
HEMICOLECTOMIA DIREITA COM ANASTOMOSE ÍLEO-CÓLICA POR DUPLO GRAMPEAMENTO LINEAR (DGL). TÉCNICA E RESULTADOS

MARCELO RODRIGUES BORBA, ASBCP
CARLOS WALTER SOBRADO, TSBCP
DON ROBERT READ
SAUL SOKOL, HSBCP

BORBA MR, SOBRADO CW, READ DR & SOKOL S - Hemicolectomia direita com anastomose íleo-cólica por duplo grampeamento linear (DGL). Técnica e resultados. *Rev bras Colo-Proct*, 1995;15(4): 164-167

RESUMO: Os autores apresentam os resultados obtidos em 40 doentes submetidos a hemicolectomia direita com anastomose íleo-cólica látero-lateral por duplo grampeamento linear no período de abril de 1992 a março de 1995. As indicações para esta cirurgia foram: carcinoma de ceco (23), carcinoma de ascendente e transversal proximal (4), grandes adenomas vilosos de ceco (6), doença de Cröhn (6) e carcinoma do apêndice (1). Não ocorreram complicações intra-operatórias, pós-operatórias foram observadas em 12 doentes (30%), sendo que em apenas 2 [fístula enterocutânea (1) e hemorragia digestiva baixa (1)] relacionadas com a anastomose. Não ocorreram óbitos na presente casuística. Concluem que esta técnica é simples, rápida, segura, e acompanhada de baixos índices de complicações anastomóticas, sendo uma boa opção a ser utilizada para reconstruir o trânsito após hemicolectomia direita.

UNITERMOS: hemicolectomia direita; anastomose íleo-cólica; anastomose mecânica; técnica cirúrgica

A colectomia direita com anastomose íleo-cólica é operação de eleição para lesões situadas no íleo terminal e cólon direito, se constituindo em procedimento operatório frequente na prática clínica.

Esta anastomose íleo-cólica pode ser realizada de várias maneiras: término-terminal, término-lateral e látero-lateral assim como pode ser feita de forma manual ou mecânica, de acordo com as condições técnicas locais e da experiência do cirurgião.

Apesar de constituir em procedimento comum, não é isento de complicações e que são geralmente decorrentes da desproporção existente entre as bocas ileal e cólica. Objetivando diminuir as complicações anastomóticas, e o tempo cirúrgico, no final da década de 60, foram desenvolvidos aparelhos (grampeadores) para realização de suturas mecânicas, que desde então foram utilizados na cirurgia gastrointestinal^(5, 7).

Anos mais tarde vários relatos foram feitos mostrando os benefícios alcançados com a utilização da sutura mecânica em comparação com a manual, especialmente quando se avalia a recidiva tumoral ao nível da anastomose^(1, 4).

Em vista desses relatos e visando a realização de uma anastomose íleo-cólica segura, rápida e com baixo índice de complicações, os autores advogam a realização de anastomose íleo-cólica látero-lateral com duplo grampeamento linear.

A experiência inicial com esta técnica de anastomose mecânica, após utilização em 40 pacientes é aqui discutida, dando ênfase à técnica cirúrgica e resultados.

Técnica

Após acesso a cavidade abdominal procede-se a mobilização do íleo, ceco cólon ascendente e transversal, com posteriores ligaduras vasculares no mesocólon e mesentério, delimitando os locais no íleo e no cólon transversal onde será realizada a anastomose. Em seguida são aproximadas as duas áreas a serem anastomosadas, sendo dados dois pontos transversais nas bordas contra-mesentéricas do íleo e do cólon (Fig. 1). Em seguida é introduzido o aparelho GIA[™] 90 sendo o mesmo fechado e disparado, realizando a anastomose látero-lateral entre o íleo e o cólon (Fig. 2). O aparelho é retirado, e em seguida com duas pinças de babcock oclui-se o orifício das enterotomias.

Após a colocação de nova carga no grampeador GIA™ 90, o mesmo é colocado perpendicularmente ao íleo e ao cólon para fechamento de suas paredes e retirada da peça cirúrgica (Fig. 3), sendo realizada uma anastomose íleo-cólica látero-lateral (Fig. 4).

No momento da colocação do grampeador linear para realização do segundo disparo, deve-se tomar o cuidado de não deixar as linhas de sutura (grampos) anterior e posterior na mesma direção, o que pode acarretar a oclusão ou suboclusão da anastomose. Portanto, com auxílio de duas pinças de babcock deve-se deslocar lateralmente as linhas de sutura, deixando deste modo as linhas de sutura em planos diferentes (Fig. 5).

