

ALTERNATIVAS TÉCNICAS PARA PRESERVAÇÃO DA PAPILA ILEOCECAL

ALCINO LÁZARO DA SILVA
FRANCISCO RODRIGUES DE SALES

SILVA AL & SALES FR - Alternativas técnicas para preservação da papila ileocecal. *Rev bras Colo-Proct*, 1996; 16(1): 27-30

RESUMO: Desde o século passado os cirurgiões buscam um procedimento para amenizar os efeitos indesejáveis da ileostomia após colectomias totais. Todas as técnicas apresentadas controlam o doente e criam um dependente. As mais usadas são as bolsas de íleo terminal. Esses reservatórios dão benefícios aos pacientes mas são acompanhadas de muitas complicações, às vezes exigindo a remoção do reservatório e, com ele, parte do íleo terminal. Considerando a importância fisiológica do piloro ileocecal, são apresentadas três alternativas técnicas de se preservar o piloro ileocecal: 1 - ileopapilo-epidermostomia abdominal, 2 - ileopapilo-retostomia término-terminal e 3 - ileopapilo-retostomia por telescopagem. Os resultados são bons e, apesar da pequena casuística não permitir maiores conclusões, os autores aconselham a preservação do piloro ileocecal sempre que possível, para dar ao paciente a condição mais próxima da fisiológica possível.

UNITERMOS: piloro ileocecal; papila ileocecal; ileopapilo-epidermostomia; ileopapilo-retostomia; ileopapilo-retostomia por telescopagem; ileostomia continente

Desde o século passado, os cirurgiões buscam um procedimento para amenizar os efeitos indesejáveis das ileostomias após procto-colectomia total. Este procedimento é realizado no tratamento cirúrgico do câncer de cólon multifocal, retocolite ulcerativa refratária ao tratamento clínico, megacólon tóxico, trauma múltiplo e polipose colônica heredo-familiar^(4, 14). Todas as técnicas apresentadas controlam a doença, mas criam uma seqüela, pois uma ileostomia definitiva condena o paciente a um estigma permanente⁽²⁾. As técnicas propostas para solucionar os graves problemas secundários à ileostomia de Brooke são várias. A mais utilizada são as bolsas de íleo terminal, com válvula (Kock)^(2, 9, 11, 12, 15).

Todos esses modelos reservatórios dão benefícios aos pacientes mas são acompanhados de complicações em elevada incidência (as bolsites) muitas vezes exigindo até a remoção do reservatório. Isto significa a perda de um segmento importante do íleo terminal, com outras complicações daí advindas, sejam metabólicas, nutricionais, litiásicas e dermatológicas entre outras, levando os pacientes a conviverem com problemas às vezes tão graves quanto a doença que motivou a operação^(8, 9, 11, 12, 15).

Conhecendo a importância do piloro ileocecal na fisiologia intestinal, os autores apresentam três técnicas alternativas de se preservar a papila ileocecal: 1) ileopapilo-epidermostomia abdominal, 2) ileopapilo-retostomia término-terminal e 3) ileopapilo-retostomia por telescopagem^(1, 8, 10).

Técnica

Ileopapilo-epidermostomia

Após a mobilização do cólon, o íleo terminal é exposto com seu pedículo de irrigação mantido pela artéria ileocecolica, ou ileal da arcada paralela, quando pervia^(8, 10).

A papila ileocecal é preservada com uma margem cecal circunferencial, em “aba de chapéu”, medindo aproximadamente 1 cm a 1,5 cm de largura que servirá como área para a sutura no momento de sua fixação à pele da parede abdominal, na forma de uma ileostomia convencional (Fig. 1).

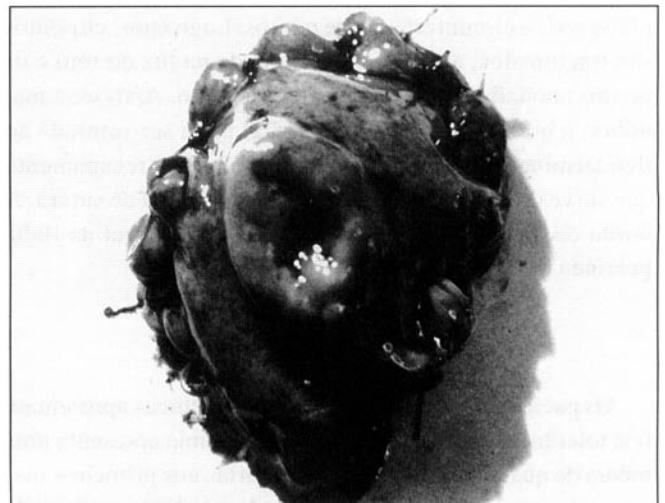


Fig. 1 - Ileopapilo-epidermostomia, pós-operatório recente sem dermatite.

