

ANÁLISE FUNCIONAL DAS COLECTOMIAS TOTAIS COM ANASTOMOSE ILEORRETAL. ESTUDO DE 25 PACIENTES

Fernando Jorge de Souza¹
Sérgio Brenner²
Ricardo Rydygier³
Roberto da S. Moraes⁴
João Batista Marchesini⁵
Oswaldo Malafaia⁶

RESUMO

Vinte e cinco pacientes submetidos a colectomia total e anastomose ileorretal por diversas patologias como polipose múltipla, doenças inflamatórias do cólon, tumores síncronos e doença diverticular, foram analisados no aspecto funcional desta operação, que tem sido pouco abordado na literatura. Na análise destes casos usaram como parâmetros o peso ponderal, freqüência de evacuações, tipo das fezes, as lesões perianais surgidas após a operação e observaram que estes pacientes evoluíram satisfatoriamente, ganhando peso, apresentando uma freqüência de até seis evacuações diárias em 84% dos casos, de consistência pastosa em 52% dos casos e com fácil controle das lesões perianais irritativas.

UNITERMOS: colectomia total; anastomose ileorretal

Pouco se tem publicado sobre os aspectos funcionais das colectomias totais com anastomose ileorretal. A ressecção total do cólon pode levar a diarreias incontrolláveis e incapacitantes. No entanto, existem doenças em que esta operação está indicada apesar destes possíveis inconvenientes, como a polipose múltipla, doenças inflamatórias do cólon, doença diverticular extensa e tumores malignos múltiplos do cólon.

Lilienthal (1901) realizou uma colectomia total com ileossigmoidostomia em cinco estágios usando um botão de Murphy em uma paciente de 21 anos de idade com colite severa. Reinhoff (1925) e Arn (1931) realizaram a mesma operação em alguns pacientes, Devine (1943) procedeu esta cirurgia em quatro estágios e Corbett (1952) reali-

zou esta operação relatando bons resultados em sete pacientes. Wangenstein (1943) parece ser o primeiro a realizar uma ileoproctostomia em um só tempo e seus dois pacientes estavam bem vinte anos após a operação. Aulett (1978) publicou uma revisão de 400 pacientes com retocolite ulcerativa tratados com ileorretoanastomose relatando 90% de bons resultados a longo prazo³.

Aqui pretendemos revisar a nossa experiência com esta operação nas suas diversas indicações, analisando os resultados funcionais e os aspectos peculiares aos nossos doentes.

PACIENTES E MÉTODOS

Foram operados 25 pacientes, 15 do sexo masculino e 10 do feminino, no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Hospital Evangélico de Curitiba e Casa de Saúde São

Trabalho realizado na Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal do Paraná

- 1 Professor Assistente do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal do Paraná
- 2 Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal do Paraná e Chefe da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
- 3 Médico Residente do Hospital de Clínicas
- 4 Médico do Hospital de Clínicas
- 5 Professor Assistente do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal do Paraná
- 6 Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal do Paraná.

Vicente. A idade média foi de 39,4 anos variando de 18 a 60 anos. A **Tabela 1** nos mostra as indicações cirúrgicas.

Tabela 1 – Colectomias totais – Anastomose ileorretal: indicações cirúrgicas.

| Indicação | Nº | % |
|-----------------------|-----------|------------|
| Polipose familiar | 7 | 28 |
| Retocolite ulcerativa | 7 | 28 |
| D. diverticular | 4 | 16 |
| Doença de Crohn | 3 | 12 |
| Tumores síncronos | 3 | 12 |
| Dolicocólon | 1 | 4 |
| Total | 25 | 100 |

A polipose familiar se constitui uma das principais indicações. Dos sete pacientes cinco já tinham câncer na época da cirurgia, e dois não apresentavam degeneração dos pólipos. Também com igual número temos os pacientes com retocolite ulcerativa inespecífica, todos operados eletivamente. Os pacientes com doença diverticular foram quatro, três operados por hemorragia e um por doença difusa e intensamente sintomática. Tivemos três pacientes com doença de Crohn todos sem patologia perianal pré-operatória. Os três casos de tumores síncronos que necessitaram de colectomia total com anastomose ileorretal apresentaram tumor síncrono de junção retossigmoideana e transversa, outro, tumor de junção retossigmoideana e ângulo hepático do cólon e outro, tumor de cólon transversa e adenoma viloso de reto. Tivemos também um caso de dolicocólon que após vários episódios de oclusão intestinal por volvo e ressecções segmentares, foi levado a uma ileorretoanastomose.

