

COLECTOMIA DE URGÊNCIA COM ANASTOMOSE PRIMÁRIA SEM ESTOMA PROTETOR*

Antônio Mendes de Almeida

Este assunto que eu vou aqui tentar apresentar alguns tópicos, é um assunto altamente controverso, como podem calcular. Eu revi a minha experiência pessoal tentando verificar se na realidade este procedimento com anastomose em determinadas circunstâncias, em casos selecionados, poderia ser levado a cabo com segurança.

Isto é particularmente controverso quando encaramos uma situação como uma neoplasia obstrutiva do colossigmóide ou retossigmóide.

A atitude mais freqüente, ou pelo menos até há uns anos, seria a ressecção em três etapas. Uma primeira etapa, executar uma descompressão, em regra, ao nível do cólon transversal. Numa segunda etapa, remover a lesão. E numa terceira etapa finalmente, fechar a colostomia.

Hoje em dia, grandes cirurgiões favorecem um tipo de ressecção multi-estagiada. Enfim, é o tipo de ressecção que é mais vulgarmente conhecida pela ressecção de tipo Hartman, que envolve duas etapas.

Finalmente, aquela que nós aqui vamos discutir, é aquela em que tiramos vantagem de uma melhor anastomose com o segmento ileal e ao mesmo tempo removemos toda a porção comprometida do cólon, e toda a massa fecal ali contida, e portanto, diminuindo as possibilidades de contaminação.

É evidente que ambas as atitudes, isto é, a ressecção multi-estagiada e a colectomia de urgência com anastomose primária, apresentam, cada uma delas, vantagens e desvantagens. Tentemos, então, avaliar estes diferentes aspectos. Sabemos que as complicações sépticas na cirurgia do cólon

e reto são, via de regra, bastante maiores do que em qualquer outro nível do trato digestivo. É a razão de ser, ao que parece, decorre de uma pior cicatrização ao nível da parede colônica. De modo que isso, numa sessão de urgência, aparentemente, criaria uma situação de risco cirúrgico proibitivo. Enfim, esta, não sei se se trata puramente de um argumento teórico, é o argumento mais vulgar. É que esta ressecção multi-estagiada diminuiria os perigos de morbidade séptica, e obviamente da mortalidade. Já as desvantagens disso, dessa recessão multi-estagiada, são o elevadíssimo custo, e parece que de fato não há dúvida a esse respeito, uma vez que necessita dois ou três atos cirúrgicos, com os conseqüentes custos da hospitalização e do tratamento, e além disso, talvez esse seja o argumento ainda mais importante, é que ocasiona um período de vida de muito má qualidade. Isto é particularmente importante talvez nos casos de carcinoma obstrutivo que apresentam cerca de 25 a 30% de incidência de metástases hepáticas, o que de certo modo já limita o período de sobrevida. Se esses doentes, nesse curto período de sobrevida, viverem com uma colostomia durante pelo menos dois, três meses, e quantas vezes para o resto da sua vida, parece-me que isso lhes agrava de fato a qualidade de vida.

A colectomia, num só estágio, tem como vantagem, por ser apenas uma operação, apresen-

* Conferência realizada no 34º Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia – Rio de Janeiro, 1984

tar um mais baixo custo. Isso na verdade não oferece dúvidas, se conseguíssemos provar que na realidade não ocasiona complicações graves que prolonguem a hospitalização igualmente.

Já como desvantagens tem o argumento teórico de que aumenta os riscos operatórios. Só é possível de comparar isso em séries muito longas, randomizadas, o caminho me parece não ser eticamente defensável. Tem de fato uma desvantagem: é que só um time cirúrgico com experiência deve tentar este tipo de abordagem.

Ainda uma outra desvantagem, pelo menos teórica também, é que ocasiona uma perda da função da válvula ileocecal que se num indivíduo idoso, como é o caso da maioria das vezes em lesões obstrutivas, isso tem menos importância, no caso do doente cuja sobrevivência se pode esperar que seja de muitos anos, aí já há que pensar de fato nesse problema.

