

ILEOSTOMIA CONTINENTE

J.C. Goligher¹

Uma maneira de diminuir os sofrimentos dos pacientes com ileostomia veio com a prática da ileostomia continente.

Esta operação foi idealizada por um cavalheiro sueco, um grande amigo meu, o Professor Koch, da Universidade de Goetteborg e o princípio da operação é que ao invés do paciente usar uma bolsa externa, ele usa uma interna, feita da última porção do íleo e as fezes devem permanecer nessa bolsa e somente sair quando ali se introduz um cateter.

Isto seria feito pelo próprio paciente em torno de quatro vezes ao dia. Foi o que Koch imaginou que aconteceria com este tipo de ileostomia. Ele fez um reservatório de uma maneira tal que não vou descrever para os senhores porque a considere obsoleta. Ele acreditava que se o reservatório fosse feito de uma determinada maneira, seria aperistáltico, isto é, ficaria inerte e as fezes se acumulariam, exceto quando se introduzisse o cateter; em alguns casos, foi o que aconteceu, mas em outros houve vazamento entre as diversas tubagens. Em outras palavras, o reservatório não deu bons resultados e foi uma decepção.

Então, ele modificou a técnica para fazer um conduto mais longo entre o reservatório e a pele e, em seguida, invaginou esse conduto de saída para dentro do reservatório para produzir o que denominou de válvula de bico que se projeta 5 cm para dentro do reservatório e que, segundo sua opinião, daria a continência necessária, o que certamente aconteceu, desde que permanecesse intacta.

Eu tenho uma paciente que tinha uma colite e eu fiz uma colectomia subtotal e uma ileostomia

continente, mantendo o reto sem uso, para ver o que aconteceria e depois de um ano, ela estava muito satisfeita com esta ileostomia continente e o reto não estava apresentando qualquer espécie de problema, não havia descarga e a sigmoscopia mostrou que tudo estava bastante normal, e a paciente me perguntou: "Por que tenho que manter este reto se não estou usando?" Eu respondi: "Bem, eu poderia fazer uma ligação, se a senhora quiser, mas não posso garantir que funcionará, isto é um jogo porque se eu fizer a ligação, a doença pode tornar a aparecer no reto". Ela respondeu: "Bem, estou preparada para assumir esse risco". Então, tornei a operá-la, desfazendo a ileostomia continente, ligando o íleo ao reto e ela teve bons resultados com esta anastomose ileorretal. Então, ao invés de ser um fracasso resultou ser um sucesso duplo, primeiro com a ileostomia continente e, em seguida, com a anastomose ileorretal.

Infelizmente esta válvula de bico tem uma grande tendência a se deslocar.

Um outro caso foi de um jovem estudante que me chegou às mãos; ele havia sido submetido a uma ileostomia e uma colectomia subtotal e o reto havia sido deixado embora sem uso. Após

Palestra proferida pelo Prof. G. Goligher durante o 33.º Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia em Campinas – SP, em 1983.

1 Professor da Universidade de Leeds, Inglaterra

mais ou menos um ano, ele estava tendo problemas com esse reto e tudo indicava que o caminho seria a remoção do reto. Então, ele me disse: "Bem, estou preparado a perder o reto, mas gostaria que o senhor considerasse a possibilidade de realizar essa nova operação" — porque isto aconteceu há uns oito ou 10 anos atrás, quando esta operação ainda era relativamente nova — "essa nova ileostomia continente. Haveria possibilidade de fazer esse novo tipo de ileostomia? A razão desta pergunta é que eu estou tendo problemas com as minhas namoradas, porque a bolsa me deixa constrangido e a elas também e eu teria um melhor desempenho sexual se não fosse feito esse tipo comum de ileostomia". Eu respondi que iria pensar no assunto e foi o que fiz, com um resultado muito bom.

Mas pode acontecer com a válvula de bico, que ela se desloca, o reservatório se contrai e tira a válvula do lugar, saindo do reservatório, e o tubo não pode ser passado para dentro dele. Felizmente, quando o reservatório sai do lugar, as fezes vazam de forma incontinente, o reservatório não é mais continente e o paciente não precisa realmente passar o tubo, mas também não há mais uma ileostomia continente. Este é um resultado muito insatisfatório.

Há estatísticas de frequência de extrusão de válvulas, de acordo com diversos cirurgiões que a realizaram e não posso me sentir particularmente orgulhoso da minha colocação, em 68 casos com 47% de extrusão de válvula, é realmente uma cifra colossal. Mas, por outro lado, reparem os meus companheiros: Koch também apresenta uma taxa elevada, 42%; Birt, da Clínica Mayo, está na mesma situação. Em outras palavras, este é um dos aspectos mais insatisfatórios desta operação e é de fato, como já descrevi, o calcanhar-de-aquiles desta cirurgia. Não é preciso dizer que os cirurgiões concentram todas as suas energias em tentar fazer a válvula de tal maneira que não se desloque. O Dr. Koch já modificou sua técnica várias vezes e eu também — mais ou menos acompanhando as modificações introduzidas pelo Dr. Koch e agora estamos achando que vamos ter melhores resultados com as técnicas que foram introduzidas, mas não é inteiramente garantido.

