | |
| Diverticulite Cólon E | | 3 |
| Colite granulomatosa | | 3 |
| Íleo + Cólon D | 2 | |
| Cólon D + Transv. + Desc. | 1 | |
| Colostomia cólon transverso | | 2 |
| Divertículo int. delgado | | 1 |
| Necrose alça delgado (Brida) | | 1 |
| Enterite actínica | | 1 |
| Polipose cólica | | 1 |
| Fístula retovesical | | 1 |
| Total | | 43 |

Tabela 2 – Anastomoses intestinais em plano único

| | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------|
| Limpeza Mecânica | Antibiótico | |
| A. Enemas | Kanamicina (V.O.) | 12 |
| B. Soro Fisiológico p/ŠNG | Lincomicina | 5 |
| C. Manitol 10% V.O. | Lincomicina + Metro- | |
| | nidazol | 26 (± 60%) |
| D. Sem preparo | Lincomicina + Metro- | |
| | nidazol | 1 |
| Total | | 44 |

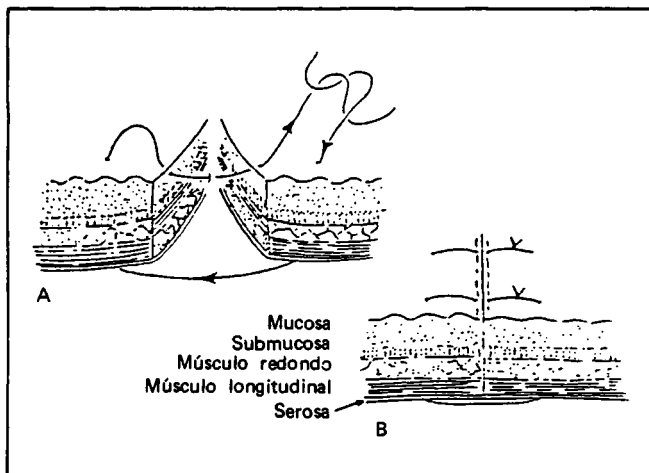


Fig. 1

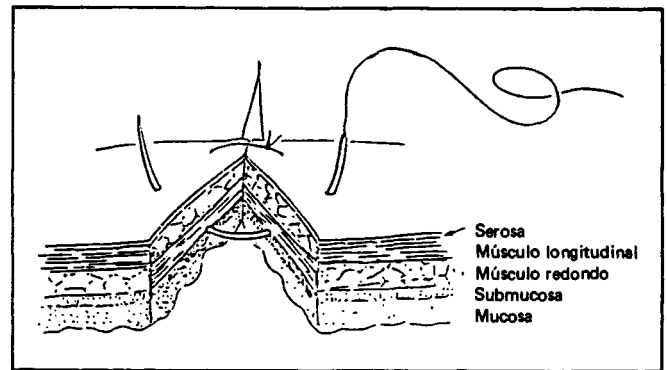


Fig. 2

Os procedimentos cirúrgicos e os tipos de anastomoses estão detalhados na **Tabela 3**. Em quase 90% dos casos a anastomose compreendeu ao menos uma porção de intestino grosso, sendo as demais enteroenterais.

Tabela 3 – Procedimentos cirúrgicos e anastomoses em 41 pacientes

| | | | | |
|--------------------------|----|---------------|----|------------------|
| Retossigmoidectomia | 25 | Retocólica | 25 | } 36 (88%) |
| Colectomia D | 6 | Ileocólica | 7 | |
| Colectomia Parcial/Total | 3 | Colocólica | 3 | |
| Fechamento Colostomia | 2 | Ileorretal | 1 | |
| Ressecção Alças Delgado | 5 | Enteroenteral | 5 | } 5 (12%) |
| Total | | | | 41 (100%) |

RESULTADOS

Em um caso de duplo tumor (reto-cólon D) submetido a colectomia e ressecção do reto superior, com anastomose ileorretal, houve deiscência parcial de anastomose, que necessitou drenagem e ileostomia em alça; nos demais casos não houve deiscência de anastomose.

COMENTÁRIOS

Encontra-se, na literatura, uma incidência de deiscência de suturas de intestino grosso variando entre zero e 60 por cento^{6, 7, 8, 9}. Nos nossos casos, interessando intestino grosso, a deiscência foi de 3%, o que nos coloca dentro dos dados esperados.

Confirmamos, com nossos resultados, dados já relatados de que as suturas em plano único são seguras⁶, mais fortes, mais fáceis de executar e melhor vascularizadas^{1, 9, 10} e que o calibre resultante de uma só camada é melhor do que o resultado de dupla camada de sutura.

Baseado nestes achados não vemos razão para se usar outro tipo de sutura em anastomoses intestinais.

SUMMARY

It is analysed the material concernent to 41 patients, with a total of 41 single-layer anastomosis, including 25 retosigmoidectomies, six right colectomies, three parcial colectomies, five enterectomies and closing of two colostomies.

Pathologies were adenocarcinoma (28 cases), carcinoide (2), diverticulitis (3), granulomatous colitis (3) and miscellaneous (5).

There was dehiscence in one case (ileo-rectal anastomosis) after colectomy and partial resection of the rectum, what means 3% in the cases where colon was involved.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. KHUBCHANDANO M & UPSON JF – Single-layer anastomosis of the colon and rectum. Dis Colon Rectum, 25: 113, 1982.
2. GOLIGHER JC – Surgery of the anus, rectum and colon. London: Bailliére, Tindall, 1975, 1150.
3. BRENNER S, SOUZA FJ & ANDRIGUETTO PC et al – Limpeza mecânica e antisepsia do cólon – Rev. CBC, 8: 231, 1981.
4. HABR-GAMA A, GAMA-RODRIGUES JJ & TEIXEIRA MG et al – Preparo intestinal pela ingestão de manitol a 10%. Rev Bras Colo Proct, 1: 84, 1981.
5. FAZIO VW, TURNBULL RB Jr & GOLDSMITH MG – Ileo-rectal anastomosis. A safe surgical technique. Dis Colon Rectum, 18: 107, 1975.
6. KISS DR & NAHAS P – Anastomoses em plano único de sutura na cirurgia cólica eletiva. Experiência clínica em 86 casos. Rev CBC, 3: 103, 1976.
7. MANTOVANI M, REIS NETO JA, MEDEIROS RR & FAGUNDES JJ – Fechamento de colostomia em alça com sutura seromuscular extramucosa com justaposição das bordas. Rev Ass Med Brasil, 21: 223, 1975.
8. REIS NETO JA – Anastomose intestinal (cólica) em plano único seromuscular extramucosa com justaposição das bordas, com pontos separados. Rev CBC, 3: 100, 1976.
9. MANTOVANI M, LEONARDI LS & ALCÂNTARA FG et al – Estudo comparativo entre diferentes variedades de sutura em um e dois planos no intestino grosso. Rev Ass Med Brasil, 22: 245 1976.
10. FERREIRA JJ, FIGUEIREDO JG & SILVA LF et al – Anastomoses do Cólon – Estudo experimental com três tipos de sutura. Rev CBC, 5: 218, 1975.
11. WARDE PJ & CUTAIT DE – Anastomose Colo-Retal em um e dois planos de sutura. Estudo comparativo. Rev do CBC, 3: 95, 1976.