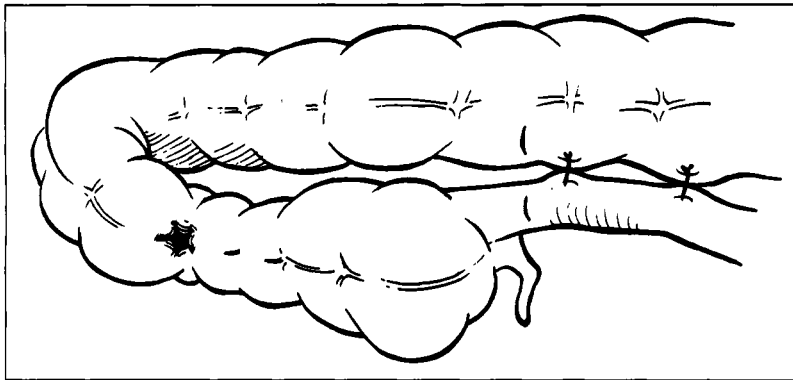


Fig. 1 - São dados 2 pontos para aproximar o íleo e o cólon transverso no local escolhido para realizar a anastomose. Em seguida são realizadas duas enterotomias para introdução do aparelho.

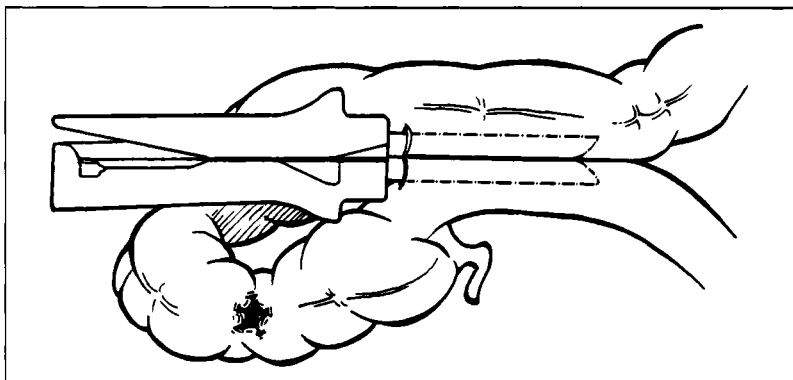


Fig. 2 - O aparelho GIA™ 90 é introduzido por meio das enterotomias, sendo em seguida disparado, com realização de anastomose íleo-cólica látero-lateral.

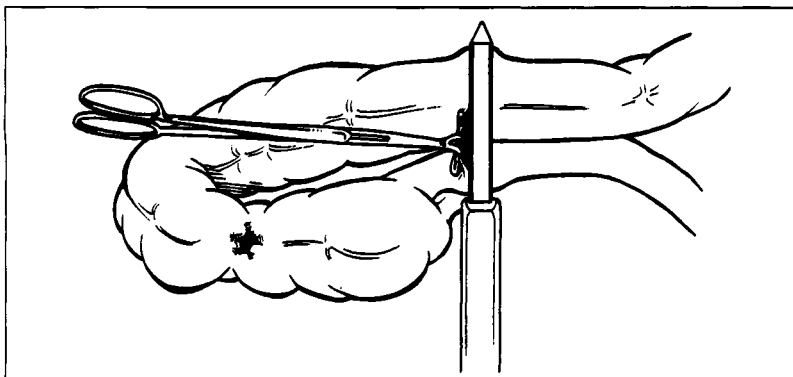


Fig. 3 - Com o auxílio de pinças de babcock ocluem-se as enterotomias. O aparelho GIA™ 90 com nova carga é posicionado perpendicularmente ao íleo e cólon transverso sendo efetuado novo disparo.

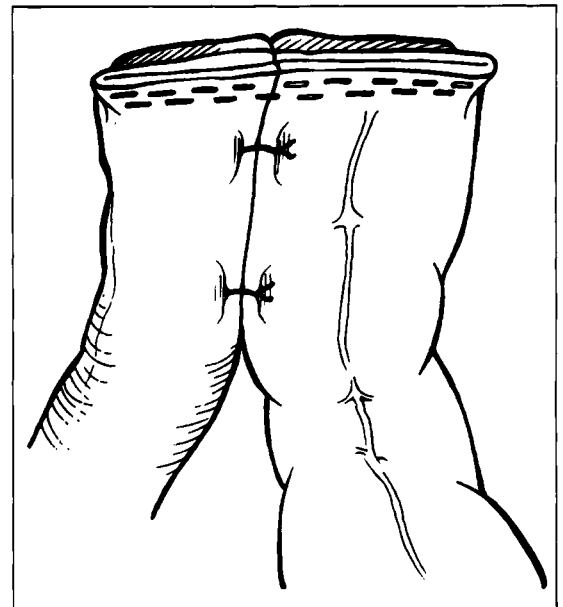


Fig. 4 - Aspecto final após a realização da anastomose íleo-cólica látero-lateral por duplo grampeamento linear.

