

# COLECTOMIA TOTAL, PROCTOMUCOSECTOMIA E ANASTOMOSE ÍLEO-ANAL COM RESERVATÓRIO ILEAL

Juvenal Ricardo Navarro Góes<sup>1</sup>  
Raul Raposo de Medeiros<sup>2</sup>  
João José Fagundes<sup>3</sup>

## RESUMO

*Os autores analisam o estado atual na literatura, do emprego da colectomia total, proctomucosectomia e anastomose íleo-anal com confecção do reservatório ileal para tratamento cirúrgico da polipose familiar e retocolite ulcerativa, principalmente em pacientes jovens. Apresentam também os resultados preliminares obtidos com emprego da técnica em três pacientes portadores de polipose familiar.*

Já de longa data o tratamento cirúrgico da polipose familiar e da retocolite ulcerativa inespecífica vem preocupando os pesquisadores e várias alternativas vêm sendo tentadas no sentido de se evitar a perpetuação de um estoma abdominal em definitivo, principalmente em se tratando de pacientes jovens. Assim, em 1946, *Ravitch* e *Sabiston* apresentavam à Sociedade de Clínica Cirúrgica em Baltimore, Maryland um trabalho em cães propondo-se a colectomia total com a proctomucosectomia e ileostomia anal com preservação da função esfíncteriana. Seguindo-se aos estudos experimentais e clínicos de *Ravitch*, vários grupos em todo mundo nos últimos anos<sup>1-7, 10, 11</sup> vêm estudando tanto do ponto de vista clínico-cirúrgico<sup>5</sup> como fisiológico<sup>3</sup> a aplicação dessa técnica e mais, a evolução apresentada com a introdução da utilização de reservatório ileal anastomosado ao canal anal, visando aumentar a capacidade de retardo na evacuação

do reservatório, destacando-se entre outras, as seguintes técnicas: em forma de "S" com três segmentos de íleo<sup>2, 4, 6, 7</sup>; em dupla alça com ou sem fístula mucosa e anastomose látero-terminal no ânus<sup>1, 11</sup> e reservatório lado-a-lado com dois segmentos de íleo paralelos e isoperistálticos<sup>1, 11</sup>.

O Grupo de Colo-Proctologia do Departamento de Cirurgia da FCM-UNICAMP utilizou tal operação em três pacientes, sendo a preferência atual para o reservatório em forma de "S" com anastomose íleo-anal término-terminal com ileostomia de segurança à maneira proposta por *Parks*<sup>7</sup>.

A técnica utilizada consiste em laparotomia mediana xifo-púbica, realização de colectomia total e proctomucosectomia iniciada por via anterior com secção da camada muscular do reto entre 6 e 8 cm da linha pectínea, seguido da dissecação da mucosa em sentido caudal, o mais distalmente possível. É então confeccionado o reservatório ileal em tripla alça. O tempo perineal consiste na dissecação da mucosa, partindo-se da linha pectínea em sentido cranial até encontrar-se

Trabalho realizado no Serviço de Colo-Proctologia do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP

- 1 Professor-Assistente do Departamento de Cirurgia
- 2 Professor Livre-Docente do Departamento de Cirurgia
- 3 Professor Assistente do Departamento de Cirurgia

a dissecação anterior. Após rigorosa revisão da hemostasia, o reservatório ileal é baixado por dentro do coto muscular retal remanescente, com anastomose íleo-anal término-terminal. Na fossa ilíaca direita é então construída uma ileostomia em alça, distando cerca de 20 cm do reservatório.

Os três casos operados tratavam-se de pacientes portadores de polipose familiar. O 1º caso, paciente do sexo masculino, de 54 anos foi submetido à cirurgia com boa evolução pós-operatória, seguindo-se continência normal para gases e fezes após fechamento da ileostomia seis meses após a primeira cirurgia. Após a alta hospitalar o paciente apresentou quadro de enterite pseudo-membranosa fulminante, evoluindo para óbito. O estudo necroscópico do caso confirmou o diagnóstico clínico, sendo as alterações encontradas à montante do ponto de fechamento da ileostomia e não no reservatório ileal. O 2º caso tratava-se de paciente do sexo masculino, de 18 anos, que foi submetido à proctocolectomia total com anastomose íleo-anal, sem reservatório, em 17/10/80. O paciente evoluiu com incontinência completa para gases e fezes tendo desenvolvido intenso processo inflamatório na pele anal e perianal. Tal paciente foi então selecionado para a confecção de reservatório ileal pélvico, feito em 14/10/83, aproveitando-se a anastomose íleo-anal prévia, deixando-se a ileostomia em FID.

