

ANÁLISE DOS RESULTADOS OBSERVADOS COM RESERVATÓRIO ILEAL EM PACIENTES PROCTOCOLECTOMIZADOS

FERNANDO CORDEIRO, TSBCP
JOSÉ ALFREDO DOS REIS JÚNIOR
LIX ALFREDO REIS DE OLIVEIRA
PLÍNIO CONTE DE FARIA JÚNIOR
FLÁVIO ANTONIO QUILICI, TSBCP
JOSÉ ALFREDO DOS REIS NETO, TSBCP

CORDEIRO F, REIS JÚNIOR JA, OLIVEIRA LAR, FARIA JÚNIOR PC, QUILICI FA, REIS NETO JA – Análise dos resultados observados com reservatório ileal em pacientes proctocolectomizados. *Rev bras Colo-Proct.*, 1988; 8(2): 63-70.

RESUMO: Os autores apresentam uma série de pacientes submetidos à proctocolectomia total por retocolite ulcerativa ou polipose familiar múltipla com reconstrução intestinal realizada por reservatório ileal e segmento ileal invertido com anastomose retardada ileoanal sem necessidade de ileostomia abdominal. Relatam os tempos cirúrgicos desta intervenção e os resultados precoces, tardios e a longo prazo, no tocante às complicações, frequência de evacuações e quanto à continência noturna e diurna. As principais complicações foram isquemia do coto abaixado (14,3%) e abscessos pélvico e subfrênico (7,1%) com hepatite e septicemia (7,1%) (período pós-operatório imediato). Já nos períodos pós-operatórios precoce e tardio as principais complicações foram cólicas hipogástricas (64,4% e 21,5%, respectivamente), urgência defecatória (35,6% e 0% respectivamente) e dermatite perianal (71,4% e 28,6% respectivamente), além de outras de pequena gravidade e importância. O número de evacuações diminuiu de uma média de 6,7 episódios por dia para 3,5 episódios com uma continência fecal, que melhorou após decorridos os primeiros seis meses de intervenção. Os autores relatam uma mortalidade nula nesta série e apenas uma complicação mais importante, o que obrigou à realização de uma ileostomia abdominal após decorridos dois anos, concluindo que houve uma melhoria significativa da qualidade de vida dos pacientes com este tipo de intervenção cirúrgica.

UNITERMOS: proctocolectomizados; reservatório ileal; bolsite

As proctocolectomias totais, apesar das indicações precisas, acarretam graves alterações pós-operatórias, tão importantes quanto a sintomatologia prévia, com profundas repercussões orgânicas e psicossociais. Duas destas merecem destaque: a ileostomia abdominal e a anastomose ileoanal^{2, 13, 14, 15, 17, 32, 40, 46, 47, 48, 49, 54, 57, 58, 59, 74}.

A ileostomia abdominal definitiva, que continua sendo a solução mais usada após a proctocolectomia total^{6, 6}, é também o principal inconveniente e a maior objeção dos pacientes para se submeterem ao tratamento cirúrgico^{11, 15, 19, 28, 34, 40, 47, 49, 54, 57, 58, 59, 74}.

Se bem que a qualidade de vida dos pacientes ileostomizados tenha melhorado após a introdução da técnica de ileostomia preconizada por Brooke^{10, 11}, a impossibilidade de um controle fecal voluntário e a perda contínua de líquidos dermoirritantes através desta estomia tornam-na passível de recusa por parte dos pacientes^{12, 19, 36}. A ileostomia impõe ao paciente importantes restrições físicas, sexuais, psíquicas e sociais^{8, 12, 16, 19, 49}.

A reconstrução ileoanal, com o intuito de evitar-se a ileostomia definitiva e sua problemática, apresenta, entretanto, resultados funcionais insatisfatórios quanto à continência fecal e ao número de evacuações, ocasionando muitas vezes uma "ileostomia perineal", mais inconveniente que a abdominal^{32, 46}.

Esta incontinência é devida ao fato de não haver um reservatório onde o conteúdo intestinal pudesse ser represado, aumentando, desta forma, a absorção intestinal, proporcionando assim a formação de fezes mais sólidas e aumentando a possibilidade de continência⁴⁶⁻⁴⁹.

A interposição de um reservatório ileal entre o fleo proximal e a anastomose anal aumentaria a consistência fecal, proporcionando uma maior absorção hídrica^{1, 6, 13, 14, 15, 21, 23, 33, 36, 46, 48, 49, 54, 57, 59, 60, 61, 72, 73}. O segmento ileal posicionado de maneira anisoperistáltica faria com que houvesse uma maior permanência no reservatório deste fluxo líquido exagerado, diminuindo-o e impedindo assim a urgência defecatória, com isto melhorando a qualidade de vida dos pacientes submetidos à proctocolectomia total^{8, 12, 15, 31, 38, 54, 57, 58, 59, 65, 70}.

Este trabalho tem por objetivo analisar os resultados clínicos obtidos com a realização de um reservatório ileal, à semelhança de N invertido, com segmento ileal em

anisoperistalse à jusante deste, anastomosado ao íleo proximal e ao canal anal.

CASUÍSTICA

Foram analisados os resultados clínicos observados em 14 pacientes previamente submetidos à proctocolectomia total, com preservação do mecanismo esfíncteriano, seguida de ileostomia abdominal e reoperados após decorridos pelo menos seis meses, realizando-se, então, uma reconstrução ileoanal, interpondo-se um reservatório ileal à semelhança de uma letra N invertida e acompanhado de inversão de segmento ileal à jusante deste, no período compreendido entre 1969 e 1982.

Os pacientes observados foram divididos em dois grupos: a) dez enfermos portadores de recotolite ulcerativa; b) quatro enfermos portadores de polipose familiar múltipla (Tabela 1).

A idade variou de nove a 55 anos, com maior frequência entre 20 e 29 anos (Tabela 2).

Dos doentes estudados, nove (64,4%) eram do sexo masculino e cinco (35,6%) do sexo feminino. Todos os pacientes observados eram da raça branca.