Ileopapilo-retostomia término-terminal

Em seguida à liberação do íleo terminal com sua papila ileal e a margem cecal, bem irrigados (Fig. 2), a anastomose é feita entre a borda cecal da papila e o coto do reto, término-terminalmente. Este procedimento só é feito quando o reto será facilmente controlável por via endoscópica ou quando há necessidade de preservá-lo por motivos vários.

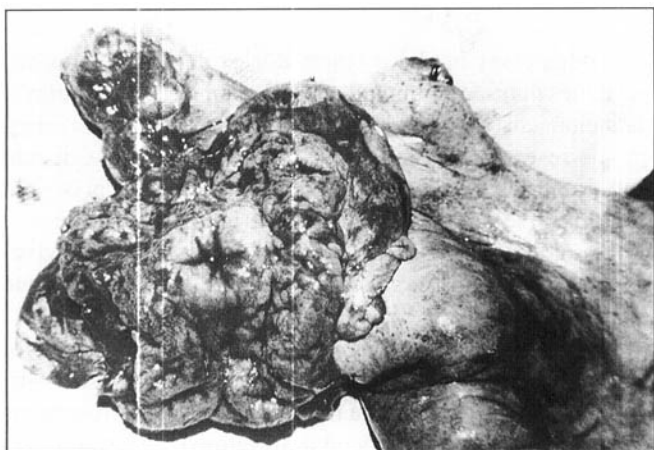


Fig. 2 - Papila ileocecal na alça isolada, pronta para o abaixamento e anastomose.

Ileopapilo-retostomia por telescopagem

Seguindo-se à liberação do íleo terminal com sua papila, bem como a realização de mucosectomia do cilindro do reto, injetando-se soro fisiológico na submucosa para facilitar o descolamento da mucosa retal, faz-se a telescopagem^(9, 10, 15). O íleo com sua papila são introduzidos dentro do cilindro retal para a anastomose. Pontos horizontais em "U" são transfixados, o mais baixo possível na parede do reto e na borda cecal da papila, mas mantidos soltos e reparados à distância para que as estruturas fiquem afastadas até se completar toda a circunferência de pontos. Logo após, os pontos são tracionados, a papila é telescopada na luz do reto e os pontos anodados por fora da parede do reto. Após essa manobra, a borda livre do cilindro retal pode ser suturada ao íleo terminal (borda cecal) e papila como um recapamento que serve de reforço por ser uma segunda linha de sutura. A borda cecal da papila fica praticamente no nível da linha pectínea do reto.

RESULTADO

Os pacientes operados por essas três técnicas apresentam boa tolerância. A ileopapilo-epidermostomia apresenta uma média de quatro a seis evacuações diárias nos primeiros meses, após os quais essas descargas podem reduzir-se para três a quatro por dia. Observou-se também que a dermatite

periileostômica ulcerada é menos grave e bem tolerada pelos pacientes operados após os primeiros meses. A paciente com mais tempo de ileopapilostomia cutânea, 10 anos, dispensa até o uso de bolsa coletora, exceto quando viaja, pois já conseguiu regularizar seus hábitos intestinais e conter evacuações, por vários minutos, por faixas ou auto-educação intestinal.

As ileopapilo-retostomias apresentam uma aceitação obviamente maior do que o estoma cutâneo abdominal, porque a frequência de evacuações, além de ser pela via fisiológica, ocorre em média quatro a seis por dia, diminuindo, após seis meses, para três a quatro diariamente, em média.

Não têm sido observadas diferenças clínicas entre os dois tipos de ileopapilo-retostomias. A amostra é pequena mas teoricamente a ileopapilo-retostomia por telescopagem apresenta a vantagem de ser mais segura e retira a mucosa retal sem os inconvenientes da ressecção do reto.

