

RESSECÇÃO E ANASTOMOSE PRIMÁRIA NA OBSTRUÇÃO NEOPLÁSICA DO CÓLON ESQUERDO COM AUXÍLIO DO PREPARO INTESTINAL PER-OPERATÓRIO

JOSÉ EDUARDO DE AGUILAR-NASCIMENTO,
TSBCP
CARVANTES CAPOROSSI
JAIR GIMENEZ MARRA
EDUARDO DE LAMONICA FREIRE

AGUILAR-NASCIMENTO JE, CAPOROSSI C, MARRA JG & FREIRE EL - Ressecção e anastomose primária na obstrução neoplásica do cólon esquerdo com auxílio do preparo intestinal per-operatório. *Rev bras Colo-Proct*, 1992; 12(1): 17-20.

RESUMO: São apresentados cinco casos de obstrução do cólon esquerdo, tratados em um só ato operatório com auxílio do preparo per-operatório do cólon com soro fisiológico associado ou não ao iodo-povidine a 5%. Não houve mortalidade operatória nem casos de deiscência da sutura anastomótica. Complicações infecciosas foram constatadas em dois casos. Os autores concluem que o método é seguro e, por isso, decidem continuar a utilizá-lo não somente nos casos de obstrução, como também nas situações onde o preparo habitual pré-operatório falhou na tentativa de oferecer um intestino limpo e adequado para a cirurgia colorretal.

UNITERMOS: obstrução intestinal; neoplasia do cólon; cirurgia colônica

O tratamento da obstrução aguda do cólon esquerdo tem sofrido algumas transformações nos últimos anos. Há uma tendência atual em se tratar a obstrução e outras emergências do cólon esquerdo em um só tempo, evitando-se o uso da colostomia (4).

Os altos índices de morbidade e de mortalidade associados com a cirurgia em um só tempo no passado (10, 11) mudaram dramaticamente para níveis semelhantes aos da cirurgia em múltiplos estágios nos últimos relatos da literatura pertinente (6, 16, 20).

A carga fecal estagnada e, sem dúvida, com grande poder infectante pode ser atualmente contornada com o emprego do preparo per-operatório do cólon ocluído. Essa

técnica, primeiramente descrita por Muir (14) e posteriormente aprimorada por Dudley e cols. (7), tem sido empregada por vários autores com mortalidade operatória variante de 0 a 17% (7, 9, 13, 15, 17-19).

No campo experimental, estudamos a cicatrização das anastomoses realizadas em vigência de obstrução aguda no cólon esquerdo (2) e também a influência do preparo per-operatório do cólon (PPOC) com solução fisiológica (1) e posteriormente com iodo-povidine a 5% nessa cicatrização (3). Foi-nos possível verificar que a utilização do PPOC com iodo-povidine determina precocemente uma melhora da cicatrização das anastomoses cólicas realizadas na presença de obstrução aguda (3).

Este trabalho tem como objetivo relatar a nossa experiência nos primeiros cinco casos de obstrução do cólon esquerdo tratados em um só tempo operatório com o emprego do PPOC, pela técnica descrita por Dudley e col. (7) ligeiramente modificada.

Técnica operatória

Todos os pacientes encontravam-se em bom ou regular estado geral e receberam fluidos intravenosos e antibióticos de amplo espectro (amicamicina + metronidazol) pré-operatoriamente, e só após foram conduzidos ao centro cirúrgico para a operação. Realizou-se em todos os casos uma vasta laparotomia mediana; após ser determinada a sede e a causa da obstrução, procedeu-se a uma punção aspirativa do cólon através da introdução cecal de uma agulha de grosso calibre, ligada a um aspirador de alta potência. A introdução dessa agulha foi realizada sobre uma das ténias do cólon e de maneira tal que, logo após o bisel ter penetrado perpen-

dicularmente na camada muscular do intestino, a trajetória da agulha era desviada de modo a que percorresse cerca de 1 cm, paralelamente à parede cólica e, em seguida, novamente em direção à luz, e finalmente penetrasse no interior do órgão.