No preparo do cólon usamos o esquema de lavagens intestinais e antibióticos via oral em 14 pacientes e mais recentemente a solução de manitol a 10% com antibióticos orais em 11 pacientes.

Realizamos nutrição parenteral total em oito pacientes (30%); cinco para suporte nutricional pré e pós-operatório, duas para tratamento de fístulas e uma para tratamento de recidiva da retocolite ulcerativa (RCU) no coto retal.

A sutura foi feita manualmente em dois planos, término-terminal, com fio inabsorvível de algodão 00 em 21 pacientes e através da anastomose mecânica em quatro pacientes.

Controlamos endoscópica e/ou radiologicamente 17 pacientes ou 68% dos casos, seis meses ou mais após a operação.

RESULTADOS

As complicações imediatas relacionadas com a cirurgia foram de 50%. Dez pacientes (40%) apresentaram fístula de anastomose ileorretal, três dos quais tratados com alimentação parenteral total e sete conservadoramente. Nenhum destes pacientes necessitou de tratamento cirúrgico destas fístulas. Verificamos uma eventração, uma incontinência anal após dilatação anal forçada e um caso de insuficiência renal aguda.

A mortalidade operatória imediata foi nula, e os óbitos tardios foram pela evolução de recidivas tumorais ou por outra causa não relacionada com a operação. O seguimento médio foi de 2,4 anos e o controle endoscópico e/ou radiológico foi feito em 68% dos casos.

Na **Tabela 2** temos uma média geral das recidivas da doença básica nestes pacientes.

Analizamos os aspectos funcionais das anastomoses ileorretais, como o peso ponderal dos pacientes, número de evacuações diárias e o tipo das fezes.

Tabela 2 – Colectomias totais – Anastomose ileorretal: recidivas da doença básica

| Recidiva | Nº | % | Tipo de recidiva | Tempo | Tratamento |
|-------------------|-----------|------------|------------------|-----------------------------|----------------|
| Polipose familiar | 4 | 57,4% | Neoplasia | - 2 anos | - Inoperável |
| | | | | - 1 ano | - Proctectomia |
| | | | | - 1,5 anos | - Carcinose |
| | | | | - 6 meses | - Proctectomia |
| R.C.U. | 2 | 28,5% | Pólipos | - 6 meses | |
| | | | | Físt. anal recidiva no reto | - 2 anos |
| Doença de Crohn | 2 | 66% | Físt. anal | - 4 anos | - Proctectomia |
| | | | | - 3 anos | - Citostático |
| Tumores síncronos | 2 | 66% | Met. hepática | - 1 ano | |
| | | | | Carcinose | - 3 meses |
| Total | 13 | 52% | | - 8,5 meses | |

Peso

Ganharam peso 12 pacientes, numa média de 14 kg, após a cirurgia, variando de 2 a 20 kg. Perderam peso somente três pacientes, numa média de 5 kg, variando de 2 a 6 kg. Os pacientes que inicialmente ganharam peso e posteriormente passaram a emagrecer em número de 3, foram aqueles que apresentaram algum tipo de recidiva tumoral ou recidiva perianal de doença de Crohn. Os pacientes que inicialmente perderam peso e posteriormente engordaram, em número de 4, foram os que tiveram alguma complicação como diarreia, fístula pós-operatória e insuficiência renal aguda. Apenas um paciente apresentou queixa e se tratava de um tumor síncrono de cólon que estava em mau estado geral no pré-operatório e foi a óbito em três meses.

Frequência das evacuações

Como vemos na **Tabela 3** os pacientes nos primeiros seis meses apresentaram em sua maioria mais que seis evacuações, variando de 3 a 36, mas após seis meses apresentaram uma adaptação espontânea e passaram a ter seis evacuações em 84% dos casos. Dos 16% que tinham mais que seis evacuações diárias e que consideramos como maus resultados apenas um tinha mais que oito evacuações e evoluiu para ileostomia definitiva por recidiva perianal do Crohn. Os outros não sentiam desconforto suficiente para requererem uma ileostomia definitiva.