Lembramos, no entanto, que a possibilidade de telescopagem é menor, pela dificuldade que existe em se preparar o íleo com pedículo vascular longo.

Há uma tendência na ileopapilo-retostomia, por telescopagem ou não, aparecer dilatação do íleo terminal, e esse megailéu terminal colonizado é compatível com parte da função de reservatório (Figs. 3, 4 e 5).

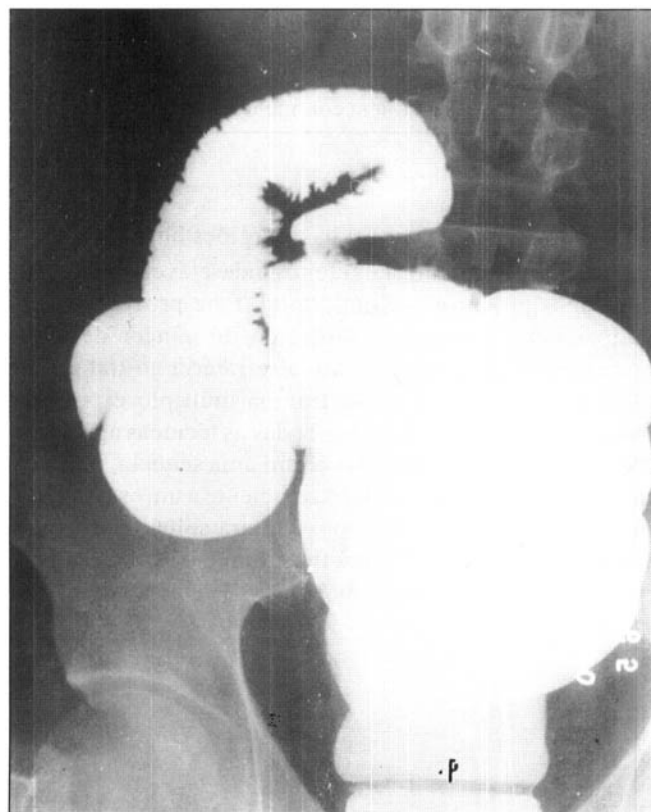


Fig. 3 - Megailéu terminal funcional, um ano após ileopapilo-retostomia término-terminal; (p) piloro.

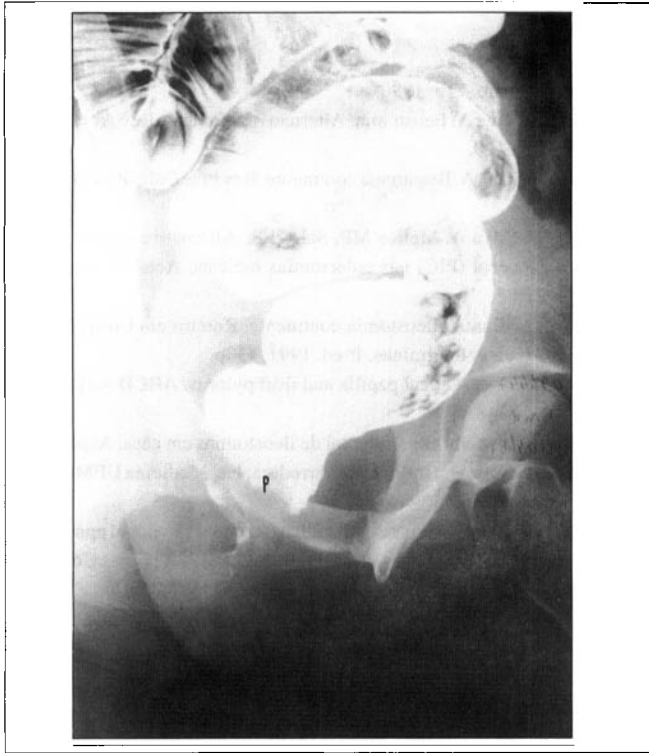


Fig. 4 - Megaíleo terminal funcional após dois anos de ileopapilo-retostomia por telescopagem: (p) piloro.