Somente após a aspiração gasosa do cólon procedia-se a um inventário completo da cavidade abdominal. A seguir, iniciava-se a ressecção intestinal de acordo com os preceitos da cirurgia oncológica. O cólon era seccionado distalmente à sede da obstrução com margem de segurança adequada e, após as ligaduras, mobilizado para fora da cavidade abdominal. Através de uma colotomia transversa de aproximadamente 2 cm, realizada em um ponto próximo à obstrução, um tubo plástico corrugado e esterilizado, de 1,5 cm de diâmetro, era introduzido e fixado ao cólon com três ligaduras duplas de linho 0. A porção distal do tubo era conectada em saco plástico duplo de 40 litros e, da mesma maneira, bem vedada com várias ligaduras de linho 0. As flexuras hepática e esplênica eram mobilizadas para facilitar o processo de irrigação colônica. Em todos os casos o apêndice foi amputado e o ceco cateterizado com uma sonda de Foley nº 20 através do coto apendicular. O cólon era então irrigado com 8 a 10 litros de solução fisiológica a partir da sonda de Foley, sendo o efluente coletado no saco de lixo até estar claro. Nos últimos três casos (casos 1, 2 e 3), após o intestino estar limpo, o mesmo foi irrigado com 1 litro de solução fisiológica associada ao iodo-povidine a 5%. Uma vez completada a lavagem, o cólon era ressecado juntamente com o tubo corrugado e, a seguir, procedia-se à anastomose em plano único de sutura extramucosa com justa-posição de bordas com pontos separados de Vycril® 000. Rotineiramente, antes da anastomose, as bocas intestinais eram pinceladas com iodo-povidine.

A sonda de Foley era exteriorizada na fossa ilíaca direita e deixada aberta, com a finalidade de descompressão do cólon. Essa sonda era removida entre o 10º e 15º PO na enfermaria, ou no ambulatório, após a alta do paciente.

Descrição dos casos

Caso nº 1

F.M., 57 anos, feminina, branca, internada na Santa Casa de Cuiabá com quadro clínico e radiológico compatível com obstrução aguda do cólon esquerdo há dois dias. Realizou-se uma retossigmoidoscopia flexível + biópsia, que demonstrou haver uma oclusão de origem neoplásica há aproximadamente 25 cm da borda anal. Durante a laparotomia, embora a lesão fosse facilmente móvel e ressecável, já existia implantação tumoral (confirmada por biópsia) no fundo de saco de Douglas. Realizou-se o PPOC (duração = 45 minutos), seguido de ressecção e anastomose primária. O exame da peça revelou um adenocarcinoma C2, pela classificação de Dukes. A paciente evoluiu bem e a alta ocorreu no 7º dia de PO. No 18º dia de PO houve necessidade de uma punção abdominal orientada

por ultra-sonografia para drenagem de um abscesso na fossa ilíaca esquerda. Após isso, não houve intercorrências e a paciente foi encaminhada para quimioterapia. Atualmente, ela encontra-se bem no 8º mês de PO.

Caso nº 2

R.D.B., 38 anos, masculino, branco, foi admitido no Hospital Universitário Julio Muller da UFMT com quadro de dor abdominal. Após exames clínico, radiológico (radiografias simples e enema opaco) e endoscópico, foi firmado diagnóstico de subocclusão da região retossigmoidiana por um adenocarcinoma. À laparotomia, foram encontradas várias lesões metastáticas no fígado. O PPOC (duração = 80 minutos) seguido de ressecção anterior do reto e anastomose primária extraperitoneal transcorreu sem incidentes. A evolução foi satisfatória e o paciente obteve alta no 14º dia de PO. Linfonodos comprometidos com a neoplasia foram relatados pelo laudo histopatológico da peça. No 4º mês de evolução o paciente foi readmitido com carcinomatose generalizada, inclusive cutânea, vindo a falecer.

Caso nº 3

I.C., 58 anos, feminina, parda, foi internada na Santa Casa de Cuiabá com quadro clínico e radiológico de oclusão aguda do cólon esquerdo há um dia. À laparotomia, constatou-se que a obstrução era devida a uma invaginação colo-cólica determinada por um pólipó adenomatoso do sigmóide. Procedeu-se ao PPOC (duração = 30 minutos) seguido de sigmoidectomia com anastomose primária. O pós-operatório transcorreu sem intercorrências e a paciente obteve alta no 6º PO.

Caso nº 4

L.F.R., 63 anos, feminina, branca, foi admitida eletivamente na Santa Casa da Misericórdia de Cuiabá para tratamento cirúrgico de um adenocarcinoma de cólon sigmóide. No dia anterior à internação passou a sentir cólicas abdominais e parada na eliminação de gases e fezes. Com sinais clínicos de obstrução intestinal baixa, o preparo habitual com manipulação foi suspenso e durante o ato operatório realizou-se o PPOC (duração = 35 minutos), seguido da cirurgia programada. A peça foi estudada e revelou um adenocarcinoma obstrutivo de sigmóide Dukes C1. Não houve intercorrências e a alta ocorreu no 6º dia de PO. A paciente foi encaminhada para quimioterapia e encontra-se atualmente bem no 14º mês após a cirurgia.