Citaremos aqui um estudo retrospectivo e aqui eu repito que na realidade não parece que seja eticamente defensável fazer um estudo retrospectivo randomizado, que são os de melhor natureza para tirar conclusões definitivas. É um estudo retrospectivo de uma série pessoal de 21 casos em que eram sete carcinomas obstrutivos do cólon direito, e aqui parece que não há muita controvérsia, quase todos concordam que deve ser esta a abordagem em carcinomas obstrutivos da sigmóide ou retossigmóide. Três doentes tinham um cólon gangrenado, dois deles por trombose mesentérica, o outro nunca conseguimos esclarecer por que razão é que o cólon direito estava gangrenado, e três por hemorragia maciça, não sendo ao certo definida a origem do sangramento, se diverticulose ou angiodisplasia do cólon.

A média de idade foi na quinta e sexta décadas de vida, e todos os doentes fizeram antibioticoterapia sistêmica. Todas as anastomoses foram efetuadas numa só camada de pontos separados, e 20 dessas anastomoses foram executadas pela técnica fechada. Foram 10 colectomias direitas, portanto, com ileotransversostomias, seis colectomias totais com uma anastomose ileorretal, extraperitoneal e quatro colectomias subtotais com anastomose ileosigmóide intraperitoneal. Todas as feridas operatórias foram primariamente fechadas e não deixamos qualquer dreno, seja intraperitoneal, seja no espaço subcutâneo no intervalo entre os pontos. Há alguns cirurgiões que preferem este tipo de abordagem.

Tivemos como complicações sépticas nesta série

uma ferida operatória infectada, e uma sepse intraperitoneal fatal por deiscência anastomótica, consequência de um erro técnico. Foi de fato um erro por nós praticado, em um homem de 75 anos. A permanência hospitalar, e isto é de salientar, foi cerca de uma semana, apenas uma doente esteve no hospital mais do que 10 dias, porque fez no pós-operatório uma oclusão por aderência do delgado.

A mortalidade total do grupo foi de dois casos, sendo o outro paciente um homem também de idade, que precisava de um marca-passo cardíaco, o qual fez um enfarte agudo do miocárdio, e não me parece que isso possa se atribuir ao fato de se ter feito uma colectomia de urgência com anastomose.

Embora isto possa considerar-se, e é de fato uma especulação teórica, parece-me razoável admitir que tirando vantagem de uma anastomose primária, removendo toda a porção comprometida do cólon e o respectivo conteúdo, e a anastomose que ao mesmo tempo facilita o fluxo intraluminal do íleo para o sigmóide ou reto, diminui as possibilidades de que uma massa fecal fique retida ao nível da anastomose porque a alteração peristáltica é a esse nível, e ser consequentemente o ponto de início de um abscesso anastomótico, perianastomótico, com a consequente deiscência. Um erro técnico mínimo pode evoluir para uma rotura no caso de haver massa fecal grosseira.

Gostaríamos então de concluir que de acordo com a nossa experiência, que uma colectomia de urgência em casos selecionados com a anastomose primária, evita uma colostomia temporária, e em estudos feitos em Detroit e publicados no "Diseases of the colon and rectum", em 1981, por Alexander Walt, não contando com a inflação até agora, o custo de uma colostomia temporária foi de 7.500 dólares. Enfim, avaliações teóricas, mas que parece que na realidade têm significado. Todos nós sabemos que o simples fechamento de uma colostomia tem uma morbidade da ordem dos 25%, isto de acordo com 30 trabalhos que foram revistos e publicados há cerca de um ano, também no "Diseases of the colon and rectum", por um autor italiano. Encontrou ainda este 15% de complicações sépticas, 5 ou 6% de fístulas, e as outras de outra natureza, não sépticas. Em nossa opinião, embora isso seja controverso, a anastomose fechada é a mais adequada para aplicação deste tipo de técnica, pois que o risco de contaminação grosseira, nesta situação, é na realidade bastante grande.