

---

## **COLECTOMIA TOTAL, PROCTECTOMIA MUCOSA, RESERVATÓRIO ILEAL E ANASTOMOSE ÍLEO-ANAL. RELATO DE UM CASO**

RENAM CATHARINA TINOCO  
QUINTINO DO N. CAVICHINI, ASBCP  
LUIS ANTONIO TINOCO  
ALBINO VIEIRA BRUM  
PEDRO ALBERTO VIDAL ANDERSON

---

TINOCO RC, CAVICHINI QN, TINOCO LA, BRUM AV, ANDERSON PAV – Colectomia total, proctectomia mucosa, reservatório ileal e anastomose íleo-anal. Relato de um caso.

Rev bras Colo-Proct, 1987; 7(2): 70-73.

**RESUMO:** É focalizada a evolução do tratamento cirúrgico da colite ulcerativa e relatado o caso de um paciente operado há cinco anos (colectomia total, proctectomia mucosa e anastomose íleo-anal com reservatório ileal) que apresentou excelente evolução.

**UNITERMOS:** colite ulcerativa; proctectomia mucosa; anastomose íleo-anal.

---

O tratamento cirúrgico da colite ulcerativa tem evoluído, de modo a melhorar o padrão de vida dos portadores da doença.

Proctocolectomia total com ileostomia terminal permanente tem sido o tratamento cirúrgico de escolha para os pacientes com colite ulcerativa. Tal conduta erradica a doença, mas pode causar sérios problemas ao paciente, como disfunção sexual e leve disfunção vesical, devido a lesão da inervação autônoma pélvica. Outra complicação significativa é a ocorrência de não cicatrização da ferida perineal. Problemas psicológicos resultantes de uma ileostomia à Brooke foram em parte solucionados com a confecção de um reservatório ileal. Associação de todos esses fatores adversos à proctocolectomia total fez com que se tentasse procedimentos cirúrgicos que não causassem lesão no plexo pélvico, evitasse a ferida perineal, assim como o inconveniente de uma ileostomia. A colectomia total com anastomose íleo-retal evita o estoma, porém a presença de doença no reto pode ser acompanhada de uma recidiva da colite ulcerativa, além de existir a possibilidade de malignização.

Desde 1930 há relatos na literatura de colectomia total, com proctectomia mucosa e anastomose íleo-anal. Os resultados funcionais deste procedimento nem sempre eram satisfatórios, já que havia um aumento na frequência intestinal e urgência evacuatória, fato que fez com que a cirurgia fosse abandonada por alguns cirurgiões.

A realização de um reservatório ileal foi proposto<sup>11</sup> posteriormente, no sentido de diminuir a frequência das evacuações.

### **Relato do caso**

Paciente do sexo masculino, com 50 anos, branco, casado, servente de pedreiro, natural de Muriaé – M.G. Procurou nosso Serviço em novembro de 1980, com queixa de diarreia mucopiossanguinolenta, com mais de 15 evacuações por dia, com evolução de dois anos, que não respondeu ao uso do tratamento clínico convencional. Apresentava-se emagrecido, com mucosas normocoradas, escleróticas anictéricas, gânglios impalpáveis, tireóide normal. Aparelho cardiovascular normal. Aparelho respiratório normal. Abdômen flácido, doloroso à palpação profunda no quadrante inferior esquerdo; fígado e baço impalpáveis. Discreto edema nos membros inferiores. O exame retossigmoidoscópico revelou: mucosa retal com granularidade grosseira, perda do padrão vascular normal do reto e sangramento fácil da parede retal ao contato com o aparelho. O diagnóstico de colite ulcerativa foi confirmado com biópsia. Foi realizado clister opaco para avaliar a extensão da doença (*Fig. 1*). O paciente foi internado para ser preparado para cirurgia, administrando-se nutrição parenteral, sulfasalazina e prednisona oral. Em 22/1/81 foi submetido a colectomia total, com confecção de uma bolsa em S no íleo terminal, proctectomia mucosa, e anastomose íleo-anal, sendo feita uma ileostomia de derivação em alça. A ileostomia foi fechada em 25/3/81. O paciente teve evolução satisfatória, apresentando continência a gases e fezes, que melhorou progressivamente. O seguimento foi feito inicialmente a cada mês, sendo

