

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DE TÉCNICA OPERATÓRIA NA CIRURGIA DO INTESTINO DELGADO

Alaor Teixeira *
Teresinha M. C. Teixeira *

INTRODUÇÃO
GENERALIDADES
ENTERORRAFIAS
ENTEROTOMIAS
ENTEROSTOMIAS
RESSECÇÕES INTESTINAIS
MOBILIZAÇÕES INTESTINAIS
EM UROLOGIA

Introdução

As estatísticas realizadas nos serviços cirúrgicos demonstraram que a maioria das laparotomias efetuadas tem como objetivo intervir em patologia assentada ao nível do intestino delgado. Importante se torna, pois, o estudo dos principais procedimentos técnicos a serem indicados e utilizados no decorrer do transoperatório, visando a manipulação cirúrgica do referido segmento do tubo digestivo.

Generalidades

I — ANATOMIA

O intestino delgado reveste a forma de um tubo com diâmetro uniforme, medindo aproximadamente 7 metros de comprimento, dispondo-se em forma enovelada na sua maior porção e ocupando significativa área do andar inframesocólico do abdome. Inicia — na sua con-

tinuidade com o saco gástrico — ao nível do piloro gastro-duodenal e se termina — no ponto de implantação do colon — pelo piloro íleoc-ceco-cólico. Característicos morfo-funcionais permitem dividi-lo em 3 partes: **Duodeno**, **Jejuno** e **Ileo**.

1 — **Duodeno**: representa a primeira porção do intestino delgado, está situado parte no andar supra e parte no andar inframesocólico, 3/4 do mesmo extra-retroperitoneal. A observação apresenta-se com a forma de um C ou de uma ferradura, na qual se podem identificar 4 porções: 1ª **porção**, horizontal, móvel e intraperitoneal, segue-se imediatamente ao estômago. Apresenta importantes relações com a face inferior do fígado e com o pedículo hepático; 2ª **porção**: vertical, extra-retroperitoneal apresenta como dado morfológico de importância a ampola de Vater — ponto ao nível do qual desaguam no tubo digestivo os ductos colédoco (fígado) e Wirsüng (pâncreas) — localizada ao nível do bordo côncavo do duodeno; 3ª **porção**: com orientação ascendente, extra-retroperitoneal, é a continuação anatômica da 2ª porção e delimita-se com a 4ª porção ao nível da pinça aorto-mesentérica (formada pela mesentérica superior com o tronco da aorta abdominal); 4ª **porção**: ainda extra-retroperitoneal, estende-se da pinça aorto-mesentérica até o ponto

* Professor Titular de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental — FMPP/UFRGS. Chefe do Departamento de Cirurgia.

** Auxiliar de Ensino da Disciplina de Técnica Operatória — FMPP/UFRGS.

ao nível do qual o intestino volta a ser intraperitonal — ângulo/musculo de Treitz. A partir do mencionado ângulo segue-se o Jejuno. A ferradura duodenal abraça a cabeça do pâncreas e tem importantes relações pela sua face dorsal com o rim e pedículo renal D. A Figura nº 1 documenta, de forma esquemática, o comportamento anatómico do duodeno.

2 — Jejuno: inicia ao nível do ângulo de Treitz e constitui aproximadamente os 2/5 do enovelamento intestinal. Apresenta-se mais vascularizado do que o ileo e a sua luz geralmente encontra-se vazia. O segmento jejunal que vai do ângulo de Treitz até aproximadamente 20 cm representa o que se denomina em cirurgia de **Alça Curta**, e a sua fixação ao nível da parede posterior do abdomen — ao nível do Treitz — o identifica também como **Alça Fixa**.

3 — Ileo: também denominado intestino delgado propriamente dito, o ileo ocupa os 3/5 da porção enovelada intestinal. Continuando-se ao Jejuno, termina ao nível do colon pelo piloro ileo-cecólico.

Vascularização: A irrigação arterial do intestino delgado se estabelece por intermédio de duas fontes principais: a) pelo tronco gastro-duodenal (ramo terminal da artéria hepática comum) o qual origina as artérias pancreático-duodenais superiores, responsáveis pela irrigação do duodeno + cabeça do pâncreas; b) pela artéria mesentérica superior, a qual origina as artérias pancreático-duodenais inferiores e as arcadas vasculares jejuno-ileais. A circulação de retorno se estabelece pelas veias que vão ori-

ginar a veia porta hepática, a qual tem o seu tronco sediado ao nível do pedículo hepático. A irrigação vascular da parede intestinal é riquíssima, como se pode verificar na arteriografia divulgada pela Figura nº 2. O território vascular da mesentérica superior está esquematizado na Figura nº 3.

Divertículo de Meckel: Na fase fetal da evolução ontogenética de nosso organismo, existe um conduto — ducto onfalo-mesentérico — o qual relaciona, no referido período evolutivo, a luz do primitivo tubo digestivo com a placenta. Em condições normais, o referido ducto desaparece no nascimento. Pode suceder, no entanto, por um mecanismo etiopatogênico até o presente não esclarecido — que o mencionado ducto persista no indivíduo após o nascimento. A persistência — que pode ser total ou parcial — determina a existência de um pequeno divertículo que se assesta ao nível do ileo terminal (de 20 a aproximadamente 100 cm antes do piloro ileo-cecólico) e que pode causar problemas patológicos de significação, não somente pela possibilidade de infecção (diverticulite) como também pela heterotopia tissular (mucosa gástrica) de que é constituído. Quando a persistência é completa, verifica-se a presença de líquido intestinal ao nível da cicatriz umbelical. A Figura nº 4 identifica, de forma esquemática, as principais eventualidades que podem ser verificadas na prática e, na Figura nº 5 observamos uma peça cirúrgica correspondente a um caso de Meckel com conexão umbelical, cujo cordão fibroso induziu um estrangulamento de alças ileais e o estabelecimento clínico de um quadro abdominal agudo.

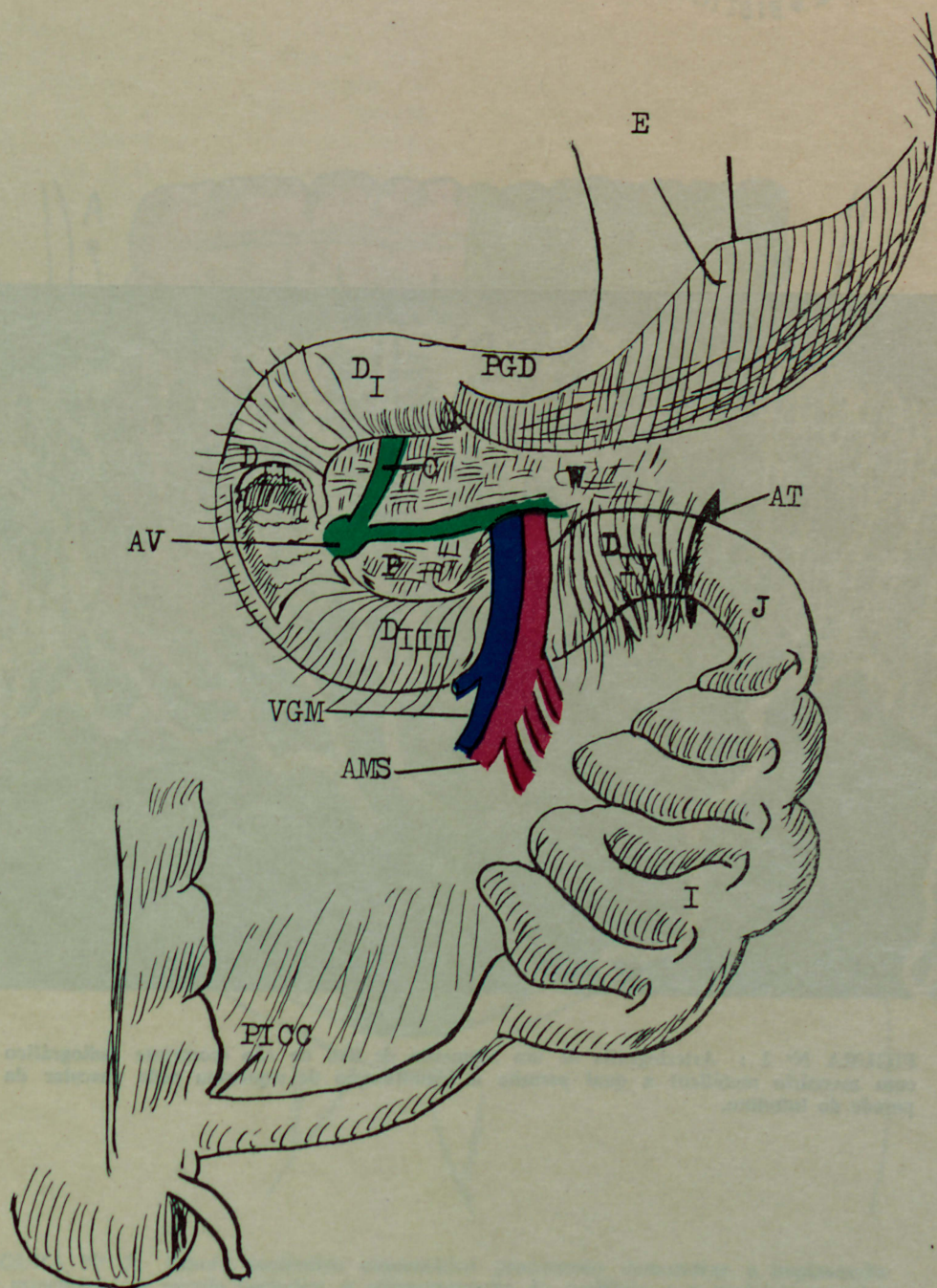


FIGURA Nº 1: Estudo anatômico esquemático do intestino delgado (o estômago foi levantado cranialmente e o colon transversal e seu meso retirado). Verificamos: E = estômago; PGD = piloro gastro-duodenal; D_I, D_{II}, D_{III} e D_{IV} = 1ª, 2ª, 3ª e 4ª porções do duodeno; C = coledoco; W = Wirsüng; AV = ampola de Vater; P = cabeça do pâncreas; AT = ângulo de Treitz; J = Jejuno; VGM = veia grande mesaraica; AMS = artéria mesentérica superior; I = íleo; PICC = piloro íleo-ceco-cólico.

