

JANEIRO/MARÇO 1996

ARTIGOS ORIGINAIS

BOLSOSTOMIA TEMPORÁRIA: RECURSO TÉCNICO PARA A PRESERVAÇÃO DE BOLSAS ILEAIS PÉLVICAS NAS COMPLICAÇÕES SÉPTICAS DAS PROCTOCOLECTOMIAS COM CONSERVAÇÃO ESFINCTERIANA

DESIDÉRIO ROBERTO KISS, TSBCP
MARISTELA GOMES DE ALMEIDA, TSBCP
ANTONIO CARLOS BARAVIERA, ASBCP

KISS DR, ALMEIDA MG & BARAVIERA AC - Bolsostomia temporária: recurso técnico para a preservação de bolsas ileais pélvicas nas complicações sépticas das proctocolectomias com conservação esfinteriana. *Rev bras Colo-Proct*, 1996; 16(1): 5-7

RESUMO: Os autores apresentam o caso de uma paciente de 34 anos, portadora de RCU, submetida à proctocolectomia com anastomose de reservatório ileal em J ao canal anal, com ileostomia em alça "protetora". Desenvolveu no pós-operatório, grande abscesso pélvico que rompeu a anastomose íleo-anal, provocando desgarre parcial do reservatório ileal. Procedeu-se então à laparotomia, exteriorizando-se a bolsa ileal (bolsostomia) na parede abdominal da FIE, mantendo-se a ileostomia em "alça" anteriormente feita na parede abdominal da FID; o curto segmento anorretal foi abandonado aberto. Após cerca de nove meses, fez-se a reconstituição do trânsito intestinal, liberando-se a bolsa ileal da parede abdominal, anastomosando-a manualmente ao canal anal. Cinco meses após, foi fechada a ileostomia em alça "protetora". A paciente, três meses após o fechamento da ileostomia, evacua de quatro a oito vezes por dia, apresentando "soiling" noturno e, ocasionalmente, incontinência fecal tanto diurna quanto noturna. Prevê-se a melhora do resultado funcional com o tempo, embora a paciente esteja muito satisfeita, após ter convivido com uma ileostomia por cerca de 14 meses. Concluem os autores que a bolsostomia temporária é recurso técnico de valor para preservar o reservatório ileal nas complicações sépticas pós-proctocolectomia com conservação esfinteriana.

UNITERMOS: colite ulcerativa; síndrome de polipose familiar; colectomia; reservatórios ileais

A proctocolectomia com conservação esfinteriana, anastomosando-se o reservatório ileal ao canal anal, constitui técnica já consagrada, com extensa experiência internacional e crescente vivência nacional, no tratamento cirúrgico da retocolite ulcerativa inespecífica e da polipose cólica familiar⁽¹⁻⁴⁾.

Apesar de segura e suficientemente testada, ainda é operação de expressiva morbidade pós-operatória, sendo as complicações sépticas (abscesso pélvico e deiscência de anastomose íleo-anal, principalmente) as mais importantes, podendo levar à excisão da bolsa ileal em até 41% dos pacientes^(1,5).

Relatamos aqui um caso de extenso abscesso pélvico pós-operatório em uma paciente portadora de retocolite ulcerativa, submetida à proctocolectomia com anastomose íleo-anal com bolsa ileal em J ao canal anal, que exigiu desfazer-se o restante da anastomose íleo-anal. Foi possível preservar a bolsa ileal, praticando-se a bolsostomia, tendo-se posteriormente reconstruído com sucesso o trânsito intestinal.

PACIENTE E MÉTODO

A paciente J.R.C., de 34 anos de idade, branca, portadora de retocolite ulcerativa inespecífica, foi submetida em 20.11.93 à proctocolectomia total com anastomose mecânica de reservatório ileal em J (também construído com suturas lineares mecânicas) ao canal anal pela técnica de duplo grampeamento, com ileostomia em alça "protetora".