Técnica cirúrgica - Os pacientes foram colocados em decúbito dorsal horizontal, com flexão de 45º e abdução das coxas sobre o abdômen e sustentadas por perneiras, elevando-se ligeiramente a pélvis por meio de um coxim colocado sob a região glútea.

Nesta fase os pacientes foram submetidos a uma proctocolectomia total com ileostomia abdominal, tendo como ponto prioritário a manutenção do mecanismo esfíncteriano, dissecando-se o reto até o plano dos músculos elevadores do ânus e no tempo perineal, dissecando-se cuidadosamente a mucosa no plano submu-

coso a partir de uma incisão circular praticada a meio centímetro cranialmente à linha pectínea até a identificação e afastamento lateral do músculo esfíncter interno do ânus. A dissecção foi completada à altura da inserção do feixe puborretal do músculo elevador do ânus, onde foi realizada a secção circular da musculatura do reto.

A fase seguinte, realizada seis meses após a primeira intervenção, foi a reconstrução do trânsito intestinal, com reservatório ileal, através do mesmo acesso anterior, com liberação da ileostomia abdominal e dissecção do coto retal. O estudo da arcada ileal e da ligadura dos vasos da segunda arcada tem por finalidade a obtenção de um segmento ileal suficientemente longo para ser levado ao períneo sem tração ou tensão. Este segmento ileal é exteriorizado com 5 cm abaixo do plano do períneo, sendo então medidos 20 cm de íleo e a este nível com inversão de um segmento de 12 cm, de tal modo que este permaneça em anisoperistalse, anastomosando-o proximal e distalmente com pontos de algodão 00, separados, extramucosos em plano único, com justaposição das bordas^{2,9, 3,4}.

A partir da anastomose proximal são medidos, cranialmente, 20 cm, sendo isolados dois segmentos de 15 cm de alça ileal, colocados jutapostos na forma de um N invertido e anastomosados látero-lateralmente em toda a extensão, conseguindo-se assim uma bolsa ileal de aproximadamente 30 cm (Figs. 1, 2 e 3).

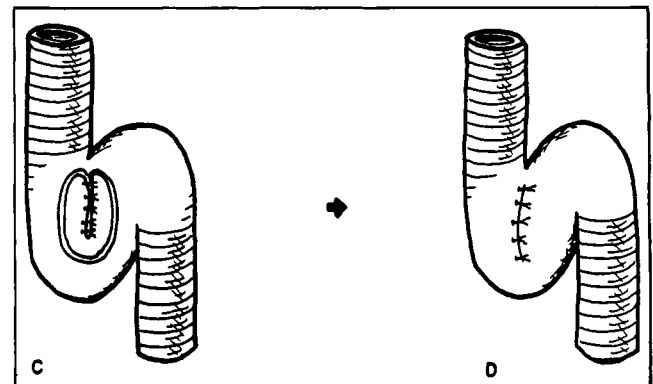
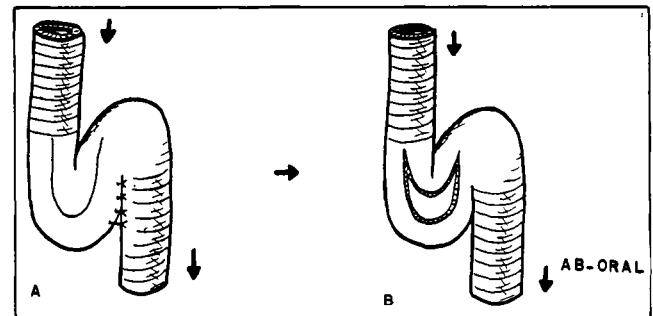
Duas semanas após a reconstrução intestinal os pacientes foram submetidos à ressecção do coto ileal exteriorizado junto à margem anal, completando-se a anastomose com pontos totais separados^{3,0}.

Tabela 1 - Distribuição do número de pacientes conforme a patologia prévia

Patologia prévia	N.º de casos	%
Retocolite ulcerativa	10	71,4
Polipose familiar múltipla	04	28,6
Total	14	100,0

Tabela 2 - Distribuição do número de pacientes segundo a patologia prévia, conforme a faixa etária

Faixa etária (anos)	N.º de casos			%		
	(RCU)	(PF)	(T)	(RCU)	PF	(T)
0 - 9	0	1	1	0,0	7,1	7,1
10 - 19	0	2	2	0,0	14,3	14,3
20 - 29	4	1	5	28,6	7,1	35,7
30 - 39	2	0	2	14,3	0,0	14,3
40 - 49	2	0	2	14,3	0,0	14,3
50 - 59	2	0	2	14,3	0,0	14,3
Total	10	4	14	71,5	28,5	100,0



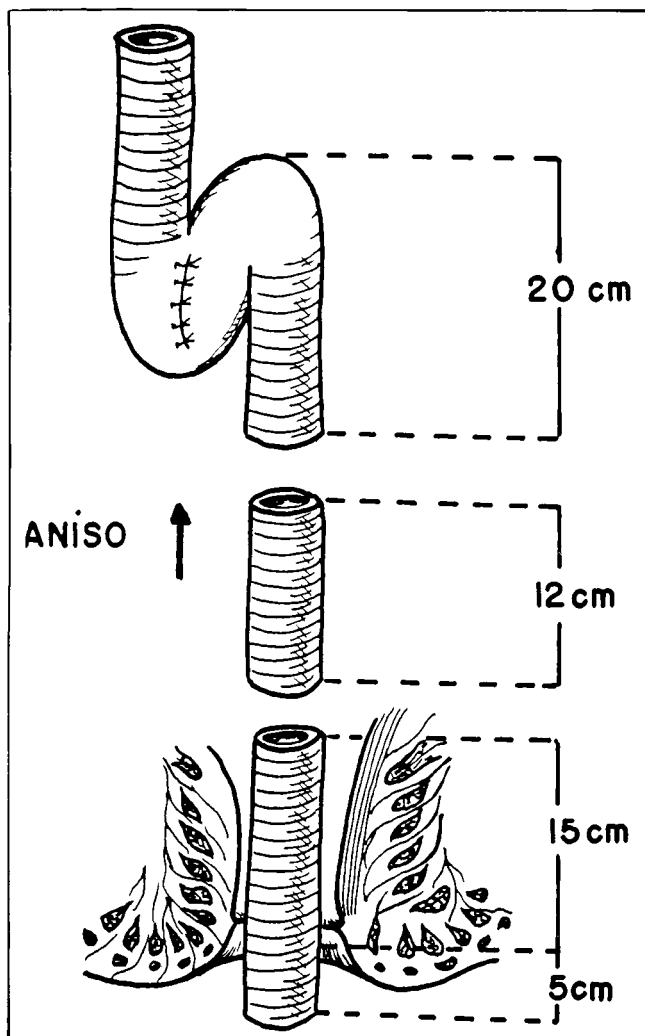


Fig. 3 - Modelo completo de bolsa e inversão de segmento ileal.

