
BOLSA ILEAL COM ANASTOMOSE AO CANAL ANAL: AVALIAÇÃO DA INDICAÇÃO, TÉCNICA E RESULTADOS

GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA - TSBCP
JOSÉ HYPPÓLITO DA SILVA - RSBCP
EDUARDO FONSECA ALVES FILHO - FSBCP
IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE - FSBCP

FORMIGA GJS, SILVA JH, ALVES FILHO EF, ALBUQUERQUE IC - Bolsa ileal com anastomose ao canal anal. Avaliação da indicação, técnica e resultados. *Rev bras Coloproct*, 2000; 20(4): 223-226.

RESUMO: Sete doentes operados, sendo cinco por polipose adenomatosa familiar e dois por retocolite ulcerativa, foram avaliados, retrospectivamente, entre junho 1988 e maio 1997. A média de idade foi 27,4 anos e 57% eram do sexo masculino. A proctocolectomia abdominal (PCA) com ileostomia protetora foi realizada em 42,8% dos doentes; PCA sem ileostomia derivativa em 28,6% e colectomia total (CT) seguida de proctectomia em 28,6%. O trânsito intestinal foi reconstituído, em todos os doentes, por meio de bolsa ileal em J com anastomose ao canal anal. A complicação mais freqüente foi abscesso pélvico e o tempo médio para o fechamento da estomia foi de dez meses.

UNITERMOS: Polipose adenomatosa familiar; Retocolite ulcerativa; Bolsa ileal

Nas últimas décadas, tem-se observado uma larga utilização da proctocolectomia com a realização da bolsa ileal e anastomose bolsa-canal anal. A partir de várias alterações e aperfeiçoamentos, esta técnica constitui-se, atualmente, no tratamento eletivo de escolha para os doentes que apresentam Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) e Retocolite Ulcerativa (RCU) ^(1,2,5-7). Este procedimento cirúrgico possui a vantagem de ser o tratamento efetivo dessas enfermidades, podendo ser feito sem o uso de ileostomia definitiva ^(2,8).

Desde Utsonomiya ⁽¹³⁾, que idealizou e difundiu a bolsa em J, diversas modificações técnicas foram feitas, o que contribuiu para uma redução na prevalência de morbidade e mortalidade, atribuídas inicialmente ao procedimento. O uso dos grampeadores na confecção da bolsa e da anastomose com o canal anal, tornou a operação mais fácil, rápida e segura ^(3,5,6,12).

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência inicial do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis - São Paulo-SP com a indicação, a técnica e os resultados da bolsa ileal no tratamento da PAF e da RCU.

PACIENTES E MÉTODOS

Foi realizado estudo retrospectivo de sete doentes, com faixa etária entre 17 e 45 anos, dos quais cinco apresentavam polipose adenomatosa familiar e dois, retocolite

ulcerativa. Todos foram submetidos a confecção de bolsa ileal com anastomose bolsa-canal anal, como tempo cirúrgico complementar à ressecção colorretal, entre junho de 1988 e maio de 1997, no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis - São Paulo-SP.



Figura 1. Exame contrastado da bolsa ileal antes do fechamento da ileostomia derivativa.

Trabalho realizado no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis - São Paulo-SP.

Foi feita avaliação de idade, sexo, diagnóstico, técnica cirúrgica utilizada na realização da bolsa e da anastomose com o canal anal, complicações precoces e tardias e o tempo médio para o fechamento da ileostomia protetora.

Os grampeadores utilizados na confecção da bolsa ileal foram o linear cortante de 55 e de 75 mm. Para anastomose bolsa-canal anal, foram usados o circular de 29 e de 33 mm.

Os critérios locais considerados para o fechamento da ileostomia derivativa foram: ausência de afecções pelvi-perineais adjacentes à bolsa (abscessos, fístulas), bolsite, boa permeabilidade ao exame endoscópico e estudo radiológico normal (Figura 1).

