

## ILEOSTOMIA CONTINENTE

SILVA AL - Ileostomia continente. *Rev bras Colo-Proct*, 1991; 11(1): 33-35.

**RESUMO:** O autor apresenta uma proposição técnica para ileostomia definitiva. Nesta, conserva-se o piloro (esfíncter) ileocecal, com melhor controle do esvaziamento do intestino delgado.

**UNITERMOS:** ileostomia; ileostomia continente; procto-colectomia total

Depois que Brooke divulgou a ileostomia terminal, algumas alternativas surgiram no sentido de melhorar a sua qualidade (1). Ela pode ser implantada na parede abdominal ou o íleo abaixado e anastomosado à mucosa anal. No primeiro grupo há a proposição de Brooke, Kock, Lázaro da Silva, Mattos, Moreira, Myrvold. No segundo grupo há a proposição de Fonkalsrud, Parks, Pemberton, Ravitch, Utsunomiya, Manzioni, Saftale, Goes, Resende Alves, Cavichine, Schraut, Ogilvie, Taylor.

A primeira anastomose ileoanal foi feita por Nissen, em 1933 (16), e a seguir por Resende Alves (24).

A implantação ileal direta de Brooke, ao longo do tempo, torna-se satisfatória. Roy e cols., em revisão tardia de 497 pacientes, 90% estavam satisfeitos, com a morbidez de somente 5% (25).

Mesmo com este dado, os autores procuram recursos para contenção (reserva) - em S (Parks), em J (Utsunomiya) - bem como várias outras alternativas (15, 20, 29).

Avaliações clínicas, manométricas, cintilográficas e por microscopia eletrônica são feitas no sentido de ver qual a melhor alternativa (11, 12, 14, 15, 22).

Mesmo assim há insatisfação por parte de autores e pacientes.

Nos casos graves, em obesos, ou quando o cirurgião não consegue constituir uma bolsa eficaz ou fazer uma anas-

ALCINO LÁZARO DA SILVA

tomose segura com o ânus, ou quando este for sacrificado pela exigência da radicalidade, ocorreu-nos uma outra alternativa.

Em 1975 comunicamos uma modificação da ileostomia que nos parece útil ao paciente (9). Na revisão que fizemos, apenas encontramos uma proposição semelhante realizada por Palma, em 1984 (18, 19).

### Técnica operatória

O nosso objetivo é preservar todo o íleo terminal e o piloro ileocecal, cuja importância foi bem estudada por Didio e Anderson (3, 4, 5).

Após a mobilização da peça correspondente à área de ressecção, faz-se a ligadura vascular, à direita, entre o ceco e a arcada paralela, de forma a preservar o pedículo terminal da artéria mesentérica superior (íleo-ceco-apêndiculo-cólica). Com este procedimento preserva-se a vascularização terminal do íleo e, conseqüentemente, a implantação do piloro ileocecal.

Secção do ceco, em torno da abertura ileal (piloro), deixando-se uma orla de mais ou menos 1,5 cm. Hemostasia rigorosa pelo grande número de vasos (Figura 1).

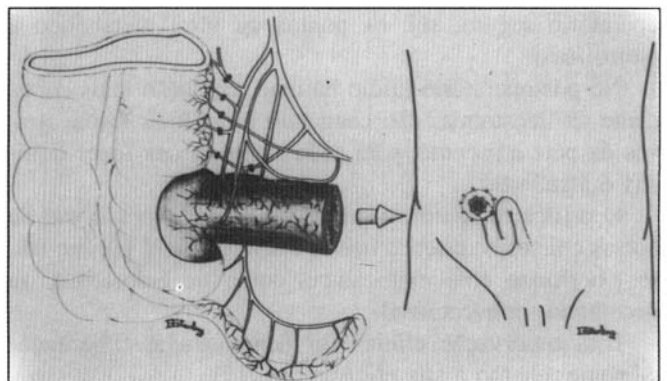


Fig. 1 - Esquema da técnica cirúrgica. A porção escurecida é o íleo terminal com sua papila (piloro). Ao lado, a papila implantada

Faz-se a abertura na parede abdominal, no flanco ou próximo à fossa ilíaca direita, por onde se passa o piloro ileocecal, que será fixado na pele com sutura entre esta e o remanescente cecal. Fixação do mesocolo direito à parede abdominal posterior e a tecidos adjacentes. Os outros tempos do tratamento são cumpridos, após o que se fecha o abdome (Figura 2).