Complicações pós-operatórias - As complicações estudadas foram divididas em gerais e locais, sendo que as ocorridas durante a permanência no hospital foram chamadas de imediatas e as que se deram a médio e longo prazos foram denominadas, respectivamente, complicações precoces e tardias. Foram consideradas de médio prazo as complicações surgidas até o terceiro mês após a última intervenção cirúrgica, e de longo prazo as que se verificaram após o sexto mês pós-operatório e relacionadas ao reservatório ileal ou à cirurgia realizada. Alguns pacientes foram observados após o primeiro ano de pós-operatório e a este período denominou-se acompanhamento a longo prazo.

Evacuações - O número de evacuações diárias e a consistência fecal foram observados e separados segundo o tempo decorrido da intervenção cirúrgica. Assim, o pós-operatório precoce foi aquele decorridos três meses e o pós-operatório tardio aquele após seis meses.

Continência fecal - Os pacientes foram questionados quanto à sua continência fecal no período dito precoce e tardio, e ainda quanto à continência no período diurno e noturno. Continência má foi a incapacidade completa para reter gases e fezes líquidas ou não. Continência regular foi

a capacidade de reter fezes pastosas, com escape rotineiro de fezes líquidas e gases. Com relação à continência satisfatória, esta foi a capacidade para reter fezes líquidas, com eliminação esporádica destas, ou de gases, ou ainda de secreções mucosas. A continência boa ocorreu quando somente houve escape mucoso ou de gases esporádicos.

RESULTADOS

Os 14 pacientes foram acompanhados no pós-operatório, mensalmente, até o terceiro mês e, após este período, trimestralmente, até completar o primeiro ano de pós-operatório da reconstrução do trânsito intestinal.

Vários deles foram revistos posteriormente, sendo que alguns retornaram após decorridos quase dez anos desde a última intervenção cirúrgica (pacientes nºs 2, 4, 7, 12 e 14).

Um dos pacientes (nº 7) apresentou estado de septicemia, oriundo de abscesso pélvico e subfrênico, que foi acompanhado de deiscência parietal e hepatite transinfeciosa, tendo sido reoperado com drenagem dos abscessos e resutura parietal, recuperando-se sem seqüelas.

Onze pacientes (78,6%) (pacientes nºs 1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13 e 14) evoluíram sem nenhuma complicação pós-operatória.

Dois enfermos (14,3%) (pacientes nºs 3 e 4) apresentaram no pós-operatório imediato uma isquemia com necrose do segmento ileal exteriorizado através do ânus, sendo um deles no segundo dia de pós-operatório (paciente nº 3) e o outro decorridos seis dias de pós-operatório (paciente nº 4). Foram submetidos a uma nova intervenção cirúrgica, realizando-se um novo abaixamento ileal com anastomose retardada.

A mortalidade cirúrgica desta série foi nula (Tabela 3).

Com relação à continência fecal precoce, nove pacientes (6,4%) apresentaram uma continência diurna considerada regular e cinco pacientes (35,6%) apresentaram uma continência diurna má, exigindo o uso constante de medicação constipante (cloridrato de loperamida) e de absorventes junto ao períneo.

Quanto à continência noturna, 10 pacientes (71,4%) consideraram-na má, três (21,5%) apresentaram continência regular e em um paciente (7,1%) a continência foi considerada satisfatória (Tabela 4).

Após o sexto mês de pós-operatório, seis-pacientes (42,9%) apresentaram continência diurna considerada satisfatória, enquanto que os outros quatro apresentaram

Tabela 3 - Resultados do pós-operatório imediato

	Nº de casos	%
Sem complicações	11	78,6
Isquemia do coto abaixado	02	14,3
Abscessos pélvico e subfrênico	01*	7,1
Hepatite e septicemia	01*	7,1
Mortalidade	00	0,0
Total	14	100,0

* O mesmo paciente.

uma continência diurna boa (28,6%). Os quatro pacientes restantes apresentaram continência regular (28,6%).

A continência noturna neste período tardio foi considerada má em dois pacientes (14,3%), regular em quatro (28,6%), sendo satisfatória em sete pacientes (50%) e em um paciente ela foi considerada boa (7,1%) (Tabela 5).

Os pacientes apresentaram, no pós-operatório precoce, evacuações semilíquidas ou pastosas na maioria das vezes, sendo que o número mínimo de evacuações por dia foi de três episódios e o número máximo chegou a dez episódios, com média de 6,7 episódios ao dia.

Já no período de pós-operatório tardio de seis meses, os pacientes apresentaram fezes de consistência pastosa na sua maioria, sendo que o número mínimo de evacuações foi de dois episódios ao dia e o máximo atingiu dez episódios, com média de 3,5 evacuações durante as 24 horas. Apenas um paciente (7,1%) apresentou um número constante de evacuações nos dois períodos, em torno de dez, número este, na maioria das vezes, de consistência líquida ou semilíquida (Tabela 6).

Com relação às complicações no pós-operatório, estas foram divididas em gerais e locais e em três períodos distintos: precoces, tardias e a longo prazo.