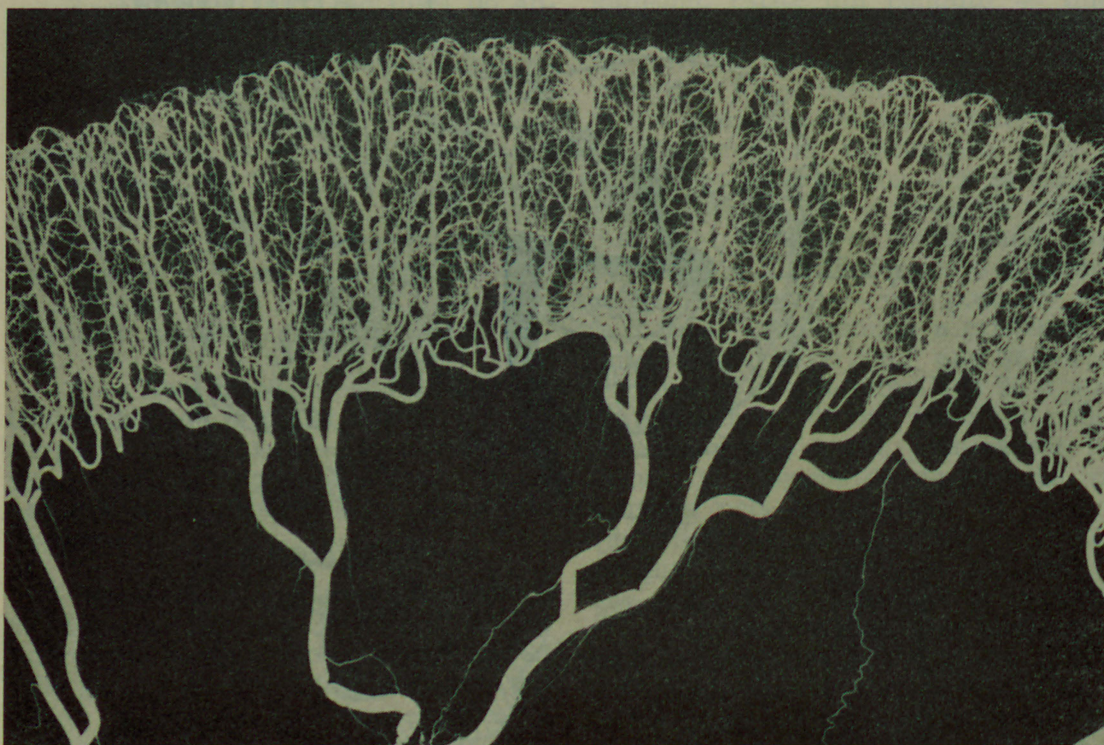


FIGURA Nº 2 : Arteriografia de um segmento de íleo de cão (contraste radiográfico com mercúrio metálico) a qual permite a identificação de riquíssima rede vascular da parede do intestino.

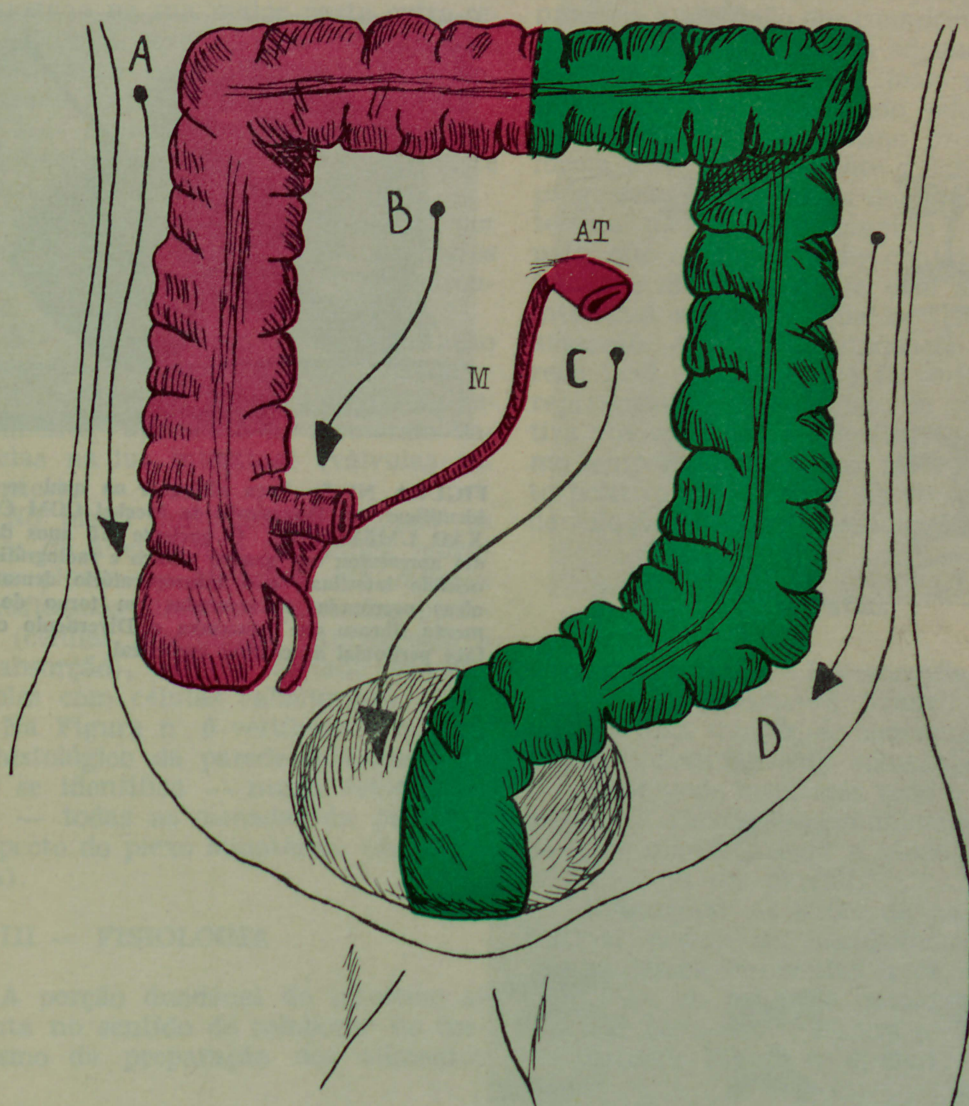


FIGURA Nº 3: Estudo anatômico esquemático procurando demonstrar a implantação do mesentério na parede posterior, o comportamento do peritônio e o território vascular dos vasos mesentéricos. Observamos: EM VERMELHO: território da artéria mesentérica superior; EM VERDE: território da artéria mesentérica inferior; AT = ângulo de Treitz; M = mesentério; A = goteira parieto-cólica; B = espaço mesentérico-cólico D; C = espaço mesentérico-cólico E; D = goteira parieto-cólica E.

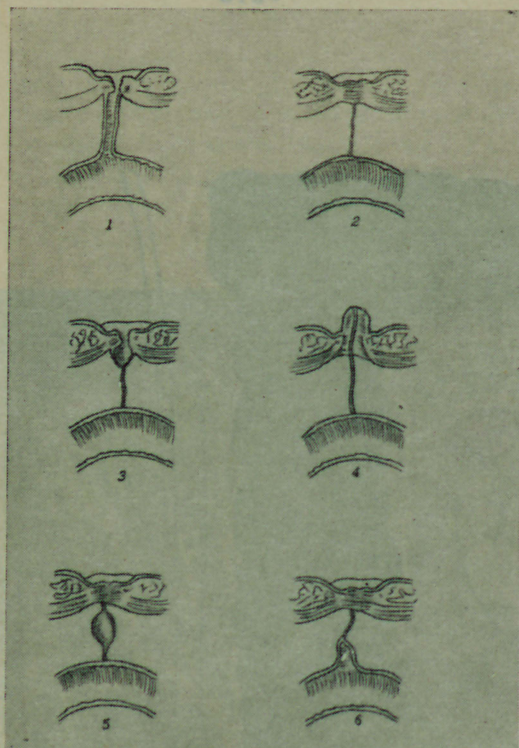


FIGURA Nº 4: Formas anatômicas com que o conduto ônfalo-mesentérico (Divertículo de Meckel) persistente pode ser identificado: EM CIMA, variações morfológicas com conexão umbelical; EM BAIXO, persistência do ducto sem conexão umbelical.

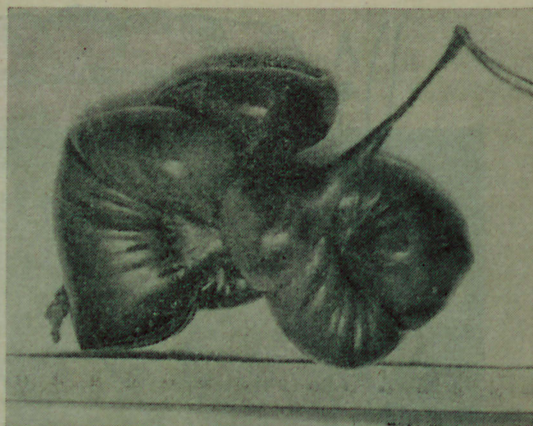


FIGURA Nº 5: Peça cirúrgica na qual se pode identificar um Divertículo de Meckel COM CONEXÃO UMBELICAL. O paciente (10 anos de idade) apresentou um quadro clínico e radiográfico de oclusão intestinal, e o transoperatório demonstrou alças necrosadas encarceradas em torno do ligamento fibroso que conectava o Divertículo com a face peritoneal da cicatriz umbelical.

II — HISTOLOGIA:

Excetuando o duodeno, o intestino delgado é constituído por quatro túnicas perfeitamente bem delimitadas, as quais são, de fora para dentro: **Serosa, Muscular, Submucosa e Mucosa**. Sendo o duodeno na sua maior parte extra-retroperitoneal (excessão da 1ª porção), o revestimento peritoneal somente é encontrado ao nível de sua face ventral.

1 — **Serosa**: tecido epitelial de revestimento (mesotélio) a serosa reveste externamente o tubo digestivo.

2 — **Muscular**, representada por duas capas, a externa, fibras musculares longitudinais, e a interna, fibras circulares.

3 — **Submucosa**, com orientação longitudinal, ricamente vascularizada.

4 — **Mucosa**, tecido epitelial de revestimento, apresenta-se formando saliências na luz intestinal (válvulas conniventes).

No plano muscular verificamos os plexos de Auerbach, e na túnica mucosa os plexos de Meissner. Na mucosa identificamos ainda as glândulas parietais (células granulares, caliciformes e de absorção), vilos e epitélio colunar simples com células caliciformes.