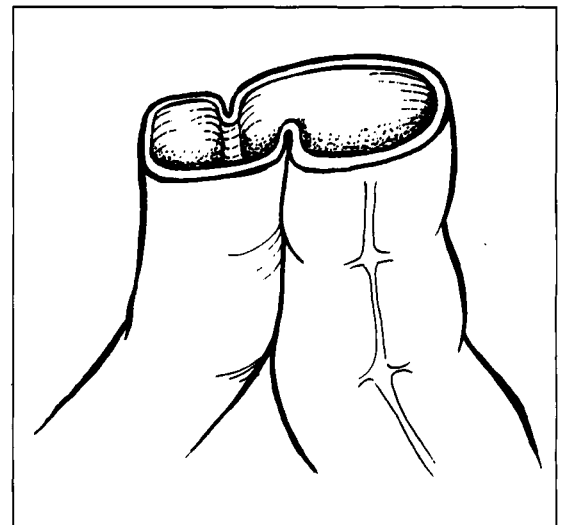


Fig. 5 - Aspecto final da anastomose mecânica onde visualizam-se as linhas de sutura mecânica em planos diferentes.

PACIENTES

A anastomose íleo-cólica por duplo grampeamento foi utilizada em 40 doentes no período de abril de 1992 a março de 1995.

A idade variou de 24 a 87 anos, sendo a média de 65. Dezoito pacientes eram do sexo masculino.

As condições para estas operações foram:

- carcinomas de ceco, 23;
- carcinomas de ascendente e transverso proximal, 4;
- grandes adenomas vilosos, 6;
- doença de Cröhn, 6 e
- carcinoma de apêndice, um doente.

Em 31 desses doentes a colectomia direita foi realizada através da laparotomia e em nove

por videolaparoscopia com anastomose extra-corpórea em todos.

O material utilizado para esta anastomose mecânica foi o aparelho permanente GIA[™] 90 e duas cargas.

Antibioticoterapia profilática foi utilizada em todos os pacientes, através da administração de cefoxitina na indução anestésica e mantida por 24 horas.

RESULTADOS

Todos os pacientes foram seguidos e avaliados por período não inferior a quatro meses. Não foram observadas complicações intra-operatórias.

As complicações pós-operatórias ocorreram em 12 doentes (30%), sendo em sua grande maioria de simples resolução (Tabela 1).

Tabela 1 - Complicações gerais x anastomose íleo-cólica por DGL.

Tipos de complicações	Nº	%
Infecção de parede	4	33,3
ITU	3	25,1
BCP	2	16,7
Hemorragia digestiva	1	8,3
Celulite MMII	1	8,3
Fístula enterocutânea	1	8,3
Total	12	100

Apesar do seguimento não ser longo, média de 14 meses, não ocorreram casos de recidiva tumoral ao nível da anastomose. Com relação as complicações anastomóticas, em apenas um caso foi diagnosticada fístula entero-cutânea tardia, sendo necessária reintervenção para sua correção. Este paciente faleceu após 14 meses por carcinomatose. Um outro paciente apresentou sangramento retal acompanhado de dor abdominal no pós-operatório, sendo necessária transfusão sanguínea além de medidas clínicas; apresentando boa evolução e alta hospitalar no 10º PO.

Não ocorreram óbitos no presente estudo.

DISCUSSÃO

A colectomia direita é uma operação indicada para patologias neoplásicas ou inflamatórias localizadas no íleo terminal e cólon ascendente, podendo ser realizada tradicionalmente por meio de laparotomia (via aberta) ou como tem sido utilizado mais recentemente por meio de videolaparoscopia.

A anastomose íleo-cólica pode ser feita manualmente ou

mecânica por meio de grampeadores (staplers), não sendo isenta de complicações que são geralmente decorrentes da desproporção existente entre os diâmetros do íleo e cólon transversal. Há quase três décadas a anastomose mecânica vem sendo utilizada na cirurgia gastrointestinal, objetivando minimizar o índice de complicações anastomóticas e facilitar sua feitura, assim como diminuir o tempo gasto para sua realização^(5,7).

Com o desenvolvimento tecnológico, novos aparelhos lineares e circulares para anastomose intestinal foram produzidos, diminuindo seu custo e facilitando sua utilização.

Os bons resultados observados com a anastomose mecânica na cirurgia colorretal, com baixos índices de complicações anastomóticas, associado a diminuição do tempo cirúrgico, fez com que essa modalidade técnica ganhasse grande divulgação⁽⁹⁾.