As complicações locais precoces foram a cólica na região hipogástrica, de intensidade variada e por vários períodos durante o dia, em nove pacientes (64,4%), com

Tabela 4 - Distribuição do número de pacientes, segundo a continência fecal precoce diurna e noturna

Continência	Nº de casos	
	Diurna	Noturna
Má	5 (35,6%)	10 (71,4%)
Regular	9 (64,4%)	3 (21,5%)
Satisfatória	0 (0,0%)	1 (7,1%)
Boa	0 (0,0%)	0 (0,0%)

Tabela 5 - Distribuição do número de pacientes, segundo a continência fecal tardia diurna e noturna

Continência	Nº de casos	
	Diurna	Noturna
Má	0 (0,0%)	2 (14,3%)
Regular	4 (28,6%)	4 (28,6%)
Satisfatória	6 (42,8%)	7 (50,0%)
Boa	4 (28,6%)	1 (7,1%)

Tabela 6 - Distribuição do número de pacientes, conforme o número de evacuações e o período de pós-operatório

Nº de evacuações por dia	Nº de casos	
	Precoce	Tardio
Menor ou igual a 3	1 (7,1%)	11 (78,6%)
Entre 4 e 7	6 (42,9%)	2 (14,3%)
Maior ou igual a 8	7 (50,0%)	1 (7,1%)

desaparecimento após uso de medicação sintomática, a urgência defecatória em cinco pacientes (35,6%), a dermatite perianal encontrada em dez pacientes (71,4%) e a formação de abscessos pélvico e retrorretal em um paciente (7,1%), que foi submetido a drenagem cirúrgica por via perineal.

A complicação geral no período foi a presença de câibras generalizadas em um paciente (7,1%).

No período tardio, observou-se, como complicações locais, a presença de cólicas hipogástricas em três pacientes (21,5%), dermatite perianal em quatro pacientes (28,6%) e abscesso perineal em um paciente (7,1%).

As complicações gerais foram a presença de câibras generalizadas em um paciente (7,1%) e um emagrecimento importante em outro paciente (7,1%) (Tabela 7).

Tabela 7 - Complicações precoces e tardias

Complicações	Nº de casos	
	Precoces	Tardias
Cólicas hipogástricas	9 (64,4%)	3 (21,5%)
Urgência defecatória	5 (35,6%)	0 (0,0%)
Dermatite perianal	10 (71,4%)	4 (28,6%)
Abscesso pélvico	1 (7,1%)	0 (0,0%)
Abscesso perineal	0 (0,0%)	1 (7,1%)
Câibras	1 (7,1%)	1 (7,1%)
Emagrecimento	0 (0,0%)	1 (7,1%)

Sete pacientes (50%) foram acompanhados por dois anos ou mais. Apenas um destes (7,1%) apresentou uma complicação decorrente da utilização do reservatório ileal, após dois anos, com um quadro de diarreia freqüente, oriunda de infecção do interior do reservatório, denominada bolsite. Este paciente foi submetido a nova intervenção cirúrgica, com retirada do reservatório e realização de uma ileostomia abdominal, sendo que atualmente apresenta-se em bom estado geral.

Outros três pacientes (21,5%) apresentaram um quadro de abdome agudo, por obstrução conseqüente a bridas intestinais, após decorridos um, dois e sete anos respectivamente, sendo que os dois últimos (14,2%) vieram a falecer em decorrência desta complicação, e o terceiro foi acompanhado por mais dez anos, após o tratamento da complicação, sem o aparecimento de outras alterações.

Os três pacientes restantes foram acompanhados por mais de três anos, sendo que um deles apresentou duas gestações levadas a bom termo, o segundo apresentara, após este período, um exame radiológico contrastado, evidenciando a colonização ileal, e o terceiro veio a falecer em virtude de complicações decorrentes de uma colecistectomia realizada quatro anos após, em outro serviço.

DISCUSSÃO

Objetivando evitar-se uma estomia definitiva nos pacientes submetidos a proctocolectomia total por retocolite ulcerativa e polipose familiar múltipla, vários foram os trabalhos apresentados no intuito de se obter um reserva-

tório ileal em continuidade com o canal anal, que permitisse a estes pacientes, na sua grande maioria jovens, manter a continência fecal por meio do seu mecanismo esfinteriano, e assim uma freqüência de evacuações satisfatória, bem como uma função sexual e vesical normais^{1, 5, 21-24, 26, 33, 37, 41, 43-45, 48, 49, 54, 57, 58, 61-63, 72, 74}.

Apesar das dificuldades operatórias descritas inicialmente, estas foram diminuindo gradativamente, bem como as complicações do método, com a experiência cirúrgica, melhorando assim a qualidade de vida dos pacientes^{5, 14, 25, 27, 33, 36, 51-53, 59, 64, 73, 77, 78}.

A indicação deste tipo de técnica cirúrgica, nos pacientes portadores de retocolite ulcerativa e polipose familiar múltipla, deve-se ao fato da intratabilidade clínica na forma aguda fulminante da primeira, e em razão do risco de aparecimento de neoplasia maligna, principalmente naqueles casos com mais de dez anos de evolução e cujo comprometimento atinge difusamente o cólon, em ambas as patologias na forma crônica, lembrando que a polipose familiar múltipla, uma doença hereditária, autossômica dominante, não ligada ao sexo, está associada a uma malignização de 9,2% aos cinco anos e em 100% dos casos, além dos 30 anos de evolução^{42, 78}. Segundo *Hollender*³², 35% dos pacientes já apresentam neoplasia maligna na descoberta da polipose familiar múltipla.

A realização deste reservatório ileal deve ser evitada, porém, em pacientes acima de sessenta anos, com patologias orificiais associadas, ou com disfunção esfinteriana, ou ainda portadores de neoplasia maligna ou doença de Crohn^{35, 46, 63, 76-78}.

Para reconstrução do trânsito intestinal, após proctocolectomia total na retocolite ulcerativa e na polipose intestinal, a simples anastomose ileoanal apresenta maus resultados, em razão do grande fluxo líquido intestinal que não pode ser absorvido convenientemente pelo íleo terminal e, em virtude disto, impossibilitando o mecanismo esfinteriano de promover uma continência fecal adequada^{2-4, 8, 17, 18, 20, 22-25, 32, 35-45, 48, 55-57, 67-69, 71-75}.