Na Figura nº 6 verificamos o estudo histológico da parede intestinal, no qual se identifica — numa fotomontagem — todas as camadas da parede e o aspecto do plexo mientérico (de Auerbach).

III — FISILOGIA

A porção duodenal do intestino se orienta no sentido de colaborar no mecanismo de preparação dos alimentos

para que se tornem aptos a serem absorvidos pelo nosso organismo. Ao nível do mesmo desaguam os sucos digestivos biliares e pancreáticos que colaboram de forma altamente eficaz para a degradação dos alimentos nos seus constituintes primários. Ao nível do Jejuno/Ileo se processa a absorção dos constituintes nutritivos intraluminares já adequadamente tratados nas porções mais altas do tubo digestivo. O conteúdo jejuno/ileal é líquido e o peristaltismo procura de forma ativa não somente colaborar na progressão intraluminal do conteúdo intestinal mas também propicia condições para que o mesmo tome contato continuada e alternadamente com a parede intestinal a fim de que se verifique a absorção. A rica vascularização da parede ileal e jejunal que se verifica é a representação morfológica da significativa absorção que se verifica e, ao mesmo tempo, representa um fator altamente positivo na cirurgia de reconstrução de soluções de continuidades parietais.

Enterorrafias

Conceituamos Enterorrafia como sendo o procedimento técnico visando corrigir uma solução de continuidade da parede intestinal. Esta solução de continuidade pode interessar todo o revestimento da parede — comunicando a luz do tubo digestivo com a cavidade peritoneal — ou ser parcial.

Indicações: As lesões da parede intestinal podem ser condicionadas por traumatismos, ferimentos (faca, arma de fogo, etc.), ou por uma patologia intraluminal (ascaridíase Figura nº 7, tumores parietais, Figura nº 8, etc.).

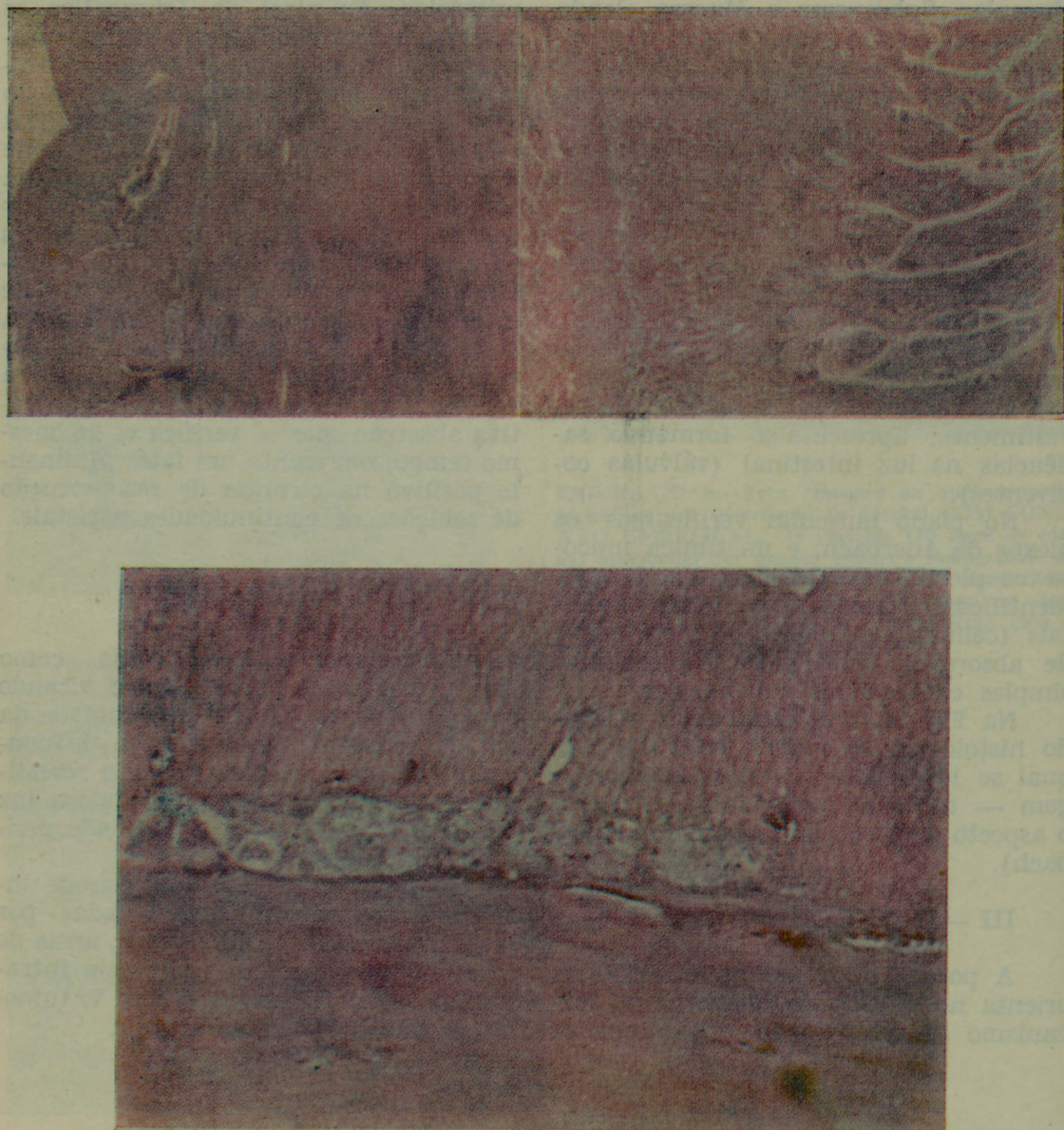


FIGURA Nº 6: Identificamos EM CIMA uma fotomontagem documentando um corte da parede ileal (cão), no qual se pode verificar a disposição normal das 4 tûnicas constituintes da mesma; EM BAIXO, detalhe da mesma parede, permitindo a individualização de um plexo mioentérico (de Auerbach), com a sua constituição histológica característica.

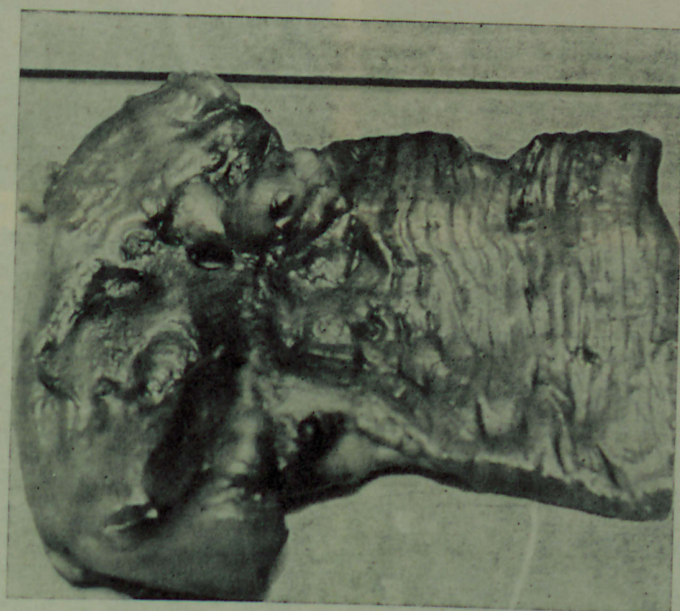


FIGURA Nº 7: Documenta um caso de perfuração de íleo por áscaris. Verificamos, em sequência: o aspecto do abdôme, distendido e com desenho nítido de alças; documentação radiográfica contrastada (água baritada) identificando os áscaris; finalmente, a peça cirúrgica mostrando o local da perfuração da parede ileal.

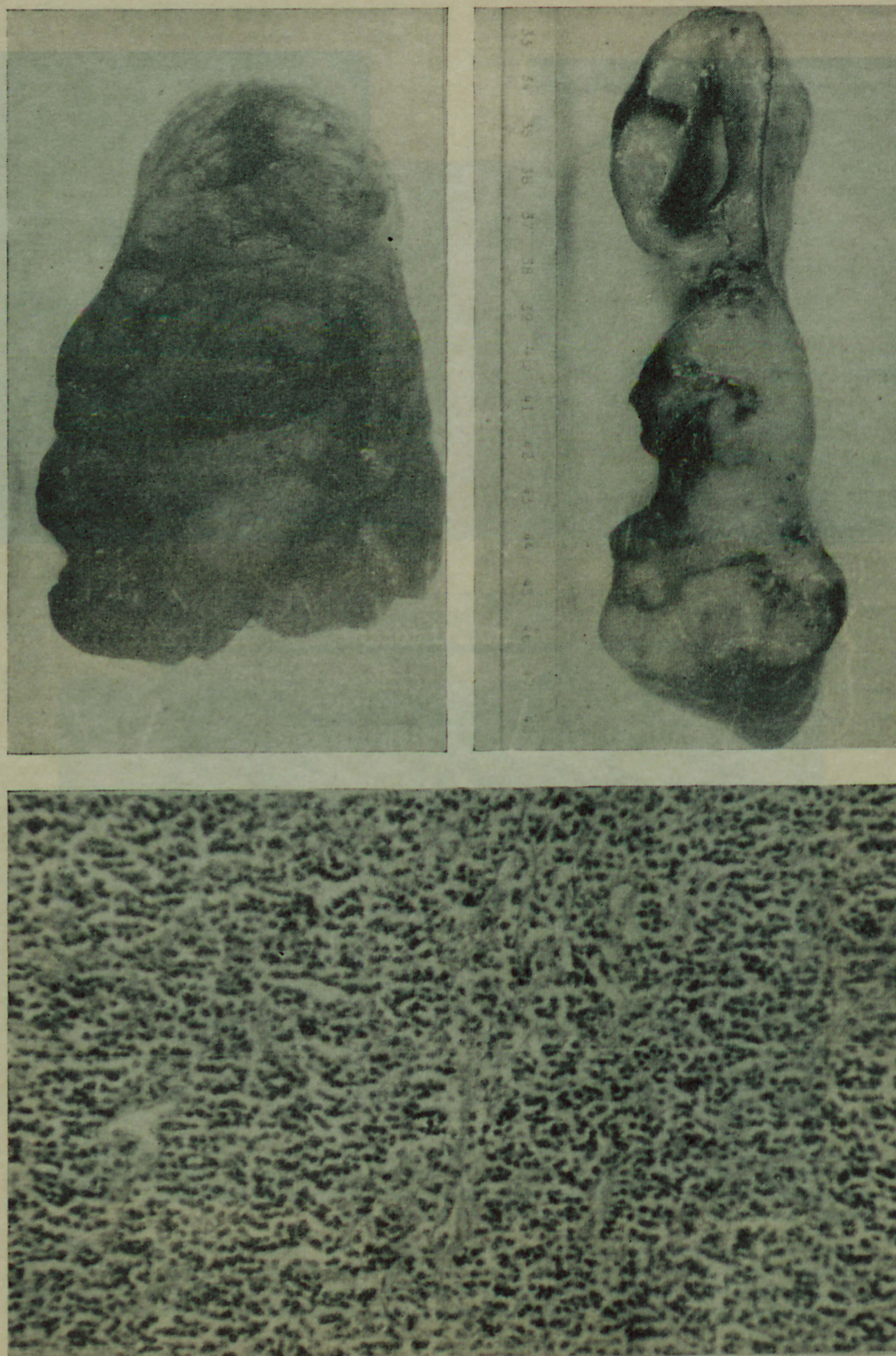


FIGURA Nº 8: Documenta um caso de perfuração ileal por Infiossarcoma. Observamos o estudo da peça cirúrgica e a análise histopatológica do mesmo. Na primeira Foto está bem nítida a perfuração assestada na massa tumoral, ao nível do bordo antemesentérico.