O método que utilizo atualmente para realizar uma ileostomia de reservatório não é a mesma do Dr. Koch. Eu simplesmente uso uma alça em forma de S e a partir daí faço um reservatório, conforme expliquei anteriormente.

Com anastomose múltipla, faz-se um reservatório trilocular; em seguida, devemos segurar a serosa da parte do íleo, que vai ser a válvula de bico;

além disso, faz-se também orifícios no mesentério e introduz-se uma alça de marlex.

Em seguida, puxa-se a parte do íleo para fazer a válvula, usa-se o grampeador GIA e aplica-se quatro vezes, ao redor da circunferência, cada uma com quatro filas de grampos, 16 filas de grampos para tentar manter esta válvula no lugar, também se aperta a alça de marlex que é enrolada ao redor da válvula para segurar o mesentério e suturado no mesentério.

Finalmente, fixamos o reservatório ao peritônio de parede abdominal — isto é muito importante — com suturas, firmes. Esta é a técnica que eu uso na realização da ileostomia de reservatório. Devo dizer-lhes que apesar do Dr. Koch afirmar estar tendo muito bons resultados com este tipo de técnica eu já tive alguns casos de exclusão da válvula com esta técnica. O Dr. Zenith Cohen, que é um jovem cirurgião de Toronto, também fez afirmações favoráveis mas eu acredito que é simplesmente uma questão de tempo antes que ele comece a descobrir casos de exclusão da válvula. Eu não estou muito seguro de que encontramos a resposta final para o problema de exclusão, pois se tivéssemos, isto faria com que propuséssemos esta operação com mais tranquilidade do que o fazemos atualmente e eu ainda reluto em recomendá-la aos meus pacientes e quase sempre recomendo que não a façam, primeiro tentem uma ileostomia e só em caso de fracasso, tentem a conversão. Acho que isso é o que se está fazendo atualmente.

Mas, devido ao desenvolvimento de outros métodos para se evitar a inconveniência de uma ileostomia comum, por meio de uma anastomose ileorretal ou íleo-anal, os pacientes estão mais interessados nesta alternativa, não estão muito interessados numa ileostomia, mesmo que seja uma ileostomia continente, e assim as vantagens dessa operação tornam-se pequenas e acho que devem ser reservadas para pessoas que já perderam o reto, que foram submetidas a uma proctocolectomia ou uma ileostomia comum e descobrem que não podem viver com ela, devido a diversos tipos de problemas físicos, epiderme machucada, incapacidade de manter a bolsa no lado de dentro e até mesmo a problemas psicológicos, como o caso do jovem estudante mencionado anteriormente, eles gostariam de tentar a ileostomia de reservatório e nesses casos, então, me parece ser a indicação perfeita. Naturalmente tenta-se explicar aos pacientes que não se pode garantir o sucesso, que há chance de fracasso e desde que eles aceitem esses fatos e compreendem que talvez venham a necessitar de uma segunda cirurgia para refazer a válvula, então, me

parece ser perfeitamente ético que se faça essa cirurgia, a ileostomia de reservatório, e neste tipo de paciente em quem realize essa cirurgia. Acredito que esses casos vão diminuir no futuro.

Então, quando uma de nossas válvulas sai do lugar, o que é que se faz? Bem, podemos deixar as coisas como estão e fazer com que os pacientes vivam com sua ileostomia, como se fosse uma ileostomia convencional com uma bolsa, mas é incrível observar que esses pacientes, que viveram com uma ileostomia de reservatório durante seis meses ou um ano, após a válvula sair do lugar esses pacientes chegam para mim e dizem: "Doutor, o que quer que seja que o senhor vai fazer, não me deixe voltar para uma ileostomia simples". Então, a tendência do cirurgião é refazer a válvula, sempre que possível.

Os senhores podem liberar a válvula e operam o reservatório e, em seguida, refazem a válvula. Também posso dizer aos senhores que, no caso de

realizarem essa cirurgia, convém separar por completo o reservatório e o conduto de saída da parede abdominal, isto é, liberar todo o intestino para poder fazer esta operação. Então, somente muito poucas vezes é possível fazer a operação deixando a válvula presa ao local da ileostomia anterior e, em seguida, realizar duto. Isto seria um achado feliz, fazer a coisa de maneira tão simples.

Algumas vezes, quando se chega ao local encontram-se tantas aderências que, ao separar a válvula da alça, esta é danificada e hesitamos em usá-la para refazer a válvula de bico. Nesse caso, a tendência é retirar todas essas áreas do conduto de saída e da válvula de bico e fazer uma nova válvula no conduto de entrada – não no conduto de saída.

Algumas vezes não se pode fazer nada disso e é preciso sacrificar todo o reservatório e fazer uma ileostomia convencional.