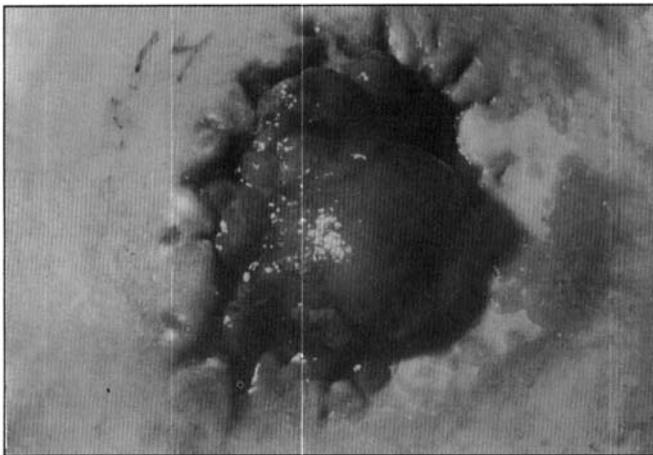


Fig. 2 - Exemplo de uma papila (piloro) ileal implantada na fossa ilíaca direita. Veja que a pele não está sofrida pela menor exsudação de líquido ileal

Outra maneira de proceder, mais fácil e dando maior extensão ao íleo, é deixar a irrigação da papila por conta da artéria ileal, quando não existe interrupção vascular na sua arcada paralela terminal. É rara e perigosa esta oportunidade. A suplência vascular pela via colateral do íleo é precária.

### COMENTÁRIOS

A observação mostra, com nitidez, a diferença entre a ileostomia direta e a possuidora do piloro íleo-cecal. Nesta, o volume de líquidos e eletrólitos reduz-se, nos primeiros dias, a uma proporção compatível com um pós-operatório seguro, sob os pontos de vista metabólico e eletrolítico.

No pós-operatório tardio há uma regulação mais contida da ileostomia, não chegando a produzir lesões graves da pele adjacente, pela ação irritativa das fezes líquidas e alcalinas.

O orifício é menor, o que facilita mais ainda o uso de bolsas coletoras; esteticamente, é apresentável porque não se exterioriza com exuberância como na colostomia ou ileostomia convencional.

Esta observação clínica foi demonstrada, experimentalmente, quanto à sua eficácia (11, 12).

Obviamente que não deverá ser usada, quando houver neoplasia à direita, o que obrigará a remoção do mesocolo

e do ileoterminal. No entanto, na reto-colite ulcerativa inespecífica e retocolite polipose colônica familiar ela pode ser usada, porque o tecido remanescente do ceco é muito pequeno. Dificilmente será acometido pelos processos acima, e a possibilidade de complicações seria menor do que em todas as outras formas de estomias.

### SILVA AL - Continent ileostomy.

**SUMMARY:** The author presents a technique for definitive abdominal ileostomy. This procedure preserves the ileocecal papyla to obtain a better control of small bowel emptying.