Procedimento técnico: A sistematização a ser adotada no decorrer do transoperatório deve ser, basicamente, a seguinte:

- a) Identificação da sede da lesão, desbridamento dos bordos da lesão;
- b) Coprostasia, visando evitar o extravasamento do líquido intraluminal e efetuando, ao mesmo tempo, uma hemostasia provisória;
- c) Sutura do ferimento por planos (Figura nº 9) com catagute cromado enfiado 000 com agulha montada (chamamos a atenção que o fio para sutura de tubo digestivo deve ser **sempre montado**, pois sendo a agulha de menor diâmetro do que o fio, obtem-se assim uma impermeabilização correta da parede). Na Figura nº 9 verificamos os diversos tipos de procedimento para a correção de uma solução de continuidade da parede intestinal. Importante é salientar, na oportunidade, que qualquer sutura da parede do tubo digestivo deve ser: **HEMOSTÁTICA e IMPERMEABILIZADORA**. Pode ser executada em sutura contínua ou em portos separados. A não ser em casos excepcionais, deve ser efetuada em **dois planos**: uma primeira sutura **total** — interessando todos os planos tissulares constitutivos da parede (**HEMOSTÁTICA**) e um **segundo plano** — seroso ou sero/muscular (**IMPERMEABILIZANTE**).

Enterotomias

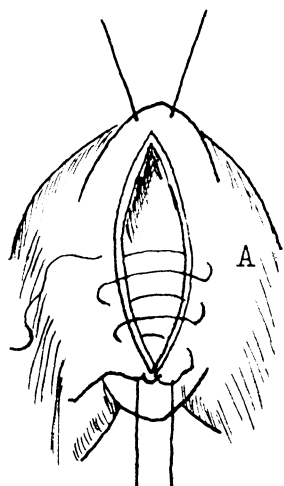
Consiste a Enterotomia na abertura cirúrgica da luz intestinal.

Indicações: Uma enterotomia pode ser indicada como via de acesso a determinada estrutura assestada ao nível da luz intestinal (duodenotomia para exploração da via biliar e pancreática através da Carúncula maior de Santorini), para a retirada de corpos estranhos que não conseguem migrar na luz intestinal e para exereses de tumores intraluminares (Figura nº 10).

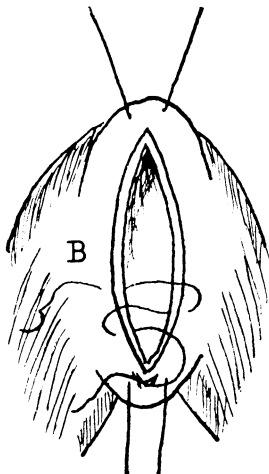
Procedimento Técnico: A abordagem da luz intestinal deve ser efetuada sempre pelo bordo antemesentérico da alça. Uma vez localizada a sede da enterotomia, procedemos como segue:

- a) coprostasia do segmento de alça incluído na enterotomia;
- b) abertura da luz da alça com uma incisão longitudinal, ao nível do bordo antemesentérico;
- c) concluído o tempo cirúrgico intraluminal, reconstituição da enterotomia pelo procedimento técnico já analisado no capítulo anterior (Enterorráfias).

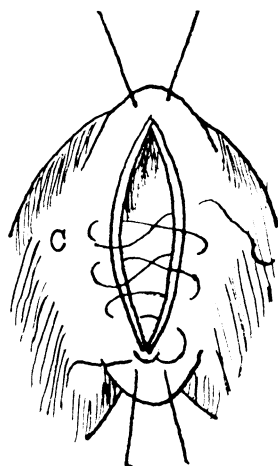
Devemos chamar a atenção, na oportunidade, que a feitura de uma duodenotomia (2ª porção) deve ser precedida de um descolamento pancreático-duodenal (manobra de Kocher/Vautrin), a qual é feita ao nível da goteira parietocólica D.



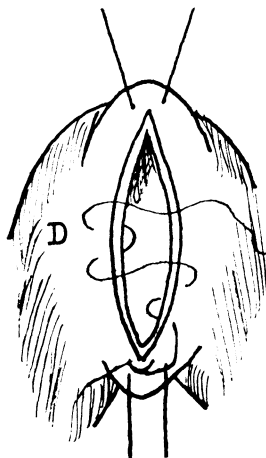
Chuleio Simples



Schmieden



Cuneo



Connel

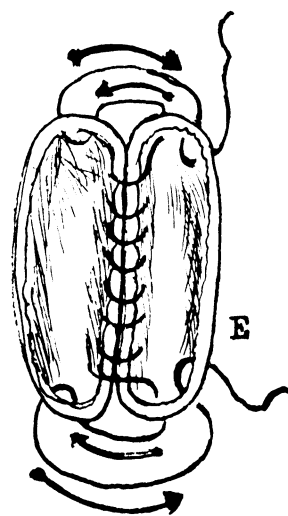


FIGURA Nº 9: Tipos de suturas intestinais — estudo esquemático. Observamos: em A = Chuleio Simples; em B = Sutura de Schmieden; em C = Sutura de Cuneo; em D = Sutura de Connel. Observamos, outrossim, em E o tratamento do ângulo da anastomose.

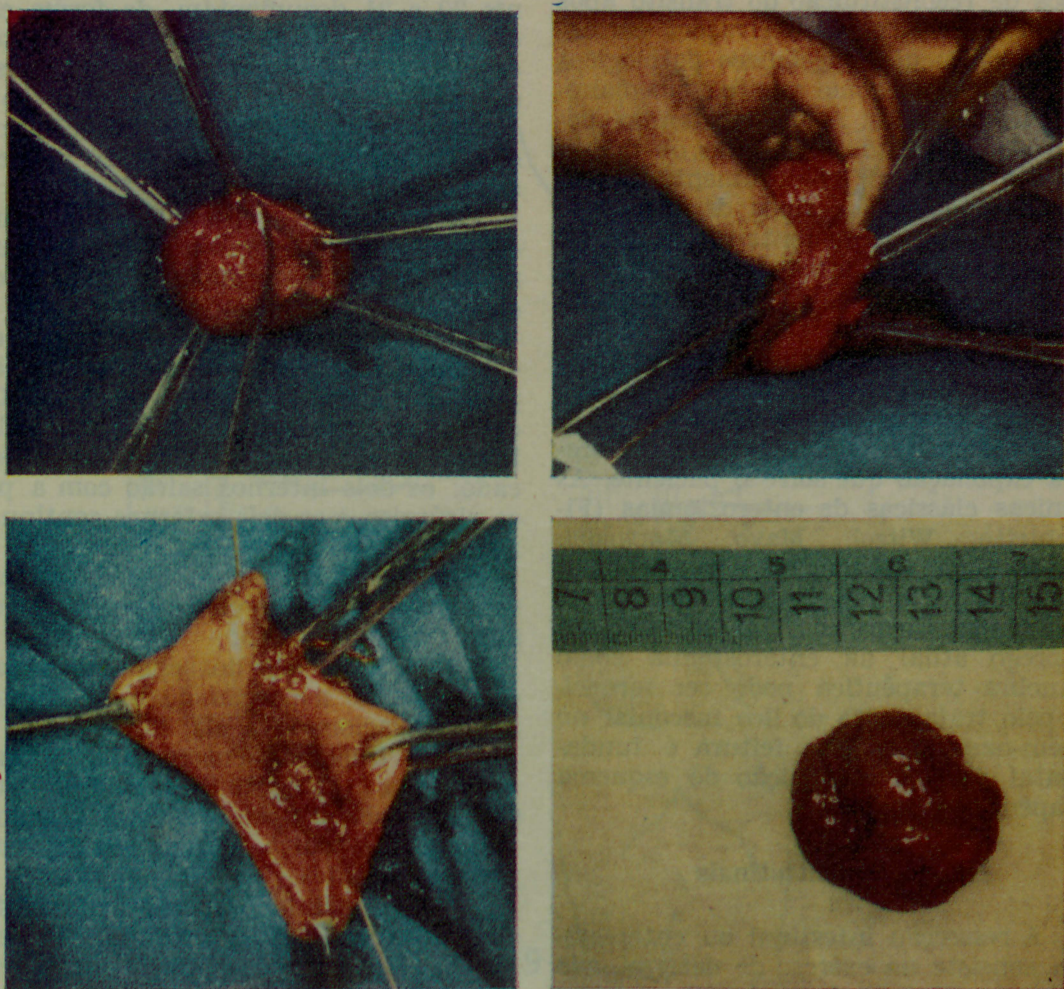


FIGURA Nº 10: Documenta o transoperatório de uma duodenotomia, efetuada para a retirada de um tumor intraluminal pediculado assestado ao nível da 2.^a porção. Verificamos, em sequência, a duodenotomia com exteriorização do tumor; ressecção do mesmo; reconstituição da parede duodenal ao nível da implantação do mesmo; e, finalmente, o tumor já extirpado.

Enterostomias

Conceituamos enterostomia como sendo a comunicação de um determinado segmento de alça com o plano cutâneo da parede do abdôme (Enterostomia cutânea ou externa) ou com outro elemento do tubo digestivo (enterostomia "interna"*).