Estudo multicêntrico prospectivo randomizado com 440 doentes submetidos a colectomia direita por carcinoma comparando as anastomoses mecânica e manual, revelou índices menores de fístulas para os casos submetidos a anastomose mecânica (2,8 x 8,3%)⁽³⁾.

Outras publicações relatam que a anastomose mecânica é acompanhada de menor índice de recidiva ao nível da anastomose assim como apresentam menores taxas de complicações anastomóticas^(2,3,8), fazendo com que a cirurgia intestinal com o auxílio de grampeadores ganhe grande impulso.

Em nosso material o índice de complicações foi baixo, assim como não houve recidiva tumoral ao nível da anastomose, em que pese o tempo de seguimento médio de apenas 14 meses. Outra vantagem facilmente verificada é o menor tempo cirúrgico gasto quando a anastomose é realizada de forma mecânica e pela técnica de duplo grampeamento linear.

Estudo multicêntrico prospectivo randomizado foi realizado em 113 pacientes submetidos a anastomose colorretal, sendo 59 manual e 54 mecânica, e revelou que o tempo gasto para fazer a anastomose grampeada era menor (30 min x 42 min), sendo estaticamente significativo⁽⁸⁾.

Deve ser ressaltado que o custo da anastomose com grampeador é maior, porém a técnica aqui descrita utiliza apenas duas cargas com grampeador linear permanente, ao invés de três ou quatro cargas como descrito em outras publicações^(3,7).

A economia proporcionada pelo menor tempo cirúrgico e anestésico, e pela provável menor taxa de complicações anastomóticas, pode compensar este custo superior das suturas mecânicas.

Gostaríamos de ressaltar que esta técnica de anastomose mecânica por duplo grampeamento linear é simples, segura, e acompanhada de baixos índices de morbidade, constituindo-se em uma boa opção para realização de anastomoses intestinais.

BORBA MR, SOBRADO CW, READ DR & SOKOL S - Ileo-colonic anastomosis with a linear cutting stapler following right hemicolectomy. Technique and results.

SUMMARY: In this paper we report our initial experience with right colectomy and ileo-colonic anastomosis performed with a linear cutting stapler device. Between april 1992 and march 1995 forty patients underwent right colectomy for cecal cancer (N = 23) right colon cancer (N = 4), cecal villous adenomas (N = 6), Cröhn's disease (N = 6) and cancer of the appendix (N = 1). There were no intraoperative complications nor mortalities. Postoperative complications occurred in twelve patients (30%), from these only two (5%) were related to the surgical technique (1 hemorrhage and 1 fistula). We conclude that this method is a safe and simple procedure. Based on our initial experience with this simplified technique of stapled anastomosis we propose that linear stapler-aided right colectomy be used as an alternative modality for right colonic surgical diseases.

KEY WORDS: right hemicolectomy; ileo-colonic anastomosis; stapler anastomosis; surgical technique

REFERÊNCIAS

1. Akyol AM, McGregor JR, Galloway DJ, Murray G, George WD. Recurrence of colorectal cancer after sutured and stapled large bowel anastomosis. *Br J Surg* 1991; 78: 1297-300.
2. Kyzer S, Gordon PH. The stapled functional end-to-end anastomosis following colonic resection. *Int J Colorectal Dis* 1992; 7: 125-31.
3. Kracht M, Hay JM, Fagniez PL, Fingerhurt A. Ileocolonic anastomosis after right hemicolectomy for carcinoma: stapled or hand-sewn? A prospective, multicenter, randomized trial. *In J Colorectal Dis* 1993; 8: 29-33.
4. McGregor JR, Galloway DJ, McCulloch P, George WD. Anastomotic suture materials and implantation metastasis. *Br J Surg* 1989; 76: 331-4.
5. Ravitch MM, Rivarola A. Enteroanastomosis with an automatic instrument. *Surgery* 1966; 59: 270-3.
6. Stapled anastomosis and colon cancer recurrence (editorial). *Lancet* 1992; 340: 276-7.
7. Steichen FM. The use of staplers in anatomical side-to-side and functional end-to-end enteroanastomosis. *Surgery* 1968; 64: 48-53.
8. The French Associations for Surgical Research; Fingerhurt A, Elhadad A, Hay JM, Lacaine F, Flamant Y. Infraperitoneal colorectal anastomosis: hand-sewn versus circular staples. A controlled clinical trial. *Surgery* 1994; 116: 484-90.
9. Weakley FL, Wilk PJ. Stapling in intestinal surgery. *South Med J* 1982; 75: 1318-22.

Endereço para correspondência:

Marcelo Rodrigues Borba
Rua Teodoro Sampaio, 352, cj. 103
05406-000 - São Paulo - SP