**KEY WORDS:** ileostomy; continent ileostomy; total proctocolectomy

### REFERÊNCIAS

1. Brooke BN. The management of an ileostomy including its complications. *Lancet* 1952; 2: 102-104.
2. Cavichini QN, Magalhães JP, Caldas JM. Colite ulcerativa em crianças. *Folha Médica* 1984; 88: 302-12.
3. Didio LJA, Carril CF. Observações sobre o mecanismo do piloro íleo-ceco-cólico em indivíduo vivo com papila íleo-ceco-cólica exteriorizada. *Rev Bras Gastroenterol* 1954; 6: 67-69.
4. Didio LJA, Marques J, Pinto EP. Ninth direct observation in a living individual in Brasil. *Acta Anat* 1961; 44: 346-53.
5. Didio LJA, Anderson MC. The sphincters of digestive system. Baltimore: Williams and Wilkins, 1968.
6. Fonkalsrud EW. Total colectomy and endorectal ileal pull-through with internal ileal reservoir for ulcerative colitis. *Surg Gynecol Obstet* 1980; 150: 1-8.
7. Goes JRN, Fagundes JJ, Costa AM, Peres MAO, Medeiros RR, Leonardi LS. Colectomia total, proctomucosectomia, reservatório ileal em tripla alça e anastomose íleoanal. *Rev Col Bras Cir* 1986; 13: 174-180.
8. Kock NG. Intra-abdominal reservoir in patients with permanent ileostomy: preliminary observations on a procedure resulting in fecal continence in five ileostomy patients. *Arch Surg* 1969; 99: 223-231.
9. Lázaro da Silva A. Ileostomia: alternativas técnicas. *Rev Ass Méd Minas Gerais* 1978; 28: 28-29.
10. Manzione A. Válvula mucosa ileal na colectomia com anastomose íleo-retal. Estudo experimental. Tese de Docência Livre. Fac Med USP, 1980.
11. Mattos MP. Estudo experimental de ileostomia em cães. Aspecto funcional e microscopias óptica e eletrônica de varredura. Tese de Mestrado, Fac Med UFMG, Belo Horizonte, 1981.
12. Mattos MP, Lázaro da Silva A. Study of ileostomy in dogs, functional aspects, optic and scanning electronic microscopy. *Arq Gastroent* 1986; 23: 159-168.
13. Moreira H. Continent colostomy a new technique. A preliminary report. *Rev Goiânia Med* 1980; 11: 55.
14. Myrvold HE. The continent ileostomy. *World J Surg* 1987; 11: 720-26.
15. Nichols RJ. Restorative proctocolectomy with various types of reservoir. *World J Surg* 1987; 11: 751-762.
16. Nissen R. Demonstration en aus der operativen chirurgie zunachst einige beobachtungen aus der plastischen chirurgie. *Zentralb Chir* 1933; 60: 883-888.
17. Ogilvie WH. Preservation of the ileocecal sphincter in resection of the right half of the colon. *Brit J Surg* 1931; 19: 8-16.
18. Palma EC. Simultaneous colostomy and ileostomy. Ileostomy with an autonomically continent sphincter. *World J Surg* 1982; 6: 130-137.
19. Palma EC. Reversible end ileostomy, with its sphincter, as complementary procedure in surgical treatment of severe intestinal

- occlusion. *Dig Surg* 1984; 1: 196-99.
20. Parks AG, Nicholls RJ, Belliveau P. Proctocolectomy with ileal reservoir and anastomosis. *Br J Surg* 1980; 67: 533-538.
  21. Pemberton JH, Heppoll J, Beart RW Jr. et al. Endorectal íleo-anal anastomosis. *Surg Gynecol Obstet* 1982; 155: 417-424.
  22. Phillips SF. Biological effects of a reservoir at the end of the small bowel. *World J Surg* 1987; 11: 763-68.
  23. Ravitch MM. Anal ileostomy with sphincter preservation in patients requiring total colectomy for benign conditions. *Surgery* 1948; 24: 170-87.
  24. Resende Alves JB. Contribuição ao estudo da ileocoloretoplastia. Tese Livre Docência. Fac Med Univ Brasil, 1949.
  25. Roy PH, Sauer WG, Beahrs OH et al. Experience with ileostomies: Evaluation of long-term rehabilitation in 497 patients. *Am J Surg* 1970; 119: 77-86.
  26. Saftale NF, Almeida MCR. Anastomose íleo-retal ou íleo-cólica com preservação de esfíncter ileal: técnica e resultados. *Rev Col Bras Cir* 1984; 11: 153-160.
  27. Scharaut WH, Rosemingy AS, Wang CH, Block GE. Determinants of optimal results after ileo-anal anastomosis: Anal proximity and motility patterns of the ileal reservoir. *World J Surg* 1983; 7: 400-408.
  28. Taylor BA, Dozois RR. The ileal pouch-anal anastomosis. *World J Surg* 1987; 11: 727-34.
  29. Utsunomiya J, Iwama T, Imajo M et al. Total colectomy, mucosal proctectomy, and ileo-anal anastomosis. *Dis Colon-Rectum* 1980; 23: 459-66.