São as enterostomia indicadas nos casos de reconstituição do trânsito após uma ressecção, como derivações em casos de obstáculos mecânicos patológicos inarredáveis ou como auxiliar em manobras terapêuticas. As enterostomias podem ser, portanto, **provisórias** ou **definitivas**. A Figura nº 11 documenta de forma esquemática os tipos de enterostomias mais frequentemente utilizados. Os modernos conhecimentos sobre a dinâmica intestinal e sobre a influência da homeostase orgânica no trânsito do tubo digestivo, bem como o emprego das sondas, tem diminuído muito a indicação das enterostomias. Um dos principais fatores na contra-indicação refere-se à expoliação que sofre o paciente. As técnicas clássicas de enterostomias (Finochietto, Witzel, Mayo, Marwedel, Maydl, Mayo/Robson, etc.), praticamente fazem parte dos arquivos históricos da Técnica Cirúrgica. Um exemplo do emprego atual da enterostomia como manobra terapêutica pode ser fornecido pelo tratamento do íleo meconial no recém-nascido: a sua feitura é fundamental para a instituição do esquema terapêutico adequado.

Ressecções Intestinais

A ressecção intestinal ou enterectomia consiste na exérese de determinado segmento do intestino.

Indicações: Várias eventualidades patológicas podem ser responsabilizadas pela indicação de uma ressecção intestinal. Em todos os casos indicados deve sempre haver a certeza de que o segmento de alça considerado estava com a sua estruturação morfo-funcional irremediavelmente prejudicada. Citaremos como

exemplos: hérnia inguinal estrangulada (Figura nº 12), ileitis terminal (Figura nº 13), duplicação de tubo digestivo (Figura nº 14), tumores ileais (Figura nº 15), bridas congênicas (Figuras nºs 16 e 17), intussuscepção com lesão irreversível do intussusceptiens (Figura nº 18), atresias do tubo digestivo (Figura nº 19), etc.

Procedimento Técnico: As Figuras nºs 20 e 21 documentam, de forma esquemática, o procedimento técnico a ser seguido numa ressecção intestinal. Basicamente os tempos fundamentais são:

1 — **Identificação** e delimitação precisa do segmento de alça a ser interessado na ressecção;

2 — **Execução** (naqueles casos indicados) das manobras mecânicas e químicas visando determinar a viabilidade ou não da alça em estudo;

3 — Coprostasia, pela colocação de 4 clamps intestinais — dois na porção proximal e dois na distal da alça. Os clamps em referência servirão para delimitar o segmento de alça a ser ressecado: os dois internos sairão com a peça cirúrgica e os dois externos continuarão no campo operatório;

4 — Laqueadura dos vasos mesentéricos relacionados com o segmento de alça a ser ressecado;

5 — Ressecção do segmento de alça, incluindo a porção do meso diretamente relacionado a ela;

6 — Início da enterorrafia, a qual será feita (cetegute cromado enfiado 00) em dois planos: um total (hemostático) e o outro sero-muscular (em-permeabilizante);

7 — Concluída a enterorrafia, fechamento da brecha peritonal (mesentério), retirada dos clamps e massagem visando com que **todo o líquido intraluminal** progrida da alça proximal para a distal, até a sua exteriorização pelo orifício anal. Esta providência tem como escopo evitar as desagradáveis ocorrências da distensão intestinal no pós-operatório e permite, ao mesmo tempo, testar a permeabilidade da sutura intestinal executada.

* O termo enterostomia "interna" não é correto, de vez que o tubo digestivo é considerado exterior no nosso organismo. Se aceitarmos, no entanto, o integumentum commune como barreira no caso, a classificação em análise é válida.

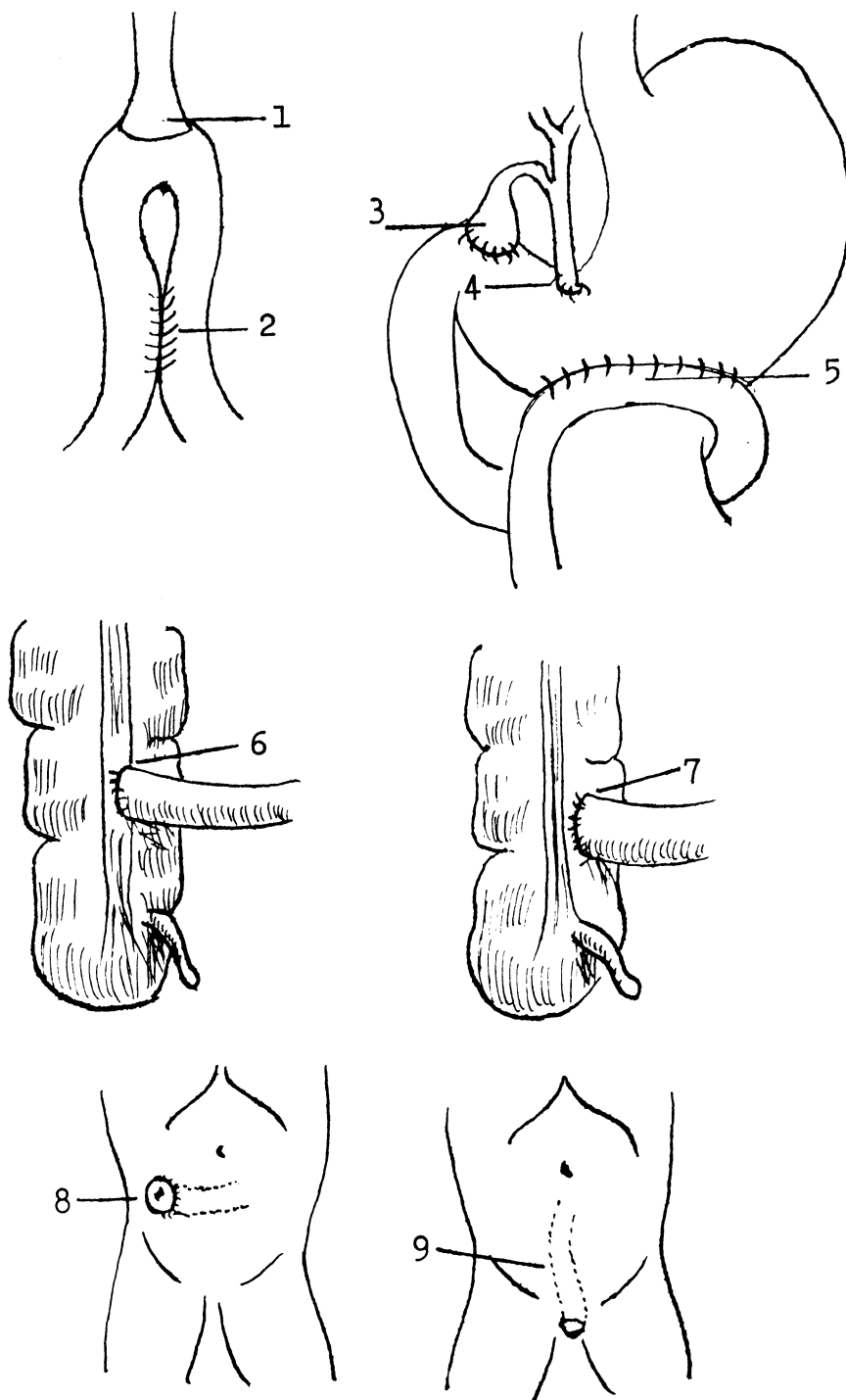


FIGURA Nº 11: Esquemas identificando os tipos de enterostomias mais frequentemente utilizadas. Observamos: 1 — Esôfago/Jejunostomia; 2 — Jejun/Ileostomia; 3 — Colectoduodenostomia; 4 — Coledocoduodenostomia; 5 — Gastro-ileostomia; 6 — Ileo/colostomia mesotenial; 7 — Ileo/Colostomia intertenial; 8 — Ileostomia Cutânea (tipo Bricker); 9 — Ileo/proctostomia (ileostomia perineal). As 7 primeiras são denominadas “internas”, e as 2 últimas Cutâneas ou Externas.



FIGURA Nº 12: Paciente pediátrico portador de uma hérnia inguinal estrangulada à D. Observamos o aspecto clínico da região inguinal, o grau de comprometimento (irreversível) do segmento de alça incluído no saco herniário e, finalmente, a peça cirúrgica.



FIGURA Nº 13: Alças ileais ressecada em um caso de ileitis terminal. Podemos constatar, macroscopicamente, o grau de comprometimento de suas paredes.