RESULTADOS

A média de idade dos doentes foi de 27,4 anos, sendo 57,2% do sexo masculino e 42,8% feminino. Quanto ao diagnóstico clínico que levou à indicação cirúrgica, 71,4% eram portadores de PAF e 28,6% de RCU, conforme a Tabela 1.

Tabela 1: CARACTERÍSTICAS DOS DOENTES.

Doente	Idade	Sexo	Doença
1	32	M	PAF
2	24	F	PAF
3	17	F	PAF
4	29	M	PAF
5	45	F	RCU
6	20	M	PAF
7	25	M	RCU

Quanto ao tipo de procedimento cirúrgico, 42,8% dos doentes foram submetidos a proctocolectomia abdominal (PCA) com ileostomia protetora, 28,6% a PCA sem ileostomia protetora e 28,6% a laparotomia exploradora por megacolo tóxico, sendo feita colectomia total com ileostomia terminal e fístula mucosa, em primeiro tempo operatório, e em segundo tempo, proctectomia. Durante a reconstituição do trânsito intestinal, em todos os casos, foi feita bolsa ileal em J, de acordo com a Tabela 2.

Para a realização da bolsa seccionou-se o íleo junto ao ceco e o reservatório foi construído dobrando-se a alça sobre si mesma e feita a sutura, ficando a bolsa com a forma de J^(2,6,8). No primeiro doente desta série, a bolsa ileal foi confeccionada com sutura contínua, em plano único extramucoso e a anastomose bolsa-canal anal com pontos separados. A realização da bolsa com sutura mecânica ocorreu nos seis casos seguintes (85,70%), sendo com o grampeador linear cortante de 55 mm, em quatro (57,1%) (Figura 2).

Tabela 2: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

Tipo	Nº	%
PCA com bolsa mais ID	3	42,8
PCA com bolsa sem ID	2	28,6
CT com ileostomia e FM + Proctectomia com bolsa e ID	2	28,6

PCA = Proctocolectomia Abdominal

ID = Ileostomia derivativa

CT = Colectomia Total

FM = Fístula Mucosa

Na anastomose da bolsa com o canal anal, em cinco casos (71,4%), utilizou-se o grampeador circular de 29 mm (Figura 3).

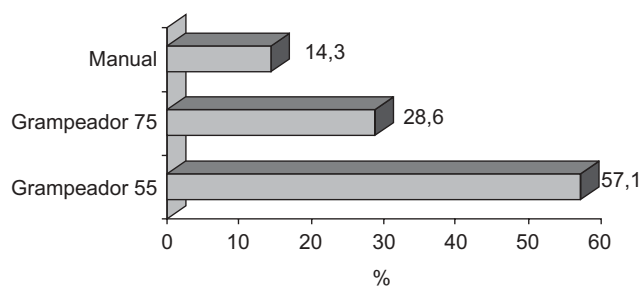


Figura 2. Tipo de sutura na confecção da bolsa.

Em relação às complicações precoces, houve um caso de deiscência de sutura de parede abdominal com evisceração no 3º PO, e em outro, abdome agudo hemorrágico no 2º PO. Não houve complicação relacionada diretamente à técnica de feitura da bolsa ileal. Dois doentes evoluíram tardiamente com abscesso pélvico, diagnosticados no 14º PO, que foram tratados com antibióticos de amplo espectro e drenagem trans-perineal.

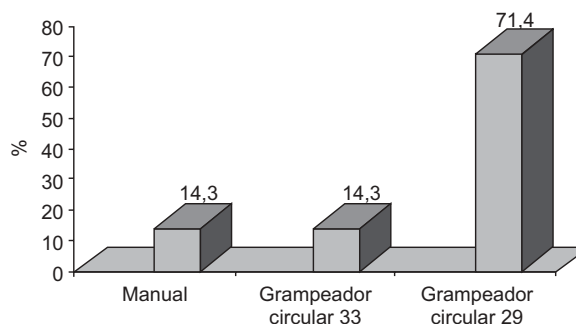


Figura 3. Tipo de anastomose bolsa-canal anal.