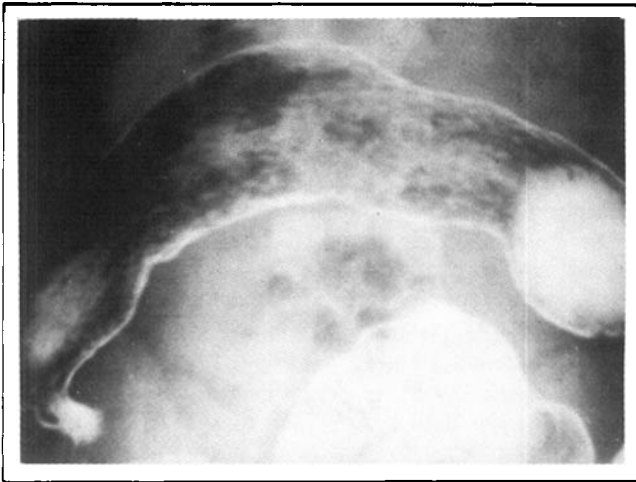


Fig. 1 - Clister opaco. Granularidade grosseira no cólon.

espaçado aos poucos. Em 4/3/82, o paciente compareceu para avaliação clínica, peso normal e bom estado geral. Abdômen indolor à palpação, referindo continência a gases e fezes, com sete evacuações diárias e uma noturna. Foi realizada uma radiografia contrastada do reservatório ileal (Fig. 2). Em 25/7/84 foi realizada nova avaliação clínica e o paciente encontrava-se bem, com continência a gases e fezes, relatando quatro evacuações diárias. A última avaliação clínica foi em fevereiro de 1986, apresentando-se em excelente estado geral, relatando três evacuações diárias com fezes pastosas. Não havia perda fecal involuntária, não sendo necessário o uso de qualquer tipo de protetor para suas roupas íntimas. Sua função vesical era normal, assim como sua atividade sexual. Não foi necessário cateterização da bolsa para esvaziamento, em nenhum momento.

### COMENTÁRIOS

A evolução do tratamento da colite ulcerativa, até atingir o estágio da cirurgia atual - proctectomia mucosa com anastomose íleo-anal e reservatório pélvico - firmou-se no fato de que a maioria dos portadores da doença serem jovens, e os cirurgiões sempre buscarem uma forma de procedimento que evitasse o estoma permanente e/ou que conservasse a continência fecal, com evacuação pela via natural, sem o uso de qualquer tipo de dispositivo externo para contenção de fezes. A proctectomia mucosa com anastomose íleo-anal após a confecção de um reservatório pélvico retira a mucosa comprometida pela doença, evita a confecção de uma ileostomia permanente, não causa o incômodo de um seio perineal secretante, mantém o fluxo fecal transanal e permite um grau satisfatório de continência anal.

Há, entretanto, controvérsias quanto ao método de preparação dos reservatórios ileais, quanto à quantidade da camada muscular retal que deve ser conservada e se a cirurgia deve ou não ser estagiada<sup>4</sup>.

A retirada da mucosa retal deve ser iniciada na linha denteada, com uma incisão circunferencial. A mucosa retal é excisada como um manguito, no sentido cranial,