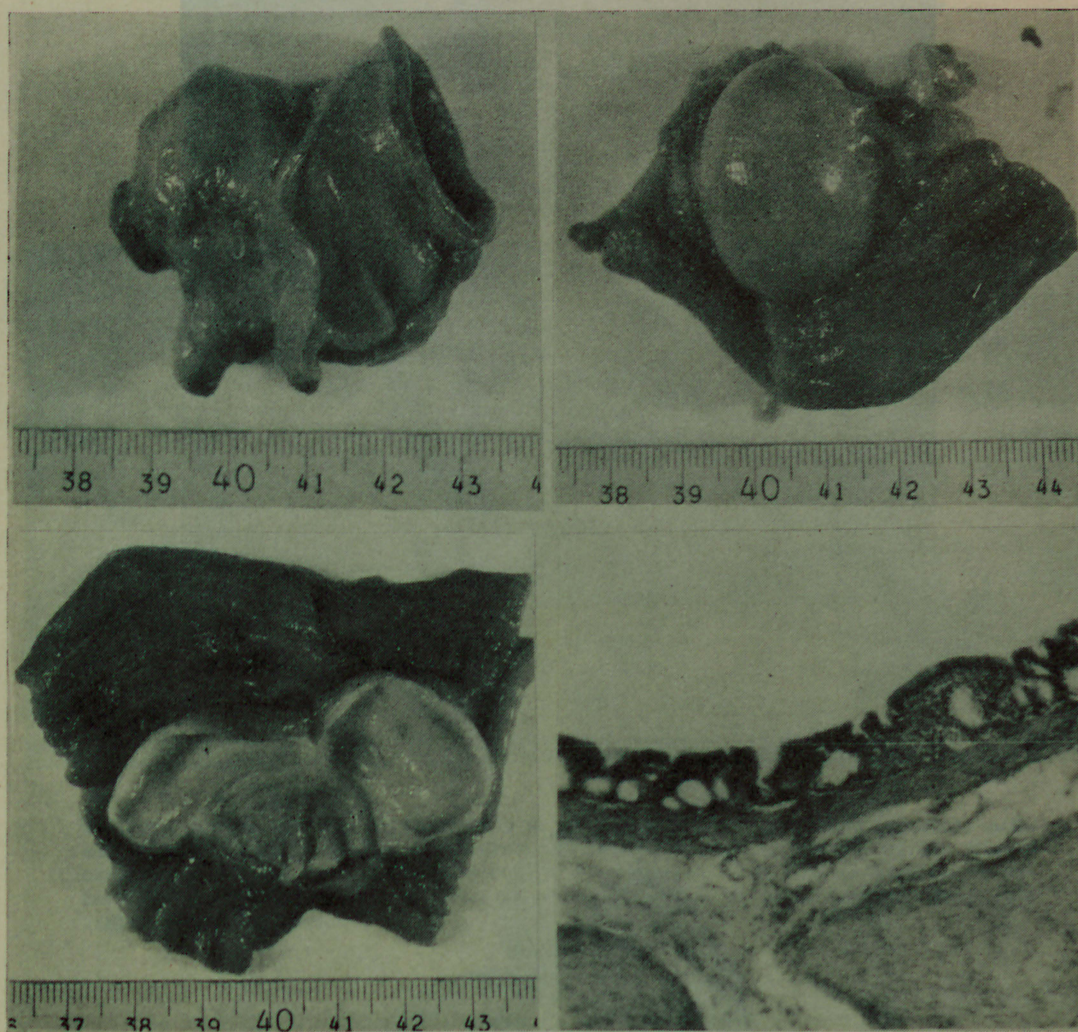


FIGURA Nº 14: Duplicação ileal de forma cística, assestada ao nível da desembocadura colônica do íleo terminal, produzindo obstrução mecânica. Observamos a peça cirúrgica, o aspecto do tumor cístico após a abertura ileal, o aspecto do cisto após a abertura do mesmo e, finalmente, o estudo histopatológico.



FIGURA Nº 15: Linfossarcoma da parede ileal induzindo severo comprometimento da luz. Verificamos EM CIMA o aspecto no transoperatório e, EM BAIXO o segmento ressecado no decorrer da intervenção.

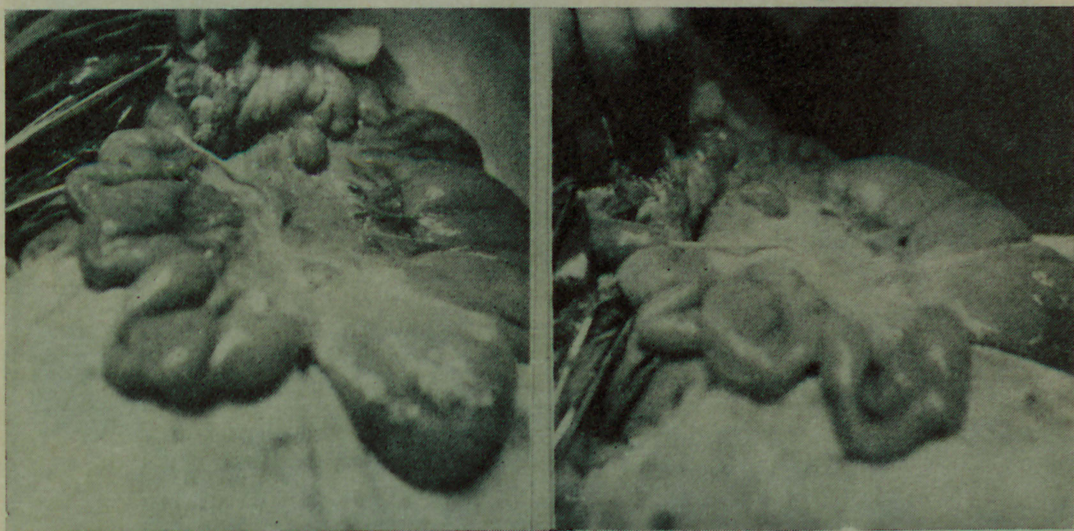
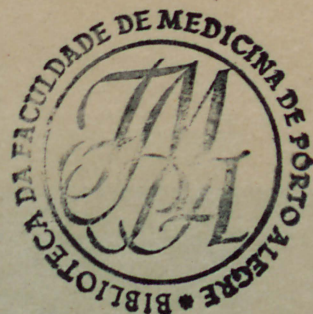


FIGURA Nº 16: Estudo transoperatório de um caso de bridas congênitas induzindo oclusão intestinal. As fotografias demonstram nitidamente a presença de um cordão fibroso conectando o fundo da vesícula biliar com o íleo. A foto da D permite verificar-se, outrossim, a grande dilatação ileal acima do ponto de conexão da brida; intestino distal com calibre e aspecto normais.

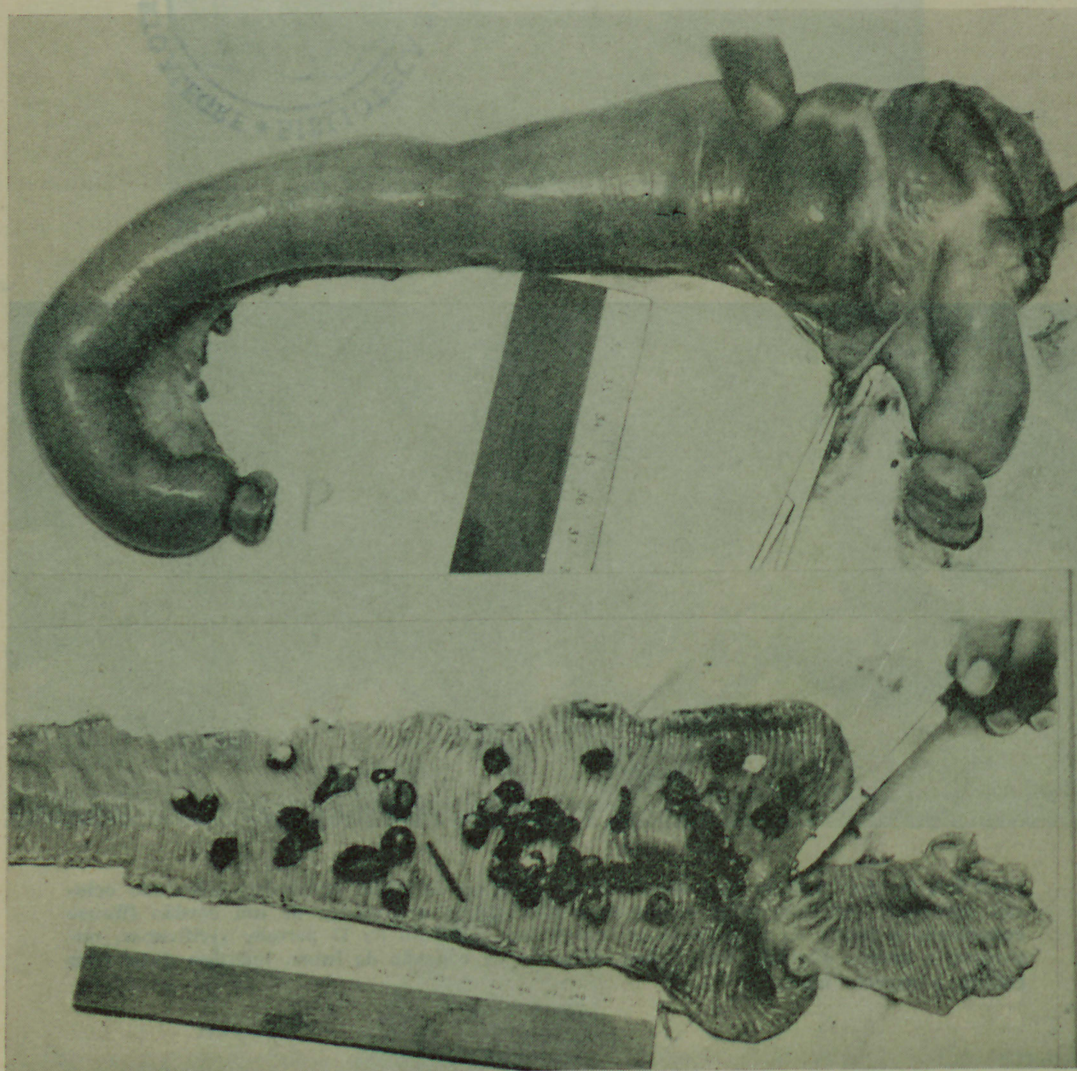


FIGURA Nº 17: Estudo do segmento de alça ressecado no Caso anterior. Verificamos EM CIMA a zona ileal de implantação da brida, o ponto de estreitamento da luz e a dilatação proximal. EM BAIXO, aberta a peça constatamos a sede da estenose e a dilatação proximal com vestígios sólidos alimentares que não puderam prosseguir através da estenose.

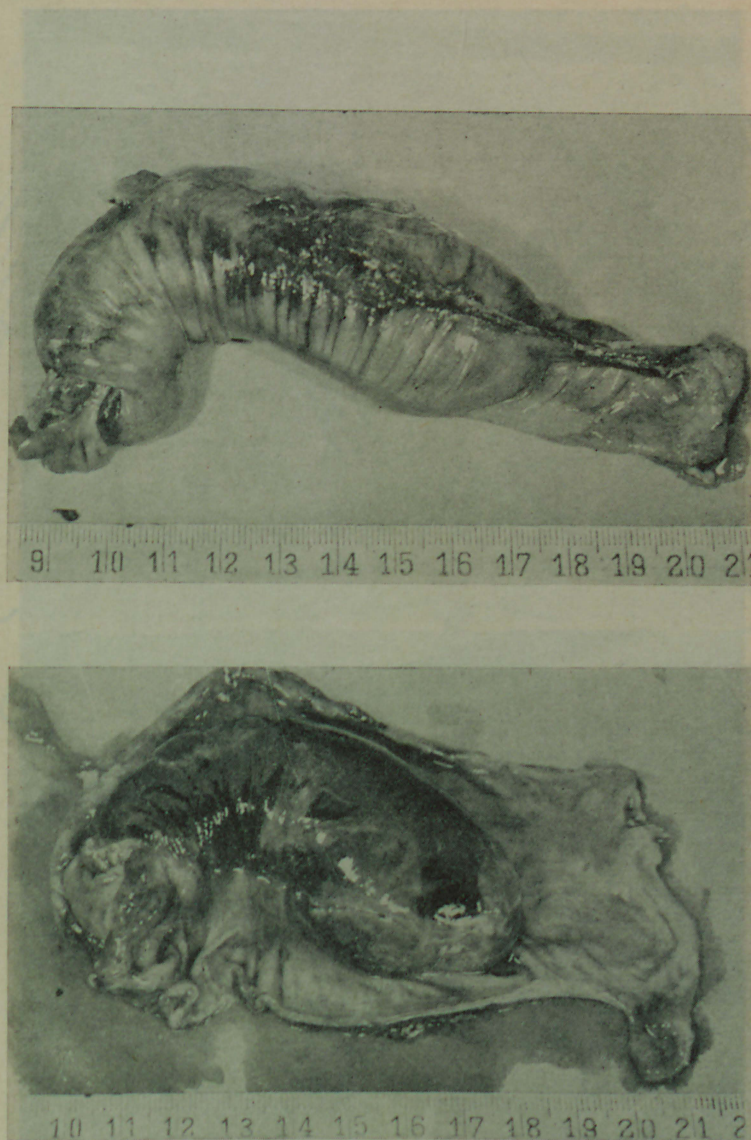


FIGURA Nº 18: Peça cirúrgica correspondente a um caso de intussuscepção íleo/colônica. Verificamos EM CIMA a peça com o colo da invaginação e, EM BAIXO, o íleo aberto permitindo a verificação do grau de comprometimento do intussusceptiens.

