

ANASTOMOSES COLORRETAIS

Sr. Editor:

Li o trabalho "Anastomoses Colorretais. Resultados e Revisão Crítica" (Rev Bras Colo-Proct 1986; 4: 177) do Dr. Mauro Pinho e cols.

Achamos excelente o trabalho, todavia não concordamos que não exista uma técnica de sutura superior à outra.

O Departamento de Cirurgia da Unicamp tem se dedicado desde 1967, ao estudo da cicatrização, com particular ênfase ao estudo do colágeno, comparando exaustivamente todas as variedades de sutura empregadas no tubo digestivo.

Em todos estes estudos, são demonstradas inúmeras vantagens da sutura em um plano seromuscular extramucosa com justaposição das bordas e com pontos separados, descrita por Gorodiche e Jourdan (1951), sobre as demais variedades de sutura existentes, que resultam em menor incidência de deiscências de sutura e fístulas.

A nossa tese de Livre-Docência é sobre este assunto. Existe ainda um trabalho nosso publicado na Revista Brasileira de Colo-Proctologia 4(4): 228-236, 1984 sobre o emprego do bisturi elétrico nas anastomoses do intestino grosso, com detalhado estudo sobre o colágeno, com microscopia de polarização. Este trabalho ganhou o prêmio "Pitanga Santos" no 34.º Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, em 1984. Neste trabalho há extensa revisão bibliográfica que demonstra as vantagens da sutura em um plano sobre aquelas feitas em dois planos, principalmente quando as bocas anastomóticas são preparadas com bisturi elétrico.

Recomendamos ainda a leitura dos trabalhos de n.º 1, 4, 5, 12, 13, 14, 15, 18, 19 e 20, sobre o assunto. São trabalhos nacionais e merecem ser citados, havendo só na Unicamp, quatro teses sobre anastomoses no tubo digestivo e na Fac. de Medicina de Ribeirão Preto, pelo menos duas e na USP, uma, do saudoso Dr. Paulo Warde.

A bibliografia de seu trabalho cita apenas trabalhos estrangeiros omitindo completamente a literatura nacional, que é bastante rica sobre este assunto, não deixando dúvidas quanto ao melhor tipo de sutura para as anastomoses intestinais.

Sem mais,

Dr. Raul Raposo de Medeiros

RESPOSTA

Senhor Editor

Foi com grande satisfação que recebemos os comentários do Dr. Raul Raposo de Medeiros referentes ao nosso trabalho "Anastomoses colorretais. Resultados e revisão crítica", publicado nesta Revista (1986; 4: 177).

Conforme referido no título, tivemos por objetivo não apenas a apresentação de nossa casuística e seus resultados mas também realizar uma breve análise sobre os principais fatores freqüentemente relacionados à ocorrência de fístulas e deiscências anastomóticas, os quais subdividimos em intraluminares, extraluminares e parietais. Dentre estes últimos destacam-se evidentemente as inúmeras variações de técnica descritas ao longo do último século de cirurgia gastrointestinal, envolvendo a disposição das bordas (invertidas ou evertidas), pontos separados ou contínuos, fios em grande variedade, além do número de planos de sutura realizados.

Embora por vezes diametralmente opostas, cada uma destas variações encontra respaldo na literatura através de inúmeros relatos e estudos os quais, se nem sempre dispõem do rigor científico expressos em trabalhos como aqueles citados pelo Dr. Raul, representam a experiência de autores e grupos cuja opinião é merecedora de inegável respeito. Mais importante nos parece ainda o fato de que da análise de tais relatos, não raro

confrontantes, emergem resultados clínicos que podem ser considerados, como uma regra quase geral, bastante equivalentes entre si.

Assim sendo, embora respeitando a técnica considerada pelo Dr. Raul como sendo a melhor, parece-nos haver chegado o momento da compreensão de que a solução para o desafio representado pelas fístulas em anastomoses colorretais *não* será atingida através da eterna procura da técnica ideal para a sutura gastrointestinal. A este respeito, é nossa convicção que, assim como ocorre em relação ao preparo intestinal, a realização *correta* de uma anastomose, por qualquer das diversas variações de técnica cuja segurança já tenha sido assegurada ao longo dos anos, terá por objetivo apenas criar as condições básicas para que seja então iniciado o processo de cicatrização. Este sim parece ser o aspecto a merecer maior atenção, através de estudos do colágeno, aderências extrínsecas, entre outros fatores, uma vez que, sendo a fístula uma deficiência de cicatrização propriamente dita, somente através da melhor compreensão da dinâmica desta poderemos talvez vir a

reduzir o número de complicações em nossas suturas intestinais. Foi dentro deste contexto que não identificamos em nossa revisão qualquer tipo de técnica capaz de, *per si*, alterar ou influir decisivamente no panorama atual das anastomoses colorretais.

Quanto à presença unicamente de referências estrangeiras na bibliografia citada em nosso trabalho, considere-me flagrado em falta absolutamente injustificável. Como tentativa de explicação para tal ato, atribuiria este a resquícios de uma deformação xenófila que ainda compromete por vezes a visão científica e cultural em nosso país. Tal mentalidade somente poderá ser modificada através do esforço daqueles que, como o Dr. Raul, preocupam-se de forma efetiva em zelar pela valorização do trabalho nacional.

Atenciosamente,

Mauro Pinho
Serviço de Colo-Proctologia
do Hospital do Andaraí