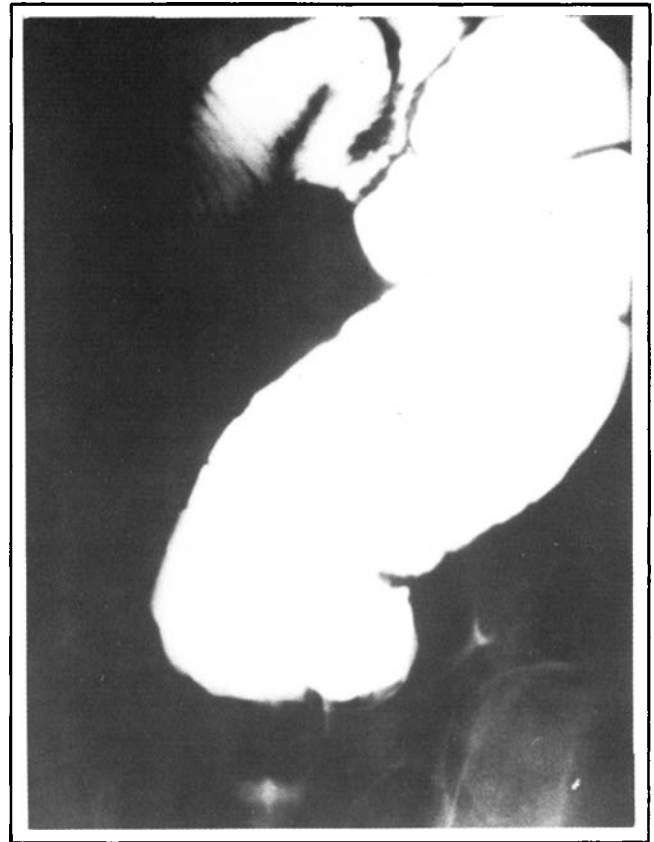


Fig. 2 - Radiografia contrastada do reservatório ileal.

dissecando-se de 6 a 12 cm de mucosa. A dissecação da mucosa retal sobre a linha denteada é feita na intenção de evitar uma ulceração tardia da mucosa, por comprometimento da colite ulcerativa ou estenose na linha anastomótica. Essa dissecação sobre a linha denteada não afeta a continência fecal<sup>1, 12, 17</sup>. Alguns autores<sup>3</sup> preferem fazer a dissecação da mucosa retal por via abdominal, iniciando a proctectomia mucosa próxima à reflexão peritoneal, fazendo uma incisão circunferencial na camada muscular retal, estendendo-se a dissecação até 3 a 4 cm da linha denteada. Após dilatação anal, uma incisão circunferencial é feita na linha denteada complementando a proctectomia mucosa.

Existem alguns fatores que contra-indicam a realização da proctectomia mucosa como: estenose retal; fibrose retal; carcinoma de reto; se os esfíncteres anais estão hipotônicos, por idade, trauma ou distúrbio neurológico, quando dá-se preferência a proctoclectomia total. A doença de Crohn é outra contra-indicação, pois pode haver recorrência da doença no reservatório ou deiscência da anastomose íleo-anal. Quando há complicações da colite ulcerativa - megacólon tóxico ou perfuração do cólon, assim como comprometimento anal e da região perianal - o procedimento também deve ser modificado<sup>17</sup>.

O tamanho ideal do coto retal muscular, sem mucosa, não tem ainda uma padonização, sendo deixados cotos de vários tamanhos, de acordo com a experiência dos

cirurgiões. Rothenberger e cols.<sup>12</sup> citam que a continência anal é bem preservada em um segmento retal mais curto (4 a 6 cm) tanto quanto num mais longo (10 a 12 cm). Eles preferem<sup>12</sup> usar um segmento curto de musculatura retal, o que facilita a remoção da mucosa. O que ainda não se estabeleceu é se a sensibilidade retal após a remoção da mucosa é devido à distensão da camada muscular retal ou à pressão do reto distendido sobre a musculatura elevadora anal<sup>4</sup>.

A confecção do reservatório ileal em S, com alças de 10 a 12 cm de extensão, com 2 a 3 cm de segmento ileal eferente, não causa qualquer mudança na frequência intestinal e a cateterização, que é comumente usada nos reservatórios com maior extensão de alça<sup>11</sup>, para esvaziar o reservatório, não é necessária<sup>1, 9, 12, 17</sup>.