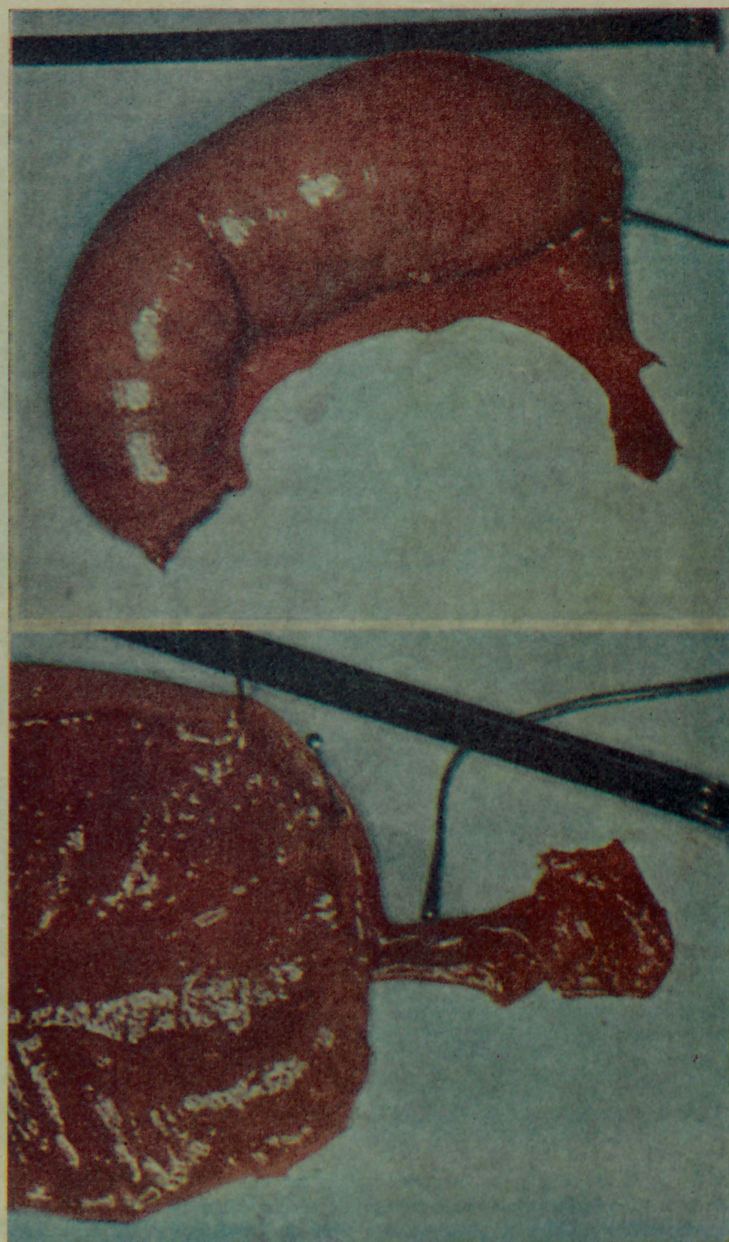


FIGURA Nº 19: Peça cirúrgica correspondente a um caso de atresia ileal. Verificamos EM CIMA a grande dilatação da alça proximal, o ponto em que se assestava a atresia (identificado pelo estilete) e o calibre do segmento distal do íleo. EM BAIXO, após a abertura da alça ressecada, vemos (estilete) o ponto atrésico e as diferenças de calibre dos segmentos proximal (dilatado) e distal do intestino.

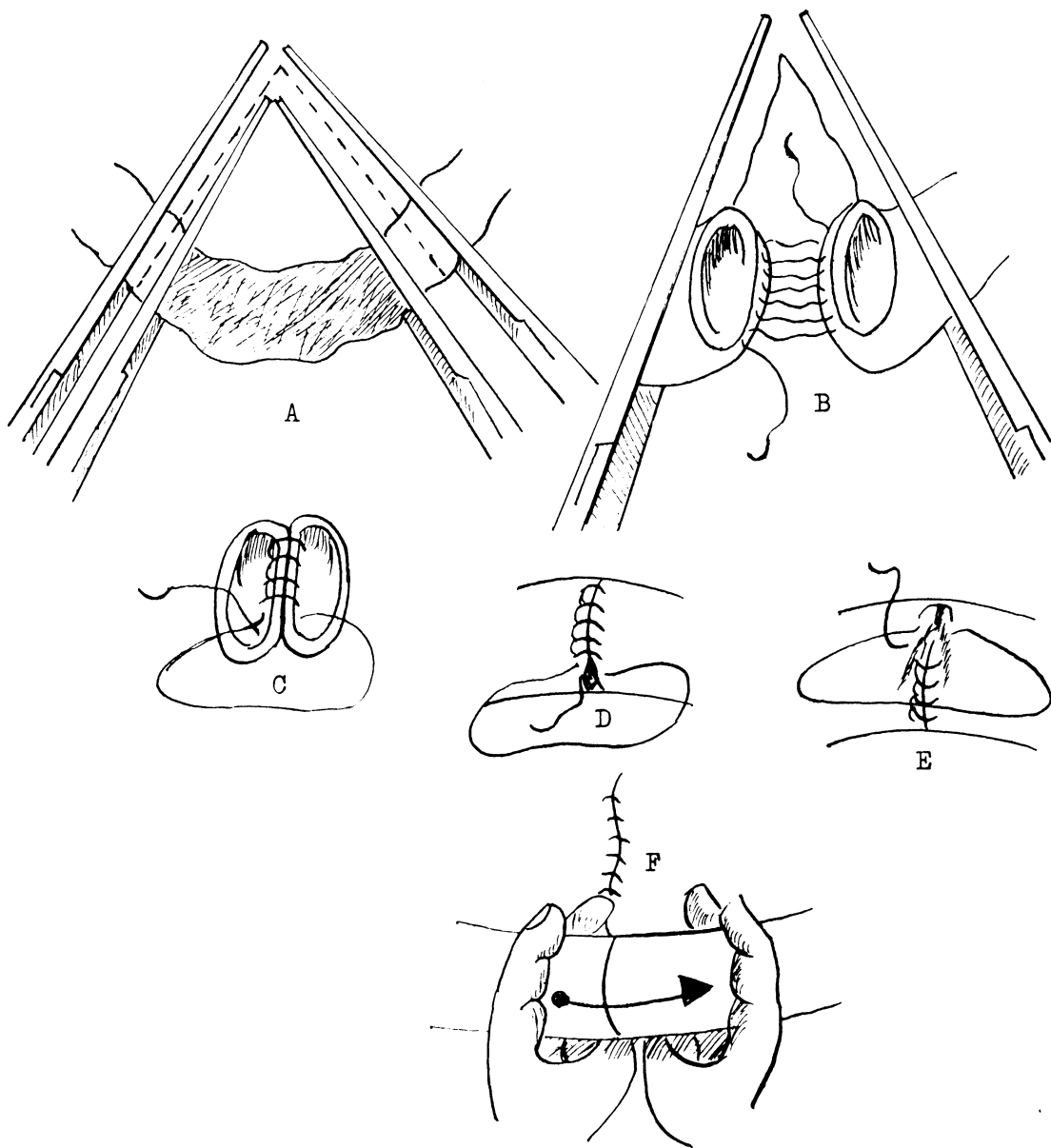


FIGURA Nº 20: Identifica de forma esquemática os tempos fundamentais de uma ressecção intestinal com reconstituição término/terminal. Verificamos: A — coprostasia e delimitação do segmento de alça a ser ressecado; B — efetuada a exérese, execução da sutura sero-muscular posterior; C — sutura total posterior; D — sutura total anterior; E — sutura sero-muscular anterior; F — reconstituição do mesentério e manobra manual visando o esvaziamento intestinal (até a exteriorização pelo orifício anal).

Em regra geral o diâmetro da alça proximal apresenta-se maior do que o da alça distal. Normalmente este fato não constitui impecilho maior para a feitura da enterorrafia. Quando, no entanto, existe grande desproporção entre a alça distal e a proximal, podemos aumentar as dimensões da alça distal à custa de seu bordo antemesentérico (Figura 21 A). Esta manobra facilita a reconstituição do trânsito. Outro ponto que desejamos chamar a atenção refere-se à desproporção de luz que se verifica nos casos de atresia intestinal (Figura n° 19). Nestes casos, antes da feitura da anastomose, aumentamos o calibre do intestino abaixo da atresia in-

jetando soro fisiológico morno na luz intestinal — com uma sonda de Nélaton — até que o líquido se exteriorize pelo canal anal. Obtemos assim elementos anatômicos para a feitura da reconstituição do trânsito (Figura n° 21 B).

Ao concluir este capítulo desejamos chamar a atenção para o fato de que somente indicamos a feitura de uma reconstituição de trânsito **término-terminal**. Este procedimento técnico é o mais indicado e deve sempre ser preferido. Apenas em ocasiões excepcionais, está indicada a reconstituição por entero/enterostomia **latero-lateral**. Na Figura n° 22 verificamos o procedimento técnico a ser seguido para a exérese de um Diverículo de Meckel.