Outro apresentou reação tipo corpo estranho na incisão, que evoluiu com múltiplos abscessos em pele e subcutâneo, com retirada de fios cirúrgicos durante 30 meses. (Tabela 3).

O tempo médio para o fechamento da ileostomia protetora foi de dez meses, variando de três a trinta meses.

Tabela 3. COMPLICAÇÕES E PROCEDIMENTOS.

Complicações	Nº	Procedimentos
Abscesso pélvico	2	Drenagem trans-perineal
Abdome agudo hemorrágico	1	Lap. expl.+revisão hemostasia
Granuloma CE incisional	1	Exerese de granulomas
Deiscência / evisceração	1	Ressutura parede
Total	5	—

DISCUSSÃO

Durante muitos anos, o tratamento cirúrgico de escolha para as condições pré-neoplásicas - polipose adenomatosa familiar e retocolite ulcerativa - foi a proctocolectomia com ileostomia definitiva convencional^(7,8,11,14). Porém, a partir da década de 80, os procedimentos com preservação da continuidade intestinal, da capacidade de armazenamento dos reservatórios ileais e da função esfinteriana têm sido considerados como o tratamento mais indicado^(1,2,8). A obtenção desse objetivo é de fundamental importância, considerando a elevada incidência dessas doenças em adultos jovens. A média de idade dos nossos doentes foi de 27,4 anos.

Em 85,7% dos doentes, a bolsa ileal foi feita com grampeador linear cortante. Este fato é concordante com outros estudos^(6,8,12), nos quais verificou-se que o uso de grampeadores diminuiu o tempo cirúrgico e os índices de complicações⁽⁶⁾. Na realização da anastomose com o ânus o grampeador mais utilizado, foi o circular 29, em 71,4% dos casos. A vantagem do uso do grampeador em relação à anastomose manual é a menor lesão esfinteriana, bem como a possibilidade de anastomosar a bolsa praticamente ao nível da linha denteada ou um pouco acima, com preservação da zona de transição anal, que apresenta função sensorial importante na manutenção da frequência das evacuações e da continência anal^(1,3,5,7).

Em nossa casuística não foi observado óbito, fato este concordante com a literatura, que relata índices de mortalidade variando de 0 a 1,5%⁽²⁾. Das complicações precoces, um doente foi submetido a ressutura de parede abdominal

por evisceração, no 3º PO, e outro a laparotomia exploradora com revisão de hemostasia, por abdome agudo hemorrágico, no 1º PO. Dois doentes desenvolveram abscesso pélvico, que foram diagnosticados por exame clínico e tomografia pélvica e tratados com antibióticos de largo espectro e drenagem transperineal. Em nenhum deles foi necessária a remoção da bolsa ileal, quer de forma temporária ou definitiva.

A ileostomia derivativa é normalmente realizada com o objetivo de proteger as suturas da bolsa e da anastomose com o ânus. Na ausência de complicações, estas ostomias são fechadas normalmente entre o segundo e terceiro mês⁽⁴⁾, no entanto, esse fechamento pode ser postergado por vários motivos, quais sejam: deiscência das anastomoses, abscesso e fístula na bolsa ou pelvi-perineal, bolsite, falta de condições clínicas ou mesmo por conveniência do doente^(4,6). Em nossa casuística, o tempo médio para o fechamento da ileostomia derivativa foi de dez meses. O retardo para a reconstituição do trânsito foi devido a suspeita de fístula na bolsa, em um caso; infecção incisional por granulomas, em outro, levando uma doente a protelar a operação, durante dois anos.

CONCLUSÃO

A realização de bolsa ileal e anastomose bolsa-canal anal, como complemento de proctocolectomia, principalmente após o advento dos grampeadores, representa uma excelente opção terapêutica para os doentes com polipose adenomatosa familiar e retocolite ulcerativa, em função dos resultados obtidos e por evitar a íleostomia definitiva.