Bubrick e cols.<sup>1</sup> compararam grupos de pacientes de sua série que tinham uma bolsa maior, com 5 cm de alça ileal eferente, e pacientes com uma bolsa menor, com alça eferente de 2 cm e constataram que a perda fecal com "soiling" e a necessidade de intubação da bolsa para esvaziamento foi menor no 2º grupo. Os autores<sup>1</sup> realizaram ainda estudos contrastados em seus pacientes com reservatório ileal em S, e observaram que a bolsa tende a se angular sobre a alça ileal eferente de 5 cm e causar uma obstrução, entretanto, quando a alça ileal eferente tinha 2 cm a angulação não ocorria.

O reservatório ileal confeccionado com duas alças intestinais (bolsa em J)<sup>16</sup> contém menor volume fecal, com aumento na frequência evacuatória, quando comparado com a bolsa em S (alça tripla)<sup>9</sup>. Entretanto, a bolsa em J não requer cateterização para esvaziamento<sup>1, 2</sup>. Segundo Bubrick e cols.<sup>1</sup>, a bolsa em J e a bolsa em S com alça eferente curta (2 cm) têm similaridade quanto a sua função, e apresentam vantagens sobre a bolsa em S com alça eferente longa (5 cm) ou sobre a anastomose íleo-anal sem reservatório, fato confirmado por Williams e col.<sup>17</sup>

Um reservatório ileal, lateral, isoperistáltico foi proposto por Fonkalsrud<sup>3</sup>. Este procedimento consta de uma anastomose íleo-anal sem reservatório, seccionando o íleo a aproximadamente 25 cm da reflexão peritoneal, com fechamento do coto ileal. Com a alça proximal é feita uma ileostomia à Brooke. Três a seis meses após, o paciente é novamente operado, desfazendo-se a ileostomia, fechando-se a alça proximal e fazendo uma anastomose íleo-ileal látero-lateral acima da reflexão peritoneal, confeccionando-se um reservatório de 20 cm.

A confecção da ileostomia derivativa tem causado alguns problemas. A ileostomia em alça, rodada 180º, de modo a colocar a alça proximal caudalmente, vem acompanhada de quadros de suboclusão ou obstrução intestinal. Rothenberger e cols.<sup>12</sup>, para evitarem problemas com a ileostomia, fecham o estoma distal, e o suturam na parede abdominal e na parede da ileostomia proximal, que é confeccionada de modo terminal. Esta fixação da alça distal à proximal facilita a reconstrução intestinal. Handelsman e cols.<sup>5</sup> preconizam a realização de uma radiografia contrastada do reservatório ileal antes de se fechar a ileostomia derivativa.

Tem sido relatado que nos portadores de colite ulcerativa a inibição da atividade elétrica do esfíncter

externo não ocorre em alguns pacientes devido a limitação da distensão retal pela dor<sup>8, 17</sup>. Um decréscimo na pressão do canal anal e perda da inibição do esfíncter interno após distensão retal ocorre na proctectomia mucosa, devido a dilatação anal, entretanto, essa diminuição é temporária e a continência anal se preserva<sup>8, 16</sup>. A propriedade dinâmica do esfíncter interno depende de presença de células ganglionares intramurais. Na proctectomia mucosa, o plexo de Meissner é excisado com a mucosa retal, o que causa em parte a perda da inibição do esfíncter interno, em resposta à distensão retal<sup>8</sup>.

Muitos pacientes são capazes de controlar voluntariamente a evacuação diurna, entretanto, esse controle não é perfeito, podendo haver perda inadvertida de muco ou fezes, principalmente à noite<sup>4, 7</sup>.

Bubrick e cols.<sup>1</sup> relataram uma frequência intestinal de 9,8 evacuações ao dia, durante os primeiros três meses, com 6,2 evacuações ao final do follow-up; à noite a frequência evacuatória foi de três vezes nos primeiros três meses, com 1,6 evacuações noturnas no final do follow-up. Embora os pacientes de Bubrick e cols.<sup>1</sup> se considerassem totalmente continentemente, 15 tiveram algum grau de perda fecal involuntária.