A ileostomia foi fechada seis meses depois com o paciente passando a apresentar continência normal para gases e fezes, com regressão da dermatite perianal, já com cinco meses de evolução. O terceiro caso, paciente do sexo feminino, de 13 anos, foi submetido à cirurgia há cinco meses (23/3/84), apresentou evolução pós-operatória satisfatória; desenvolveu recentemente quadro abdominal compatível com semi-oclusão intestinal por brida, mas que envolveu completamente com o uso de intubação nasogástrica. A paciente encontra-se agora em fase de preparação para o fechamento da ileostomia.

Os autores consideram que a manutenção da continência fecal é meta importante no tratamento cirúrgico de patologias colorretais benignas como a recotolite ulcerativa e a polipose familiar, principalmente nos pacientes jovens. Embora de morbidade atual elevada tal técnica é de mortalidade (atribuída à técnica) bastante reduzida,

levando-se em conta a experiência mundial até hoje adquirida. O Grupo de Colo-Proctologia da FCM-UNICAMP, ainda em fase inicial de experiência com a técnica, continuará a indicá-la para pacientes selecionados, no sentido de melhor analisar seus resultados futuros e conseqüentemente a empregar com segurança, menor morbidade e ausência de mortalidade.

## SUMMARY

*The authors do a revision of the literature about the use of total colectomy, proctomucosectomy and ileo-anal anastomosis building a ileal pouch, for surgical treatment of Familial Polyposis and ulcerative colitis, mainly in young patients. The authors present too the early results achieved using this technic in three patients with Familial Polyposis.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FONKALSRUD EW — Endo-rectal ileal pull-through with lateral ileal reservoir for benign colo rectal disease. *Ann Surg*, 194(6): 761, 1981.
2. GOLIGHER JC — The quest for continence in the surgical treatment of ulcerative colitis. *Year Book*, p. 53, 1980.
3. HEPPELL J, KELLY KA, PHILLIPS SF, BEART RW, TELANDER RL & PERRAULT J — Physiologic aspects of continence after colectomy, mucosal proctectomy and endo-rectal ileoanal anastomosis. *Ann Surg*, 195(4): 435, 1982.
4. JOHNSTON D, WILLIAMS NS, NCAL DE & AXON ATR — The value of preserving the anal sphincter in operation for ulcerative colitis and polyposis: a review of 22 mucosal proctectomies. *Br J Surg*, 68: 874, 1981.
5. KOJIMA Y — Comparison of endo-rectal ileal pull through following colectomy with and without ileal reservoir. *J Pediatr Surg*, 17(5): 653, 1982.
6. MARTIN LW & FISCHER JE — Preservation of ano rectal continence following total colectomy. *Ann Surg*, 196(6): 700, 1982.
7. PARKS AG, NICHOLLS RJ & BELLIVEAU P — Proctocolectomy with ileal reservoir and anal anastomosis. *Br J Surg*, 67: 533, 1980.
8. RAVITCH MM & SABISTON DC — Anal ileostomy with the preservation of the sphincter. *Surg Gynecol Obstet*, 84: 1095, 1947.
9. RAVITCH MM — Anal ileostomy with sphincter preservation in patients requiring total colectomy for benign conditions. *Surgery*, 24: 170, 1948.
10. TELANDER RL & PERRAULT J — Colectomy with rectal mucosectomy and ileoanal anastomosis in young patients: its use for ulcerative colitis and Familial Polyposis. *Arch Surg*, 116: 623, 1981.
11. UTSUNOMIYA J, IWANA T, IMAJO M, MATSUO S, SWAI S, YAEGASHI K & HIRAYAMA R — Total colectomy, mucosal proctectomy and ileo-anal anastomosis. *Dis Colon Rectum*, 23: 459, 1980.