Caso nº 5

R.C.C., 35 anos, feminina, branca, foi admitida e operada na Santa Casa de Cuiabá com quadro clínico e radiológico de obstrução aguda do cólon esquerdo. Durante a laparotomia encontrou-se como causa da oclusão um ade-

nocarcinoma de cólon descendente. Foi realizado o PPOC (duração = 60 minutos), seguido da ressecção da lesão e anastomose primária. A paciente apresentou supuração de parede no pós-operatório e recebeu alta no 11º dia de PO. O laudo histopatológico revelou um adenocarcinoma como Dukes B. Foi encaminhada e submetida a quimioterapia, porém um ano após o ato operatório foi novamente internada e submetida a uma histerectomia total + aneختomia bilateral por adenocarcinoma cístico de ovário. Submeteu-se a radioterapia e 16 meses após esta segunda operação veio a falecer com carcinomatose generalizada.

DISCUSSÃO

Nesses primeiros cinco casos de nossa experiência clínica com o PPOC, esta técnica mostrou-se eficaz na medida em que proporcionou um cólon limpo e adequado para uma ressecção intestinal, seguida de anastomose primária na vigência de obstrução cólica.

De fato, a experiência de outros autores na literatura é semelhante, estando este método associado a uma baixa mortalidade e deiscência da sutura anastomótica (7, 9, 13, 15, 17-19). Embora o estado geral de todos os casos fosse considerado bom ou regular, as condições locais antes do preparo per-operatório mostravam que o cólon proximal à obstrução estava repleto de fezes e, em alguns casos, edemaciado, porém sem isquemia.

Nesses casos de obstrução, outros autores têm definido a realização de uma colectomia total ou subtotal, seguida de íleo-reto ou íleo-sigmoidostomia (4, 5, 12). Embora bastante segura e também eficaz de acordo com os relatos já publicados, a técnica tem a desvantagem de amputar definitivamente todo o cólon. No entanto, essa operação teria a vantagem de incluir na peça de ressecção possíveis lesões sincrônicas.

Houve um acréscimo de tempo no ato operatório que variou de 30 a 80 minutos (média = 50 minutos) para a realização do PPOC. É nossa opinião, entretanto, que o tempo gasto com o preparo é compensado pela desnecessidade de se realizar uma colostomia e pela economia de atos operatórios e gastos hospitalares. A mobilização das flexuras cólicas nos pareceu ser de extrema importância na técnica à medida que facilita o fluxo da lavagem e permite o manuseio do cólon para a malaxação de fezes compactas.

Fielding & Wells (8) relatam que muitas vezes no tratamento convencional da obstrução do cólon esquerdo por meio de cirurgias estagiadas não é possível a complementação dos atos operatórios, ou seja, a ressecção da lesão obstrutiva ou o fechamento da colostomia, por razões de ordem clínica ou cirúrgica. Nos casos 1 e 2, as ressecções tiveram um caráter paliativo e, com certeza, a qualidade de vida dos pacientes foi melhorada pela técnica empregada à medida que se evitou uma colostomia e diminuíram-se os dias de hospitalização.

Não houve constatação clínica de deiscência da sutura intestinal em nenhum destes casos, porém complicações

infeciosas ocorreram em dois deles. No caso 1, apesar de um abscesso ter sido drenado na cavidade abdominal, não havia indícios de que tenha ocorrido uma fistula estercoral por deiscência.

A experiência inicial mostrou que o método é, a nosso ver, bastante seguro e satisfatório, o que nos permite continuar, adotando-o para o tratamento da obstrução do cólon esquerdo, e também estender a sua utilização para os casos em que o preparo pré-operatório não foi adequado ou falhou na tentativa de oferecer um cólon limpo para a realização de uma ressecção e anastomose seguras.

AGUILAR-NASCIMENTO JE, CAPOROSI C, MARRA JG & FREIRE EL - Primary resection and anastomosis in neoplastic obstruction of the left colon helped by per-operative on-table lavage.

SUMMARY: The authors presented five cases of left colonic obstruction treated by single operation without colostomy diversion, using on-table colonic lavage with saline solution, associated or not 5% povidone-iodine. There was no operative deaths and no cases of dehiscence of anastomotic suture. Infective complications however, occurred in two patients. It is concluded that the method is safe and therefore, they decide to keep on this protocol not only in such a cases but to employ it in situations where preoperative cleansing of the bowel has failed to offer an adequated colon for surgery.