Desenvolveu-se no pós-operatório extenso abscesso pélvico que rompeu pela linha de anastomose íleo-anal notando-se pus escoando pelo orifício anal. No quarto dia de pós-operatório, procedeu-se à laparotomia, encontrando-se grande coleção purulenta, ocupando a pequena pélvis e o es-

paço pré-sacro. A anastomose íleo-anal estava desgarrada em toda a sua hemi-circunferência posterior e em pequena extensão, no contorno anterior, devido provavelmente à ruptura do abscesso pélvico pela linha anastomótica. Drenou-se toda a coleção pélvica purulenta e lavou-se intensivamente toda a cavidade abdominal.

A bolsa ileal em J, que estava íntegra, foi separada do canal anal e exteriorizada na fossa ilíaca esquerda sob a forma de "bolsostomia terminal", rasante à pele da parede abdominal, preservando-se a ileostomia em alça, efetuada na parede abdominal da fossa ilíaca direita na operação em que se realizou a proctocolectomia. O canal anal foi abandonado aberto para cicatrização por segunda intenção (Figs. 1 e 2).

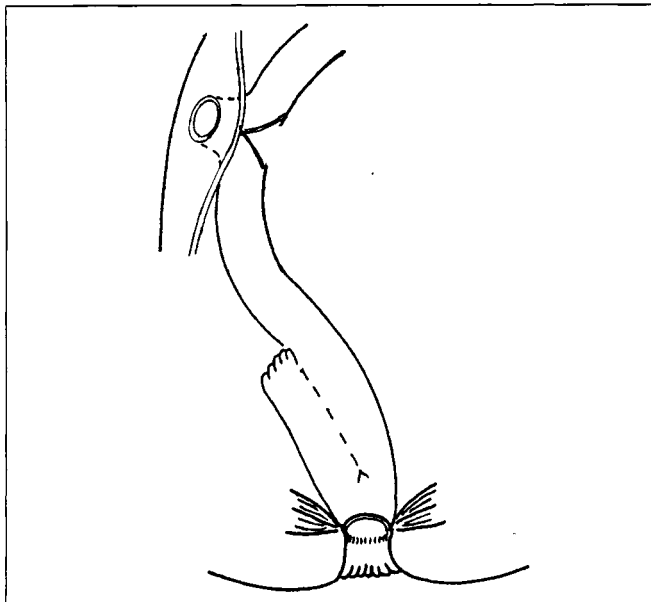


Fig. 1 - Proctocolectomia com anastomose de bolsa ileal em J ao canal anal, e ileostomia "protetora".

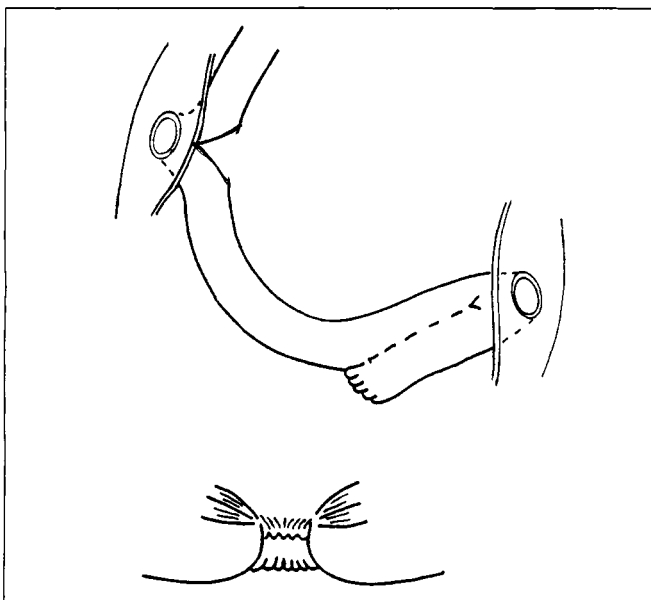


Fig. 2 - "Bolsostomia" exteriorizada na parede abdominal da FIE, mantendo-se a ileostomia em alça na FID, abandonando-se aberto o segmento anorretal.

Submetida à antibioticoterapia, a paciente teve alta no 10º dia após a reoperação. A paciente foi examinada então, em regime ambulatorial, inicialmente a cada sete dias e depois a cada 10 ou 15 dias, conforme a necessidade.

