

CORDEIRO F, REIS JÁ, REGADAS FSP, PANDINI LC & ZILBERSTEIN B - Tribuna livre: Como eu faço. *Rev bras Colo-Proct*, 1997; 17(3): 212- 214

Como sempre, gostaríamos de agradecer aos nossos colegas a participação nesta sessão pois, sem eles, ela não existiria. Lembramos sempre que o nosso objetivo é favorecer a participação de todos, permitindo assim que emitam suas opiniões livremente.

Apesar do atraso, gostaríamos de trazer a opinião do colega Antônio Lacerda Filho, da Fac. de Medicina da UFMG, que tendo como assunto de seu mestrado "Hemorroidectomia ambulatorial sob anestesia local", traz-nos sua colaboração para o tema anteriormente publicado "CIRURGIA ORIFICAL AMBULATORIAL":

Pudemos em trabalho prospectivo realizado comprovar todos os benefícios do procedimento ambulatorial comparado com a cirurgia em regime de internação, como já salientado anteriormente, à saber:

- índice de satisfação total com o método de 84% dos pacientes;
- recuperação mais rápida e confortável dos pacientes;
- menor utilização de analgésicos (somente dipirona e diclofenaco);
- menor incidência de retenção urinária (estatisticamente significativa) e
- diminuição dos custos em mais de 50% no grupo ambulatorial.

Nós agradecemos a participação espontânea do colega mineiro e lembramos que esta é uma **TRIBUNA LIVRE** e não há necessidade de convites para que sua opinião seja discutida. Enquanto houver distintos posicionamentos dos apresentados, o tema será mantido ou retornará à discussão, porém não serão publicados os textos considerados contestatórios.

Gostaríamos ainda de solicitar aos colegas que queiram participar, que enviem sugestões de novos temas ou perguntas, bem como suas condutas nos casos discutidos.

Aqueles interessados em colaborar, manteremos sempre um canal aberto pelo fax (019)2543839 ou E.mail:scut@lexxa.com.br.

O tema desta edição será **ANASTOMOSE MECÂNICA DO RETO BAIXO** e contamos com a colaboração de 4 membros titulares da nossa Sociedade:

1. José Alfredo dos Reis Jr. (SP)
2. Francisco Sérgio Pinheiro Regadas (CE)
3. Luis Cláudio Pandini (SP)
4. Bruno Zilberstein (SP)

FERNANDO CORDEIRO, TSBCP
JOSÉ ALFREDO DOS REIS Jr. ASBCP
FRANCISCO SÉRGIO PINHEIRO REGADAS
LUIS CLÁUDIO PANDINI, TSBCP
BRUNO ZILBERSTEIN, FSBCP

1. Com o advento da cirurgia laparoscópica, a dupla sutura no reto baixo (técnica de Knight & Griffens - fechamento da ampola retal com sutura linear e anastomose término-terminal circular através da linha de sutura anterior), vem sendo cada vez mais utilizada. Apesar dos trabalhos clínicos dos autores e experimentais de outros pesquisadores, ainda hoje questiona-se o procedimento. Você utiliza a sutura mecânica no reto baixo? Esta técnica ou a anastomose direta término-terminal? Você a utiliza somente na cirurgia laparoscópica ou também na cirurgia aberta?

(José Alfredo dos Reis Jr.) - Na tentativa de preservar o aparelho esfinteriano, as anastomoses colorretais vêm sendo realizadas mais próximas da linha pectínea, o que dificulta em muito a feitura manual da bolsa distal para a anastomose com o reto ou até mesmo com o ânus.

Para facilitar este procedimento, utilizamos a técnica de dupla sutura mecânica, sendo que a mesma é quase que mandatória nas cirurgias videolaparoscópicas.

(Francisco Sérgio Pinheiro Regadas) - Utilizamos preferencialmente a técnica duplo grampeada nas anastomoses colorretais baixas, executadas tanto pela via convencional quanto laparoscópica, pois o grampeamento linear no reto baixo é tecnicamente mais fácil do que confeccionar a bolsa, permitindo ainda a realização de uma anastomose mais rápida e completamente asséptica já que não ocorre contato da luz do intestino com a cavidade peritoneal.

(Luis Cláudio Pandini)- Utilizo a sutura mecânica com duplo grampeamento (Knight & Griffens) para a anastomose colorretal baixa ou alta rotineiramente em cirurgia aberta e também na cirurgia laparoscópica.

(Bruno Zilberstein)- A sutura mecânica foi e é um grande progresso na cirurgia do reto baixo. Desde o seu surgimento a temos utilizado para estas anastomoses. Em cirurgia aberta temos realizado preferentemente a anastomose direta término-terminal, sem o duplo grampeamento. A esta anastomose mecânica, também, sempre acrescentamos um reforço com sutura manual, com alguns pontos separados de fio inabsorvível.

Com o advento da cirurgia laparoscópica passamos a empregar por necessidade técnica, o duplo grampeamento, somente empregando-o nesta modalidade.

2. Com a utilização desta técnica, você já se deparou com alguma dificuldade maior ou complicação intra-operatória? Qual?