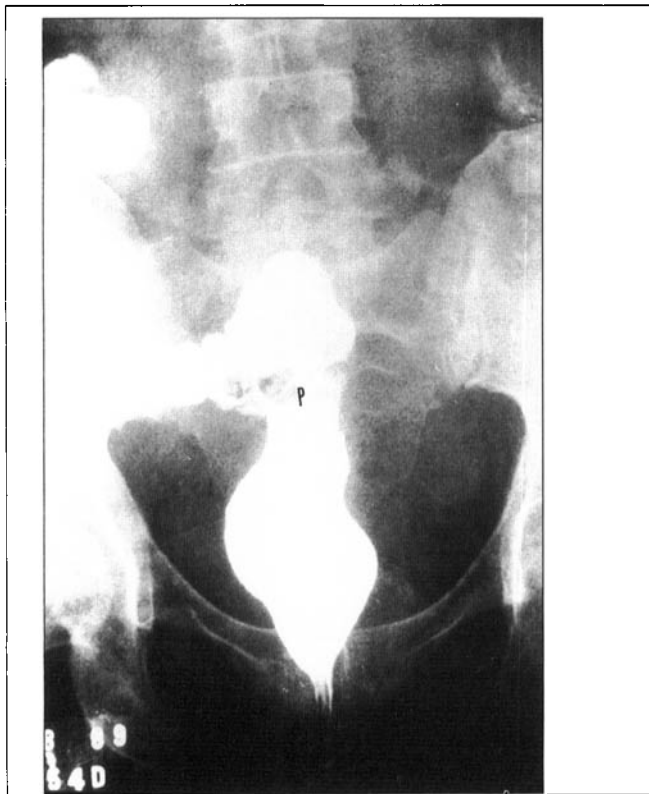


Fig. 5 - Colonização do íleo. Veja haustrações proximais ao (p) piloro.

DISCUSSÃO

O piloro (porteiro) ileocecal é um mecanismo que controla as descargas do ileoterminal para o cólon^(1, 8, 10). Esse mecanismo se faz pela presença de receptores sensíveis às condi-

ções químicas, volume e consistência do quimo, no momento de sua passagem para o ceco através da papila. Esses receptores localizados na papila permitem a eficiência do mecanismo pilórico, evitando que o quimo ultrapasse a papila sem que determinadas substâncias sejam absorvidas pelo íleo terminal. Essas substâncias de importância variada para a economia do organismo também possuem propriedades enzimáticas, iônicas, nutricionais etc., sendo responsáveis, dentre outras coisas, pela dermatite em torno do estoma, além de, não sendo absorvidas, acarretarem distúrbios carenciais de variada importância clínica como: desidratação, osteoporose, desequilíbrio eletrolítico, urolitíase, hipodesenvolvimento orgânico e outros.

Há dois mecanismos fisiológicos de adaptação a serem considerados: o primeiro é a capacidade de colonização do íleo: suas criptas tornam-se maiores com o tempo e a flora bacteriana também sofre mudança considerável para adaptar a função ileal em substituição parcial a do cólon^(14, 15). O outro mecanismo é a dilatação da alça para acomodar um volume maior que o habitual à montante de um obstáculo.

As técnicas de reservatório ileal conhecidas não são isentas de muitas complicações: bolsites, extrusões da bolsa, abscessos, incontinência, fístulas, displasias e desconforto pélvico. Contribuem com elevado índice de complicação e algumas delas, como as bolsites, extrusões e sepse, exigem, como tratamento, a ressecção de cerca de 40 centímetros de íleo terminal, agravando as conseqüências indesejáveis das ileostomias^(2, 11-15).

Considerando a importância do mecanismo pilórico da papila ileocecal e a capacidade do mesmo em manter uma continência parcial mas fisiológica, lamenta-se que os pacientes submetidos a procto-colectomia total, pelas causas já mencionadas, tendo um esfíncter anal, sejam submetidos a engenhosos procedimentos de alta morbidez que desprezam os piloros ileocecal e retoanal⁽¹⁻³⁾.

O que se deve ressaltar, afinal, é a possibilidade de aproveitamento da papila ileal, a todo custo, pelo seu valor fisiológico, ou seja, censório e controlador do fluxo ileocecal e cecoileal.