Tabela 3 – Colectomias totais – Anastomose ileorretal: frequência das evacuações.

| | Até 3 | | De 4 a 6 | | Mais que 6 | |
|-----------------|-------|----|----------|----|------------|----|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Até seis meses | | | 10 | 40 | 15 | 60 |
| Após seis meses | 11 | 44 | 10 | 40 | 4 | 16 |

Tipo de fezes

Após seis meses, doze pacientes apresentavam deposições de fezes líquidas e treze pastosas. Dois destes tinham alguns episódios de fezes líquidas intercaladas. No controle das evacuações tanto na sua frequência quanto na consistência usamos a colestiramina em nove casos, difenoxilato e hioscina em seis, mucilóide de psillium em quatro, isoladamente ou em associação.

Lesões perianais

Tivemos oito casos de lesões perianais conseqüente a irritação local das fezes líquidas, três casos de fissuras cutâneas e dois de ragadias. Estes pacientes foram manejados clinicamente com colestiramina, difenoxilato, banhos de assento e pomadas de corticóide com boa resposta. Um paciente evoluiu com hemorróidas do 3º grau após uma reagudização da retocolite ulcerativa, que foi controlada com alimentação parenteral total por 15 dias sendo então hemorroidectomizado.

Três pacientes apresentaram fístulas perianais. Dois tinham doença de Crohn, um evoluiu para proctectomia com ileostomia definitiva por apresentar múltiplas fístulas, o outro foi tratado com aplicação local de 5-fluorouracil. Um paciente com retocolite ulcerativa apresentou fístula perianal que não chegou a ser tratada pois foi a óbito numa cirurgia para correção de eventração. Tivemos três casos de recidiva tumoral de margem

anal que foram tratados com proctectomia com ileostomia definitiva. Um paciente após uma recidiva de retocolite ulcerativa teve trombose hemorroidária e foi submetido a hemorroidectomia. Tivemos um caso de incontinência anal após dilatação forçada do ânus.

Distúrbios metabólicos

Trze pacientes tiveram algum distúrbio metabólico isolado ou em associação. Relacionamos em ordem de frequência: 12 casos de anemia ferropriva, nove de hipopotassemia, cinco de hipocalcemia e quatro de hiponatremia.

DISCUSSÃO

Três fatores parecem ser responsáveis pelo padrão alterado de evacuações após anastomose ileorretal: a ausência da válvula ileocecal, a perda da capacidade absorptiva e a perda de armazenamento do cólon ressecado. A ausência da válvula ileocecal aumentaria o trânsito das fezes (*Gazet*²) que não seriam desidratadas pelo cólon, o que levaria a um aumento no número de evacuações e na alteração da consistência das fezes que permaneceriam líquidas.

Na nossa série 84% dos pacientes tinham menos que seis evacuações diárias, mas os primeiros seis meses antes da adaptação do ileo 60% dos pacientes tinham mais que seis evacuações diárias. Esta adaptação foi demonstrada por *Buchholtz* e cols.¹ que realizaram um estudo em ratos, demonstrando que após a colectomia subtotal há um estímulo proliferativo e um remodelamento do íleo em duas semanas. As criptas intestinais que inicialmente são rasas e as vilosidades mais curtas em 14 dias passam a se alongar e aprofundar, e mostram um índice de migração celular aumentado. Em nossa série a adaptação ocorreu mais tardiamente (seis meses) que na literatura (um mês)^{1, 6}. Verificamos que 44% dos pacientes apresentavam três evacuações ao dia, 40% de 4 a 6 evacuações e 16% mais que seis. Destes, apenas um tinha número superior a oito evacuações, tendo se submetido mais tarde a uma ileostomia definitiva por apresentar além da diarreia, recidiva do Crohn no períneo. Segundo trabalho de *Newton* e *Baker*⁵, analisando 92 pacientes com retocolite ulcerativa e 45 com polipose familiar, não verificaram diferença entre os grupos e não notaram alteração do padrão de evacuações relacionadas com o estado de coto retal na retocolite ulcerativa.

A consistência das fezes era líquida em 12 pacientes e pastosa em 13, dois destes alterna-

vam episódios de fezes líquidas. *Thompson, Runcie* e *Khan*⁷ estudaram o efeito da dieta na ileostomia e concluíram que o paciente não deve omitir nenhum item de sua dieta, a não ser os que comprovadamente causem diarreia. Já em outro estudo, *Newton* e *Baker*⁵ analisando pacientes com anastomose ileorretal, identificaram que 20% dos pacientes apresentavam diarreia líquida com a ingestão de feijão, cebola, maçã e cerveja. A ingestão de leite afetou apenas 13% dos pacientes. Em nossa série não fizemos restrição alimentar e acreditamos que como em nossa dieta há o uso diário de feijão este pode ser a causa de fezes líquidas em alguns pacientes.