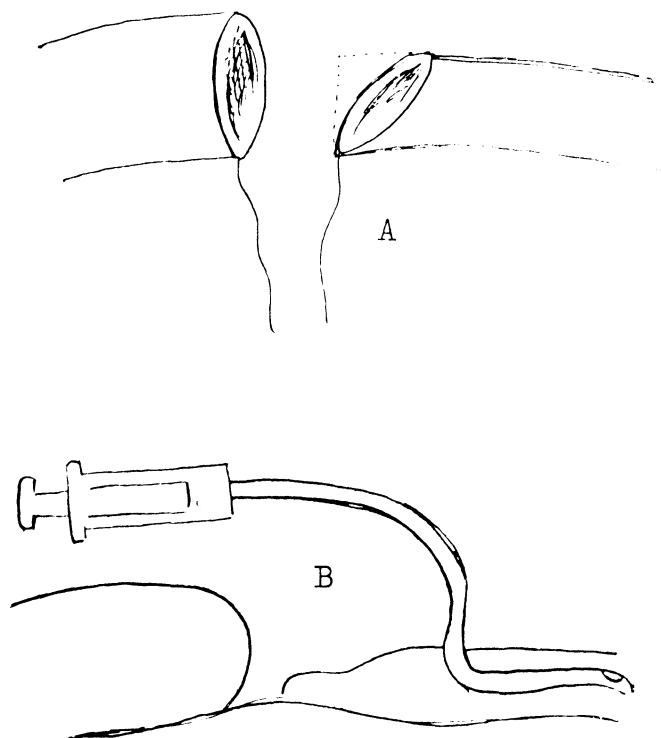


FIGURA N° 21: Documenta os artifícios técnicos a serem empregados em casos de desproporção dos diâmetros intestinais a serem anastomosados. Verificamos: em A — aumento do diâmetro da alça distal à custa de seu bordo antemesentérico (secção em bico-de-flauta); em B — dilatação do intestino distal com soro fisiológico morno (manobra de Ladd). Nos casos de atresia intestinal, não existe agenesia da luz intestinal, mas sim o colapso da mesma, pela ausência da dilatação intestinal pelo ar que segue ao nascimento.

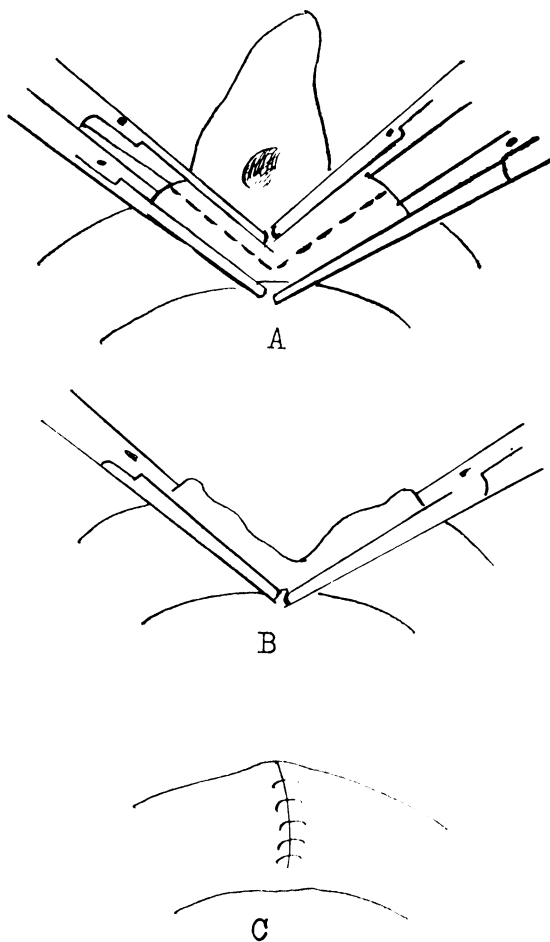


FIGURA Nº 22: Documenta a exérese de um Divertículo de Meckel. Observamos: A Coprostasia e delimitação da zona de excisão intestinal; B — Após a ressecção do Divertículo e de parte da parede ileal, as superfícies a serem anastomoseadas; C — Síntese da parede ileal.

Mobilizações Intestinais em Urologia

A utilização de segmentos de ileo para corrigir defeitos ao nível da via urinária terminal não é novidade em Urologia. Basicamente a utilização se refere a três procedimentos principais:

1 — **Bexiga Ileal** (conduto ileal): idealizada por Seiffert em 1935, sistematizada com novo procedimento por Bricker em 1950 — procedimento esquematizado na Figura nº 23, e cujos tempos fundamentais são:

- a) isolamento de um segmento ileal de aproximadamente 25 cm, com pedículo vascular eficiente;
- b) ileostomia cutânea e implantação uretral.

2 — **Ileocistoplastias**: visando aumentar a capacidade vesical. A Figura nº 24 identifica os tempos principais da intervenção, a saber:

- a) mobilização de um segmento de alça, com pedículo adequado;
- b) feitura de um círculo da alça isolada por uma ileo/ileostomia término-terminal;
- c) anastomose da alça isolada com o segmento de bexiga (ileocistostomia término-terminal).

Na Figura nº 24 divulgamos a técnica de ileocistoplastia em anel de Scheele.

3 — **Substituições uretrais por segmento de ileo**: empregado nos casos de impossibilidade de recuperar o ureter.

A alça ileal foi escolhida pelos urologistas por apresentar uma série de vantagens, tais como:

- a) Comprimento satisfatório a ser obtido;
- b) Meso longo, permitindo maior mobilidade;
- c) Conteúdo intestinal menos séptico.

Ao lado das vantagens acima referidas, encontramos também desvantagens com o emprego do segmento isolado ileal, tais como:

- a) Grande capacidade de absorção da alça ileal;
- b) Peristaltismo menos ativo e com menor poder de contração;
- c) Secreção abundante de muco; e
- d) Mais susceptível a problemas obstrutivos.

Como, no entanto, as vantagens superam as desvantagens, o emprego do ileo em urologia continua tendo grande aceitação para os casos nos quais está indicada a reconstituição da árvore urinária terminal.

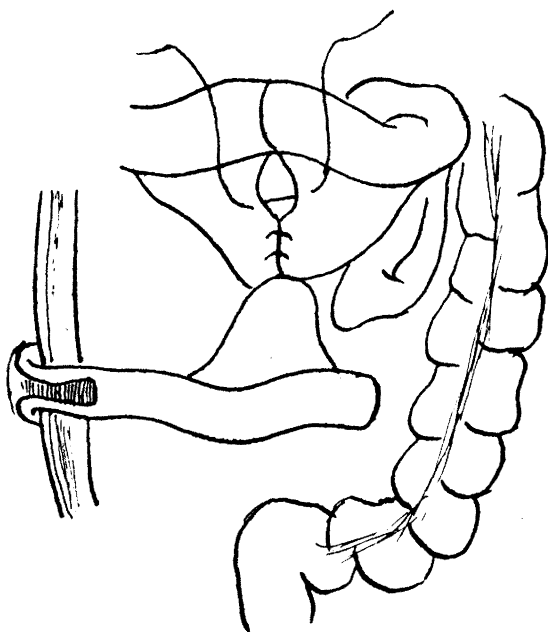


FIGURA Nº 23: Execução de uma bexiga ileal pelo procedimento técnico de Bricker. Verificamos: liberação do segmento ileal; reconstituição do trânsito (íleo/ileostomia término-terminal) e do meso; ileostomia cutânea e implantação dos ureteres.

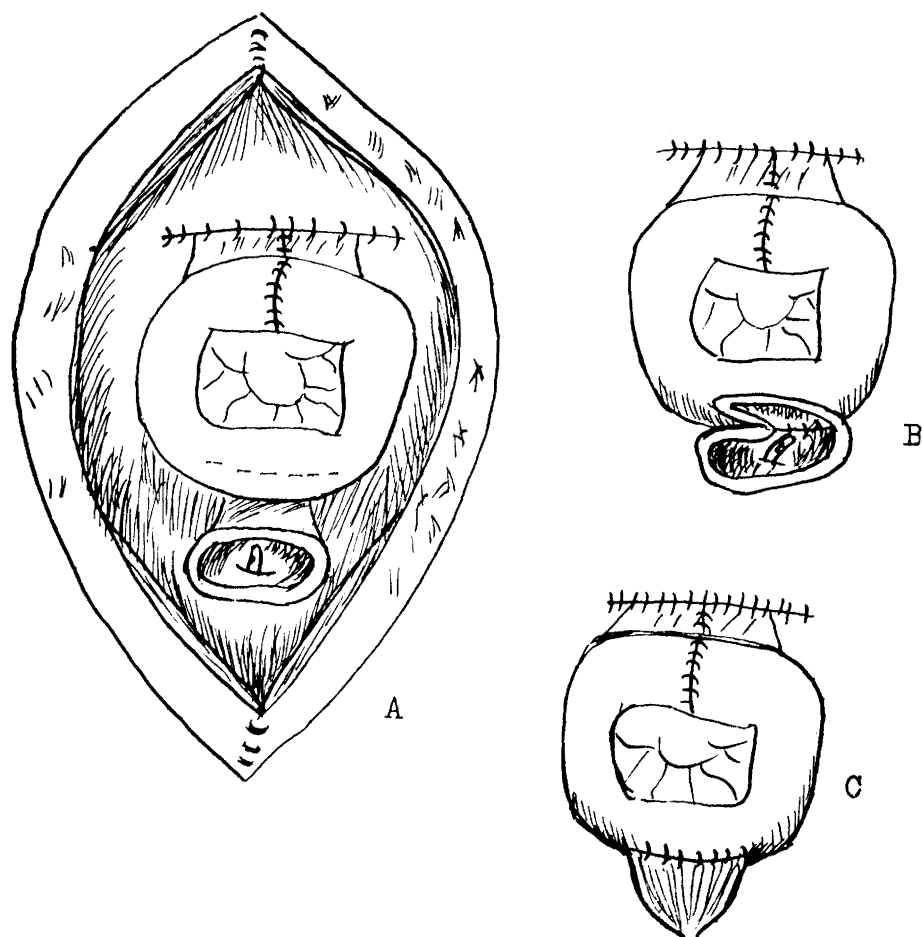


FIGURA Nº 24: Esquema técnico de uma Ileocistoplastia (Scheele). Verificamos: isolamento da alça intestinal; reconstituição do trânsito por uma ileo/ileostomia término-terminal (não representada no esquema); disposição circular da alça isolada por uma ileo/ileostomia término-terminal; (A); anastomose do anel de alça isolado com o segmento vesical — ileo/cistostomia término-lateral (B); resultado final da intervenção (C).