As principais técnicas de reconstrução intestinal com reservatório ileal têm como objetivo criar uma bolsa para represamento deste fluxo ileal e deste modo anastomosá-la em continuidade com o canal anal^{14, 22, 48, 57, 72}. Entre as várias técnicas descritas, algumas falham por apresentarem um reservatório com volume muito grande, o que faz com que o paciente necessite praticar um cateterismo deste reservatório, para que se processe o esvaziamento completo^{1, 14, 26, 27, 33, 34, 41, 44, 46, 48, 49, 51, 52, 61-63}; outras apresentam um tamanho inconstante do reservatório, em razão da arcada arterial ileal e de uma freqüência maior de evacuações, com continência prejudicada^{5, 14, 21-25, 33, 72, 73}.

A colocação isolada de um segmento anisoperistáltico anastomosado ao reto consegue diminuir a freqüência de evacuações, porém não dá ao paciente uma continência fecal satisfatória^{12, 17, 18, 31, 38, 65, 70}. A maior freqüência dos pacientes submetidos à reconstrução intestinal com reservatório ileal, nas diversas séries da literatura, ocorre entre os 20 e os 39 anos e coincide com o grupo etário deste estudo^{14, 23, 27, 34, 46, 49, 59, 72}. Em nossa série houve um predomínio do sexo masculino

em concordância com outras séries^{14, 45, 72} e contrariamente a outras que mostram ou o predomínio do sexo feminino^{1, 34} ou a igualdade entre os sexos²⁷.

No tocante à patologia prévia, a maioria dos autores relata uma freqüência maior de pacientes portadores de retocolite ulcerativa^{23, 27, 34, 45, 49}, coincidente com esta série, sendo que apenas *Utsunomiya*⁷² refere em sua série um predomínio de pacientes portadores de polipose familiar múltipla.

De fundamental importância para o êxito desta técnica cirúrgica é o estudo das arcadas arteriais do íleo terminal com ligadura da segunda arcada, pois somente esta manobra possibilita um segmento ileal suficientemente longo para que permaneça junto ao períneo, sem tração ou tensão. Já a inversão de um segmento ileal de 12 cm, colocado 20 cm à montante do íleo terminal, tem como objetivo retardar o fluxo intestinal dentro do reservatório ileal, sem no entanto provocar uma obstrução intestinal intransponível¹². A realização deste reservatório em forma de N invertido objetiva proporcionar um volume adequado e constante, cujo tamanho não prejudique a contração normal, impedindo assim o esvaziamento incompleto, bem como as complicações oriundas deste fato^{23, 33, 61}.

Uma das complicações das diversas técnicas preconizadas são as fístulas e deiscências da anastomose ileoanal, que, segundo *Haddad*³⁰, podem ser diminuídas com a utilização de uma anastomose retardada. Em virtude desta anastomose perineal retardada, paciente algum necessitou de uma ileostomia de proteção e não houve nenhuma complicação advinda do segundo tempo operatório realizado duas semanas após a reconstrução do trânsito intestinal.

Em nossa série, dois enfermos (14,3%) apresentaram isquemia com necrose do segmento ileal abaixado e um paciente (7,1%) apresentou abscesso pélvico e subfrênico, que ocasionou um estado séptico, acompanhado de deiscência parietal e hepatite transinfeciosa. Relacionado ao primeiro evento, *Peck*⁵⁰ dá como provável causa a divisão arterial do mesentério do intestino delgado, e outras séries relatam uma incidência de complicações destes dois tipos, variando entre 4 e 24%^{6, 14, 35, 45, 49, 72}.

A mortalidade operatória nula, coincidente com a observada na literatura, reforça o pensamento de diversos autores, que consideram a técnica acessível a todos, pois, apesar da complexidade aparente, os procedimentos realizados são básicos⁴⁹.

A continência fecal, decorridos três meses de pós-operatório, foi considerada regular durante o período diurno, em 64,4% dos pacientes e má em 35,6%. Já a continência fecal precoce noturna foi considerada satisfatória em um paciente (7,1%), regular em três (21,5%) e considerada má no restante dos enfermos (71,4%), o que os obrigou ao uso de uma medicação constipante e de absorventes, junto ao períneo. Após seis meses de pós-operatório, a chamada continência fecal tardia foi considerada, no período diurno, como sendo satisfatória ou boa em 10 pacientes (71,4%) e regular em quatro (28,6%). Neste período a continência fecal noturna notabilizou-se por ser considerada satisfatória ou boa em 64,4% dos pacientes e regular em quatro (28,6%), sendo que apenas dois pacientes

(14,3%) consideraram-na má. Estas observações coincidem com o relato da literatura, que menciona um período de até seis meses para adaptação máxima do reservatório ileal^{6, 46, 49, 72}. Segundo *Fonkalsrud*²³, as perdas noturnas podem atingir até 75% dos pacientes, enquanto que a maioria dos autores relata uma incontinência noturna próxima dos 34% dos pacientes^{34, 45, 49, 72}.

Decorridos os primeiros três meses de pós-operatório, os pacientes apresentaram, na sua maioria, fezes de consistência pastosa ou semilíquida, sendo que a frequência de evacuações variou de três a dez episódios por dia (média: 6,7 episódios). Estes resultados mostraram-se discretamente melhores quando comparados a outras séries da literatura que referem uma frequência variando de 10 a 20 vezes por dia, nos reservatórios em forma de J⁷², ou uma frequência de dez episódios por dia, nos reservatórios em dupla alça isoperistáltica²³.

No período tardio de pós-operatório, decorridos seis meses, os pacientes apresentaram fezes de consistência pastosa, sendo que a frequência em evacuar variou de um mínimo de duas até um máximo de dez evacuações por dia. A média de 3,5 evacuações durante as 24 horas está em concordância com a maioria dos autores na literatura, quer utilizando o reservatório em S^{21, 27, 33, 48, 49}, ou realizando-o na forma de dupla alça^{23, 61} ou na forma de J^{33, 72}. Alguns autores relatam uma mesma média quanto ao número de evacuações, porém referem o uso de cateterização do reservatório para exoneração completa de seu conteúdo, em mais de 50% dos pacientes^{1, 46}. Em nossa revisão verificamos que apenas um autor relata a frequência média de sete evacuações ao dia, utilizando-se de um reservatório em S^{34, 48}.