Para controle das evacuações usávamos no início o difenoxilato, a hioscina, no intuito de diminuir o trânsito intestinal. Mais recentemente passamos a usar a colestiramina como quelante dos ácidos biliares evitando sua ação irritativa e o mucilóide de psillium para melhorar a consistência das fezes com bons resultados.

Houve distúrbios eletrolíticos em 13 pacientes, como deficiência de ferro e anemia ferropriva em 12 casos, precipitada não só pela menor absorção de ferro como por serem pacientes de mau estado geral, submetidos a operação de grande porte. Observamos também hipopotassemia, hipocalcemia e hiponatremia, na fase de adaptação em que havia maior espoliação eletrolítica.

Um aspecto que mostra a boa tolerância da colectomia total é o ganho de peso ponderal tardio da maioria dos pacientes. A perda de peso ocorreu em seis pacientes, três deles por recidiva tumoral, e em outros três houve uma diminuição de apenas 4 a 6 kg, que possivelmente foi devido a operação.

A mortalidade da cirurgia foi nula e a morbidade com relação à fístula de 40%, fato que se deve a anastomose baixa realizada em um só estágio sem ileostomia de proteção. Estas fístulas eram de baixo débito e regrediram com tratamento conservador na maioria e alguns (três casos) necessitaram de nutrição parenteral total.

CONCLUSÕES

1 – Embora houvesse incidência de alta morbidade (50%) representada por fístula estercoral (40%), a colectomia realizada em 25 pacientes não apresentou mortalidade operatória.

2 – O peso foi um parâmetro favorável na análise, tendo a maioria dos pacientes (70%) aumentado de peso após a operação.

3 – As evacuações após a adaptação do íleo que em nossa série ocorreu em torno de seis

meses após a operação, ficaram em níveis aceitáveis de até seis evacuações diárias em quase todos os pacientes, sendo que apenas um teve que ser ileostomizado por diarreia incontrolável.

4 – As fezes eram pastosas em 60% e em 40% líquidas, e para uma melhor consistência usamos com bons resultados a associação de colestiramina e mucilóide de psillium.

5 – Cinco pacientes em que usamos a nutrição parenteral total como suporte nutricional pré e pós-operatório apresentaram uma evolução nitidamente favorável, restabelecendo-se mais rapidamente o que levou a uma diminuição da morbidade nestes casos.

SUMMARY

Twenty-five patients having a total colectomy and ileorectal anastomosis due to various diseases such as multiple polyposis, inflammatory bowel disease, multiple tumors and diverticular disease were analysed functionally. Analysing the data as weight gain, frequency of bowel movements, consistency of stools, perianal lesions that appeared after the operation and observed that these patients had a good recovery, gaining weight, having a daily number of bowel movements less than six in 84%, and soft stools in 52%, easily controlling the irritative perianal lesions.

UNITERMS: total colectomy; ileorectal anastomosis

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BUCHHOLTZ TW, MALAMUD D & ROSS JS et al. — Onset of cell proliferation in the shortened gut: growth after subtotal colectomy. *Surg*, 80: 601-607, 1976.
2. GAZET JC — The surgical significance of the ileo-caecal junction. *Ann Roy Col Surg Eng*, 43: 19-38, 1968.
3. JONES PF, MUNRO A & EWEN SWB — Colectomy and ileorectal anastomosis for colitis: report on a personal series, with a critical review. *Br J Surg*, 65: 615-623, 1977.
4. LILLEHEI RC & WANGESTEEN OH — Bowel function after colectomy for cancer, polyposis and diverticulitis. *JAMA*, 159: 163-170, 1955.
5. NEWTON CR & BAKER WNW — Comparison of bowel function after ileorectal anastomosis for ulcerative colitis and colonic polyposis. *Gut*, 16: 785-791, 1975.
6. OTTINGER LW — Frequency of bowel movements after colectomy with ileorectal anastomosis. *Arch Surg*, 113: 1048-1049, 1978.
7. THOMSON TJ, RUNCIE J & KHAN A — The effect of diet on ileostomy function. *Gut*, 11: 482-485, 1970.

Endereço dos Autores:
Rua Presidente Taunay, 1522
80000 – Curitiba – PA