Goligher<sup>4</sup> citou a série de Parks e cols., com 21 pacientes submetidos a anastomose íleo-anal com reservatório ileal. Em 10 pacientes o esvaziamento do reservatório foi espontâneo, sem a necessidade de intubação, entretanto, este procedimento foi necessário nos outros 10 pacientes. A frequência evacuatória oscilou de 1 a 6 vezes por dia (média de 3,8 evacuações). Dezenove pacientes não precisaram se levantar à noite para evacuar. Apesar dos 20 pacientes estarem continentemente para fezes e gases, durante o dia, o uso de compressas perineais foi relatado por dois pacientes, para solucionar o problema do "soiling". À noite, cinco pacientes apresentaram "soiling" ocasional e três usaram compressas para absorver-lo.

Na série de Heppell e cols.<sup>6</sup> - anastomose ileorretal, sem reservatório - perda fecal foi incomum durante o dia, ocorrendo ocasionalmente à noite. Um decréscimo transitório na pressão intraluminal na porção proximal do esfíncter anal foi observado após distensão da parede retal, e observou-se que a amplitude e duração do decréscimo foi tanto maior quanto maior o volume de distensão.

Taylor e cols.<sup>15</sup> usaram um reservatório ileal em J e relataram que 84% dos 66 pacientes de sua série estavam completamente continentemente; 13% tinham continência parcial e 3% apresentavam-se incontinentemente durante o dia. À noite, continência fecal foi relatada em 66% dos pacientes; 31% tinham continência parcial e 3% dos pacientes apresentavam incontinência fecal.

A proctectomia mucosa não causa qualquer alteração na potência do paciente masculino, já que não há lesão do plexo pélvico autônomo, seja lateral ou posterior ao reto, também a ejaculação permanece normal, pois não há lesão dos nervos hipogástricos, que cruzam o promontório sacral<sup>8</sup>. Na série de Neal e cols.<sup>8</sup>, dos 19 pacientes estudados nenhum teve impotência, e apenas um relatou diminuição do volume de ejaculação.

A morbidade que acompanha a proctectomia mucosa com reservatório ileal é considerável, com baixa mortalidade<sup>10, 17</sup>. A formação de abscesso entre o reservatório ileal e a parede retal (cuff abscess) é a complicação mais comum (15 a 20%), e é devido a hemorragia. Esta complicação frequentemente evolui para a formação de abscesso pélvico, que pode ocorrer também devido a deiscência da anastomose íleo-anal<sup>10, 17</sup>. É comum ocorrer inflamação no reservatório ileal, sendo esta inflamação por supercrescimento de bactérias aeróbicas, com alteração na taxa de aeróbios e anaeróbios<sup>1</sup>. *Handelsman* e cols.<sup>5</sup> relataram dois casos de inflamação da bolsa, que melhorou com uso de drogas antidiarréicas e antibióticos.

Obstrução da terceira porção do duodeno por compressão da artéria mesentérica superior tem sido observada nos pacientes que foram submetidos a operações com anastomose íleo-anal devido a excessiva tensão no mesentério<sup>1, 14</sup>. Essa complicação foi relatada por *Bubrick* e cols.<sup>1</sup> em três pacientes de sua série.

Na série de *Bubrick* e cols.<sup>1</sup>, ressecção do reservatório ileal e confecção de uma ileostomia terminal permanente foi necessária em dois pacientes que apresentavam doença de Crohn ou insatisfação com o procedimento cirúrgico.

*Fonkalsrud*<sup>3</sup> relatou que os pacientes de sua série, que foram submetidos a confecção de um reservatório ileal lateral, tiveram complicações mínimas.

Apesar de certa morbidade, muitos pacientes têm se beneficiado com a proctectomia mucosa com reservatório ileal e anastomose íleo-anal, levando vida quase normal. Há um certo grau de insatisfação de alguns pacientes que têm uma frequência intestinal maior, com perda fecal às vezes involuntária. Esses problemas, entretanto, compensam outros que acompanhavam a proctocolectomia total com ileostomia definitiva ou a colectomia total com proctectomia mucosa e anastomose íleo-anal, sem reservatório ileal.

*Goligher*<sup>4</sup> relatou que a anastomose íleo-anal com reservatório pélvico deve ser utilizada de modo seletivo, até que alguns problemas técnicos do procedimento sejam resolvidos.