A mais freqüente complicação foi no período precoce, a dermatite anal com uma incidência de 71,4% e acompanhada da urgência defecatória em 35,6% dos pacientes. Estas duas complicações têm origem no elevado número de evacuações no período com predomínio de fezes semilíquidas, e no caso da dermatite anal podem alcançar 100% dos pacientes, segundo a literatura²³. Nesta série apenas um paciente apresentou um abscesso pélvico, que regrediu após drenagem cirúrgica e antibioterapia.

No tocante às complicações gerais, o aparecimento de cólicas em região hipogástrica, em nove pacientes (64,4%), tem sua explicação na existência da alça intestinal em anisoperistaltismo, o que evidencia o funcionamento deste segmento ileal invertido. Já as cáibras generalizadas ocorridas em um paciente (7,1%) parecem ter origem no desequilíbrio hidroeletrólítico, como afirma a literatura²⁷.

Com relação às complicações locais tardias (após seis meses de pós-operatório), quatro pacientes (28,6%) apresentavam dermatite anal e outros três mantinham ainda cólicas hipogástricas. Neste ponto a literatura apresenta uma frequência quase nula desta complicação. Ainda com respeito a complicações locais, apenas um paciente apresentou abscesso perineal (7,1%), sendo que a literatura relata diversas frequências de aparecimento, podendo alcançar até 23% dos pacientes⁷².

Apenas um paciente (7,1%) apresentou uma patologia caracterizada por um quadro infeccioso intra-reservatório chamado de bolsite, o que tornou obrigatório, após dois anos, a retirada do mesmo e confecção de uma ileostomia

definitiva. Este fato é decorrente ao acúmulo de fezes no interior do reservatório, com proliferação bacteriana, predominantemente anaeróbios⁹, tendo sido relatado na literatura com maior frequência naquelas cirurgias cujo reservatório tem um maior volume, como as que têm a forma de S e que podem atingir até 30% dos casos³³.

Assim como foi dito anteriormente, o emagrecimento e as cáibras que ocorreram em um único paciente (7,1%) sugerem ter origem nas perdas hidroeletrólíticas também neste período tardio de pós-operatório.

O aparecimento de obstrução intestinal por bridas em três pacientes (21,5%), verificada após decorridos mais de seis meses de pós-operatório, deve-se principalmente ao fato de ser esta uma intervenção cirúrgica de grande porte e que não está ligada diretamente à técnica operatória^{49, 59, 72}.

Devemos também observar que na presente série não foram encontradas complicações descritas na literatura, como as estenoses anastomóticas, as hemorragias oriundas do reservatório, as fístulas ou as alterações urinárias^{27, 35, 48, 49}, e que a função sexual não esteve comprometida em nenhum paciente, assim como não foram observadas alterações psicossociais, evidenciando-se a completa reintegração do indivíduo com o seu meio social.

Observou-se, na presente revisão, um alto índice de resultados compatíveis com uma satisfatória qualidade de vida, pois, à exceção de um paciente, todos os outros foram unânimes em afirmar que preferiam a situação pós-operatória àquela com a ileostomia abdominal. Um dos pacientes do sexo feminino, um dos primeiros desta série, chegou a submeter-se a dois partos sem intercorrências e muitos são os autores que concordam em afirmar a melhoria na qualidade de vida dos pacientes, com o uso de uma forma qualquer de reservatório ileal^{5, 27, 34, 35, 53, 57, 59, 72, 77, 78}.

CONCLUSÕES

A análise dos resultados observados em 14 pacientes submetidos à reconstrução intestinal com reservatório ileal e interposição de um segmento intestinal anisoperistáltico permite concluir que a cirurgia de reconstrução do trânsito intestinal, por meio desta técnica cirúrgica, melhorou significativamente a qualidade de vida dos pacientes submetidos anteriormente à proctocolectomia total e ileostomia abdominal devido a retocolite ulcerativa ou polipose familiar múltipla.

Confirma ainda o fato de que os melhores resultados neste tipo de intervenção cirúrgica são alcançados após seis meses, quando ocorre diminuição significativa do número de evacuações, onde a continência fecal foi considerada má em uma baixa porcentagem dos pacientes, e as complicações, que já eram de baixa gravidade no período precoce, diminuem significativamente neste período tardio, sendo que apenas um paciente da série necessitou a reconstrução de uma ileostomia abdominal em virtude de complicações.