Nestes retornos praticava-se então lavagem da bolsostomia com soro fisiológico, para retirada de líquido de estase no início, freqüentemente purulento, e depois, esbranquiçado, de caráter mucoso e com "debris". Pelo ânus, havia inicialmente pequena quantidade de secreção hemo-purulenta, que foi diminuindo em volume, desaparecendo em cerca de 45 dias, com cuidadosas lavagens de soro fisiológico instilado em fina sonda de plástico introduzida pelo ânus.

Após cerca de nove meses, em 06.08.94, estando a paciente em boas condições clínicas e laboratoriais, foi submetida à laparotomia para reconstrução do trânsito intestinal.

Evidenciou-se facilmente, não havendo nenhum bloqueio, o canal anal fechado ao nível do plano dos músculos elevadores do ânus. A bolsostomia foi cuidadosamente dissecada de todos os planos da parede abdominal, evitando-se qualquer perda de tecido ou lesão vascular do reservatório ileal. Por via anal, após dilatação do ânus, abriu-se a cúpula do canal anal, praticando-se a mucosectomia; realizou-se então anastomose manual da bolsa ileal ao canal anal, com pontos separados de fio Vycril 00. A ileostomia em alça foi conservada.

A paciente evoluiu bem no pós-operatório e após cerca de cinco meses, em 19.01.95, tendo o "pouchgrama" evidenciado bolsa ileal em J e anastomose íleo-anal em boas condições, fechou-se a ileostomia, com boa evolução pós-operatória.

Três meses após o fechamento da ileostomia, a paciente evacua de quatro a oito vezes nas 24 horas, apresentando "soiling" noturno e incontinência ocasional para gases e fezes, tanto diurna quanto noturna, obrigando a paciente a usar protetor perineal.

A paciente está satisfeita e considera sua situação funcional atual muito melhor do que ser portadora de ileostomia, como ela realmente foi, durante 14 meses.

DISCUSSÃO

As complicações sépticas pós-operatórias constituem importante parcela da morbidade das proctocolectomias com conservação esfinteriana, obrigando em até 41% dos casos à excisão da bolsa ileal^(1,5).

A ressecção do reservatório ileal, muitas vezes, condena o paciente à ileostomia definitiva devido às dificuldades técnicas de se conseguir nova bolsa ileal, com mesentério suficiente para permitir sua descida até o canal anal. Acresce ainda, dependendo do comprimento total de íleo que foi ressecado, a possibilidade de se ter impacto sobre a absorção intestinal.

Ocorreu-nos, no caso aqui relatado em que um grande abscesso pélvico provocou desgarre da anastomose íleo-anal, de ao invés de realizar a excisão da bolsa ileal, exteriorizá-la sob a forma de uma "bolsostomia" na parede abdominal da fossa ilíaca esquerda, mantendo-se a ileostomia em alça

“protetora”, adrede feita. Objetivamos, desta forma, preservar o reservatório ileal e utilizá-lo no futuro para a reconstituição do trânsito intestinal, anastomosando-o novamente ao canal anal.

A conduta proposta e realizada mostrou-se de sucesso, permitindo, após nove meses, reconstituir-se o trânsito intestinal, liberando-se a “bolsostomia” da parede abdominal e anastomosando-se o reservatório ileal ao canal anal.

Ao contrário do esperado, não havia nenhum bloqueio de alças delgadas na pequena pélvis, estando o canal anal facilmente visível e fechado ao nível do plano dos músculos elevadores do ânus.

A nova anastomose íleo-anal foi feita manualmente, após mucosectomia do segmento anorretal preservado. Não tentamos fazer, desta feita, nova anastomose íleo-anal mecânica por dificuldades técnicas (difícil introdução do aparelho de grampeamento no ânus; processo fibrótico e inflamatório crônico em torno do segmento anorretal; existência de grampos da cirurgia anterior).

A paciente evoluiu bem, permitindo, posteriormente, o fechamento da ileostomia em alça e atualmente apresenta quatro a oito evacuações diárias, “soiling” noturno e ocasionalmente incontinência fecal diurna e noturna, obrigando-a ao uso de protetor perineal.