SUMMARY: Seven patients with familial adenomatous polyposis and ulcerative colitis, were studied in the Coloproctological Service of Hospital Heliópolis - São Paulo-SP, from July 1988 to May 1997. The average age was 27,4 years with predominance of men (57,2%). The complementary procedure realized in all patients was ileal pouch-anal anastomosis.

KEYWORDS: Familial adenomatous polyposis; Ulcerative colitis; Ileal pouch.

REFERÊNCIAS

1. Fleshman JW, Cohen Z, McLeod RS. The ileal reservoir and ileoanal anastomosis procedure. Factors affecting technical and functional outcome. *Dis Colon Rectum* 1988; 31:10-16.
2. Góes JRN, Fagundes JJ, Costa AM, Peres MAO, Medeiros RR, Leonardi LS. Reservatório ileal pévico. Detalhes de técnica operatória e avaliação das complicações. *Rev bras Coloproct* 1987; 7(3):94-98.
3. Heald RJ, Allen DR. Stapled ileo-anal anastomosis: a technique to avoid mucosal proctectomy in the ileal pouch operation. *Br J Surg* 1986; 73:571-572.

4. Hyman NH, Fazio VW, Tuckson WB, Lavery IC. Consequences of delayed ileostomy closure after ileal pouch-anal anastomosis 1992; 35(9):870-873.
5. Johnston D, Holdsworth PJ, Nasmyth DG, Neal DE, Primrose JN, Womack N, Axon ATR. Preservation of the entire anal canal in conservative proctocolectomy for ulcerative colitis: a pilot study comparing end-to-end ileo-anal anastomosis without mucosal resection with mucosal proctectomy and endo-anal anastomosis. Br J Surg 1987; 74:940-944.
6. Keighley MRB. Proctocolectomia restauradora e anastomose bolsa ileal-anal. In: Keighley MRB, Williams, NS. Cirurgia do ânus, reto e colon. São Paulo, Manole, 1998; cap. 48, pp.1402-1498.
7. Kelly KA. Anal sphincter-saving operations for chronic ulcerative colitis. Am J Surg 1992; 163:5-11.
8. Kiss DR, Vilarino TC, Almeida MG. Tratamento cirúrgico da R.C.U.I e da polipose cólica familiar pela proctocolectomia com anastomose de reservatório ileal em J ao canal anal, com e sem mucosectomia retal. Rev bras Coloproct 1991; 11(4):131-140.
9. McMullen K, Hicks TC, Ray JE, Gathright JB, Timmcke AE. Complications associated with ileal pouch-anal anastomosis. World J Surg 1991; 15:763-767.
10. Miller R, Bartolo DCC, Orrom WJ, Mortensen NJMcC, Roe AM, Cervero F. Improvement of anal sensation with preservation of the anal transition zone after ileoanal anastomosis for ulcerative colitis. Dis Colon Rectum 1990; 33(5):414-418.
11. Pastore RLO, Wolff BG, Hodge D. Total abdominal colectomy and ileorectal anastomosis for inflammatory bowel disease. Dis Colon Rectum 1997; 40(12):1455-1464.
12. Taylor BA, M.A, Dozois RR. The J ileal pouch-anal anastomosis. World J Surg 1987; 11(6):727-734.
13. Utsonomiya J, Iwama T, Imajo M, Matsuo S, Sawai S, Yaegashi K, Hirayama R. Total colectomy, mucosal proctectomy and ileo-anal anastomosis. Dis Colon Rectum 1980; 23:459-466.
14. Wiltz O, Hashmi HF, Schoetz Jr DJ, Roberts PL, Murray JJ, Collier JA, Veidenheimer MC. Carcinoma and the ileal pouch-anal anastomosis. Dis Colon Rectum 1991; 34:805-809.

Endereço para correspondência:

Galdino José Sitônio Formiga
Serviço de Colo-Proctologia - Hospital Heliópolis
Rua Cônego Xavier, 276 - Vila Heliópolis
04231-030 São Paulo - SP
Tel.: (11) 274.7600 Ramal 244.