REFERÊNCIAS

1. Athanasiadis S, Girona J. Total colectomy, rectomucosectomy and ileoanal anastomosis with the ileum reservoir in the

- treatment of ulcerative colitis. *Langenbecks Arch Chir* 1982; 357(4): 259-268.
2. Aylett SQ. Three hundred of diffuse ulcerative colitis treated by total colectomy and ileorectal anastomosis. *Br Med J* 1966; 1: 1001.
 3. Aylett SQ. Rectal conservation in the surgical treatment of ulcerative colitis. *Arch Fran Des Mal de l'App. Digest* 1974; 63: 585.
 4. Baker WNW. The results of ileorectal anastomosis at St. Mark's Hosp. from 1953 - 1968 - *Gut* 1970; 11: 235-239.
 5. Beart Jr. RW, Dozois RR, Kelly KA. Ileal anal anastomosis in the adult. *Surg Gynecol Obstet* 1982; 154: 826.
 6. Beart Jr. RW. Ileal pouch - anal anastomosis. The procedure of choice? *Coloproctology* 1984; 6(5): 287.
 7. Berard P. Mechanical ileoanal anastomosis with ileal pouch. *Coloproctology* 1984; 6(5): 287.
 8. Bokey EL, Chapuis PH, Dunn DW. Continence following ileoanal anastomosis with a reversed terminal ileal segment. *Coloproctology* 1984; 6(5): 287.
 9. Bonello JC. Mucosal enteritis; a complication of the continent ileostomy. *Dis Col Rectum* 1981; 24: 37.
 10. Brooke BN. The management of an ileostomy including its complications. *Lancet* 1952; 2: 102-104.
 11. Brooke BN. *Ulcerative colitis and its surgical treatment*. E and S Livingstone Ltd. Edinburgh and London, 1954.
 12. Burrows L, Wildstein W, Dreiling DA, Kark AE. Effects of antiperistaltic ileal segments on bowel function in colectomized dogs. *Surgery* 1965; 58: 999.
 13. Cohen Z. The place of the continent ileostomy in proctocolectomy. In: 8th World Congress of CICD, Amsterdam, 1984.
 14. Cohen Z. Anastomose ileoanal com e sem reservatório. *Rev bras Colo-Proct.* 1986; 6(1): 15-18.
 15. Cordeiro F, Reis Neto JA, Quilici FA, Oliveira LAR, Reis Jr. JA. Reservatório ileal após proctocolectomia total. Apresentação de uma técnica cirúrgica. In: XIV Congresso Nacional do CIS/XIII Western Hemisphere Congress of ICS, São Paulo, 1987.
 16. Cranley B. The Kock's reservoir ileostomy: A review of its development, problems and role in modern surgical practice. *Br J Surg* 1983; 70: 94.
 17. Deloyers L. Technique chirurgicale permettant la création d'anus artificiels controlable. *Acta Chir Belg* 1962; 6: 544-548.
 18. Deloyers L. Modalités d'utilisation chirurgicale de la fonction péristaltique pour ratentir à volonté le transit de l'intestin grêle et du côlon. *Bull Acad Royale de Méd de Belgique*, 1963; 3(16): 399-411.
 19. Devlin HB, Plant JA, Griffin N. Aftermath of surgery for anorectal cancer. *Br Med J* 1971; 3: 413-418.
 20. Devine J, Webb R. Resection of rectal mucosa, colectomy and ileostomy with normal continence. *Surg Gynecol Obst* 1951; 92: 437-442.
 21. Ferrari BT, Fonkalsrud EW. Endorectal ileal pull through operation with ileal reservoir after total colectomy. *Am J Surg* 1978; 136: 113-118.
 22. Fonkalsrud EW. Total colectomy and endorectal ileal pull through with internal ileal reservoir for ulcerative colitis. *Surg Gynecol Obst* 1980; 150(1): 1.
 23. Fonkalsrud EW. Endorectal ileal pull through with lateral ileal reservoir for benign colorectal disease. *Ann Surg* 1981; 194(6): Déc.: 761-766.
 24. Fonkalsrud EW. Continence following colectomy for ulcerative colitis. *Pediatr Ann* 1982; 1(11): 921.
 25. Fonlaksrud EW. Endorectal ileal pull through with isoperistaltic ileal reservoir for colitis and polyposis. *Ann Surg* 1985; 202(2): 145.
 26. Góes JRN, Medeiros RR, Fagundes JJ. Colectomia total, proctomucosectomia e anastomose ileoanal com reservatório ileal. *Rev bras Colo-Proct.* 1984; 4(3): 138.
 27. Góes JRN, Costa AM, Peres MAO, Medeiros RR, Leonardi LS. Colectomia total, proctomucosectomia, reservatório ileal em tripla alça e anastomose ileoanal. *Rev Col Bras Cir.* 1986; 13(4): 173-180.
 28. Goligher JC. *Surgery of the anus. Rectum and Colon* 3rd ed. Bailliére Tindal, London, 1975.
 29. Gorodiche J, Jourdan P. Anastomoses digestives en un plan de suture. *Sem Hôp* 1951; 4: 3740-3747.
 30. Haddad J. Tratamento do megacôlon adquirido pelo abaixamento do côlon com colostomia perineal. Tese apresentada na Fac Med Universidade de São Paulo. São Paulo, 1969.
 31. Hammer JM, Seay PH, Johnston RL, Hill EJ, Prust FH, Campell RJ. The effect of antiperistaltic bowel segments on the intestinal emptying time. *Arch Surg* 1959; 79: 537.
 32. Hollender LF, Meyer CH, Klein A. Proctomucosectomie. Un procédé original de préservation de la continence anale dans le traitement chirurgical de la polypose rectocolique diffuse. *Chirurgie*, 1972; 98: 578-582.
 33. Hülten L. The continent ileostomy (Kock) vs the restorative proctocolectomy. *World J Surg* 1985; 9: 952-959.
 34. Johnston D, Williams NS, Neal de, Axon ATR. The value of preserving the anal sphincter in operations for ulcerative colitis and polyposis: a review of 22 mucosal proctectomies. *Br J Surg* 1981; 68: 874.
 35. Kelly KA. Ileal pouch anal anastomosis after proctocolectomy. *Surg Rounds* 1985; 48.
 35. Khubchandani IT. Ileorectal anastomosis in inflammatory bowel disease. *Coloproctology* 1984; 6(5): 279.
 36. Kiriyaama M. Total colectomy with loop interposed ileostomy and loop interposed ileoproctostomy. *Coloproctology* 1984; 6(5): 279.
 37. Leonard-Jone JE, Lockhart Mummery H. In: *Colorectal disease*, 1 st. ed., William Heimann Medical Books Ltd, England, 1981.
 38. Mall F. Reversal of the intestine. *John Hopkins' Hosp Rev* 1896; 1: 93.
 39. Mantovani M. Sutura seromuscular extramucosa em plano único na cirurgia do intestino. Tese de Doutorado apresentada na Fac. Ciências Méd. Unicamp, Campinas, 1973.
 40. Martin LW, Lecoutre C, Schubert WK. Total colectomy and mucosal proctectomy with preservation of continence in ulcerative colitis. *Ann Surg* 1977; 186: 477.
 41. Martin LW, Fischer JE. Preservation of anorectal continence following total colectomy. *Ann Surg* 1982; 196(6): 700.
 42. Morson BC, Dawson IMP. Adenomas and adenoma carcinoma sequence. In: *Gastrointestinal pathology*, 2nd ed., Blackell Scientific Publications, Oxford, England, 1979.
 43. Neal De, William NS, Johnston D. Rectal, bladder and sexual function after mucosal proctectomy with and with out a pelvic reservoir for colitis and polyposis. *Br J Surg* 1982; 69: 599.
 44. Nicholls RJ, Belliveau P, Neill M, Wilks M, Tobaqchali S. Restorative proctocolectomy with ileal reservoir: pathophysiological assessment. *Gut*; 1981; 22: 462.
 45. Nicholls RJ. Colectomy with ileorectal anastomosis poliposis. In: 8th World Congr of CICD, Amsterdam, 1984.
 46. Nicholls RJ, Pescatori M, Motson RW, Pezin ME. Restorative proctocolectomy with a 3 loop reservoir for ulcerative colitis and poliposis. Clinical results of 66 patients followed for up to 6 years. *Ann Surg* 1984; 199: 383.
 47. Parks AG. Prognosis of patients with an ileostomy. *Proc Royal Soc Med* 1965; 58: 793.
 48. Parks AG, Nicholls RJ. Proctocolectomy without ileostomy for ulcerative colitis. *Br Med J* 1978; 2: 85-88.
 49. Parks AG, Nicholls RJ, Belliveau P. Proctocolectomy with ileal reservoir and anal anastomosis. *Br J Surg* 1980; 67: 533-538.
 50. Peck DA, Hallenback GA. Fecal continence in the dog after replacement of rectal mucosa with ileal mucosa. *Surg Gynecol Obstet* 1964; 119: 1312-1320.
 51. Pescatori M. Myoelectric and motor pattern of 3 loop ileal reservoir after proctocolectomy. In: 8th World Congr of CICD, Amsterdam, 1984.
 52. Pescatori M, Parks AG. The sphincteric and sensory components of preserved continence after ileoanal reservoir. *Surg Gynecol Obstet* 1984; 158: 517.
 53. Pezin ME, Nicholls RJ. Quality of life after restorative proctocolectomy with pelvic ileal reservoir. *Br J Surg* 1985; 72: 31.
 54. Quilici FA, Reis Neto JA, Batagini GA. Reconstrução ileal da ampola retal. In: XI Congr Hemisf Ocid CIC, São Paulo, 1981.