As propostas alternativas em estudo visam a este objetivo, na medida em que procuram preservar um setor importante do tubo digestivo.

SILVA AL & SALES FR - Technical alternatives for ileocecal papilla preservation

SUMMARY: Since the last century surgeons have been trying new techniques in order to reduce the undesirable effects of the ileostomy after total colectomy. All techniques presented up to now, create a new dependent patient. The most commonly used are the ileal pouch. Ileal pouch creates a reservoir which brings some benefits to the patients, but many times lots of complications emerge and these may imply in removing the pouch together with the terminal ileum. In regard to the physiologic importance of the ileocecal papilla, three technical alternatives preserving the ileocecal pylorus are presented: 1 - abdominal ileopapillo epidermostomy, 2 - end to end ileopapillo rectostomy and 3 - telescoping ileopapillo rectostomy. The results obtained by the authors, although from few cases, suggest that whenever possible the ileocecal pylorus should be preserved, giving the patient the closest to normal physiological condition.

KEY WORDS: ileocecal pylorus; ileocecal papilla; ileopapilla epidermostomy; ileopapilla rectostomy; telescoping ileopapilla rectostomy; continent ileostomy

REFERÊNCIAS

1. Di Dio LJA, Carril CF. Observações sobre mecanismo do piloro ileo-ceco-cólico em indivíduo vivo com papila ileo-ceco-cólica exteriorizada. Rev Bras Gastroenterol 1954; 6: 76-96.
2. Di Dio LJA, Anderson MC. Jejunum-Ileum. In: The sphincters of digestive system. Baltimore, Williams & Wilkins, 1968, Cap.9, pp. 152-96.
3. Dozois RR. Ileal J pouch-anal anastomosis. Simposium XII - Ulcerative Colitis: Sphincter-Saving Operations. Br J Surg 1985; 72: 75-76.
4. Philipson BM, Kock NG, Jagem-Burg R, Ahrén C, Norlé L, Robinson JW, Menge H. Functional and Structural Studies of ileal reservoir used continent urostomy and ileostomy. Gut, 1983; 24: 392-398.
5. Fonkalsrud EW. Total colectomy and endorrectal ileal pull-through with internal ileal reservoir for ulcerative colitis. Surg Gynecol Obstet 1980; 150(1): 1-8.
6. Halvorsem JF. The continent reservoir ileostomy: Review of colective series of thirty-six patients from three surgical departments. Simposium XII - Ulcerative Colitis: Sphincter-Saving Operations. Br J Surg Supl. September, 1985; 75-82.
7. Jonhnston D. The value of preserving the anal sphincter in operations for ulcerative colitis and poliposis: a review of 22 mucosal proctectomies. Br J Surg 1981; 68: 762-765.
8. Kallil M. Colectomia total e telescopagem ileorretal preservando-se a papila ileocecal com ou sem mucosectomia retal. Fac Medicina UFMG. Tese, Mestrado, 71p. 1990.
9. Lázaro da Silva A. Ileostomia. Alternativas técnicas. Rev Ass Med MG 1978; 29: 18-29.
10. Lázaro da Silva A. Ileostomia continente. Rev bras Colo-Proct 1991; 11: 33-35.
11. Lázaro da Silva A, Mattos MP, Sales FR. Alternativas preservando o piloro ileocecal (PIC) nas colectomias radicais. Acta Cir Bras 1993; 8(supl. 2): 32.
12. Lázaro da Silva A. Ileostomia continente. Roteiro em Cirurgia Geral. Belo Horizonte, Interminas, 1ª ed. 1991, 430p.
13. Lázaro da Silva A. Ileal papilla and ileal pylorus. ABCD Arq Bras Cir Dig 1993; 8: 48-49.
14. Mattos MP. Estudo experimental de ileostomias em cães. Aspecto funcional e microscopia óptica e de varredura. Fac Medicina UFMG. 1981, 98p. Tese, Mestrado.
15. Sales FR, Lázaro da Silva A. Megaileo Terminal funcional após ileopa-pilo-retostomia (preservação do piloro ileocecal). Rev bras Colo-Proct 1993; 8(supl. 2): 32.

Endereço para correspondência:

Alcino Lázaro da Silva
Rua Guaratinga, 151 - Sion
30315-430 - Belo Horizonte - MG