(José Alfredo dos Reis Jr.)- As dificuldades para a realização desta técnica estão relacionadas ao tamanho da pélvis, ou seja quanto menor esta, maior a dificuldade. Isto se deve ao tamanho e angulação dos aparelhos de sutura mecânica existentes atualmente no mercado.

Quanto a complicações no intra-operatório, as de maior gravidade e importância são as fístulas e deiscências de anastomose, porém não existe diferença estatística entre as técnicas mecânicas de anastomose. Vale ressaltar que a incidência de fístulas em anastomoses baixas, próximas à linha pectínea, é maior em relação a anastomose feita no reto peritoneal.

(Francisco Sérgio Pinheiro Regadas)- No acesso convencional, temos nos deparado com dificuldade em apreender o reto baixo sobretudo na pelve masculina, devido ao excessivo tamanho (largura) do grampeador. Já no acesso videolaparoscópico, deve-se utilizar preferencialmente o grampeador linear laparoscópico articulado, pois de modo a facilitar a apreensão de 1/3 inferior do reto.

(Luis Cláudio Pandini)- As dificuldades encontradas com esta técnica são conseqüentes da liberação adequada do reto e colocação do grampeador na pelve, geralmente estreita nos pacientes do sexo masculino. Na cirurgia laparoscópica, estas dificuldades são maiores devido aos instrumentos disponíveis, apesar de grampeadores laparoscópicos articulados estarem disponíveis no mercado.

A complicação intra-operatória ocorrida na minha experiência foi devido a falha do grampeador que foi resolvida com nova sutura. É importante avaliar corretamente a espessura da parede retal para utilização correta dos grampeadores e o tamanho dos grampos para minimizar o risco de complicações anastomóticas.

(Bruno Zilberstein)- Na aplicação de duplo grampeamento ou de Knight & Griffens, não há em geral grande dificuldade com exceção dos casos de canal pélvico estreito e/ou ressecções retais muito baixas e/ou reto largo.

Em alguns casos fomos obrigados a utilizar duas linhas de sutura linear, seqüenciais; em outros casos houve necessidade de aplicar o grampeador mecânico articulado. A complicação mais importante foi a identificação de fístula ao nível da anastomose após o duplo grampeamento.

Quando identificado no intra-operatório (20% dos casos), a sutura mecânica foi complementada com sutura manual laparoscópica. Quando detectada no pós-operatório (10% dos casos) obrigou a realização de reintervenção com realização de ileostomia em 50% dos casos.

3. Você costuma utilizar alguma manobra para facilitar a anastomose? E quanto a testar a integridade da mesma, alguma manobra?

(José Alfredo dos Reis Jr.)- O "tendão de Aquiles" da cirurgia laparoscópica é a anastomose, sendo necessário a utilização de endogrampeadores para a sua realização, e devido aos limites tecnológicos destes aparelhos (falta de angulação e

dificuldade de mobilidade nas pélvis estreitas nas anastomoses colorretais baixas) utilizamos a incisão de *Pfannenstiel* para locar um grampeador linear roticulado e fechar o coto retal distal. Acreditamos que o mais importante neste tipo de anastomose é a verificação da integridade dos dois anéis intestinais (anéis estes que se encontram no grampeador circular após a realização da anastomose), porém o teste do borracheiro é de grande valia. Não acreditamos que um exame endoscópico (colonoscopia) seja de grande utilidade, devido principalmente à dificuldade de manutenção de uma aparelhagem complexa e cara como esta à disposição no centro cirúrgico.

(Francisco Sérgio Pinheiro Regadas)- Após realizada a anastomose, observamos rotineiramente a integridade dos "donuts". Caso não apresentem-se íntegros, testamos a integridade da anastomose através da introdução de solução de azul de metileno através do ânus, após clampeamento do cólon numa posição proximal à anastomose.

(Luis Cláudio Pandini)- Nas anastomoses colorretais baixas, a liberação do reto e a limpeza do meso-retos, são manobras necessárias para o fechamento seguro do reto. Podemos também utilizar a compressão do períneo pelo auxiliar, o que facilita a exposição e elevação do reto durante sua secção. Pode-se também utilizar a técnica de eversão do reto com grampeamento externo tanto em cirurgia aberta como laparoscópica. A técnica de duplo grampeamento facilita a realização das anastomoses colorretal baixa e colo-anal. Na cirurgia laparoscópica, o grampeador introduzido pelo trocater supra-púbico facilita a secção do reto. Pelo trocater colocado na fossa ilíaca direita, esta secção é feita de forma angulada, o que teoricamente pode ocasionar isquemia das extremidades. A anastomose é testada com a verificação da integridade dos anéis e manobra do borracheiro. Eventualmente, utilizo o teste do azul de metileno. Apesar de todos os testes intra-operatórios não mostrarem vazamento, deiscência da anastomose pode ocorrer no pós-operatório.

(Bruno Zilberstein) - Sempre realizamos o teste da anastomose, inicialmente empregando a insuflação de ar contra meio líquido e em caso de suspeita, injeção de azul de metileno trans-retal.