**TINOCO RC, CAVICHINI QN, TINOCO LA, BRUM AV, ANDERSON PAV - Total colectomy, ileal reservoir and ileo-anal anastomosis. A case report**

**SUMMARY: The evolution of the surgical treatment for ulcerative colitis is referred. It is reported a case of a patient operated on five years ago with excellent results.**

**KEY - WORDS: ulcerative colitis; mucosal proctectomy; ileo-anal anastomosis**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Bubrick MP, Jacobs DM, Levy M.* Experience with the endorectal pull-through and S pouch for ulcerative colitis and familial polyposis in adults. *Surgery*, 1985; 98: 689-699.
2. *Beart Jr. RW, Dozois RR, Kelly KA.* Ileal anal anastomosis in the adult. *Surg Gynecol Obstet*, 1982; 154: 826.
3. *Fonkalsrud EW.* Endorectal ileal pull-through with lateral ileal reservoir for benign colorectal disease. *Ann Surg*, 1981; 194: 761-766.
4. *Goligher JC.* Procedimentos com conservação da continência no tratamento cirúrgico da colite ulcerativa. *Clin Cirúrg Am Norte*, 1983; 63: 53-65.
5. *Handelsman JC et al.* Endorectal pull-through operation in adults after colectomy and excision of rectal mucosa. *Surgery*, 1983; 93: 247-253.
6. *Heppell J et al.* Physiologic aspects of continence after colectomy, mucosal proctectomy and endorectal ileo-anal anastomosis. *Ann Surg* 1982; 195: 435-443.
7. *Martin LW, Lecoultre C, Schubert WK.* Total colectomy and mucosal proctectomy with preservation of continence in ulcerative colitis. *Ann Surg* 177; 186: 477-480.
8. *Neal DE, Williams NS, Johnston D.* Rectal, bladder and sexual function after mucosal proctectomy with and without a pelvic reservoir for colitis and polyposis. *Br J Surg* 1982; 69: 599-604.
9. *Nicholls J, Pescatori M, Motson RS, Pezim ME.* Restorative proctocolectomy with a three-loop ileal reservoir for ulcerative colitis and familial adenomatous polyposis. Clinical results in 66 patients followed for up six years. *Ann Surg*, 1984; 199: 383-388.
10. *Nicholls RJ, Pezim ME.* Restorative proctocolectomy with ileal reservoir for ulcerative colitis and familial adenomatous polyposis: a comparison of three reservoir designs. *Br J Surg* 1985; 72: 470-474.
11. *Parks AG.* Proctocolectomy with ileo-anal ileal reservoir. *Ann Gastroentérol Hépatol*, 1980; 16: 271-278.
12. *Rothenberger DA, Buls JG, Nivatvongs S, Goldberg SM.* The Parks S ileal pouch and anal anastomosis after colectomy and mucosal proctectomy. *Am J Surg*, 1985; 149: 390-394.
13. *Shraut WH, Block GE.* Ileo-anal anastomosis with proximal ileal reservoir: an experimental study. *Surgery*, 1982; 91: 275-281.
14. *Smith L, Friend WG, Medwell SJ.* The superior mesenteric artery. The critical factor in the pouch pull-through procedure. *Dis Colon Rectum*, 1984; 27: 741-744.
15. *Taylor BM et al.* The endorectal ileal pouch-anal anastomosis. Current clinical results. *Dis Colon Rectum*, 1984; 27: 347-350.
16. *Utsunomiya J, Iwana MD, Imago MD, Matsuo S.* Total colectomy, mucosal proctectomy and ileo-anal anastomosis. *Dis Colon Rectum*, 1980; 23(7): 459.
17. *Williams NS, Johnston D.* The current status of mucosal proctectomy and ileo-anal anastomosis in the surgical treatment of ulcerative colitis and adenomatous polyposis. *Br J Surg*, 1985; 72: 159-168.

**Endereço para correspondência:**  
Renan Catharina Tinoco  
Rua Galdino Lessa, 50  
28300 - Rio de Janeiro - RJ