O tempo de seguimento ainda é curto, podendo haver melhora dos resultados funcionais no prazo de um ano. Há, porém, fatores deletérios clássicos para a continência fecal no caso em tela, como a complicação séptica pós-operatória inicial e a nova anastomose íleo-anal, feita manualmente⁽⁶⁾.

A paciente porém, mesmo agora, está muito satisfeita com os resultados, que considera superiores à uma ileostomia, com a qual conviveu por um período bastante prolongado. Cabe ainda lembrar que a “bolsostomia” requer lavagens periódicas com soro fisiológico para esvaziá-la de seu conteúdo de líquido de estase, que às vezes pode se infectar.

Julgamos, finalmente, que a “bolsostomia” é um interessante recurso técnico que pode preservar o reservatório ileal, em complicações sépticas após a proctocolectomia com conservação esfínteriana.

CONCLUSÃO

A bolsostomia temporária é recurso técnico de valor para preservar o reservatório ileal nas complicações sépticas pós-proctocolectomia com conservação esfínteriana.

KISS DR, ALMEIDA MG & BARAVIERA AC- Temporary pouchostomy: A technique for preservation of pelvic ileal pouches in septic complications following sphincter-saving proctocolectomy.

SUMMARY: The authors report on a 34 year-old female with ulcerative colitis, submitted to proctocolectomy and ileal J pouch-anal anastomosis with a covering loop ileostomy. A huge pelvic abscess ensued in the post-operative period, breaking through the ileo-anal anastomosis so that the ileal pouch remained almost completely open in the pelvis. At laparotomy, the ileal pouch was brought out through the abdominal wall in the left iliac fossa (pouchostomy); the covering ileostomy formerly performed, was left untouched. The intestinal continuity was re-established after approximately nine months; the ileal pouch was freed from the abdominal wall and was hand-sewn to the anal canal. The covering loop ileostomy was closed after five months. Three months after ileostomy closure, the patient passes stools 4 to 8 times a day; she complains of nocturnal soiling, and occasionally, of fecal incontinence. Better functional results are anticipated, considering the still short follow-up; the patient, however, is very satisfied for she had to live with an ileostomy for about 14 months. The authors conclude that temporary bolsostomy is a valuable technique to preserve the ileal pouch when septic complications follow sphincter-saving proctocolectomy.

KEY WORDS: ulcerative colitis; colectomy; ileal pouch

REFERÊNCIAS

1. Grotz R, Pemberton JH. The ileal pouch operation for ulcerative colitis. *Surg Clin North América* 1993; 73: 909-932.
2. Goes JRN, Fagundes JJ, Costa AM, Peres MAO, Coy CSR, Oliveira C, Medeiros RR. Reservatórios ileais: Análise de resultados. *Rev bras Colo-proct* 1989; 9: 15.
3. Kiss DR, Vilarinho TC, Almeida MG. Tratamento cirúrgico da RCUI e da polipose cólica familiar pela proctocolectomia com anastomose de reservatório ileal em J ao canal anal, com e sem mucosectomia retal. *Rev bras Colo-proct* 1991; 11: 131-141.
4. Habr-Gama A, Teixeira MG, Brunetti-Netto C, Souza Jr. AHS, Alves PAR, Pinotti HW. Restorative proctocolectomy with ileo-anal J pouch anastomosis for ulcerative colitis. *ABCD Arq Bras Cir Dig, São Paulo* 1992; 7: 72-76.
5. Scott NA, Dozois RR, Beart RW Jr. Post-operative intra-abdominal and pelvic sepsis complicating ileal pouch-anal anastomosis. *Int J Colorect Dis* 1988; 3: 149-152.
6. Gemlo BT, Wong WD, Rothenberger DA. Ileal pouch-anal anastomosis: Patterns of failure. *Arch Surg* 1992; 127: 784-786.

Endereço para correspondência:

Desidério Roberto Kiss
Rua Itajaçu, 106 - Pacaembu
01247-030 - São Paulo - SP