4. Com o uso desta técnica você observou alguma alteração no seu número eventual de deiscências ou fístulas? E quanto ao fato da utilização da via laparoscópica?

(José Alfredo dos Reis Jr.) - Não. Não houve mudanças significativas na incidência de deiscências ou fístulas. Quanto ao emprego na cirurgia laparoscópica esta técnica propicia um menor tempo operatório com menor contaminação da cavidade peritoneal, sendo este tipo de anastomose o mais realizado na cirurgia colorretal por videolaparoscopia.

(Francisco Sérgio Pinheiro Regadas) - Em nossa experiência, a utilização da técnica de anastomose duplo-grampeada reduziu a incidência de fístulas e deiscências anastomóticas. Em 71 anastomoses colorretais executadas através do acesso videolaparoscópico, ocorreram fístulas em 7% e nenhum caso de deiscência anastomótica.

(Luis Cláudio Pandini) - Alguns trabalhos na literatura têm mostrado risco de deiscência devido à isquemia e problemas nas suturas, principalmente na interposição dos grampos. Não tenho observado aumento no índice de deiscências ou fístulas com a utilização da técnica de duplo-grampeamento tanto na cirurgia aberta quanto na cirurgia laparoscópica. Nesta última, o índice de deiscências e fístulas é de 4%, sendo a metade dos casos em pacientes com reto previamente irradiado. A realização da anastomose bem vascularizada, sem tensão, com limpeza adequada do meso-reto associada à utilização correta dos grampeadores tornam este tipo de sutura prática e segura.

(Bruno Zilberstein) - Como assinalamos anteriormente, empregamos esta técnica de duplo-grampeamento apenas por via laparoscópica, e nesta situação de fato encontramos aumento expressivo no número de deiscência e fístulas.

5. Algum comentário?

(José Alfredo dos Reis Jr.) - A anastomose por sutura mecânica é indiscutivelmente um grande avanço na cirurgia colorretal, porém deve ser realizada com esmero e obedecendo os preceitos técnicos:

- isolamento da parede intestinal, com "limpeza" da gordura perirretal;
- verificar a integridade da vascularização na região a ser anastomosada;
- evitar tensão na anastomose intestinal;
- certificar que toda a extensão da parede intestinal esteja contida no aparelho de sutura linear mecânica;
- adequação do calibre do aparelho de sutura mecânica circular e o diâmetro da alça intestinal;
- verificar a integridade dos anéis intestinais retirados do aparelho de sutura mecânica circular, e
- realização do teste borracheiro.

(Francisco Sérgio Pinheiro Regadas) - Apesar do maior custo financeiro quando a adoção da técnica grampeada, devido ao uso de um grampeador linear, parece-nos ser plenamente justificável a sua utilização devido constituir-se numa anastomose mais rapidamente confeccionada, mais segura tecnicamente e apresentando menor risco de infecção.

(Bruno Zilberstein(SP)). Acreditamos que tanto a sutura mecânica quanto a via laparoscópica, vieram para ficar, porém os resultados são diretamente proporcionais ao adestramento técnico da equipe cirúrgica e da qualidade dos materiais à disposição. Neste momento, a cirurgia laparoscópica proctológica está sendo ainda culturada, havendo pouco serviços com casuísticas expressivas. Este é fator a ser considerado na avaliação de eventuais complicações.

Em segundo lugar, os materiais da linha de grampeadores mecânicos descartáveis, deixam ainda muito a desejar. Este fator também não deve ser negligenciado e, portanto, todo cuidado é pouco.

(Fernando Cordeiro) - Como este assunto nos é bastante significativo em virtude de nosso trabalho de pós-graduação, além das interessantes respostas dos nossos convidados, eu gostaria de deixar talvez uma contribuição que merece ser observada. Habitualmente os testes são realizados após a anastomose completa pensando-se quase que exclusivamente na circular. Acontece que talvez devamos realizá-los após o fechamento linear do coto retal para concluir pela segurança da mesma, pois a insuflação aérea ou com azul de metileno não consegue por vezes distender completamente o segmento retal e por consequência o ponto frágil na sutura linear, as extremidades.

Esta rodada de perguntas e respostas encerra esta sessão da **TRIBUNA LIVRE: COMO EU FAÇO**. Agradecemos novamente a inestimável colaboração dos colegas.

Este tema é amplo e nossa intenção é a de dar um rápido enfoque do tratamento da enfermidade em vários locais alcançados por nossa Sociedade.

Se você tem alguma opinião divergente ou gostaria de completar aquilo que foi aqui referido, faça como o colega mineiro, escreva-nos.

Gostaríamos de ter sua participação efetiva, independente de sua titulação dentro da sociedade, e mais uma vez agradecer àqueles que de maneira tão rápida, gentil e extremamente concisa colaboraram para manter acesa conosco a chama desta **TRIBUNA**.

Novamente, o nosso faz : **(0192)43839** e
E.mail: **scut@lexxa.com.br**. - Participe. **Fernando Cordeiro**