55. Ravitch MM, Sabiston Jr. DC. Anal ileostomy with preservation of sphincter: a proposed operation in patients requiring total colectomy for benign lesions. *Surg Gynecol Obstet* 1947; 84: 1095-1099.
56. Ravitch MM. Anal ileostomy with sphincter preservation in patients requiring total colectomy for benign conditions. *Surgery* 1948; 24: 170.
57. Reis Neto JA, Quilici FA. Abaixamento transanal e retrorretal de íleo em pacientes com retocolite ulcerativa. In: XXVI Congr Bras Proct., Guarujá, 1976.
58. Reis Neto JA. Reconstrução digestiva pós-proctocolectomia. *Gen*, Vol. XXXI – Abr. Jun. 1977; 4: 377-382.
59. Reis Neto JA, Quilici FA, Cordeiro F. Rectal reconstruction with ileal reservoir. *Coloproctology*, 1984; 6(5): 286.
60. Rohner A. Restorative proctocolectomy with ileal reservoir. *Coloproctology*, 1984; 6(5): 287.
61. Rosemurgy AA, Schraut WH, Wang CH, Block GE. Design and anatomic location of the ileal reservoir determine functional results after ileoanal anastomosis. *Curr Surg* 1983; 40: 23.
62. Rothenberger DA, Vermevlen FD, Christenson CE, Bolcok EG. Restorative proctocolectomy with ileal reservoir and ileoanal anastomosis. *Am J Surg* 1983; 145: 82.
63. Rothenberger DA, Buls JG, Nivatvongs S, Goldberg SM. The parks'S ileal and anal anastomosis after colectomy and mucosal proctectomy. *Am J Surg* 1985; 149: 390.
64. Ruckauer K, Kirchner K, Walsmann R. Colectomy or proctocolectomy in patients with familial intestinal poliposis. *Coloproctology* 1984; 6(5): 281.
65. Singleton Jr. AO, Kurrus FD, Donegan DW. The increasing of absorption following massive resection of bowel by means of antiperistaltic segments as measured by radioactive fat absorption studies. *Ann Surg* 1961; 154: 130.
66. Sirinek KR. 1977. Apud Ferrari BT, Fonkalsrud EW, 1978.
67. Soave F. Endorectal ileal pull through for ulcerative colitis and polyposis in children, 1964.
68. Soave F. A new surgical technique for treatment of Hirschsprung's disease. *Surgery*, 1964; 56: 1007-1014.
69. Soave F. Endorecto anal mucosectomy, colectomy, straight ileal pull through and primary or delayed ileal anal anastomosis for ulcerative colitis and familial poliposis in childhood and young adults. *Coloproctology* 1984; 6(5): 279.
70. Stahlgren LH, Umana G, Ror R, Donnely J. A study of intestinal absorption in dogs following massive small intestinal resection and insertion of an antiperistaltic segment. *Ann Surg* 1962; 156: 483.
71. Telander RL, Perrault J. Total colectomy with rectal mucosectomy and ileoanal anastomosis for chronic ulcerative colitis in children and young adults. *Mayo Clin Proc* 1980; 55: 420-424.
72. Utsunomiya J, Iwama T, Imajo M, Matsuo S, Sanai S, Yaegashi K, Hirayama R. Total colectomy, mucosal proctectomy and ileoanal anastomosis. *Dis Colon Rectum* 1980; 23: 459.
73. Utsunomiya J. The place of ileoanal anastomosis in proctocolectomy (technical aspects/complications/results). In: 8th World Congr CICD, Amsterdam, 1984.
74. Valiente MA, Bacon HE. Construction of pouch using "pantaloon" technique for pull through of ileum following total colectomy. *Am J Surg* 1955; 90: 742.
75. Wangenstein OH, Toon RW. Primary resection of colon and rectum with particular referral to cancer and ulcerative colitis. *Am J Surg* 1948; 75: 384-404.
76. Williams JA, Steinberg DM, Allen RN, Cooke WT. Ileo rectal anastomosis in Crohn's disease. *Arch Fr Mal App Dig* 1974; 7: 63.
77. Williams NS, Johnston D. The current status of mucosal-proctectomy and ileoanal anastomosis in the surgical treatment of ulcerative colitis and adenomatous poliposis. *Br J Surg* 1985; 72: 159.
78. Wong WD, Rothenberg DA, Goldberger SM. Ileoanal pouch. *Proc Curr Probl Surg* 1985; 22(3): 1.