KEY WORDS: intestinal obstruction; colonic neoplasias; colonic surgery

REFERÊNCIAS

1. Aguiar-Nascimento JE, Caporossi C, Figueiredo PC, Alves DC, Kobata CM, Chacon JC. The influence of peroperative irrigation of the obstructed left colon in the healing of primary anastomosis. An experimental study in rats. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 1990; 5(3): 57-61.
2. Aguiar-Nascimento JE, Caporossi C, Figueiredo PC, Alves DC, Kobata CM, Chacon JC. Anastomosis primaria em plano único na obstrução aguda do cólon esquerdo. *Rev Bras Colo-Proct* 1990; 10(4): 143-7.
3. Aguiar-Nascimento JE, Canteno-Neto A, Spiliotis J, Astre C, Melo LCM, Joyeux H. Influência do preparo per-operatório com polivinilpirrolidona-iodo na cicatrização da anastomose primária do cólon esquerdo obstruído. *Rev Bras Colo-Proct* 1991; 11(2): 61-6.
4. Almeida ACM, Gracias CW, Santos NM, Aldeia FJ. Abordagem cirúrgica da obstrução maligna aguda do cólon esquerdo. O declínio da colostomia. *Rev Bras Colo-Proct* 1991; 11(2): 48-54.
5. Astiz JM, Morbidelli PC, Deveaux G. Colectomia ampliada con anastomosis primaria en el carcinoma obstructivo del colon izquierdo. *Rev Argent Cir* 1984; 47: 24-7.
6. Clark J, Hall AW, Moosa AR. Treatment of obstructing cancer of the colon and rectum. *Surg Gynecol Obstet* 1975; 141: 541-4.
7. Dudley HAF, Radcliffe AG, McGeehan D. Intraoperative irrigation of the colon to permit primary anastomosis. *Br J Surg* 1980; 67: 80-1.
8. Fielding LP, Wells BW. Survival after primary and after staged resection for large bowel obstruction caused by cancer. *Br J Surg* 1974; 61: 16-8.
9. Foster ME, Johnson CD, Billings PJ, Davies PW, Leaper DJ. Intraoperative antegrade lavage and anastomotic healing in acute colonic obstruction. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 255-9.
10. Goligher JC, Smiddy FG. The treatment of acute obstruction or perforation with carcinoma of the colon and rectum. *Br J Surg* 1957; 45: 270-4.

11. Haddad J, Leonardi LS, Simonsen O, Habr-Gama A, Raia A. Obstrução intestinal por câncer dos cólons e reto (Sistematização de conduta). *Rev Assoc Med Bras* 1969; 15: 229-34.
12. Klatt GR, Martin WH, Gillespie JT. Subtotal colectomy with primary anastomosis without diversion in the treatment of obstructing carcinoma of the left colon. *Am J Surg* 1981; 141: 577-8.
13. Koruth NM, Krukowski ZW, Youngson GG. Intra-operative colonic irrigation in the management of the left sided large bowel emergencies. *Br J Surg* 1985; 72: 708-11.
14. Muir EG. Safety in colonic resection. *Proc R Soc Med* 1968; 61: 23-30.
15. Murray JJ, Schoetz Jr. DJ, Collier JA, Roberts PL, Veidenheimer MC. Intraoperative colonic lavage and primary anastomosis in nonelective colon resection. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 527-31.
16. Phillips RKS, Hittinger R, Fry JS, Fielding LP. Malignant large bowel obstruction 1985; 72: 296-302.
17. Pollock AV, Playforth MJ, Evans M. Peroperative lavage of the obstructed left colon to allow safe primary anastomosis. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 171-3.
18. Silva JH, Kerzner A, Donoso AC, Saad R, Baravieira AC. Lavagem intestinal anterógrada transoperatória na obstrução do cólon esquerdo. *Rev Col Bras Cir* 1991; 18(2): 51-54.
19. Weaver PC, Khawaja HT. Intraoperative colonic irrigation. *Br J Surg* 1986; 73: 83-4.
20. White CM, Macfie J. Immediate colectomy and primary anastomosis for acute obstruction due to carcinoma of the left colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 155-7.

Endereço para correspondência:
José Eduardo de Aguilar-Nascimento
Av. 15 de Novembro, 550
78040 - Cuiabá - MT